



*UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD*

"DUELO ANTICIPATORIO: Análisis del Proceso de Duelo de la familia del enfermo terminal"

TESINA

PARA OBTENER TÍTULO DE

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LÓPEZ MEJIA NÉLIDA

Asesor:

Mtro. Victor R. Miranda Lara

Pachuca, Hgo., 2008.

AGRADECIMIENTOS

A quien me da la fortaleza y la oportunidad de vivir, de experimentar algo nuevo cada día, de ver la luz del sol, el oscurecer de la noche, la oportunidad de respirar y de sentir, Gracias Dios.

A mis maestros que me apoyaron a culminar este gran paso de mi vida. En especial a mi apreciado y paciente asesor, Víctor Miranda, muchas gracias! Estoy infinitamente agradecida.

A quien con ayuda de otro individuo me dio también la grandiosa oportunidad de vivir, a quien me dio el ser, y me aguanta tanto, de lo cual estaré eternamente agradecida, Gracias Mami, TQM.

A quienes me han impulsado con sus consejos y experiencias, con sus regaños y locuras, creo que esto es una pequeña muestra donde también sus esfuerzos son vistos, Gracias Hermanastras.

A quienes tan pequeños me enseñan cosas bellas de la vida, Gracias “chusma” y “brujitas”.

A cada uno de mis amigos por aguantarme como soy, por soportar en un principio cantarles la misma canción “Tanatología”, por motivarme a seguir adelante aunque estuviéramos en las mismas, Gracias Lavi, Ale, Martha, Vicky, Lety y personas que aunque ya no estén presentes en mi vida alguna vez los estuve fastidiando con la misma “canción”.

A ti, porque también te tocó escuchar de nuevo la misma canción, por interesarte en mi trabajo, por escucharme, regañarme y motivarme.....

A aquellas personas que sin saberlo me inspiran para hablar de este tema, y así lograr ver la vida de otra manera.

Y ahora a ti, que aunque ya no estás con nosotros físicamente estas con cada uno de los que te quisimos y te querremos, Gracias por darme la oportunidad de conocerte, de inspirarme y de vivir en carne propia lo que tanto estudiaba. Esto es por ti.

Mil Gracias a todos por darme la oportunidad de conocerlos, por cada experiencia vivida con cada uno de ustedes las cuales contribuyen a lo que soy ahora, pero sobre todo de confiar en mí, espero no defraudarlos.

ÍNDICE

Resumen.....	5
Abstrac.....	6
Introducción.....	7
PARTE I. METODOLOGIA	
Antecedentes.....	10
Planteamiento del Problema.....	13
Justificación.....	16
Objetivos.....	17
Hipótesis.....	17
Tipo de estudio.....	17
PARTE 2. CAPITULOS	
1.- SENTIDO DE VIDA	
1. 1. <i>El ser y el ser en el mundo</i>	19
1.2. <i>Conciencia de individualización</i>	20
1.3. <i>Individualidad que conduce a deshumanización</i>	21
1.4. <i>Concepto de vida y de muerte</i>	23
1.5. <i>Concepto de salud y enfermedad</i>	27
1.6. <i>La propia muerte</i>	29
2.- CULTURA	
2.1. <i>Concepto de vida y concepto de muerte</i>	36
2.2. <i>La muerte en México</i>	42
2.3. <i>La muerte en otras culturas</i>	45
3.- MUERTE EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO	
3.1. <i>Relación médico - paciente – familia</i>	48
3.2. <i>Concepto de vida y concepto de muerte</i>	51

3.3. Manejo hospitalario del duelo anticipatorio y de la muerte tanto en el paciente como en la familia.....	53
3.4. Análisis y propuesta ante el moribundo y su familia.....	55
4.- DUELO	
4.1. Definición de duelo.....	59
4.2. Teorías y etapas.....	63
4.3. Tipos de duelo y la importancia del duelo anticipatorio.....	70
4.4. Características y síntomas del duelo.....	75
4.5. Necesidades físicas y emocionales de una persona en duelo.....	80
4.6. Manejo de signos y síntomas de una persona en duelo.....	81
4.7. Sentido de muerte.....	82
5.- PACIENTE TERMINAL	
5.1. Definición.....	83
5.2. Impacto de la enfermedad.....	84
5.3. Implicaciones físicas, sociales, psicológicas de ser enfermo terminal.....	86
5.4. Proceso de morir.....	87
5.5. Comunicación con su familia.....	92
5.6. Cuidados paliativos y acompañamiento.....	93
5.7- Apoyos tanatológico.....	94
5.8. Derechos humanos del paciente terminal.....	96
6.- RELACIONES FAMILIARES	
6.1. Apertura familiar ante el tema de la muerte y pérdidas anteriores.....	99
6.2. Impacto de la enfermedad de un familiar.....	101
6.3. Comunicación con el enfermo terminal antes y después de conocer el diagnóstico.....	105
6.4. Mecanismos de defensa y miedos más comunes.....	107
6.5. Evocación de la propia muerte.....	108
6.6. Acompañamiento al enfermo terminal.....	109
6.7 Apoyo y acompañamiento tanatológico.....	111
7.-REFLEXIONES FINALES Y CONCLUSIONES.....	115
Bibliografía.....	117

RESUMEN

El duelo de un ser querido es un acontecimiento muy estresante que la mayoría de la gente tendrá que enfrentar a lo largo de la vida. Por ello la importancia de analizar el proceso de duelo en los familiares del paciente terminal para obtener los elementos necesarios para hacer frente a estos momentos difíciles y obtener, tan pronto como sea posible una vida equilibrada. Para ello ofrece información sobre lo que es el proceso de duelo, la duración, las manifestaciones, las orientaciones y recursos que ayudan a las personas ante una pérdida.

ABSTRAC

The mourning of a dear being is very stressful event that the people will have to confront in their life, the importance of analized the process of duel relative to the terminal patients, obtain the necessary elements to face these difficult moments and obtain as soon as possible a balance life. Instead offer in this process duel, duration, manifestations, orientation and resources to help them before mourning

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la vida tenemos diversos duelos que nos van fortaleciendo, en la medida en que tengamos la capacidad para “decir adiós” es la forma en cómo resolveremos con mayor o menor éxito éstos sucesos.

Por ello es importante a través de la reflexión acercarnos a la muerte para poder vivir plenamente y tener una muerte tan digna como la vida que decidimos llevar. Esta reflexión sobre cómo estamos viviendo nuestras vidas, nos lleva al ejercicio de cristalizar objetiva y sencillamente experiencias pasadas o recientes, procesos o duelos cerrados, y otros no resueltos, nos conecta profundamente con la incertidumbre diaria y apasionante de la vida, de asumirla con plenitud, con esta dicha que tenemos de despertar, amar, sentir, querer, trabajar, soñar. El tener la valentía de analizar nuestro interior en las emociones y sentimientos puede traer grandes e invaluable frutos y riquezas a nuestras vidas. Con esto quiero decir que no es necesario que pasemos por una muerte cercana o un suceso extremadamente doloroso para poder realizar esta reflexión y entonces sí valorar y amar la vida.

Los duelos no son exclusivos en relación a la muerte, sino en relación a toda la pérdida significativa. También tenemos un duelo cuando sufrimos un divorcio, cuando un hijo se va de casa, cuando perdemos un empleo, cuando dejamos de ser niños y debemos crecer, inclusive cuando perdemos cosas materiales como la cartera llena de credenciales o un suéter que nos regalaron en navidad, así que imaginemos cuántos duelos hemos tenido durante este tiempo, y cómo los hemos resuelto.

La vida se puede dividir en etapas, cada una de ellas va dejando duelos, sin embargo en estos casos, el duelo implica una crisis, y toda crisis conlleva un cambio, puede resultar positivo o negativo, así que si aprendemos a tener unas vivencias significativamente

positivas, tendremos mayor facilidad para superar todos estos pequeños duelos que si se acumulan sin una adecuada resolución, pueden resultar desastrosos.

Ahora, hablando de la muerte en sí, debemos tener el conocimiento de que el duelo ante ella es un proceso, que como tal tiene un inicio y un fin. Es muy difícil y sobretodo doloroso el estar con un sufrimiento por el fallecimiento de alguien cercano, en esos instantes, la sensación es de que el dolor nunca cesará y de que nada será igual. Esto es verdad, nada será igual, pero esto no implica que vaya a ser peor. Si tenemos la información de que el duelo es un proceso, entonces comprenderemos que tiene varias etapas, y que es normal sentir enojo, ira, tristeza, etcétera. Con esto se reduce la ansiedad y la angustia. Cuando hablamos de un duelo que ocurre incluso antes del fallecimiento pareciera ser una amenaza sin considerar que pudiera ser una oportunidad de separación o preparación para la despedida final. Por ello es elemental analizar las diferentes expresiones del enfermo terminal pero sobre todo de los familiares para así poder brindar el apoyo u orientación necesaria y así propiciar una “despedida más saludable”, o en caso contrario de no lograr superar completamente la pérdida.

La vida es una oportunidad natural de experiencia y crecimiento, la muerte es el punto culminante de ésta. Lo que hace difícil la aceptación de la misma, es el desconocimiento sobre ella, el no saber qué pasará y a donde quedaremos, esto es lo que nos causa temor, lo desconocido, el dejar de ser, para mí, para el otro, es una situación de impotencia ante una razón natural de la misma vida.

Por ello, en el capítulo uno se analizará el sentido de vida, bajo la perspectiva de observar o concientizar sobre nuestro ser en el mundo, el por qué o para qué de nuestra propia existencia como entes o individuos, lo cual se verá reflejado en nuestro proyecto y calidad de vida y definirá en gran sentido nuestro “modo de muerte”.

El siguiente capítulo se refiere a nuestra cultura, donde la muerte ha sido vista como un tabú, algunas veces con respeto y otras como el negar su existencia, situación que influye en el proceso de duelo anticipatorio.

En el tercer capítulo se estudia el contexto, más recurrente donde se experimentan las pérdidas por muerte, esto es, el ambiente hospitalario; así como la relación que en ellos se propicia dentro del quehacer profesional y el propio análisis anticipatorio del paciente terminal y su familia.

Ya adentrados al tema se puede concretar en una definición de duelo, la cual es parte integral del capítulo cuatro, donde se establece como en algunas teorías se plantean etapas que permiten un mejor manejo de signos y síntomas ante las una persona que experimenta duelo, propiciando un sentido de muerte.

No podemos dejar a un lado al mismo paciente terminal, pues las condiciones o circunstancias mismas de su enfermedad influyen en el proceso de duelo anticipatorio de la familia. Esto es, considerar las atenciones médicas necesarias, cuidados paliativos, acompañamiento, así como apoyos tanatológico; todo lo anterior, expuesto en el quinto capítulo de éste trabajo.

Para finalizar, en el último capítulo, se dará apertura a lo relacionado al familiar que experimenta el duelo anticipatorio, así como los factores que influyen en él, como las pérdidas anteriores, el impacto de la enfermedad, la comunicación o lazo afectivo que tiene con el paciente terminal, los mecanismos de defensa que se presentan y cómo son experimentados, hasta la propia evocación de muerte, que determinaran la calidad de acompañamiento y apoyo tanatológico.

Abordar la muerte como un proceso final del ser humano, toca las fibras más sensibles, los miedos más profundo, reales, dolorosos, muy dolorosos de desprendimiento y finitud. Aceptar que la muerte es un paso de vida requiere de un proceso de mayor conciencia humana y emocional, es un proceso que a veces se aprende sin querer. Hablar de ella facilitaría su aceptación sin tanto dolor, evitando una depresión profunda, sentimientos de culpa, dolor extremo para poder disfrutar de una vida meritoria que nos permita prepararnos para lograra una muerte con dignidad.

ANTECEDENTES

Para la comprensión del duelo anticipatorio en torno a los familiares del enfermo terminal, es necesario conocer las diferentes teorías que propone cada autor en cuanto a las etapas de duelo.

Entre las más destacadas están las propuestas por Elizabeth Kübler Ross (1969):

- Negación: etapa de incredulidad en la cual el sujeto no acepta la realidad y esta negación se puede volver más angustiosa ante la presencia de la información del diagnóstico de forma prematura o brusca, o por alguien desconocido que lo hace rápidamente sin aclarar dudas.
- Ira: cuando comienza a tener conciencia de la realidad se pregunta "¿por que a mí?", lo invaden sentimientos de rabia, envidia hacia los demás y resentimiento.
- Pacto y regateo: el sujeto comienza a negociar con dios, con la vida, con la muerte, hace promesas para conseguir alivio, mayor tiempo de vida, etc.
- Depresión; Se caracteriza por profunda tristeza, llanto, lamentos y cada vez percibe su situación peor se agrava con preocupaciones exteriores al hecho, como son económicas, físicas, etc.
- Aceptación: No se debe de creer que es una etapa feliz, en ella lo que se presenta es una tranquilidad, paz interna, descanso donde lo único que se espera es el desenlace de la pérdida.

Para el Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiría (1996) el proceso de duelo dura tres años aproximadamente aunque el recuerdo siempre tendrá una especial carga emotiva. Él propone las siguientes etapas:

- **Depresión:** Es cuando el yo esta mutilado, es decir, se siente la perdida de algo, en ocasiones causa negación, otras tristeza infinita o una frustración insoportable y se tiene la sensación de estar inmerso en una pesadilla.
- **Rabia:** Es la resolución de la depresión a través de la afloración de todos los sentimientos y cargas que le provoco la frustración y la culpa.
- **Perdón:** Se dirige hacia si mismo por no haber aprovechado mas los momentos con el ser querido, perdonarlo a él por irse, a Dios por llevárselo, en fin es el perdón a todas aquellas personas con las que el doliente tenga un pendiente a causa de la perdida.
- **Aceptación:** Después del proceso de perdón se provoca tranquilidad y paz que lo llevara a terminar el duelo refugiándose en el cambio de presencia, es decir, en que el ser querido sigue viviendo en espíritu.

El duelo puede incluso ocurrir antes del fallecimiento del ser querido, esto es normal y se le llama *Duelo Anticipatorio* que surge ante la simple amenaza de separación o muerte.

El duelo anticipatorio fue definido por Aldrich como cualquier duelo que tiene lugar antes de una pérdida, lo que lo diferencia del duelo que ocurre cuando se produce la pérdida o después de la misma. El término fue introducido por Lindemann(1944). en su publicación sobre duelo agudo "La sintomatología y el manejo del duelo agudo" Observó que durante la Segunda Guerra Mundial algunos familiares (padres o esposas) de miembros de las Fuerzas Armadas para quienes la amenaza de muerte estaba siempre presente realizaban un ajuste de cara a una muerte potencial. No sólo pasaban a través de las distintas fases de duelo sino que en determinados casos la resolución era tan completa que si el soldado regresaba era excluido del núcleo familiar. En principio se pensaba que el duelo anticipatorio podía ser emocionalmente perjudicial así como también tener una serie de efectos beneficiosos. Hoy en día la mayoría de los autores considera que el duelo anticipatorio es una respuesta adaptativa positiva porque facilita a la persona una oportunidad para ensayar el papel de duelo y comenzar a trabajar los profundos cambios que típicamente acompañan a la pérdida, mitigando así el trauma asociado al duelo posterior.

Durante dicho proceso anticipatorio los familiares del enfermo terminal requieren de:

- Información clara, concisa, realista y respetuosa.
- Asegurarse que se esta haciendo todo lo posible por su ser querido.
- Contar con disponibilidad, comprensión y apoyo.

- Estar todo el tiempo con su ser querido.
- Intimidad y privacidad para el contacto físico y emocional.
- Participar en el cuidado de su ser querido.
- Echar fuera tristeza, rabia, etc.
- Conservar la esperanza.
- Apoyo espiritual. De reparar la relación y de llegar a mutuo perdón.
- Compañía y apoyo emocional.

Cada duelo es diferente y especial según las circunstancias en las que se haya perdido al ser querido, pero lo que tienen en común es que surge la culpa; los familiares empiezan a imaginar: si yo hubiera... o si yo no hubiera...pero es parte normal del proceso. Es importante resaltar que toda culpa se basa en un absurdo, esto es porque cuando una persona efectúa una acción lo hace porque así lo cree correcto, aunque después se arrepienta pero es absurdo que lo haga porque en el momento creyó que era la mejor opción. La culpa también es generada por cosas que no se dicen para ello es necesario acomodar detalles en el momento adecuado.

Como ya se ha dicho cada persona vive su duelo de diferente manera pero es común en todas que después de algún tiempo, éste tenga auge porque termina el periodo de acompañamiento, los amigos y familiares del doliente lo dejan solo y continúan su rutina, entonces es cuando se afronta realmente la ausencia y el sentimiento de soledad. Si se quiere ayudar a quien sufre de un dolor es oportuno llamarle o visitarlo después de algún tiempo, saber que tiene a alguien que puede escucharlo si así lo desea y dejarlo que llore o exprese su rabia, el contacto físico y la presencia confortan al doliente.

Título: “ DUELO ANTICIPATORIO: Análisis del proceso de Duelo de la familia del enfermo terminal”

• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

-
- Generalmente al hombre le resulta demasiado difícil asumir y tomar conciencia de que como ser humano es finito y en cualquier momento, su vida puede culminar. Actualmente se vive en una sociedad consumista, en donde sólo existe la vida anónima despersonalizada, deshumanizada que está de espaldas a la muerte según lo afirma el Dr. *Calixto Machado Curbelo (2002)* del Instituto de Neurología y Neurocirugía, de La Habana, Cuba; la considera un tabú, algo de lo que no se habla ni se desea hacerlo, es como si entre más sea tocado el tema existieran mayores probabilidades de que la muerte este cerca y venga a petición de tal invocación.
-
- El hombre frecuentemente habla de sí mismo, de lo que es o cree ser, lo que hace, lo que piensa o cree pensar por si solo, es capaz de considerarse un ser independiente, es porque puede responsabilizarse de todo lo que él es y saber que es libre pero está obligado a responder por su libertad. Suena para todos agradable hablar de libertad, pero cuando ella implica reconocerse como un ser separado de los demás, le parece espantoso, pero cerca de ellos por la influencia que ejerce la sociedad sobre sus decisiones, entonces la libertad que deseaba se convierte en un impacto que enfrenta al hombre con su individualidad.
-
- El hombre es mortal e indescritiblemente frágil, débil, limitado y desamparado; es un punto invisible en un pequeño planeta, es insignificante pero paradójicamente también único e irreplicable, es el ser más importante que ha existido y existirá en la historia de universo entero y precisamente por su individualidad esta solo en la inmensidad del espacio

de la vida; su mundo es solo suyo y jamás alguien lo ha visto o lo verá como él lo hace , tampoco lo sentirá como él lo siente esto se debe a su personalidad y a sus experiencias vividas.

•

• De ahí la importancia de hablar de la vida como de su inseparable amiga la muerte. Por ello será de relevancia hacer mención de la *Tanatología*, cuyo concepto, procede del griego thánatos (θάνατος - *muerte*). En el imaginario griego, junto a su hermano Hypnos, son los portadores del muerto, cumpliendo la función del dulcificar el viaje, junto a Hermes y Caronte) y logía (λογία - *ciencia*). Ciencia encargada del estudio de la muerte. Término acuñado por el ruso Elie Metchnikoff (1901)

•

• El estudio de la Tanatología ofrece diversos temas de interés, trata de orientar y ayudar tanto al enfermo terminal como a sus familiares durante el proceso de la enfermedad y muerte, del duelo¹ y de la reestructuración necesaria de la familia, ante el hueco dejado por quien falleció.

•

• La muerte propia o la de un ser querido, es algo que no se desea pero que siempre ocurre, quizá por eso tratamos de ignorarla, la escondemos, y la nombramos solo en contadas ocasiones aplazando hablar de ella en momentos propicios, en la absurda esperanza de que nunca llegue. Así parece que vivimos en la ilusión de que la muerte no existe o que no tiene que ver con nosotros en éste aquí y ahora en que nos encontramos.

•

• Se debe de tomar en cuenta que cada persona reacciona con pautas individuales de acuerdo a su estructura psicológica, a la historia personal y a sus vínculos con el enfermo. Así como puede responder agresivamente, negativamente, puede huir ante la situación; por eso es importante analizar todos los aspectos que pudieran estar relacionados en la respuesta dentro del proceso de duelo de los familiares de un enfermo terminal. Se puede decir que se vive una situación inaceptable puesto que socialmente no se considera a la muerte como un hecho natural, además de que el enfrentarse a la muerte de otro no solo representa esa única pérdida, sino también la pérdida del modo anterior de vida y es una confrontación frente a frente con la propia mortalidad.

•

¹La pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida. Borgeois, 1996

- Si se pretende estudiar el proceso de duelo de un sujeto, es importante tener en cuenta todas las características de las que dispone como ser humano. Walsh y Vaughan (1994) señalan que una persona es una unidad mente-cuerpo-espíritu, que cuenta con cuatro dimensiones: conciencia, condicionamiento personalidad e identidad. La conciencia es el contexto de toda la experiencia, pero hay situaciones, en este caso el riesgo de pérdida por muerte, en que la conciencia habitual no es capaz de soportar entonces se produce una actitud defensiva como puede ser la huida de la realidad o un apego, es decir, estar atrapado en un solo estado de conciencia a esto último le llaman psicosis

-

- En el Psicoanálisis, Freud en su obra “Duelo y melancolía” (1917) define el duelo como “desligar la libido del objeto querido que ya no existe. Puede resultar de ello dos situaciones: *Duelo patológico y el duelo normal*. En el duelo normal existe respeto de la realidad, mientras que en el duelo patológico se aparta de la realidad, produciendo una psicosis alucinatoria. Esto se debe a la imposibilidad de la retracción regresiva de la libido. Se exterioriza con auto reproches por haber deseado la pérdida del objeto amado o incluso por sentirse culpable del suceso. La melancolía² en el duelo patológico, el sujeto no logra restablecer a la persona perdida en su yo.

-

- Cuando existe el riesgo de una pérdida surge el sufrimiento, el cual se vincula al condicionamiento del apego, puesto que este último se une al deseo y a la identificación pero si este objeto desaparece se produce el dolor. El sufrimiento tal vez sea el precio del amor, del cariño, y de compañía que tarde o temprano tiene que acabar en soledad pero ¿qué pasaría si para evitar el dolor la persona renunciara a todas las personas y cosas que ama? Estaría también evitando la felicidad y negándose así misma puesto que el ser humano también es emocional.

-

- A menudo la familia no solo contempla la situación, la vive de acuerdo a su cultura, su religión, su estrato social y económico así como su personalidad y, el hecho de que se le desmerite importancia, puesto que toda la atención está centrada en el paciente; no disminuye la irritabilidad, agresividad, culpa y miedo que no se dirige hacia el problema en si sino hacia las personas que lo rodean, como el personal médico u otros miembros de la familia.

-

² Estado de ánimo profundamente doloroso, cesación del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de todas las funciones vitales y la disminución del amor propio.

OBJETIVOS

Objetivo General: Obtener conocimiento acerca del duelo anticipatorio, en el análisis del duelo de la familia ante el riesgo de muerte de un ser querido para así identificar algunas variables que puedan perjudicar o ayudar al familiar a elaborar su duelo.

Objetivos Específico:

- Conocer los cambios en la vida personal que representa la pérdida de su familiar
- Conocer la relación del con el paciente terminal antes y después del diagnóstico.
- Reconocer la relación que existe entre las variables y la forma de elaboración del proceso de Duelo.

HIPOTESIS:

HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

El acompañamiento tanatológico durante la etapa terminal contribuye a la aceptación de la muerte próxima de su familiar.

HIPOTESIS ALTERNATIVA

Los familiares de enfermos terminales con acompañamiento tanatológico obtuvieron mejor proceso de duelo anticipatorio que los familiares que no recibieron ningún tipo de apoyo tanatológico

HIPOTESIS NULA

No existe relación en los familiares de enfermos terminales con acompañamiento tanatológico con aquellos que no recibieron apoyo tanatológico

TIPO DE ESTUDIO:

A través de un estudio descriptivo se abordó el duelo anticipatorio de los familiares del enfermo terminal de para conocer las diferentes respuestas expresadas durante el proceso

de duelo con apoyo documental. en relación al fenómeno del proceso de duelo anticipatorio cómo se manifiesta, sus características, en un contexto donde aun es visto como tabú con la finalidad de analizar y sea considerado en nuestro quehacer profesional

Partiendo del materialismo histórico y el análisis de situaciones concretas, todo proceso debe tener carácter teórico-práctico y abstracto-concreto. La elaboración teórica previa facilito distinguir lo relevante de lo circunstancial, extraer las determinaciones generales abstractas y modificar la teoría fundamentada en una perspectiva interpretativa, construyendo un conocimiento en forma de observaciones, y documentos que se conducen básicamente en ambientes naturales.

La selección de problemas de investigación se presenta bajo el aspecto de lograr un avance teórico y proporcionar respuestas a necesidades que plantea la práctica.

Para Luis A Oblitas en el texto de “Manual de Psicología clínica y de la Salud Hospitalaria” (2004) se define a la misma con un modelo biopsicosocial según el cual la enfermedad física es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de factores psicológicos, como las emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés; y factores sociales como aquellas influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social se lograra una atención y apoyo al duelo anticipatorio en familiares del enfermo terminal para que en medida de las posibilidades se logre evitar enfermedades o en su caso de trastornos psicológicos. Por ello es importante considerar la intervención de la Psicología de la Salud en la promoción de un estilo de vida saludable ante el estrés provocado por la pérdida de algún familiar, de ésta manera prevenir enfermedades: modificación de hábitos insanos asociados a enfermedades, así como en el tratamiento de enfermedades específicas, en conjunto con otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos

PRIMER CAPÍTULO
SENTIDO DE VIDA

1.1. El ser y el ser en el mundo

El decir yo implica ser uno mismo, conocerse y saber quien es en realidad. Desde la Logoterapia, así como de su máximo representante Viktor Frankl (1982), el decir yo no hace referencia a un nombre sino responde a la pregunta ¿cómo te llamas?, tampoco se refiere a la ocupación, ni a la posición social, ni a la familia que corresponde, se refiere al ser que es cada uno.

La persona está acostumbrada a ver el mundo que le rodea y es tan cotidiano que muy pocas veces se detiene a admirar y sorprenderse con ello, y mucho menos echa una mirada en su interior, solo ve en él lo que quiere ver, lo que piensa que es, lo que los demás le han dicho que es, no tiene una definición propia de sí más que a través de los ojos de la sociedad; solo es capaz de ver pequeñas partes de lo que es y al darse cuenta de estar fracturado, comienza a tener miedo de él mismo. Debe permitirse profundizar, desprenderse de tanta parcialidad y ampliar el panorama de lo que se es.

Así como la muerte produce miedo, la vida también provoca temor, específicamente al tratar de vivir y de conocerse tal y como es ya que frecuentemente se permite expresar todo lo que es y reprime gran parte del ser; por ello también debe aceptar los defectos que pueda tener y asumir la resistencia y el miedo para liberarse de la prisión en la que se encuentra.

Ser implica abrirse a cada experiencia, al presente y a lo desconocido; a las experiencias que le ocurren puesto que ello le permitirá cambiar constantemente y ser una persona diferente.

Cuando la gente no vive cada etapa, ya sea niñez, adolescencia, juventud, adultez y senectud; de manera plena, cuando se da cuenta de todo el tiempo que desperdicio y de todas las oportunidades que dejó pasar, tendrá una serie de sentimientos de agresividad consigo mismo y jamás podrá regresar el tiempo.

Hay una causa por la cual las personas no viven plenamente y no realizan sus sueños, la razón es la sociedad. Existen padres de familia que toda su vida trataron de darle lo mejor a sus hijos y al final se dan cuenta de que después de haberse reproducido, únicamente han sido proveedores porque así la sociedad lo indica y ya es como una norma, pero después ellos están insatisfechos y se quejan porque sus hijos no han elegido un camino de acuerdo a la sociedad. Y así sucesivamente, porque el hombre se acostumbra a mentirle tanto a los demás que termina mintiéndose a sí mismo y se lo cree, no se da cuenta que está profundamente mezclado en un sistema que indica lo que es “bueno” y lo que es “malo” y él es un actor.

Se dice que los seres humanos están dormidos porque las cosas que están a su alrededor son tan naturales que no se da cuenta de que ocurren, no se sorprende de ellas porque ni siquiera da una segunda mirada para contemplarlas. Abrir la conciencia significa creer que cada uno es parte importante de la naturaleza y que todas las cosas y todos los seres vivos nacen en el momento adecuado y viven el tiempo justo.

1.2. Conciencia de individualización

El problema de la muerte inicia con la conciencia de individualización. Anteriormente el hombre estaba más unido en grupos los cuales le daban fuerza y lo hacían sentir muy poderoso pero, se olvidó de meditar sobre su propio existir, como individual y único. Al paso del tiempo va creando una conciencia de individual que le permite percatarse de que existen cosas que debe afrontar solo; entre las cuales se encuentra la muerte, es justo en este momento cuando se empieza su curiosidad que poco después se convertiría en angustia y temor.

“...precisamente por ser único e irreplicable, por ser individual, estoy sólo en la inmensidad del espacio de la vida. Mi mundo es mi mundo y jamás alguien lo ha visto ni lo verá como yo lo hago, ni sentirlo como yo lo siento. Estoy separado del resto de la creación por mi individualidad, pero paradójicamente soy parte integral de ella. Soy parte del universo y mi presencia hace una diferencia, por mínima que ésta sea. Mi vida es mi vida y precisamente por eso soy responsable del sentido que dé a mi existencia (Villanueva,1996)”

Es cierto que cada ser humano es único e irreplicable pero ¿por qué lo es? tal vez sea en el término mismo “él es” esta la respuesta porque no soy yo ni es el otro, es él; además porque el hombre tiene características comunes con otras personas, sin embargo hay otras tantas que lo diferencian totalmente.

Villanueva (1996) explica que diversos autores como Frankl, Fromm y Yamom han demostrado que la individualidad del hombre tiene como precio la soledad. Las experiencias y vivencias de cada ser humano únicamente le pertenecen a él y nadie puede realmente comprenderlas como él: cada uno nace solo, vive solo y muere solo: todo ser humano es solo.

Cuando el ser humano toma conciencia de este atributo en sí mismo, aparece como parte de su naturaleza la angustia del aislamiento. Alrededor de su lecho de muerte podrá haber muchas personas preocupadas, pero sólo uno de ellos estará despidiéndose del mundo.

Sólo dándose cuenta de su individualidad, mortalidad, de lo frágil que es y lo desamparado que está, el individuo puede tomar en serio su existencia y comprometerse consigo mismo para desarrollar sus potencialidades y darle un significado a su vida mediante el respeto, el amor, la productividad para sí mismo primeramente y luego para los demás.

1.3. Individualidad que conduce a deshumanización

La individualidad es una paradoja ya que lo que debería significar, ser más uno mismo para sí y para los demás, ser identificado como un miembro de pero con sus propias características y que fuera de ese círculo que lo rodea, ya sea familiar, de amistad,

educativo, laboral, etcétera, sigue siendo alguien, sigue siendo él. Contrario a esto, la individualidad ha llevado al hombre a la despersonalización, a desligarse de los demás y de si mismo, la cultura, los demás lo han ayudado en parte a conocerse, a ser siendo él, y ahora les da la espalda e impide su propio desarrollo.

El hombre ya no tiene rostro ni es otra cosa separada de la masa, es un número. En las universidades no tiene nombre sino un número de cuenta que te identifica como miembro de dicha institución, en el país es un número que se conoce como CURP, en las instituciones de salud el hombre es el número de cama o de expediente.

Encontrar el sentido de nuestra vida puede ser muy distinto para cada persona, muy pocas veces el ser humano se preocupa por saberlo y atender a él, la mayoría de las personas esta tan envuelto en su cotidianidad que se ha olvidado de si mismo, vive y deja transcurrir su vida mecánicamente ocupándose sólo de sobrevivir y no de vivir, dejando a un lado el gusto de vivir plenamente, buscando al felicidad efímeramente la cual se puede basar en diferentes intereses y prioridades de cada persona.

Para algunos su felicidad consta en tener una buena posición económica, para otros es el tener un buen empleo, para otros tener una familia, cada uno formara parte de su felicidad, uno con un grado mas importante que otro. Pero sobre todo la felicidad es alcanzada principalmente al tomar conciencia de si mismo, de su propia existencia, del saber disfrutar del aquí y el ahora, de tomar conciencia de lo que tiene y ser felices con ello ya que en muchas ocasiones no obtiene lo que desea, sin embargo sabe que cuenta él mismos para alcanzar sus sueños y cumplir sus deseos, aunque como por la naturaleza de ser hombres, puede decir que jamás estará conforme y cada vez deseará más de lo que puede tener. Para algunos el sentido de vida se reduce a buscar ser alguien especial.

Al vivir la propia vida como única e irrepitable, practicar la conciencia y respetar la del otro, al saber valorar la experiencia de vida que se le presenta en cada momento. Para todo ello es indispensable conocerse primero uno mismo y aceptarse tal y como es.

1.4. Concepto de vida y de muerte

Es muy difícil tratar de definir a la muerte, se podrán encontrar varias definiciones, algunas referidas a los diversos campos de la ciencia, como son de la biología, de la medicina, de la teología, etcétera.

Para entender la muerte como la experiencia de la finitud de la existencia de un ser vivo se debe tratar de comprender la vida, a través de un sólido establecimiento de un sentido de vida; de un porque y para que sobre la existencia; para que así obtenga una mejor comprensión de lo que ha y esta haciendo con la propia existencia y si ésta de verdad vale la pena seguir.

Morir para la Tanatología significa una pérdida. Vivir es un proceso continuo en el que el hombre no puede quedar estancado, no puede vivir del pasado pero tampoco debe angustiarse por el futuro ya que no esta seguro de lo que ocurrirá, ni siquiera está seguro si el futuro llegará para él.

La vida constantemente se transforma en muerte, siempre que un sentimiento muere, nace otro; constantemente el ser humano nace y muere porque ambas partes lo constituyen pues si no hubiera muerte, la vida tampoco se podría reconocer como tal.

“Psicológicamente, la muerte es tan importante como el nacimiento. Cerrarle los ojos es poco saludable y anormal, porque deja sin propósito a la segunda mitad de la vida” expresa Carl Gustav Jung, citado por Reoch (1997)

Conforme una persona crece, va ganando a su paso experiencias que le permiten conocer el mundo, sabe que existe y que la muerte también; al paso del tiempo se enfrenta con pérdidas y se da cuenta de que él es asimismo mortal; para entonces se preocupa tanto por alejarse de la muerte que cada vez se acerca más a ella, vive preocupado por cómo y cuando será y hace lo posible por sentirse seguro y de éste modo vive la pesadilla y no el sueño que caracteriza la vida de los niños, con deseos y la imaginación que ellos poseen.

Ciertamente el hombre a lo largo de la vida pasa por altibajos, momentos de tristeza, otros de felicidad, algunos de miedo y diversos de tranquilidad; para todo hay tiempo afirma la Biblia, incluso para morir y lo ilustra en el capítulo tres, versículo dos del libro de Eclesiastés “Tiempo de nacer, y tiempo de morir...” (1569) Si en algo son iguales todos los hombres y de algo pueden estar seguros, es de que la muerte les espera.

La muerte ha sido siempre la misma, pero el significado que ha ido adquiriendo a lo largo del tiempo ha sido diferente. Se puede observar según el paso de los años y la calidad de vida que antiguamente las personas vivían mayor tiempo y al ir envejeciendo eran más sabios cada día; cuando llegaba el tiempo de morir, ellos mismos preparaban su partida, la compartían con los demás y esperaban el momento; lo cual no quiere decir que el dolor no existiera; sino que lo aliviaban a partir de sus creencias y ritos.

Hoy en día la situación es diferente; el periodo de vida ha disminuido, las personas de la tercera edad son cada vez más ignoradas y la muerte es inconcebible, el dolor se ha intensificado y la muerte es solitaria, no hay despedidas por temor a enfrentar el tema, por no saber que decir puesto que la muerte es un tabú y no se “debe” hablar de ella; lo cual por supuesto es falso, no solamente se debería hablar de ella, se tiene que abordar. A pesar de que actualmente existen aún ritos funerarios diferentes, no son un total consuelo porque la vida ha traído más culpas y con ello más dolor.

Philippe Aries (1983) realizó una investigación histórica acerca de la evolución del concepto de muerte, de la cual habla en su libro “El hombre ante la muerte”; encontró cuatro modelos que se han presentado a partir de la Edad Media hasta el siglo XX y que a continuación serán explicados brevemente.

En la primera Edad Media, el autor coloca a la *Muerte Domada* que es aquella en donde la muerte es considerada como un mal pero que a través de ella existía reposo y paz hasta llegar el momento de volver a vivir eternamente puesto que estaba el concepto ligado a las creencias religiosas. La vida y la muerte eran actos mas colectivos que individuales pues se compartía a través de la despedida y las ceremonias que realizaba la comunidad para aliviar el dolor por la pérdida.

La segunda Edad Media, según Aries, se caracteriza por la *Muerte Propia*. Ahora la atención es para el individuo como ser consciente de sí y sus deseos de vida, los placeres inmediatos, que cree que su alma es inmortal, en éste caso la sociedad protege al cuerpo, lo disimula y lo respeta.

En la Época Moderna, siglos XVIII y XIX, la muerte se concibe como *Lejana y Próxima* en donde los sentimientos opuestos se unen, la vida y la muerte, el amor y la muerte, el placer y

el dolor se confunden y forman un mismo sentir. Incluso hoy en día quedan secuelas de éste modo de percibir a la muerte en el sentido de que el hombre visualiza a la muerte tan cercana como lejana y a tomado conciencia de que morirá lo cual es la raíz de muchos miedos dentro de los cuales se encuentran el miedo a vivir. Sin embargo, para Aries ésta etapa no termina aquí sino que evoluciona y posteriormente con el romanticismo, este miedo de morir uno mismo, se traslada a la pérdida del otro, y el otro lo constituye la familia puesto que son seres con los que se tiene una ligadura afectiva mayor que con el resto de la comunidad. Lo cual ayuda a una pronta aceptación de la muerte tanto del ser querido como la propia.

El último modelo corresponde al siglo XX y se nombra la Muerte *Invertida* en donde el autor relata la realidad actual de la muerte, cuando un ser querido morirá pronto, la preocupación por él se acrecienta pero no se es capaz de disfrutar los últimos momentos puesto que ambas partes fingen la realidad y evitan el tema. Todo ello sin lograr nada positivo ni siquiera ha logrado el propósito que ello lleva implícito para el hombre, la eliminación de la muerte.

En vida se requiere tiempo, esfuerzo, planes, sueños, acciones, deseos, hechos, ilusión pero también imprevistos que tratarán de echar abajo el trabajo, si quien prepara la fiesta cede a éstos obstáculos, fracasará, pero si los enmienda y sigue adelante, la preparación seguirá su curso; al final, cuando llega el gran día, todo valió la pena pues llega la fiesta que es la muerte, en donde el anfitrión podrá estar satisfecho o por el contrario se arrepentirá de que el día llevo y él ya no podrá preparar nada.

El hombre es el único animal racional que, precisamente por esta condición; vive preocupándose por la muerte. Es cierto que el hombre es vida, pero también es muerte. Pérez Valera (1996) asegura “quienes tienen miedo a la vida, tienen miedo a la muerte; quienes no le dan sentido a la vida, tampoco se lo dan a la muerte”.

La muerte es la ironía, de lo único que puede estar seguro el ser humano es que morirá sin saber el día ni la hora en que llegue, la muerte destruye la vida y al mismo tiempo le da sentido. Para algunas personas la muerte significa esperanza de una mejor vida, para otros es igual a la nada, el sin sentido. Todas estas contrapartes tienen en mayor o menor grado la razón, todas son válidas pero dependientes del bagaje cultural, de la educación y aprendizaje, de las experiencias de la personalidad e individualidad propios de cada ser y de cada situación, así como de la cercanía con la muerte.

Para los que piensan que la muerte es el sin sentido, Dag Hammarskjöld (Reoch,1997) dice “Lo último que analizamos es nuestra concepción de la muerte, que decide las respuestas a todos los interrogantes que nos plantea la vida”

Algunos autores que hablan de la muerte, la ejemplifican de distintos modos, es así como Gabriel Marcel (1996) habla del hombre como viajero que está de paso en este mundo, por lo tanto “ser es estar en camino”, Jorge Manrique toma la metáfora del río diciendo que las vidas son como los ríos que van a dar al mar, el mar toma la forma de la muerte. Pérez Valera(1996) explica lo que Manrique afirma “Es de la esencia del río no estancarse, el siempre fluir, el siempre correr, precipitadamente en los rápidos, reposadamente en los remansos, pero siempre, continuamente, constantemente, avanzar”.

La vida tiene un sentido, un propósito; y a pesar de que la muerte parece el sin sentido, cuando llega, todo lo vivido, las alegrías, los dolores, los sueños, los mal entendidos, las tragedias, los disgustos, las aventuras, todo, absolutamente todo cobra un sentido, por lo tanto la muerte es el valor de la vida; desafortunadamente en algunos casos podría aplicarse el dicho popular: “nadie sabe lo que tiene hasta que lo ve perdido” y es que cuando la muerte se convirtió en un obstáculo para la vida, ésta no se vivió realmente, fue como oír sin escuchar o leer sin analizar, no hay sentido, no hay valor, no hay otra cosa que arrepentimiento y más dolor.

“Mientras hay vida, hay esperanza” es un dicho popular que comúnmente se menciona cuando existe algún problema o una enfermedad, esta frase podría ser útil para desear que la situación se resuelva y tiene sentido, incluso fomentaría la inteligencia emocional y el cierre de círculos, el sentir, el expresar, el hacer mientras exista la oportunidad.

Esta misma frase muestra, tal vez no tan claramente, un rechazo a la muerte puesto que la presenta como lo peor que puede ocurrir, porque si no hay vida, esperanza tampoco y esto podría resultar cierto si se tratase del difunto puesto que ya no tiene esperanza de vivir en este mundo, pero cuando se usa para consolar a una persona que atraviesa por un duelo, la frase podría mal interpretarse con ciertas interrogantes: ¿qué ocurriría entonces con aquellas personas que no tuvieron la oportunidad de aprovechar los últimos momentos de vida de su ser querido?, ¿no tendría acaso la esperanza de estabilizar su vida después de vivir un duelo digno?.

En medida en que la persona sea capaz de encontrar sentido al sin sentido, será capaz de hallar una esperanza en la muerte, una esperanza de plenitud para su vida, de conciencia, de paz.

El temor a la muerte siempre existirá aunque sea en distintas presentaciones, si bien dosificado; pero no por ello puede negarse. El temor surge de lo desconocido, lo enigmático, lo oculto, lo que se puede ver pero que al hombre le horroriza mirar y por ello se tapa los ojos. Cuando el hombre se brinde la posibilidad de ver, de hablar de la muerte como puede hablar de la vida y considerarlas un complemento, mientras se de la oportunidad de estudiar la muerte, de conocerla y mirarla a los ojos, siempre y cuando sea con respeto no en tanto miedo, sino en tanto saber que ella tiene el momento para cada uno y nadie puede cambiarlo, entonces estará preparado para vivir y morir.

Si el temor a morir no deja vivir al hombre, porque se presenta con pensamientos recurrentes de angustia, entonces el concepto de muerte ha dado pie a una patología.

1.5. Concepto de salud y enfermedad

Es una ironía que la salud sea tan apreciada al tiempo que es tan descuidada por el hombre puesto que la salud se convierte en algo tan cotidiano, tan <<normal>> que no se atiende la cuestión de conservarla hasta que se pierde al llegar un padecimiento o enfermedad.

Cuando se tiene contacto con una mujer embarazada y se le pregunta que sexo prefiere para su bebé, responderá quizá masculino o femenino, pero frecuentemente afirman que lo más importante es que se encuentre sano, otro ejemplo es que en diciembre por ser el mes en que se acerca la navidad y el año nuevo, existe repetidamente la mención de frases que desean principalmente salud, en otras ocasiones amor o hasta riquezas.

La salud es reiterada como deseo para sí mismo y para los demás porque se asocia con la vida, puesto que una de las principales razones en que la muerte concurre es a partir de las enfermedades, por lo tanto los padecimientos son rechazados debido a su asociación con la muerte.

La organización mundial de la Salud O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) "Salud es el estado de bienestar físico, mental y social completos, y no solamente la ausencia de enfermedad y minusvalía..."(1958). Es una definición ideológica, positiva y bien intencionada. O como aquella manera de vivir autónoma, solidaria y alegre, definida por el Dr. Jordi Gol i Gurina (1977) en el X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana. Al mismo tiempo en que se exalta la salud, las actitudes realizadas conllevan a corromperla; el exceso de trabajo provoca alteraciones en el sueño, alteraciones alimenticias, estrés; sin embargo el trabajo es necesario para mantener su vida y hasta la de su familia, si el proveedor del hogar se encuentra desempleado, genera las mismas alteraciones mencionadas anteriormente, las cuales pueden ser desarrolladas por otros miembros de la familia, así como se agregaría depresión, angustia, etcétera.

A lo largo del tiempo los hábitos alimenticios han sufrido una grave decadencia, anteriormente se conservaba una vida nutritiva a base de alimentos naturales cosechados por la misma persona que los consumía, ahora comen alimentos enlatados, procesados e incluso la famosa "comida rápida" hacen que no sea balanceada la cantidad de carbohidratos, grasas, vitaminas, proteínas, etc.; de acuerdo a lo que el cuerpo humano requiere para mantenerse saludable. Acumula azúcares y grasas que le provocan enfermedades como la diabetes que no controlada a tiempo, rápidamente se convierte en una enfermedad crónica degenerativa.

El descanso es también esencial para que un cuerpo pueda rendir física e intelectualmente durante todo el día, sin embargo se ha visto dañado por el trabajo y muy frecuentemente con la televisión, la persona de manera individual prefiere pasar su tiempo libre frente al televisor que iniciar una buena conversación con su familia o amigos, y es un hábito que ejerce cuando debería estar descansando y tal vez se quede dormido mientras el aparato sigue prendido, lo cual lo mantendrá ligado al mundo exterior y no le permitirá descansar completamente.

Ocasionalmente quienes se enojan, se pelean a golpes, consumen alguna droga incluyendo café, tabaco y alcohol, practican deportes extremos, etc., están actuando del lado de la enfermedad, de los accidentes; que pueden llevarlos a la muerte; de lo cual no se da cuenta pero que a la larga perjudican y destruyen su vida.

Por lo tanto, se confirma que el ser humano es vida y muerte, ambos instintos se encuentran en él, solo que el de vida es conciente y el de vida inconsciente; ambos luchan día a día por ganar.

La enfermedad no es sólo la desaparición de un orden fisiológico sino también la aparición de un nuevo orden vital. No hay desorden sino sustitución de un orden esperado o deseado por otro orden.

1.6. La propia muerte

“Despojemos a la
muerte de su
extrañeza,
frecuentémosla,
acostumbrémonos
a ella; pensemos
más en ella que en
cualquier otra cosa.

Puesto que no
Sabemos dónde
Nos aguarda,
Aguardémosla en
cualquier lugar.
Practicar la muerte
es practicar la
libertad. Quien ha
aprendido a morir,
ha desaprendido a
ser un esclavo”.

Montaigne.

A lo largo de su vida, el hombre se encuentra frente a un sinnúmero de pérdidas continuas que pueden afectarlo en mayor o menor grado; al ser éstas pérdidas una situación de cambio, existe un desequilibrio que altera de una u otra forma el estado actual del individuo.

La muerte para el hombre siempre le pasa a los demás, cuando no haya experimentado una pérdida cercana, la verá más lejos que cualquier cosa, aún más si se trata de una persona joven, aunque éste pensamiento se presenta en general, en cualquier persona.

Jean Paul-Sartre, afirmó que la muerte en la consciencia humana habitualmente afecta al otro;...no está en condiciones de elaborar la amenaza personal de muerte” (Caruso, 2001) Elisabeth Kübler-Ross en su libro, *Sobre la muerte y los moribundos*(1975), afirma que en el inconsciente la muerte no existe, y que si es que existiera, se relaciona con el mal, es decir, el daño, que “nos maten”, puesto que la muerte no es concebida como algo natural e inevitable para todos. Kübler-Ross lo atribuye a que en el inconsciente no hay diferencia entre deseo y hecho, esto puede explicarse puesto que el hombre no desea morir, y esto lo convierte en un hecho real para sí, aunque en realidad nadie es inmortal.

Entre más se acerca llevándose a gente conocida el hombre la ve pasar y en su interior da gracias de no haber sido quien muriera; pero existirá miedo de perder a un ser querido, pues aún sigue pensando que la muerte es para los demás.

Existe sólo una pérdida que supera a todas las demás y que es realmente inconcebible, la propia muerte. Cuando la muerte llega a la propia casa, con un ser querido, es cuando nos damos cuenta que no sólo le puede pasar al de al lado, todos están expuestos a ello y lo más doloroso es que la palabra todos, lo incluye a uno mismo.

Reoch (1997:105) dice “...cuando muere un ser querido o cuando debe cuidar a un moribundo. La inevitabilidad de la muerte nos obliga a analizar el sentido de la existencia”

Nancy O'Connor (1995) en su libro: *Déjalos ir con amor: la aceptación del duelo*, marca distintos tipos de pérdida que afectan en diferentes grados al yo. A continuación serán explicados brevemente:

El primero, que afecta en menor grado al yo es “Pérdida de objetos importantes. Dinero, esperanzas, aspiraciones o expectativas...” con ello, O'Connor se refiere a pérdidas pequeñas pero significativas, en otras formas podrían presentarse como conflictos con los padres, un viaje, una decisión que tomar, etc.

El segundo tipo afecta medianamente al yo y se trata de “Pérdida que requiere ajustes a nuevas formas, incluye los cambios normales del desarrollo de la vida. Adolescencia, inicio o el final de la escuela, matrimonio”. El cambiar algunos patrones mentales o algunos hábitos, requiere un acomodo debido a que las circunstancias así lo ameritan. El matrimonio a pesar ser, en la mayoría de los casos, un acto voluntario, necesita de mayor responsabilidad e implicación; la jubilación que supone que después de años de trabajo y ocupación, la persona se encuentra libre de ese tipo de responsabilidades y quizá frente al ocio.

La tercera pérdida implica una mayor afección al yo, es “Separación y pérdidas significativas de nuestra vida por; muerte, divorcio y abandono. Los ataques físicos como los asaltos con violencia o la violación pueden ser devastadores emocionalmente, dependiendo de la persona y las circunstancias del hecho”; esto es, el manejo de la separación física y emocional, cuando la persona ya no está o cuando a uno mismo le falta algo que le robaron, algo que perdió en un accidente.

La última pérdida, la mayor de ellas según O'Connor es... “La pérdida más absoluta y contundente es la muerte de uno mismo o un cambio radical en el cuerpo...que afectan la apariencia o la fuerza vital. No solo es el morir en la realidad, físicamente, sino también simbólicamente a través de una parte del cuerpo o quizá se podría también incluir el rechazo o la marginación.

Entre un mayor número de características se comparten con el ser querido que ha muerto, será más probable que el deceso remita a la propia muerte; sin embargo, no es necesario tenerlo todo en común, simplemente es inevitable que esa idea pase por la cabeza puesto que con la pérdida, se verá más cerca de lo que se imaginaba.

Cuando una persona que cuente con características similares a las propias, muere, más aún cuando se trata de un familiar cercano; la muerte adquiere un significado especial, la muerte se siente cerca, como si pasara a un lado y estuviera a punto de escogernos, pero eligió a otro. La muerte de éste remite a la muerte propia y en ocasiones pudiera parecer que lastima más el pensar en la muerte de los <<suyos>> que en la propia muerte, sin embargo, Pérez Valera (1996) refuta esta idea así “no existe tal disyuntiva, pues el verdadero amor al ser querido contiene una buena dosis de auténtico amor a sí mismo”.

He aquí un ejemplo de Suzanne Pinard (1997) acerca del sentimiento de vulnerabilidad y fragilidad que causa el ser un cercano espectador de la muerte de otro:

“Cuando mi cuñado, que tenía la misma edad que yo, falleció, no comprendí las razones por las que me sentí tan trastornado, tan sacudido. Estaba poco unido a él y no teníamos nada en común, salvo el hecho de que se había casado con mi hermana. Gradualmente tomé consciencia de que la muerte de Paul me indicaba con claridad que un día me tocaría a mí”

Cuando la propia muerte es enfrentada, surge la necesidad inconsciente de poner excusas que puedan salvarlo del hecho que parece tan fatal, entonces se justifica con frases como: “todavía debo hacer...”, “mi familia me necesita”, aún soy muy joven”; entre otras que no están fuera de la realidad, pero que no deben servir de pretexto sino tomadas en cuenta y resueltas en el caso de la primer frase para no generar culpa y arrepentimiento.

En el caso de las últimas dos frases, es verdad que la familia lo necesita, y de hecho así será por siempre, ellos también deben llegar a aceptarlo y a confrontarse con su muerte, así también reconocer que la muerte no respeta edades, ninguna persona que se prepare realmente para la muerte; como es el caso de los enfermos terminales que tienen la oportunidad de conocer su diagnóstico y tienen el tiempo, por poco que sea de resolver lo que haya pendiente y despedirse de alguna manera; es joven de espíritu, todas han madurado y crecido en su interior lo suficiente como para aceptar la muerte y terminar dignamente su ciclo. No significa que antes de morir ya no tenga deseos de morir, los tendrá por su naturaleza y condición de supervivencia, se dolerá; pero aún así respetará el momento.

Desafortunadamente no todos los hombres tienen la oportunidad de ser un enfermo terminal, la muerte también aparece súbitamente y sin previo aviso, por lo tanto entre más pronto se le ocurra a la persona que perderá su vida en cualquier momento y tenga la valentía de confrontarse a ello antes de que se convierta en un pensamiento recurrente y amenazador, estará preparado para cualquiera que sea el momento.

Aprender a vivir es aprender a morir a diario, significa estar conciente de la propia mortalidad y de la finitud de los demás, especialmente de los seres queridos, es saber disfrutar cada instante así sea de alegría, tristeza, enojo, entusiasmo, inquietud, representa conocerse a sí

mismo, asumir la responsabilidad de sentimientos, palabras, hechos y pensamientos así como tratar de ser cada vez una mejor persona.

Éste aprender a morir a diario y así aprender a vivir, no se enseña en alguna escuela, las experiencias, el tiempo, las caídas, la vida misma forma todas estas maneras de ser, de hacer, de vivir, de morir.

El problema de no ser capaz de visualizar o imaginar la propia muerte, puede percibirla a través de sus sentidos, uno de los más importantes es la vista; Pérez Valera (1997, pp. 97, 98) deduce: “los ojos que me ven muerto no pueden ser mis ojos. Yo no puedo contemplarme muerto. ¿Podría pensarme muerto? Tampoco. Yo siempre me pienso vivo”, con respecto a la expresión verbal dice: “decimos: <<estoy muerto>> y no: <<soy muerto>>... El verbo ser nos indica algo permanente y el verbo estar algo transitorio”.

Existe un momento demasiado importante en la vida del ser humano y ese momento le cambia por completo su existencia, es el reconocer su individualidad. Cada uno de acuerdo a sus experiencias llega a éste efecto de diferente manera. Fernando Savater (1999) en su libro *Las preguntas de la vida*, escribió un capítulo llamado “La muerte para empezar” en donde relata que cuando era niño y pensó en la muerte, se dio cuenta de que él también moriría y de que lo haría solo, entonces se vio como individuo y creyó que no había cosa más personal que la muerte, sin embargo, la muerte no es la única experiencia que llega a este resultado.

Una de las preguntas más frecuentes acerca de la propia muerte es ¿qué pasará cuando muera?, ¿desapareceré para siempre convertido en polvo? o ¿viviré por la eternidad?; éstas y otras incógnitas atormentan la idea de morir. El temor a desaparecer, a no estar, a no sentir, no ser recordado por los demás invita a evitar reconocer a la muerte.

El hombre continuamente busca salir del anonimato, inmerso en una sociedad cuyo valor se basa en la producción, busca erróneamente <<ser alguien>>, cuando no se da cuenta de que por el hecho de existir en el aquí y el ahora, es alguien, desafortunadamente esto refleja que ni siquiera se quiere o se puede percibir a sí mismo, sin embargo, adopta las reglas sociales y busca llegar mas allá, ser reconocido, admirado para de este modo trascender; sin embargo, aún la trascendencia no lo salvará de la muerte física ni del olvido aunque sea a largo plazo.

“Mi vida es frágil y efímera y sé que puedo perderla sin el menor aviso; estoy condenado a muerte y sé con absoluta certeza que mi condena se cumplirá. Esta mano tibia y flexible que hoy detiene con firmeza un papel o un libro, un día estará tiesa y helada; no me cabe la menor duda. Ignoro cuándo moriré, pero que tendré que pasar por esa puerta, eso no está en tela de juicio. Moriré y el mundo seguirá girando como hasta ahora, los niños jugando y los enamorados tomándose de la mano” (Villanueva, 1996).

En la obra de “La Filosofía de Kant” escrita por García, (2004), Immanuel Kant manifiesta que lo trascendente es lo que excede de algo. El hombre busca trascender, de algún modo para ser recordado, esto es; a pesar de no aceptar que morirá y ni siquiera hablar de ello, realiza actos con la pretensión de vivir cuando muera. Algunas personas acumulan riquezas y se hacen acreedores de un “buen apellido” que los distingue, otros tratan de sobresalir en su profesión argumentando que “quieren ser alguien en la vida” cuando el simple e irónicamente complicado hecho de estar vivo lo hace ser alguien (“pienso luego existo”), otros transmiten su deseo de ser recordados de generación en generación, lo cual poco a poco se desvanecerá porque las generaciones cambian y al estar cada vez más alejados entre sí, es decir; al no vivir durante el mismo tiempo; el recuerdo pierde peso y es entonces cuando el muerto realmente muere. (“los muertos se van cuando el olvido los sepulta”).

En la búsqueda de su trascendencia, el hombre se refugia en la función que la sociedad le permite tener, Séneca llama a éste hombre el <<homo ocupatus>>. El hombre espera que al morir pueda ser recordado para de este modo no morir <<tanto>>.

Los seres humanos tienen muchas formas de trascender, una de ellas es reproducirse a nivel humano esto es, darse a si mismo cada día y darse significa empezar a cambiar sus actitudes, desde la manera de hablar ya que así proyecta lo que piensa y lo que piensa refleja su forma de vivir

Las personas que quieren trascender deben quitarse las telarañas, limpiar sus ojos y visualizar con el corazón un camino, una vez descubierto el camino el hombre debe seguirlo sin retroceder ni siquiera para tomar impulso. Cuando se ha comprendido qué es el perdón y ha elegido ponerlo en práctica, no debe guardar rencores debe seguir su camino y perdonar.

Al meditar sobre el sentido de la propia existencia, el hombre puede reconocer sus aciertos y sus fallos, tiene la oportunidad de perdonar, de pedir perdón, de aceptar su ciclo, sus logros; sabiendo que su curso puede terminar en cualquier momento, aceptando que fue y es tan importante que por ello jamás se repetirá y que debe terminar antes de que se convierta en lo cotidiano, en lo que se hace porque no hay otra opción, en lo que pierde y sabor al renovarse frecuentemente.

SEGUNDO CAPÍTULO

CULTURA

2.1. Concepto de vida y concepto de muerte

La vida parece ser lo más puro y deseable que existe, cuando un bebé nace, en la mayoría de los casos hay celebraciones, alegría por ese nuevo ser. Sin embargo, al paso del tiempo, eso tan sagrado se convierte en lo cotidiano, en lo que ni siquiera se ve pasar porque ya no se tiene conciencia sobre los propios actos.

El miedo a la muerte es una cuestión universal, resulta así porque es más fácil que se extienda una enfermedad que no es atendida, a que por sí sola se elimine hasta llegar a desaparecer. Al respecto Reoch (1997, p. 118) opina "La muerte no es una enfermedad contagiosa, pero el temor a la muerte sí"

Existen diferentes definiciones de muerte que a continuación se explicarán:

- Goñi (2002: 229) cita a la siguiente definición de Epicuro: Cese de las funciones vitales sin posibilidad de reanimación, con la aparición de fenómenos cadavéricos de forma progresiva, incluyendo signos de putrefacción y cambios químicos hísticos tales como livideces o hipóstasis, enfriamiento, rigidez y deshidratación... fin de la vida, esta es la definición de muerte... ¿realmente morir es algo tan horroroso?, la muerte no es algo que se sienta, "acostúmbrate a pensar que la muerte nada es para nosotros. Por que todo bien y mal reside en la sensación, y la muerte es privación del sentido...".
- Definición Legal. Cesación de las funciones cardiacas y respiratorias sin esperanza de reanimación por medios artificiales (Sánchez, 2002)

La muerte no es sólo ni primariamente un hecho clínico, sino un fenómeno ontológico, la pérdida de la vida, y con ello de la condición personal del ser humano.

Esto es importante, porque la determinación del momento exacto de la muerte dependerá de qué entendamos por vida y por muerte.

El interés de la filosofía en este tema, suele versar sobre el qué, en tanto que las preocupaciones de la ciencia tienen por objeto, por lo general, desentrañar el cómo. A la filosofía le interesa, por ejemplo, saber qué es la vida, o qué es la muerte, no cómo se llega a vivir o a morir. Estas últimas son cuestiones que habrán de responder las ciencias, por ejemplo las biológicas y las médicas.

Para los griegos, la muerte se identificaba con la pérdida de funciones vitales. Tuvieron una idea funcionalista de la vida, y por ello identificaron la muerte con la pérdida de las funciones vitales, representadas por el latido cardíaco y la respiración espontánea. En la inspiración el ser vivo introduce en su cuerpo un espíritu sutil, que es fuente de vida. La muerte es la pérdida de esa función, la pérdida del espíritu. Quien no respira está muerto. Vivir consiste en respirar; y morir en dejar de hacerlo. La muerte es la pérdida del espíritu, que en los animales es material, y en los seres humanos es material y a la vez espiritual. De ahí que para ellos el diagnóstico de muerte y la definición de muerte se identificaran.

Pero las cosas no son tan claras no se sabe con certeza que esa pérdida sea total y definitiva, es decir; irreversible. Esto es lo que hizo, ya en el mundo moderno, introducir un criterio de muerte distinto del funcional. La muerte de un organismo vivo no puede consistir; se dice ahora, más que en su desorganización, lo cual no sucede más que cuando pierde no ya sus funciones, sino su estructura; es decir; cuando se descompone.

La teoría de la disfunción era lógica en una época en que se aceptaba un estricto dualismo, y se suponía que la vida y la muerte consistían en la ganancia o la pérdida del alma. Cuando esto no se interpreta así, cuando vida y muerte tratan de interpretarse en términos estrictamente somáticos, es decir; orgánicos, la vida no puede definirse más que como organización, y la muerte como desorganización.

Pero cuando se habla de seres humanos surge un problema complementario del anterior. El ser humano no sólo está vivo, sino que además accede por su inteligencia a un mundo

distinto del animal, el mundo del espíritu. En el ser humano, pues, pueden producirse dos muertes: una como ser biológico, y otra en tanto como ser humano (pensante). No está dicho en ningún lado que ambas muertes hayan de coincidir; como tampoco está que aparezcan al mismo tiempo. Todas las teorías epigenéticas han defendido siempre que lo humano del hombre aparecía tiempo después que las funciones propiamente vital y animal.

Esto nos obliga a definir la muerte humana. De siempre se ha tenido la certeza de que esto puede hacerse de dos maneras. Una primera es pensar que la muerte humana consiste en la pérdida irreversible de las facultades llamadas superiores, aunque siguieran subsistiendo las puramente vegetativas. El ejemplo paradigmático de esto es el llamado técnicamente «estado vegetativo».

Entre diversos autores ha existido el conflicto acerca de donde provienen las actitudes hostiles y el miedo a la muerte, algunos lo han atribuido a causas individuales, que existen dentro de cada individuo como parte de su naturaleza, y otros autores plantean que son cuestión cultural, debido a la influencia que le ha ocasionado el existir como un ser social.

León S. Pérez(1965),, escritor del libro <<Muerte y Neurosis>> habla de las teorías de autores que como ya se mencionó anteriormente, tratan la vida y la muerte, ahora bien; se hará mención de dichos autores de acuerdo al texto y se explicará en otras palabras sus postulados.

La teoría de Freud es acerca del Eros y el Thánatos, quien dijo que el Eros busca la conservación y el establecimiento a través de los instintos del Yo (autoconservación), los instintos sexuales (conservación de la especie) y el contraste entre el amor propio y el amor al objeto. Contrariamente el Tánatos es la descomposición y la destrucción; en otras palabras pude decirse que Freud llega a la conclusión de que la meta de toda vida es la muerte.

Melanie Klein al igual que Freud, cree en los instintos de muerte y afirma que crean la angustia que provoca que durante toda la existencia el hombre luche entre la vida y la muerte. Karen Horney niega que exista un instinto de muerte, ella dice que lo que provoca hostilidad y agresión son las perturbaciones que sufren sus necesidades básicas dentro de las cuales está su seguridad, Horney cree que el miedo a la muerte se debe a conflictos sociales más que a fuerzas genéticas inevitables.

No se desmeritan los conceptos de Freud y Klein, al contrario, son aplicables en el concepto que se dio en el capítulo anterior acerca de salud y enfermedad; en donde se propuso a la salud – enfermedad y por lo tanto vida – muerte como una paradoja ya que el pensamiento humano se dirige en pro de salud y vida, pero sus actos son encaminados hacia enfermedad y muerte. Cabe señalar que está perfectamente claro que no solo la muerte llega por la enfermedad, también llega en la salud a partir de un accidente o de un asesinato o suicidio, pero a fin de cuentas, se está atentando en todo caso con la salud de la persona.

En ésta ocasión se tomarán los conceptos de aquellos autores que están a favor de la influencia socio – cultural puesto que a pesar de que el miedo a la muerte existe en todos, se presenta de distintas formas y con variable intensidad de acuerdo al bagaje cultural del que llega a formar parte de cada individuo.

Según Freud, en su texto “Tótem y tabú”(1913) , estudió algunas tribus y encontró que dentro de ellas existían también restricciones hacia aquellas cosas desconocidas y las cuales eran atribuidas a aspectos sobrenaturales como lo fue el demonismo, la magia y el animismo. Éste último termino se refiere a la creencia en los espíritus buenos y malos que emanan de la naturaleza tanto humana como animal, vegetal y mineral, en los cuales el hombre se proyecta. Las restricciones recibían el nombre de tabú, el cual debía ser estrictamente respetado. Se prohibían aquellas cosas que despertaban en el grupo curiosidad y deseo ya que las cosas que no representaban peligro no eran castigadas.

Para la cultura Occidental, de la cual forma parte México, éste miedo se ha convertido en lo prohibido, lo que no se reconoce y por lo tanto se silencia. La muerte es un tabú, es en apariencia ignorada porque el hombre se visualiza impotente ante ella y lo es en tanto pretender evitarla, pero puede no serlo si deja de verla como un rival y la vive saboreando el dolor que no dejará de representar la despedida.

Abengózar (1994.p, 14) habla de algunas entrevistas realizadas por otros autores a supervivientes de grandes catástrofes como lo fueron los campos de concentración y la conclusión obtenida de que “cuando a la vida se le roba todo significado, la agonía y la muerte se convierten en objetos de tabú” Además la autora considera que la sociedad occidental es la primera en mantener con respecto a la muerte restricciones considerándola un tabú. La vida sigue la corriente nacer, crecer, producir, reproducirse y morir

Vale la pena hacer una distinción entre el miedo a la muerte y el temor a la muerte. El miedo es sinónimo de pavor y está relacionado con la aparición irremediable de algún mal y tiene que ver mayormente con los instintos, se puede decir que con el lado animal del ser humano. El temor implica una actitud serena, respetuosa y reverente que proviene mayormente de la educación y esta a su vez está a disposición de la cultura. En el libro de “El hombre y su Muerte” de Pérez (1996), Feifel dice: “el miedo de hablar de la muerte es una actitud socialmente impuesta” tal vez por esto, no exista el temor a la muerte sino un verdadero miedo proveniente como lo diría el pensador marxista Kolakowski, del instinto de conservación común en todos los animales, así como de la educación poco favorecedora del tema de la muerte.

Por lo tanto, enfrentar con cierto miedo a la muerte no es patológico, es más bien un hecho universal como diría Pérez Valera (1996) referente a los planteamientos freudianos respecto a la muerte. “El miedo a la muerte es algo específicamente humano.. El hombre percibe su vida puesta en tela de juicio, amenazada en su autoafirmación e irremisiblemente destinada a la admisión y al abandono”. El miedo moderado a la muerte incluso puede motivar a una vida más plena.³ Si éste miedo se vuelve angustioso, puede llegar a obstaculizar el quehacer el querer humano.

Los dinamismos sociales de tipo mágico, místico y científico ofrecen alargar la vida postergando la muerte hasta donde sea posible. Entre los de tipo mágico y místico están los rituales religiosos, las supersticiones, los amuletos, rituales no religiosos de buena suerte que pueden constituir la conducta de individuos considerados normales. Estos dinamismos se relacionan con el vínculo culpa-castigo.

La muerte cuenta con diversas implicaciones que contribuyen a que el miedo a ella se mantenga vigente, es así como puede hablarse del temor a lo nuevo, a perder la individualidad, la conciencia de sí mismo, el pasado, la historia, la continuidad etc.

Diversos autores han tratado el tema de la muerte y la han interpretado con versos que hablan de ella en forma figurada para hacer más entendible lo abstracto de ella:

Emily Dickinson percibe a la muerte de la siguiente manera:

³ Al hablar de una vida más plena no se hace con base en un valor estándar, a una ocupación, a cierto estatus social; sino a las expectativas, intereses y prioridades que cada persona tenga en su vida, esto es para el sentido que a ésta le dé.

“La Muerte es el flexible galán
Que finalmente gana.
Es un galanteo furtivo
Que al principio se realiza
Con pálidas insinuaciones
Y una forma directa de abordar
Pero que al final toca valientemente el clarín”(Rowe, 1989)

El autor personifica a la muerte de forma atractiva, en donde es lo deseado, aquel que conquista y seduce pero que al final toma por la fuerza.

Freud posee una teoría similar. La concepción freudiana de muerte es paradójica, es pues una separación de sí mismo, una muerte del yo que es manifiesta al yo, pero es una vida y unión completa, eterna inevitable con la madre tierra. Freud llega a ésta concepción en 1913 cuando elabora un comentario desde su punto de vista psicoanalítico, respecto a *El mercader de Venecia* de Shakespeare, exponiendo lo siguiente:

“...para el hombre existen tres relaciones inevitables con la mujer...la madre, la compañera y la destructora. O las tres formas que adopta la imagen de la madre en el curso de la vida: La madre misma, la amada, elegida a su imagen, y, por último, la madre tierra, que lo acoge de nuevo en su seno, pero el anciano busca en vano el amor de la mujer, tal como el primero lo obtuvo de su madre, y solo la tercera de las mujeres del Destino, la muda diosa de la Muerte, le tomará en sus brazos”(Caruso, 1969)

El hombre al nacer necesita de cuidados, éstos le son dados por su madre junto con la protección, al pasar el tiempo, el niño se vuelve adulto y busca una pareja, la cual se convierte en su compañera, su amiga; por último busca regresar a la primera imagen, la de protección, esto es lo que jamás reencontrará, pero él no lo sabe, entonces llega la destructora y lo seduce, lo convence y éste se entrega a ella, a la madre tierra, Freud lo llama, “*el último incesto*” puesto que se une y confunde con esa madre, se pierde a sí mismo para separarse de la tierra.

Rowe (1989, p, 199) señala que Philip Larkin quien habla de que en la vida de cada persona pareciera como si una fila de barcos estuviera en pos de acercarse y descargar una serie de cosas buenas, sin embargo, afirma que ésta afirmación es totalmente errónea puesto que:

“Solo un barco nos busca
Un barco desconocido con vela negra
Que lleva arrastrando
Un enorme silencio sin pájaros”

Larkin agrega el valor de lo inexplorado a la muerte, el hecho de que el hombre en su vida solo busca, espera lo benévolo, pero en sí el fin de la vida es la muerte, lo único que espera a los seres vivos.

2.2. La muerte en México

El tema de la muerte es considerado como un tabú, porque en torno a ella existen diversos mitos que hacen que se le tenga pavor. Uno de esos mitos es que el hablar de muerte significa invocarla, atraerla, adelantarse a ella; pese a esto cada primero y dos de noviembre se produce una ironía llamado festejo de “día de muertos” en donde el mexicano coquetea con la muerte, se acerca a ella, la llama por su nombre, la acaricia, le compone versos con el nombre de “calaveritas” entre otros rituales para recordarle que el mexicano es su amigo y que bajo esta condición no debe hacerle daño, por lo tanto anualmente renueva sus votos con ella para agradecerle la bondad de no llevárselo pero el resto del año, intenta no hablar de ella como ahuyentándola y actúa como si no existiera.

Pérez Valera (1996) señala que la muerte no hace acepción de personas, no le importa la edad ni el género, el color ni la raza, ni el estatus social ni nada, suele decirse que no respeta por ejemplo edad, ¿por que no pensar que el hombre no la respeta a ella?. Tanto la resistencia a morir como el aparente deseo de morir ilustran la falta de reverencia que se le tiene. Lafontaine, escritor de fábulas, hace referencia a lo anterior con una de sus obras la cual en resumen muestra como un leñador que carga trozos de madera que acababa de cortar, de repente queda sepultado bajo ellos y desesperado invoca a la muerte, cuando ella

llega y le pregunta ¿qué quieres?, el leñador le responde que nada, que solo desea que le ayude con la leña.

El retar a la muerte, a través de diversas formas como pueden ser chistes o bromas; es el escondite del verdadero miedo, es una arrogancia y es pretender fingir el valor que no se tiene. Esta es una forma de reprimir el miedo, lo cual es contraproducente porque se le está evitando.

Pese a que el mexicano actúa como si la muerte no existiera, cada minuto, mueren miles y millones de personas en todo el mundo por diversas causas, algunas en sus casas o en hospitales, pero la muerte a diario está presente.

En México como en otras culturas, cuando una persona muere, antes de colocarla en su ataúd, se le viste con las mejores ropas y se le peina, se maquilla, en medida de lo posible como para darle al cadáver un efecto de vida, como para fingir que no ha muerto. Como lo menciona Pérez Valera (1996) “Las refinadas costumbres funerarias de países opulentos que presentan a la muerte maquillada y endulzada con sacarina, revelan al parecer un profundo miedo a la muerte”

El ver el cuerpo del fallecido puede ser, para algunos, la forma de empezar a superar el dolor. De forma similar, para algunas personas, el funeral es una ocasión en la que se empieza a afrontar la realidad de lo acontecido. El ver el cuerpo del difunto o el atender al funeral puede llegar a ser muy doloroso, pero son las únicas formas de que dispone el hombre para decir adiós a aquellos que ha amado. Estas actividades pueden parecer tan dolorosas que puede surgir la tentación de no afrontarlas, aunque con frecuencia esto conduce en el futuro a una sensación de profundo disgusto.

La muerte ha sido un tema prohibido a través del tiempo, por lo tanto resultaría complicado siquiera intentar cambiar la creencia y temor de toda una cultura; pese a ello, podría resultar pero de una forma lenta y paulatina. Lo ideal sería que culturalmente, la muerte fuera un tema comúnmente debatido, lo cual permitiría librarla de los mitos que en torno a ella existen y además permitiría conocerla de frente, estudiarla sin por supuesto haberla experimentado. Podría empezarse por que las personas que por su trabajo se encuentran involucradas en lo que a salud se refiere pudieran sensibilizarse y cambiar su concepto de muerte puesto que son quienes frecuentemente se encuentran cerca de quienes fallecen.

La muerte es quizá lo que le cause un mayor dolor al mexicano porque es quien le arrebató lo suyo y más aún cuando se trata de manera definitiva, la muerte no permite pactos ni promesas, llega cuando tiene que llegar y respeta cuando aún no es el tiempo.

En la cultura occidental, las religiones han propuesto la existencia de una vida post-muerte con el propósito de otorgar seguridad a la gente y reprimir la angustia provocada por la muerte. Otro dinamismo o método que sirve para tranquilizar a la colectividad dando seguridad es la idea de conservación de la especie y de la cultura a través de obras. El pensamiento mágico -dice León S. Pérez (1965)- y la fantasía reduce la angustia anulando el peligro.

La muerte en la cultura mexicana necesita compañía profesional, la muerte es un fenómeno natural pero formativamente no es reconocida como tal. En el duelo, suele suceder que no basta la compañía de los suyos y aún más si están resolviendo su propio duelo, aunque no por ello se pretende aseverar que no exista un duelo compartido en donde puedan hablar de ello y superarlo juntos, simplemente que se necesita un apoyo que se encuentre al cien por ciento para que lo guíe, una persona que pueda razonar con pleno uso de sus facultades ya que una persona en duelo frecuentemente está desinteresada, confusa, desatenta, distraída; es indispensable que exista una persona que pueda asesorar al doliente tanto en el aspecto legal como en el emocional.

Existen ocasiones en que el doliente quiere refugiarse en amigos que están desligados de la situación, es decir; que no están pasando por el mismo duelo puesto que la persona fallecida no era cercana a ellos pero al familiar en duelo si. El afligido querrá expresar sus emociones hablando del tema y quizá lo haga frecuentemente, buscará llegar al mismo tema de conversación, y el amigo hará lo mismo pero en sentido contrario, evitará tocar el tema o evadirá cualquier señal encaminada a llegar a él.

El doliente tal vez se da cuenta de esto o tal vez ni siquiera lo note y seguirá intentando hablar, si se da cuenta se sentirá rechazado, desatendido, que sus sentimientos no tienen importancia para los demás y por ello puede suceder que deje de atenderlos él mismo y los reprima en un duelo no resuelto. Las intenciones del amigo no son perjudicar al doliente, ni quiere decir que lo haya aburrido; lo que pasa es que al ser un tema tabú, no está capacitado para hablar de ello, ni para saber consolar a su amigo, por ello dirá frases

inapropiadas como “así tenía que ser”, “Dios quiso llevárselo ahora”, “fue mejor así para que no sufriera”, y otras similares que más que confortar, le crean mayores conflictos y rencores hacia Dios, hacia la vida, hacia el difunto ,por morirse, todo a través de una actitud rígida.

El que trate de evitar el tema surge con más frecuencia en personas que no han experimentado un duelo y también se argumenta debido a que no le gustará ver sufrir a su amigo doliente y por ello trata de distraerlo con otras cosas para que según él, “se olvide del problema”; no obstante, el duelo no es algo que se olvida y ya, es algo que se vive, se sufre y se sana y luego se queda con un segmento de la herida que nunca cierra.

Lo anterior resulta lógico en la cultura mexicana pero no justificable, por ello es necesario estar preparados en tanto el concepto de muerte y enfrentarla, no quiere decir que con ello, cuando se sufra una pérdida no dolerá, al contrario; ese sabor amargo se disfrutará y al final quedará el paladar dulce. Saber enfrentar la muerte de los suyos, la propia muerte; contribuirá en el desarrollo de un más genuino acompañamiento del amigo doliente.

2.3. La muerte en otras culturas

Desde la época más antigua han existido grupos que se han formado a través del tiempo, toda una forma de vida que es su cultura. Cada cultura a pesar de tener manifestaciones diferentes, se ha asimilado a las demás en tanto los temas que aborda, entre los cuales están vida, religión, trabajo, familia, pero también han tocado el tema de la muerte y a partir de ella han surgido creencias, rituales, prohibiciones, etc.

Con relación a ello, Brown (1969) investigó acerca de las costumbres de los pueblos y encontró que en la época de las cavernas los familiares del fallecido pintaban de rojo los huesos del difunto y los enterraban junto a su vivienda.

Los cristianos de la Edad Media contaban con su propio libro de los muertos pues en esa época, la muerte no era un tabú ni algo temible, sino que exigía una preparación a través de la meditación. Su libro según Reoch (1997) se llamó <<Ars Moriendi>> que significa <<Arte de Morir>>. Asimismo, el autor menciona otro libro perteneciente al siglo XVII llamado <<Normas y ejercicios para bien morir>> su autor fue el rey Carlos I y a través del libro invitaba a los sabios a prepararse para la muerte todos los días mientras estuvieran sanos,

veía a la muerte como un espejo al que todos los días se prestaba atención. Y para el filósofo ateniense llamado Sócrates, quien fue sentenciado a muerte por cuestionar las ideas sociales de su época, en el siglo V a. C., para sus seguidores mencionó: “Aquellos que aman la sabiduría practican la muerte, y para ellos la muerte es lo menos aterrador del mundo”

Reoch (1997) menciona en su libro “Morir bien” que los griegos en su mitología creían en tres mujeres que los acompañaban y determinaban su destino y así las llamaban <<diosas del destino>> y creían “Una hilaba el tejido de la vida de cada persona, otra representaba a la suerte y, cuando la tercera cortaba el hilo, la muerte era segura”.

Así pues, Brown también encontró que algunos pueblos como los maoríes al igual que en Polinesia, Melasia y parte de África, consideraban impuras a las personas que tenían algún contacto con un muerto o que asistían a un funeral, esas personas quedaban excluidas de la sociedad y no se les permitía tocar con las manos los objetos y mucho menos personas porque entonces los contaminaban y si infringían dicho tabú enfermaban y morían.

Según el mismo autor, entre los Shuswop de Colombia, la persona viuda debía permanecer aislada durante el tiempo de luto y debía vestirse con ramas para alejar al espíritu del difunto y si alguien era alcanzado por la sombra del viudo o viuda iba a morir, era tan fuerte la creencia en el tabú que la gente realmente moría a causa de éstas situaciones.

En otros pueblos existían prohibiciones permanentes como la de no pronunciar jamás el nombre del difunto porque significaba una ofensa para sus familiares. En África le cambiaban el nombre al fallecido para referirse a él con el nuevo nombre con el propósito de que el mismo no supiera que hablaban de él ya que nunca averiguaba el nombre que los vivos le habían asignado.

Cabe señalar que Brown también encontró que al contrario de otros pueblos, para los habitantes de Tracia el nacimiento era causa de sufrimiento. Acostumbraban recibir al recién nacido con llantos y gemidos porque tenían el peor concepto de la vida, creían que la criatura solo vivía para sufrir y durante su rito hacían un recuento de todos los males a los que se expondría a lo largo de su vida, cuando alguien moría, hacían grandes festejos y el rito consistía en mencionar los males de los cuales se había librado el difunto.

En torno a la muerte, existen actos universales puesto que son poseídos por todas o por lo menos por la mayoría de las culturas existentes.

Dentro de los actos universales se encuentra el miedo a la muerte, aunque según Reoch, (1997) los chamanes se caracterizan por la ausencia del temor a la muerte. Cabe destacar que Brown encontró otros actos como la sepultura como primer acto universal que destaca en los funerales; el hombre no ha abandonado a sus muertos sino que los ha depositado en un lugar específico porque se cree que ellos al igual que los vivos también deben tener un domicilio en donde visitarlos y de ésta manera inmortalizarlos, tenerlos siempre presentes. El periodo de luto, que representa justo el tiempo en que un cuerpo tarda en descomponerse; la cremación se cree que es buena porque a través de ella se libera de las impurezas. Como se observa la muerte puede ser representada por distintos objetos y distintos actos.

TERCER CAPÍTULO
MUERTE EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO

3.1. Relación médico - paciente – familia

Al hablar de médico no solo se refiere al doctor que atiende al enfermo sino a todo el cuerpo médico que está pendiente e involucrado con el enfermo, dentro de los de que encuentran desde luego el médico general, los especialistas, las enfermeras, paramédicos, psicólogos y tanatólogos si es que existieran.

Existe una leyenda oriental que puede ilustrar la idea de que actualmente, el hombre médicamente ya no se percibe como un ser completo sino en partes, desligado de sí mismo, en donde cada médico se especializa solo en una de las partes del cuerpo; existe un neurólogo, un dermatólogo, una anestesista, un ginecólogo, etc. y se dedica a diagnosticar y medicar sin tomar en cuenta la implicación o las secuelas de y en otras partes tanto físicas como emocionales y morales del paciente, ya no lo estudia como una gestalt; es decir, como un todo dinámico y global.

La leyenda dice lo siguiente: "...cinco ciegos que ignoraban lo que era un elefante, de repente, caminando por la selva, se encontraron con uno. El primero se topó con una pata y se convenció de que el elefante era un gran tronco de árbol y nada más que eso; el segundo encontró la cola y llegó a la conclusión de que el animal era realmente una delgada y larga lombriz; el tercero tocó la oreja del paquidermo y no le quedó la menor duda de que se trataba de una enorme hoja de una planta desconocida; el cuarto, hallando la trompa, pensó que el elefante era una gran boa; por último, el quinto ciego subió al lomo del animal y

concluyó que éste era en realidad un pequeño monte, todos los hombres de la leyenda tienen algo de razón pero también están equivocados. Los cinco ciegos cometieron el error de pensar que su descripción era la verdad absoluta sobre el elefante...y nada más que eso...pero es mucho más que eso..." (Villanueva, 1996)

El problema subsiste en que se toman las propias descripciones u opiniones como si fueran reales, como únicas, cuando deberían cambiar y ser adaptables a lo verdaderamente único: el hombre ya que si extraemos del todo una de sus partes, entonces deja de ser lo que es.

En el ambiente hospitalario es frecuente, principalmente en los grandes hospitales; no se habla del paciente por medio de su nombre sino con un número, no se trata del paciente Juan Pérez, sino "el de la 98"; haciendo referencia a su número de cama; o bien, otra forma en que se les nombra es a partir de su enfermedad, por ejemplo: el "sidoso". Dicha enfermedad según Aries (1983) en su exposición sobre la muerte Invertida perteneciente al siglo XX, se considera un error del sistema; lo cual quiere decir que el hombre clínicamente no es más que un aparato que se descompone y se compone, cuando ya no tiene solución se considera inservible y se desecha, por ello no se tiene consideración con su dolor ni con la manera de nombrarlos.

La relación médico paciente es el acto médico esencial procurando el bien integral del paciente. Toda vez que el acto médico no se oriente a este fin la Medicina se "deshumaniza" y el hombre es instrumentalizado.

Generalmente en la relación médico paciente, el doctor es la persona que se muestra más distante con el enfermo, menos enterado de su situación real, mas bien percibido como una enfermedad, esto se debe a que durante su formación escolar, se le inculcó ser objetivo, no involucrarse con los pacientes.

La Medicina y los médicos, durante un largo período de la historia, eran considerados como símbolo de humanización, y esta humanización se traducía en un proceso profundo, persistente, que impregnaba esta singular relación médico – paciente, y cuyo contenido esencial era el servicio y la ayuda al prójimo, cuidando y velando de él en toda necesidad que tuviera; este cuidado se llamaba en Grecia: *Medicare*, y de ahí viene la palabra Médico.

En la actualidad existen médicos que se preocupan por adquirir “éxito” o prestigio a través de su trabajo y se esfuerzan por curar al paciente pero ¿es ese el verdadero propósito de la Medicina?

En este tipo de relación, el médico descuida e ignora los aspectos psicológicos, culturales y sociales, y a menudo se limita a estudiar e interpretar los exámenes que le proporcionan las máquinas o los laboratorios clínicos.

El médico no solo tiene el deber de salvar a su paciente sino de interesarse por la realidad de la vivencia humana, en un proceso continuo de autocomprensión y de comprensión de los demás. Sin embargo Pérez Valera (1996) menciona una afirmación que hace Feifel, “los médicos, paradójicamente rehuyen la idea de la muerte y muestran más miedo hacia ella que otros grupos de profesionistas”

Al inicio del ejercicio de su carrera, el médico muestra mayor miedo a que un paciente <<se le muera>> y lo percibe así, como un fracaso, y no como algo natural que tenía que suceder. Quizá sentía algún tipo de culpa que no debería ser siempre y cuando haya intervenido para ayudarlo. Al paso del tiempo es como si se acostumbrara a ello y pasa a ser un muerto más en su lista, lo cual no le da mucho prestigio. La Medicina como ciencia del hombre debe percibir a éste como un ser bio-psico-social y único, comprender a cada persona como alguien con una situación de vida, única, especial y diferente a todas las demás.

Al estar trabajando con seres iguales a ellos, que sienten y que su malestar es lo más importante, lo que ellos en particular sientan no lo que un libro les dice que debe sentir; entonces no puede ser objetivo si no mide el dolor; por lo tanto no es aplicable para estos casos. El médico, antes de tener una profesión, es un ser humano, que siente y sufre con su dolor y con el dolor ajeno; desafortunadamente se muestra frío en la relación, lo cual más que contribuir con su trabajo, lo obstruye.

El médico que trabaja con enfermos terminales debería ser una persona capacitada que además de tener conocimientos médicos, también los tuviera en materia de Tanatología y, lo más importante es; sea capaz de trabajar con la muerte a diario y que se haya confrontado con la muerte propia ya que esto enriquecería su labor y le permitiría ser prudente en tanto la forma y momento de dar el diagnóstico tanto al paciente como a la familia, de respetar los derechos y decisiones de ambos y explicar el proceso que se llevará a cabo.

El juramento hipocrático de preservar la vida hasta las últimas consecuencias, lleva al médico a tener una actitud que rechace a la muerte, evitándola de cualquier modo, parece una ironía que estudiando los procesos del ser humano, no perciban como natural a la muerte y cuando un paciente al que están atendiendo, muere; puede suceder que se sientan fracasados, pero resulta ridículo pelear contra la muerte.

Otros médicos actuarán fríamente, como si nada pasara, esto a causa del distanciamiento que hay ante el paciente. Por salud propia del médico quizá no busca involucrarse sentimentalmente, por ello es necesario estar siempre preparado para las despedidas; pero si no puede hacerlo, por lo menos debe tomarse el tiempo para prepararlo para el dolor, para explicarle lo que su enfermedad significa, para escucharlo cuando siente dolor físico y en medida de lo posible, aliviarlo.

3.2. Concepto de vida y concepto de muerte

Si una persona asiste a un hospital, por pequeño que sea, se encontrará con un mundo de emociones encontradas en donde unos se alegran de algún nacimiento o de que su familiar a sanado, mientras que otros lloran a gritos porque su familiar ha muerto, unos cuantos más se muestran incrédulos ante la situación hasta que ven el cuerpo sin vida, hasta que les hacen firmar el acta de defunción o hasta que les devuelven la ropa que utilizó en sus últimos momentos.

La muerte está presente en todo momento, en todo lugar y no hace distinciones entre edad, sexo, ocupación, estado civil, posición social, incluso sin importar el historial médico, todas las personas día a día se encuentran inmersas en el juego de la vida y de la muerte.

Para Pérez León (1965) en su libro "Muerte y Neurosis", existe gran diferencia entre la muerte esperada en el límite de la vejez y la muerte repentina a cualquier edad,. En la primera acepta que la vida es una "empresa limitada", es más comprensible para el hombre que un anciano muera porque ha tenido la oportunidad de vivir, incluso para los médicos es más aceptable puesto que se considera que en ésta época se han acumulado todos los padecimientos sufridos en la niñez, juventud y adultez; la segunda es una "empresa

fracasada”, puesto que la muerte no tiene sentido, aún le faltarán concluir otras etapas de su vida como son crecer, reproducirse y producir.

El azar que se vive día a día al no saber en que momento llegará la muerte, hace perder la armonía en la relación vida-muerte y además provoca permanente inseguridad. Vida y muerte van acompañadas y se dan sentido una a la otra; si no hubiera muerte, ¿qué sería la vida? Y si no existiera la vida, la muerte sería imposible; todos los ciclos, todo lo bello, lo absurdo, hasta lo desagradable de la vida, tiene un fin y ese fin es más bien una finalidad, lo que le dará el valor a todo lo anterior brindando así nuevas oportunidades.

La medicina, al ser una ciencia objetiva (observable, medible y cuantificable), mira a la muerte bajo una perspectiva estadística, es decir; como un dato: una fecha, un lugar, una causa, una enfermedad. Lo anterior no puede ser posible puesto que se está hablando de hombres, los cuales no están hechos en serie y por lo tanto no deberían etiquetarse a través de un dígito. Pérez Valera (1996) afirma: “Lo más sublime y lo más profundo del hombre no puede medirse, pensarse o reducirse a datos estadísticos”.

En los últimos años gran parte de los profesionistas de la medicina han ido perdiendo progresivamente el humanismo, especialmente en las sociedades desarrolladas contagiadas de la vida materialista y con un gran vacío espiritual.

La salud y la enfermedad se han convertido en una mercancía mas, con un fin lucrativo. Por otro lado, la gran mayoría de médicos se ha fanatizado con la tecnología de punta y ha abandonado su esencia humanista, deteriorando su identidad profesional, proyectando una imagen mercantilista donde su fin es buscar un mayor status socioeconómico y aprovechamiento personal, carente de sensibilidad humana.

Cada persona puede considerarse como moribunda a pesar de no padecer alguna enfermedad que pueda llevarlo a morir, puesto que cada día se encuentra más cerca del momento de su muerte, cada día envejece un poco más a pesar de que la apariencia sea la misma y cada día puede tener la certeza de que ha dado un paso más hacia el final, por lo tanto no se le puede llamar moribundo solamente a los enfermos terminales o a quienes se encuentran lesionados por algún accidente o atentado, ni a los ancianos porque absolutamente todos los seres humanos son moribundos.

La palabra hospital proviene del adjetivo hospitalario que significa acogedor (García, 2003), por lo tanto se utilizó dicho término para denominar a las instituciones que estaban a cargo de religiosas que antiguamente tenían el propósito de dar un techo y comida a la persona enferma y no como actualmente cuyo fin es dar atención médica.

En el siglo XVIII las responsabilidades eclesiásticas fueron aumentando y las religiosas fueron sustituidas por ayudantes seculares que proporcionaban una atención ruda y rápida, fue entonces cuando hubo un desprestigio de los hospitales y se creía que ir al hospital significaba muerte segura. En la segunda mitad del siglo XIX, el hospital retoma su prestigio debido a la reforma de la enfermería encabezada por Florence Nightingale, también existieron otras causas que influenciaron como: la mejoría en las condiciones arquitectónicas, el desarrollo de la microbiología, etc. En los últimos tiempos ha dado otro giro ya que la atención médica resulta costosa y en diversas ocasiones éticamente decadente, además de que el paciente tiene que tratar cada vez con un mayor número de interlocutores ya que ahora existen especializaciones.

3.3. Manejo hospitalario del duelo anticipatorio y de la muerte tanto en el paciente como en la familia.

Reoch (1997) afirma que en el siglo XX y principalmente en los países industrializados, menos de la cuarta parte de las muertes se producen en casa, cada vez un mayor número de enfermos terminales se encuentra hospitalizado y es ahí mismo donde muere, aunque el mismo autor afirma que la mayoría de los pacientes preferiría morir en su casa, porque se siente más cómodo, seguro y tiene a su lado a las personas que durante su vida han estado con él.

Resulta importante atender el llamado de las familias que desean llevarse a su casa al enfermo, primero es necesario que no solamente les hagan firmar una responsiva a los familiares, sino que antes de ello, puedan prevenir a través de una plática con ambos en donde explicaran las condiciones de enfermo y las necesidades que deberán cubrir en casa, si existe un ambiente apropiado y en realidad pueden hacerse cargo de él, será mejor respetar su decisión guiados por asesorías obtenidas al seguir en contacto con el hospital. Es importante que antes de tomar la decisión o de darle esperanzas sobre el tema al

enfermo, la familia esté segura de ello puesto que retroceder y cambiar repentinamente de decisión significará para el enfermo, sentirse una carga para su familia y ser rechazado.

Resulta sumamente importante que dentro de los hospitales exista apoyo psicológico y tanatológico que pudiera acompañar al enfermo terminal y a sus familiares desde antes de conocer el diagnóstico para prepararlos, hasta después de la muerte en donde el familiar seguiría enfrentando el proceso de duelo, aunque éste sería menos intenso que si se hubiera presentado a partir de una muerte súbita porque en el caso de la enfermedad terminal, ya se ha tenido tiempo de enfrentar la situación.

Por ello el apoyo tanatológico incluye tratar al paciente como una persona y no como enfermedad, ser lo más sensible y atento posible para detectar el momento en que es adecuado dar la noticia de la muerte y cómo hacerlo, así como también explicar de qué se trata la enfermedad que padece, cómo evoluciona, que tratamiento será necesario y cuáles serán las secuelas que a lo largo del tiempo irá presentando, la familia debe asimismo estar enterada de la situación; sin embargo, el trabajo termina ahí, hablar de la muerte resulta prudente con la familia y el paciente pues les permite elaborar el duelo y llegar cada día a una reorganización vital, aunque sea por poco tiempo para el enfermo y para el familiar implica un reacomodo provisional el cual cambiará después de la muerte lo que hará surgir la necesidad de una nueva organización.

Elisabeth Kübler Ross (2005) afirma “Soy partidaria de hablar de la muerte y del morir con los pacientes mucho antes de que llegue su hora si el paciente indica que quiere hacerlo”. Lo anterior no solo es entre el paciente y el cuerpo médico, también entre familia y cuerpo médico, así como enfermo y familia.

Sería factible que en los hospitales en la manera que les sea posible evitaran que durante la estancia del paciente en el hospital, presenciara la muerte de otras personas puesto que eso le generaría miedos y significaría un retroceso si es que ya ha superado alguna de las etapas de duelo.

La realidad anterior surge a partir de la sobrepoblación que existe en los hospitales puesto que la sociedad actual está enferma de estrés, depresión, angustia que conduce a otras enfermedades de tinte físico como lo son los padecimientos cardiacos, la diabetes, etc.; todo ello debido a la situación de crisis y decadencia que actualmente se vive en México y otros

muchos países que sufren con la pobreza y ésta misma genera que no exista la posibilidad de aislar a cada paciente en lo que se refiere al contacto con otros pacientes, lo cual tampoco es malo puesto que la convivencia y el intercambio de experiencias que puedan ayudarles a crecer, siempre será útil, incluso podrían formar grupos de autoayuda en donde cada uno platicara su caso, su experiencia y cómo lo ha vivido, incluso podrías hacerse grupos de familias de los enfermos terminales o quienes atraviesan un duelo aunque no sea anticipatorio o una variante más, grupos de pacientes acompañados de sus familias que se pudieran apoyar unos a otros.

Es justo para el enfermo que al momento de morir, de ser posible, se encuentre lo más consciente posible para que pueda vivir el momento, disfrutar su último respiro y tenga la oportunidad de despedirse, por ello es necesario también que pueda estar acompañado únicamente por las personas que desee y mantener su privacidad; es preciso que en primer lugar el cuerpo de salud lo entienda para que respete y contribuya a que los demás hagan lo mismo.

Aries (1983) denuncia en la Muerte Invertida del siglo XX, anteriormente mencionada, que el enfermo no solamente está envenenado por la enfermedad, sino por el hospital también, que ya no es un lugar seguro y de descanso; sino que la muerte se vuelve fea y el enfermo se mantiene medicalizado y con esto se pierde de sí mismo y de todo contacto con su familia.

3. 4. Análisis y propuesta ante el paciente moribundo y sus familiares.

“El Duelo es un proceso de cambio, y con la muerte termina una vida, pero no una relación. Ésta se modifica de una relación de presencia a una de ausencia, pero la desaparición de alguien a quien amamos no nos obliga a olvidarlo”. (Lacasta, 2008).

Las personas en duelo en ocasiones necesitan sentirse acompañadas y en otras buscan estar sola. Esto puede suceder indistintamente, según el momento, el tipo de compañía que se le ofrezca. A veces espera la compañía de los demás, sin que ésta sea ofrecida y no se atreve a pedirla. Si el sentirse acompañado le resulta bueno., es aconsejable sugerirle solicitarlo, sin que esto signifique un signo de debilidad por su parte. En ocasiones las personas del entorno, por respeto y temor a no ofrecer lo que la persona en duelo necesita, tienen dificultades de acercamiento y olvidan que la compañía en silencio también puede resultar benéfica.

Es aconsejable permitirse estar en duelo, expresar sus sentimientos y emociones, realizar cartas o escritos para aquellos que se les dificulta, cuidarse de si mismo

La experiencia de otras pérdidas sucedidas a lo largo de la vida ayuda a entender la intensidad y el significado de las nuevas. El recuerdo permite traer aquellas estrategias que ayudaron a adaptarse a situaciones pasadas. Serán benéficas aquellas acciones que le resulten provechosas.

Por otra parte podemos decir que no cualquier persona es capaz de trabajar con pacientes terminales ni con las familias de ellos; no basta tener conocimientos de Medicina, Enfermería; Psicología, ni siquiera de Tanatología; lo que es necesario y que debe complementar cualquiera de éstas profesiones es el haber experimentado dolor, por una pérdida que a pesar de no ser humana, lo haya conmovido; es necesaria la persona sensible que se duele con el otro, que comparte, que se responsabiliza de lo que siente y de cumplir su labor con ética y respeto a sí mismo, a su institución, a sus pacientes y a la familia de sus pacientes.

El momento del inicio de una vida humana o el momento del alta de un paciente gravemente enfermo son situaciones felices en la práctica cotidiana. La muerte digna de un paciente que ha sido adecuadamente conducido en su proceso es una de las situaciones más nobles del quehacer médico.

Por ello se propone considerar los siguientes aspectos:

- Manejo de la información: proporcionarla de acuerdo a la capacidad de entendimiento del paciente y sus familiares. Identificar, si es posible, dentro del grupo familiar a un líder de opinión que sirva de interlocutor y reforzador de la información en los términos de los códigos y costumbres del grupo.

No existe ninguna norma que obligue al médico a decir en forma inmediata toda la información. Se puede hacer en forma gradual pero lo correcto es que el paciente y sus familiares la conozcan por completo eventualmente. Debe incluirse un apartado amplio sobre los aspectos pronósticos en términos de calidad de vida y costo que implican las alternativas

terapéuticas que se pueden ofrecer. Aquellas de carácter experimental deben ser claramente explicadas sin promover falsas expectativas.

Es fundamental que en este proceso de comunicación el Médico se fuerce a ser lo más sincero y abierto posible para favorecer que todas aquellas dudas que se tengan le sean preguntadas y resueltas.

- Se debe ser compasivo, paciente y sincero.
- Se debe proporcionar al enfermo o procurar que alguien lo haga: apoyo emocional y espiritual además del físico.
- Se debe procurar en lo posible y con los medios a la mano evitar el dolor y tratar de no afectar el estado de alerta si existe la alternativa.
- Tratar de evitar, si es posible, el aislamiento del enfermo de su familia.
- Siempre tratar de evitar el sentimiento de culpabilidad en la familia. Guiarlos para que se convenzan de que están haciendo todo lo posible por su paciente.
- La prioridad siempre deberá ser mantener la dignidad humana del paciente.
- Siempre preguntar cuando el tiempo y las circunstancias le permiten si existen indicaciones específicas del paciente con respecto a maniobras de reanimación, técnicas de soporte vital, donación de órganos, etc. y plasmarlas por escrito con el aval de los familiares y hacerlo del conocimiento de una Autoridad.
- El Médico tiene derecho a tener ayuda en lo personal de apoyo profesional, psicológico, espiritual, legal etcétera, también es importante la creación de Comités de Ética y Tanatológicos que puedan auxiliar en tales circunstancias.

La bondad es una de la primera de las cualidades que se deben de poseer para buscar primordialmente el bien del paciente en todo acto médico. Hipócrates decía a sus discípulos "la filantropía -amor al semejante- es la virtud principal del médico" Si no se tiene, su ejercicio profesional será frío, deshumanizado y peligroso. Debe poseer ecuanimidad y ser una persona psicológicamente madura para que el sufrimiento de su paciente no lo desequilibre y siempre conserve la calma y lucidez en que quehacer profesional. Pero también se debe de tomar en cuenta y tratar al paciente como quisiera ser tratado él.

Además de poseer los conocimientos adecuado y suficiente para la atención del paciente debe de ser sensible ante el padecimiento que los aqueja, propiciar una comunicación abierta a base de confianza; así como aprender a escucharlo.

Relación medico-paciente: El respeto es también digno de nombrar ante la relación medico-paciente, ya que eso significa tratarlo como ser humano, a través de actitudes, palabras, gestos y tono de voz adecuados.

Lo que subyace en los diferentes enfoques que se preocupan de mejorar la relación médico – paciente es que el médico debe actuar con empatía, con autenticidad y con una aceptación incondicional o consideración positiva frente a su paciente, cualidades humanísticas del médico: integridad, respeto y compasión. Comprender y escuchar activamente, comprendiendo las enfermedades de los pacientes en un contexto bio-psico-social, ganando la confianza del paciente, comunicando empatía y comprensión, usando el humor y ocasionalmente revelaciones propias del médico.

Los Médicos deberían tener un papel definido con respecto a las anteriores consideraciones. Muchos de nuestros pacientes y sus familiares tienden a adoptar aquellos patrones de conducta y creencias de su Médico en el momento de verse enfrentados a la muerte: tal es el estado de indefensión y vulnerabilidad de esa experiencia. Además de la alienación propia de la vida en nuestra sociedad mercantil, este estado de crisis hace ávidos de orientación, apoyo y guía a estos individuos. Si la persona no sabe del proceso de morir, si sus familiares se encuentran llenos de ambivalencia y culpa, su Médico debiera ser capaz de poderlo orientar y darle un sentido a la experiencia, así como guiar a los familiares al manejo de sus propias vivencias y para el apoyo del moribundo. Si somos capaces de lo anterior para un proceso de parto, debemos serlo también para un proceso de muerte, tal es la amplitud de nuestro contacto con la realidad humana.

CUARTO CAPÍTULO

DUELO

4.1. Definición de duelo.

Etimológicamente, la palabra duelo proviene del latín *dolore* que significa dolor. El dolor tanto como la alegría, la tristeza, el enojo, etc., son estados con los que el individuo responde ante las circunstancias de acuerdo a su personalidad, educación, patrones conductuales, etc., sin embargo, ninguno de ellos es anormal, al contrario, son naturales en el hombre, por lo tanto, se puede decir que el duelo no es una enfermedad, al contrario, es una respuesta a partir de la cual la persona puede expresar su dolor antes de que dañe el sistema físico y psicológico del doliente. Además puede convertirse en una experiencia positiva que estimule el crecimiento personal y prepare el camino de la vida y de las subsecuentes pérdidas; sin que esto pretenda afirmar que las posteriores pérdidas no producirán duelo, lo que sí afirma es que la persona tendrá otra manera más saludable de afrontarlo.

Existen varios autores que también han definido al duelo, a continuación mostramos unas definiciones:

“Periodo transcurrido desde la pérdida de un objeto significativo de apego hasta la revinculación con la realidad... se caracteriza por el dolor...” (Abengózar, 1994)

“Conjunto de reacciones de ajuste, adaptación y transformación necesarias para poder vivir sanamente y de manera autónoma después del fallecimiento de una persona importante”. (Pinard, 1997)

Es un proceso inevitable, largo que experimenta el ser humano cuando ocurre una pérdida significativa para él. A pesar de ser doloroso, como su nombre lo dice; de él se pueden obtener experiencias que contribuyan a mejorar la vida del individuo y que puedan guiarlo durante sus próximas relaciones con las personas que lo rodean, aprenderá a ser más consciente de sí mismo, de sus actos y de su mortalidad.

El duelo es estrictamente personal puesto que aquel que se ha perdido es único así como el doliente es único, la experiencia resultante de ellos nunca será igualada, cada una será diferente. El duelo es un desequilibrio – puesto que interrumpe el equilibrio cotidiano - afectivo y emocional causado por una pérdida, esto requiere por lo tanto de un trabajo psicológico que implica el poder de desvincularse de los apegos, así como lograr una reorganización de la vida para poder seguir adelante, exige energía física ya que puede producir llanto, cansancio, trastornos alimenticios y trastornos del sueño, etcétera. También requiere valor suficiente para afrontarlo antes de seguir negándolo, de caer en una grave depresión o incluso el suicidio.

El duelo es un hecho que hay que vivirse, para salir de él primero se debe entrar, es cierto que lleva implícito una carga de sufrimiento consigo, sin embargo aportará a futuro una experiencia positiva siempre y cuando la persona se disponga a desafiarlo de manera que pueda confrontarla con una visión positiva sobre la muerte en sí y que pueda reflexionar sobre su propia muerte y sobre la muerte de otros seres queridos para estar siempre preparado sin que ellos signifique una obsesión en su vida, al contrario, le proporcione mayores elementos para ocuparse de la vida actual.

Para que el final del duelo llegue, el individuo necesita atravesar por diversas etapas que le imprimen cada una diversas tonalidades; cuando puede vivir éstas etapas y superarlas una a una sin importar que existan recaídas, siempre y cuando tenga la capacidad de ponerse de pie y seguir adelante, se estará hablando de un duelo sano.

Con el paso del tiempo, el dolor intenso de la fase inicial del duelo comienza a desvanecerse. La depresión disminuye y empieza a ser posible pensar en otras cosas e

incluso el mirar hacia el futuro. Sin embargo, la sensación de haber perdido parte de uno mismo nunca desaparece del todo.

Para los cónyuges en duelo por el fallecimiento de su pareja existen continuos recordatorios de su nueva situación de soledad al ver a otras parejas juntas y a causa del bombardeo continuo de imágenes de familias felices en los medios de comunicación. Tras cierto tiempo, se hace posible el sentir de nuevo completo, aun cuando haya desaparecido una parte de nosotros. Aún así, años más tarde se puede encontrar el familiar hablando como si el difunto aún viviera.

Cuando el duelo trata de ser evitado o es interrumpido cuando aún necesita seguir su camino, el proceso no se completa y esto ocasionará que el proceso se convierta en patológico; ahogará al individuo con el recuerdo de lo que perdió y tendrá temor de perderse, de perder a otros, de estar solo, de no ser recordado; lo cual solo lo llevará al agotamiento físico, emocional, psicológico, moral e irá acumulando sus temores cuando sufra otra pérdida en donde seguirá el mismo patrón y cada vez se sentirá más acorralado.

El duelo se presentará de uno de los dos modos anteriores dependiendo de varios factores como son la edad de la persona, la manera en que se le haya inculcado el concepto muerte o en como se haya evitado hablar de ello así como el concepto propio que sobre la muerte se haya forjado, su primer contacto con una pérdida, en este caso con la muerte, la experiencia que obtuvo de ello y el ejemplo que en los demás encontró, lo significativa que sea la persona que ha perdido, la manera en que se vivió dicha relación, la forma en que ocurrió el deceso, la oportunidad que tuvieron o no de despedirse y limar asperezas, la manera en que enfrenta la realidad de su soledad, entre muchos aspectos mas.

El duelo es un proceso largo que disminuye la intensidad del dolor lentamente, el proceso necesita tiempo para completarse y éste dependerá de diversos factores como la personalidad del doliente y la manera en que esté canalizando su dolor, sus experiencias previas de pérdida, la cercanía con el difunto, la manera en que el mismo murió, la relación que haya llevado con él, y la forma en que la situación de pérdida se haya manejado por el mismo difunto antes de morir, por la familia o por el cuerpo de salud. Entre mayores vínculos afectivos haya tenido con el difunto, más conflictos y pendientes en su relación, se le hayan prohibido ciertos derechos que necesitaba en su momento como lo es ver el cuerpo

del difunto, etc. El duelo será más difícil de superar y por lo tanto llevará a su paso un mayor tiempo.

El duelo como periodo agudo de dolor termina, sin embargo, el recuerdo del difunto seguirá latente siempre, menos frecuente pero estará presente con melancolía, la añoranza de lo que fue, de ésta manera el dolor será dosificado y le permitirá continuar su vida, sus planes, sus metas. Ello significa la aceptación, ésta no es olvidarse del difunto ni dejar de añorarlo porque así tenía que ser, pues esto más bien suena a resignación, la cual no es más que un mecanismo de defensa llamado intelectualización que provoca el retorno del duelo incluso de manera patológica.

El recuerdo de ninguna manera es patológico porque será una memoria realista en donde no sólo se recuerda la tragedia sino lo que obtuvieron de ella, experiencias agradables y desagradables vividas con el difunto, no tiene por que obligarse rígidamente a mostrar lo que siente cuando recuerda al difunto.

El duelo nunca es igual aunque se sigan patrones similares en su elaboración y esto es porque siempre se perderán cosas o personas distintas las cuales tienen un valor propio en la vida del ser que las posee o en el caso de las personas; con quien ha podido establecer un contacto. Por lo tanto, lo más difícil del duelo es la idea de que la pérdida es inminente, por otros medios quizá se trate de reponer lo perdido pero aquello que se fue jamás regresará.

Lo anterior por supuesto se hace aún más difícil cuando se habla de seres queridos los cuales son insustituibles, a pesar de que en éstos momentos la tecnología está tan avanzada y se habla de la clonación, es un aspecto que si en realidad existe; está muy por encima del alcance de la comunidad y más aún si pertenece a la sociedad mexicana en donde la economía es pobre. Suponiendo que la persona que así lo deseara pudiera clonar a una persona que murió, no por ello evitaría la pérdida o el duelo porque sabría que aquello creado no es más que una copia de lo que fue.

La vida a largo plazo cambiará, ya sea de manera positiva o negativa. Negativa en el sentido de que nunca pueda salir del duelo, que se quede atrapada y se autodestruya poco a poco, incluso puede llegar al suicidio como una manera de reencontrarse con el difunto.

De manera positiva sería aprender a vivir con menos cargas, más humanamente expresando sus emociones y perdonándose sus culpas, así como perdonando al difunto por sus faltas y por haberse ido de este modo, es posible decir que ya existe una percepción realista del difunto y de la relación con él, vivida en medida en que sus errores pueden ser reconocido y dejándose de castigar.

Los beneficios que pueden obtenerse de una situación de duelo, son que enseñan a la persona a vivir más conscientemente y a reelaborar la escala de valores, así como invertir más tiempo en el mundo de los vivos que es al que pertenece.

No solo las reacciones habidas durante experiencias previas de pérdidas humanas harán similar el proceso durante pérdidas humanas posteriores, también lo marcan otras lesiones o pérdidas, principalmente las que impliquen un tono afectivo sin que sea una muerte. Asimismo, la manera de actuar durante un duelo por la desaparición de un ser querido, también guiarán el proceder de otras pérdidas que nada tengan que ver con la muerte, como puede ser una separación, un robo, etcétera. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que éstos duelos, en la mayoría de los casos, son menos intensos que el que se sufre por muerte.

4.2. Teorías y etapas del proceso de Duelo.

Dejar de seguir el tratamiento médico no siempre significa darse por vencido, a veces también es la aceptación de la muerte.

Existen diferentes autores que han desarrollado una serie de etapas de elaboración del duelo, cada uno le ha dado distintos nombres y lo ha explicado a través de sus experiencias, a partir de ello es que se pueden encontrar semejanzas entre las teorías de las etapas de duelo tanto del enfermo terminal como de la familia.

A continuación se hará un resumen de las etapas de Elisabeth Kübler Ross quien ha sido pionera en el estudio de la Tanatología a partir del trabajo personal con los enfermos en fase terminal y quien además a escrito libros en los que cuenta sus experiencias, transcribe entrevistas y sobre todo, sus teorías y postulados en torno a la muerte. En ésta ocasión se tomará el libro "Sobre la muerte y los moribundos" editado por primera vez en 1969

El proceso de duelo tiene distintas etapas. Elisabeth Kübler-Ross habla de cinco: *Negación o aislamiento, Rabia, Regateo, Depresión y Aceptación*. Cuando las personas se quedan estancadas en la negación puede llegarse a uno de los tres duelos no resueltos que es Duelo de Negación, los otros dos son: Crónico y Eufórico. Un ejemplo del primero es cuando cae a tierra un avión y debido al impacto no sobrevive nadie, la persona se niega a aceptar la situación y acude al aeropuerto para verificar si su familiar iba en ese avión, se le confirma que efectivamente viajaba en él y la persona no se resigna, va al lugar de los hechos a buscarla.

La primera fase es *negación y aislamiento* el cual es un mecanismo de defensa provisional que protege a la persona contra el shock inicial que produce la noticia de una enfermedad terminal o de una muerte, la persona entonces sin darse cuenta aísla la información que inconscientemente sabe que no puede manejar. Es casi inconcebible reconocer que tenemos que afrontar la muerte, concebirla depende de varios factores, como de cuánto tiempo tenga para reconocer gradualmente lo inevitable, el cómo se haya preparado a lo largo de su vida para afrontar situaciones de tensión que abandone poco a poco su negación y use mecanismos de defensa menos radicales. Las personas pueden considerar la posibilidad de su propia muerte durante un tiempo, pero luego tiene que desechar estos pensamientos para poder proseguir la vida, por tal motivo la negación funciona como una defensa provisional, como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante que permite recobrar a la persona y con el tiempo movilizar otras defensas que permitan la disposición que le ayude a llegar a una aceptación parcial que le permita seguir con su vida.

La segunda fase es *ira* y se caracteriza por el enojo provocado por la impotencia de no poder luchar más contra la enfermedad, por ser finito, esto sucede porque finalmente se empieza a comprender la situación de concebirá la muerte como tal. Surgen sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento que se manifiestan en cualquier momento y pueden ir dirigidos hacia cualquier persona ya que se canalizan azarosamente, no como un conflicto con el otro, sino como un conflicto propio de haber perdido el control de la situación y de que "ya nada podrá ser igual". Después de los periodos de ira surge la culpa por enojarse puesto que socialmente es incorrecto enojarse. Dentro de la ira es necesario llorar, porque lo que no llora con los ojos, lo llorará con otra parte de sí, ya sea a partir de un malestar físico o un padecimiento emocional. La ira es positiva en tanto permite alternativas de desahogo, sin

embargo; dichas alternativas pueden provocar conflictos con otros, lo que lo hará aislarse y autodestruirse.

La tercera etapa es *pacto o negociación* que trata de hacer el enfermo y su familia a cambio de tiempo, de posponer el hecho o quizá hasta de obtener la cura. Después de haber afrontado la triste realidad y de haberse enojado con la gente y con Dios no queda de otra que realizar una especie de acuerdo que posponga lo inevitable. El pacto puede hacerse con Dios, con la vida, incluso con la muerte y el favor es a cambio de alguna conducta de bondad o un regalo, como una recompensa por su buena conducta, donde se fija un “vencimiento” impuesto por la misma persona con al promesa implícita de que nada mas se pedirá si se le concede ese aplazamiento. Pueden ser promesas que estén relacionadas con una sensación de culpabilidad. Generalmente las personas que lo hacen lo guardan en secreto, y casi ninguno cumple su promesa.

La cuarta fase es *depresión* se caracteriza por tristeza, desinterés, apatía, aislamiento y es una expresión de la incapacidad de tolerar la situación pero que permite dejar a un lado al negación de lo que esta pasando, es una sensación de pérdida y darse por vencido puesto que se ven impotentes. Existen dos tipos de depresión, la reactiva que se da ante la situación y en base a perdidas del pasado; y la preparatoria en base a los resultados de pérdidas inminentes le sirve para a la persona que morirá deje todos sus pendientes en orden, pueda reflexionar e incluso elaborar su testamento. Para ello es importante permitir a la persona que experimente esta expresión, generalmente porque la sociedad en la que nos desarrollamos no se esta preparado para ver personas con caras largas durante un periodo prolongado de tiempo. Se debe dejar expresar su dolor sobre todo por que es un dolor preparatorio que permitirá a la persona llegar a una aceptación final superando sus angustias y ansiedades ya que “para curarse se debe de dejar sentir primero el dolor”

La quinta y última fase es *aceptación* es cuando la persona ha llegado a la profunda comprensión de las cosas y ya no desea luchar más, se acepta como mortal y cede los derechos a la muerte, no significa apatía o que siga en depresión, ya que la diferencia está en la actitud, ya que la aceptación se caracteriza por un sentimiento de paz. Se llega a la capacidad de expresar sus sentimientos. La persona empieza cada vez más a alejarse del mundo exterior para concentrarse en sí mismo y en su muerte, empezará a prepararlo todo; lo cual a algunos les parecerá que se ha dado por vencido y que ya no le interesa vivir, sin embargo pudiera haber alguna confusión puesto que hay casos en donde en verdad se ha

dado por vencido y confundirse con depresión. En muchas ocasiones los familiares del enfermo terminal son los que se aferran tanto a la vida que su único deseo es tratar de prolongarla mientras que el enfermo terminal ya ha llegado a una plena aceptación y lo único que desea es descansar y morir en paz, por eso es muy importante saber diferenciar cuándo es el deseo de las demás personas de prolongar su vida y el choque del deseo que tiene el enfermo terminal.

Reoch (1997), afirma que la muerte en la sociedad temerosa de ella, es conquistada por los valientes, los demás se darán por vencidos y dejarán pasar. “Una de las paradojas de la buena muerte es que se necesita fuerza de voluntad para abandonarse a ella”

El Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiría (2004) quien pertenece a la Asociación mexicana de Tanatología; elaboró cuatro etapas: La primera consiste en *Depresión* que es cuando el yo está mutilado, es decir se siente la pérdida de algo, en ocasiones causa negación, otras una tristeza infinita o una frustración insoportable y se tiene la sensación de está inmerso en una pesadilla, esta etapa solo es resuelta con la afloración de todos esos sentimientos y cargas que le provocan frustración que se convierten en culpas, esta es la segunda etapa llamada *Rabia*, posteriormente se pasa a la fase del *perdón* a sí mismo, por no haber aprovechado más los momentos de la vida del ser querido fallecido, perdonarlo a él por irse, a Dios por llevárselo, en fin, es el perdón a todas aquellas personas con las que el doliente tenga un pendiente a causa de esta pérdida, lo cual provoca tranquilidad, paz que lo llevará a terminar el proceso de duelo con la *aceptación*, refugiándose en el cambio de presencia, es decir, en que el ser querido sigue viviendo en espíritu. Este proceso desde depresión hasta aceptación tiene una duración de tres años aproximadamente aunque el recuerdo siempre tendrá una especial causa emotiva.

Igor Caruso (2001) elaboró seis etapas del duelo: *catástrofe del yo* es cuando la persona se siente tan abatida, afligida, dolida que incluso llega a perder su autoestima y a sentir algunas culpas; continua el proceso con la *agresión* o rabia y después la *búsqueda de indiferencia* fingiendo que nada ha ocurrido, que todo marcha igual, un ejemplo es cuando las personas dejan la habitación del fallecido intacta durante años, incluso la asean como si la persona la siguiera utilizando; después sigue la *huida hacia adelante*, pensando en el futuro y evitando recuerdos del pasado, si esta etapa no se resuelve y la persona queda estancada en ella se llega al Duelo Eufórico, pero después parece que se está en retroceso porque se recuerdan las cosas que le gustaban y que hacía la persona muerta y el doliente realiza esas

actividades; se ha llegado a la *ideologización*, la cual también tiene su riesgo, ya que si no se supera, puede convertirse en Duelo Crónico, pero si se supera, se llega la *aceptación*.

Suzzane Pinard (1997) elaboró cinco etapas de proceso de duelo, en donde las primeras cuatro están en constante intercambio, al igual que las etapas de Elisabeth Kübler-Ross, no tienen un orden específico, y pueden presentarse más de una vez, sin embargo, cuando el proceso ha sido tratado adecuadamente, cuando se pueden vivir con éxito, se llega a la última etapa y de aquí ya no hay vuelta atrás. Las etapas se describen a continuación:

- ✓ Primera etapa: *Impacto y negación*. Caracterizada según la autora por: “resistencia al sufrimiento, incredulidad, rechazo, rigidez”.

Las personas en ésta etapa, son incapaces de aceptar la realidad, el impacto que produce la noticia hace surgir inmediatamente la negación como mecanismo de defensa que temporalmente garantiza el equilibrio, sin embargo, cuando la propia personalidad y el entorno favorecen la persistencia de la negación, su aspecto benéfico se convierte en un obstáculo del proceso.

La negación para Freud es un mecanismo de defensa en donde la persona no es capaz de creer lo que sucede, no se apropia de ello a pesar de tener evidencias suficientes que lo confirmen, es un bloqueo inconsciente de las propias emociones cuya actitud confunde. La negación en sí no es mala, puesto que, como mecanismo defiende al individuo contra el impacto, es un medio eficaz a corto plazo que le permite seguir funcionando, es como almohadas que hace la caída menos dolorosa, que en el caso de un fallecimiento, le permite a la persona actuar como se requiere en estos casos, es decir, tener la fuerza física y moral de preparar un funeral y todo lo que ello implica como los papeles de defunción, etc. Sin embargo, si la negación persiste, es necesario lograr que la persona haga insight, es decir, lograr que pueda creer como real el hecho a pesar de que aún no esté preparada para aceptarlo, de lo contrario, las repercusiones se verán tanto en lo físico como en lo psicológico.

- ✓ Segunda etapa: *Desorganización*. Se distingue por: “desgarramiento, oscuridad, derrumbe, desesperación, estado depresivo, puede conducirlo a poner en duda su propia salud mental”.

Solo cuando la persona ha reconocido como real el hecho, llega la desorganización. Entre más intervenciones en la vida cotidiana acerca de *la persona fallecida*, mayor será el desequilibrio y la pérdida de habitualidad que conduce a la desorganización de la vida en general. Los cambios usualmente producen angustia y tensión puesto que lo conocido ya no será igual, el ser humano por naturaleza teme a lo desconocido, aún cuando hayan existido muertes cercanas anteriores, cada una de ellas representa un nuevo cambio que sacude, un cambio radical cuyos efectos pueden ser crisis de lágrimas, pánico, baja energía y pérdida de interés en otras actividades, se tiene la sensación de que ya no controla su vida, de que ya nada tiene sentido, no se concentra en sus actividades. La desorganización según Pinard, resuena principalmente en tres aspectos: el cuerpo, las creencias y principalmente sobre las emociones.

Cuando además de los cambios que contrae la pérdida, el deudo toma una decisión importante como lo es el cambiar de casa, un divorcio, etcétera, la desorganización será aún mayor, además de que la decisión tomada, al estar influida por el momento de entumecimiento mental, puede ser la menos adecuada y puede contraer complicaciones a largo plazo y tornar más difícil el proceso de duelo. Por lo tanto, Suzanne Pinard recomienda regresar a la rutina y permanecer activo en las actividades habituales, en particular aquellas que proporcionen mayor satisfacción.

- ✓ Tercera etapa: *Reorganización*. Dentro de la cual se destacan: “desvinculación, expresión de las emociones, reparación, esperanza, desaparición del compromiso en la relación con la persona fallecida”

Cuando el deudo está constituyendo un nuevo *modus vivendi*, los recuerdos salen a flote, ahora se le da más importancia a las memorias felices, lo cual convierte el llanto en risa. Desde el momento del fallecimiento o del enterarse de la noticia de que un familiar tiene una esperanza de vida a corto plazo, el difunto o el enfermo es santificado, es decir; se idealiza al reconocer únicamente aquellos atributos considerados como cualidades y los que se consideran reprobables, son ocultados, como olvidados; incluso se le agregan más cualidades de las que realmente poseía y se expresan de maneras como: <<era tan bueno>>, <<nunca le hizo mal a nadie>>, etcétera.

Según Pinard (1997), durante ésta etapa, aún existe la idealización de la relación con el difunto, en base a las cuales expresa sus emociones, lo cual es una labor fundamental para

la resolución del duelo, aunque puede haber recaídas y regresar a otra etapa o llegar a la curación. En éstos momentos, el difunto irrumpe con menos frecuencia los pensamientos del deudo y por lo tanto, ocupa menos espacio en sus conversaciones; lo cual no significa olvidar al difunto, sino continuar viviendo y tener más control sobre su vida.

- ✓ Cuarta etapa: *Reacomodo de la vida*. Cuyas características son: “Reflexión, nueva identidad, cambio de valores, creatividad, sentido, compromiso con el mundo de los vivos”.

La persona ahora está lista para evaluar el proceso que ha vivido, es como volver la vista atrás y observar la vida antes, como afrontó el problema y lo que está dispuesta a realizar en el futuro inmediato, cómo desea que su vida y qué está dispuesto a hacer para lograrlo, éste examen de sí mismo y de la situación le permitirá conocerse.

- ✓ Quinta etapa: *Transformación y curación*. Entro de la cual se manifiesta: “Transformación, perdón, liberación, cura, apertura a la vida”.

Es cierto que el difunto ocupa cada vez menor lugar en los pensamientos conscientes, en las charlas; pero no así en lo que la persona hace, el concepto de vida y de muerte cambiará así como la manera en que llevará su vida. Si nunca había sufrido una pérdida o nunca había sentido tan cerca la muerte como cuando un ser querido está próximo a perder la vida, y nunca había pensado en lo significativo que es ello, será hora de reflexionar; si se percibía como algo lejano, tal vez no se tenga miedo pero al estar de frente a ella, el dolor es invariablemente se presentará aunque en distintas formas.

A continuación se describirán las 3 etapas de duelo normal de J. T. Brown escritas en la obra de Piédrola (2006):

- ✓ *Shock*: La persona suele presentar aturdimiento, una especie de nudo en la garganta, llanto, desconfianza, negación (comportarse como si la muerte no se hubiera producido), suspiros, sentimientos de irrealidad, vacío en el estómago.
- ✓ *Preocupación*: Se observa ira, insomnio, tristeza, agotamiento, debilidad, incluso trastornos de la alimentación como anorexia (pérdida de apetito y de peso), anhedonia (desinterés en las actividades placenteras), introversión, pensamientos

sobre el difunto, culpa, dificultad en el sueño (problemas para dormirse, despertares repentinos) y para concentrarse, así como sueños con la persona fallecida.

- ✓ *Resolución:* La persona puede recordar el pasado con placer, recupera el interés por otras actividades y establece nuevas relaciones.

4.3. Tipos de duelo y la importancia del duelo anticipatorio.

El duelo es un sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido, no siempre es consecutivo al fallecimiento. Bajo la pérdida se sufre consecuencias psicoafectivas. Así como varias alteraciones generales de su vida cotidiana. En múltiples casos ante el conocimiento de una pronta muerte o fallecimiento a causa de alguna enfermedad crónica se provoca una reacción emocional que se denomina “duelo anticipado”.

Lindeman, en su obra “Sintomatología y manejo del Duelo Agudo” (Sánchez, 2002), observo que la simple amenaza de separación o de muerte de un ser querido inicia la reacción de Duelo. Mas sin embargo no se debe confundir duelo anticipatorio con las emociones propias del proceso de morir. El duelo anticipatorio es una respuesta normal ante la probabilidad y proximidad de la muerte de quien se ama, e implica un reconocimiento intelectual y emocional de esa realidad, al mismo tiempo moviliza mecanismos psicológicos que sirven para alcanzar la adaptación por la aproxima futura perdida. A lo que Alfonso Reyes Zubiría (1996) resume como una Depresión anticipatorio.

El duelo anticipatorio como tal comienza cuando la perdida, la muerte se presume cercana e inminente, el dolor es ya por el enfrentamiento a la muerte y conlleva muchas otras perdidas. Sufre diversos cambios, tendrá que adoptar un nuevo estilo de vida y se presentaran otros síntomas como la perdida de sueño, angustia, miedo rabia, tristeza, culpa, cansancio, depresión, temor por su identidad social y familiar que va cambiar por la incertidumbre económica. Todo esto con un significado de pérdida.

El duelo anticipatorio es un tiempo de preparación para que tanto el enfermo terminal como su familia se desprendan paulatinamente retirando la energía psicológica, alo que Freud llama “Energía libidinal”, e ir haciendo un distanciamiento emocional. El desprendimiento es

algo normal, sin embargo aunque se prepare a la familia para la separación definitiva, produce generalmente muchas culpas y mucha rabia. El cansancio físico y emocional hace que los familiares, agotados, viendo además el sufrimiento de su enfermo, lleguen a desear la muerte. Por ello su importancia y relevancia de nuestro principal objetivo de tesis.

Esta situación además de atenuar el choque emocional tanto el enfermo como a la familia, en la mayoría de los casos facilita de cierta manera el proceso de duelo ya que esto tomado de una manera positiva nos permite asimilar mejor el proceso de muerte y así obtener una mejor aceptación de la pérdida y decir adiós mediante una mejoría de las relaciones interpersonales ente el enfermo terminal y el familiar.

Inmediatamente después de conocer el diagnóstico inminente de una enfermedad terminal padecida, el enfermo y su familia entran en un duelo anticipatorio en donde es necesario aprovechar el presente y los instantes siguientes porque ya no habrá la esperanza de un luego, el proceso de duelo representa un largo periodo que raspa y molesta, que nunca desaparecerá por completo puesto que el recuerdo simboliza una memoria melancólica pero se podrá vivir con él y se tendrán las suficientes fuerzas como para continuar viviendo.

El duelo anticipatorio tiene como desventajas que existe de por medio el duelo tanto del enfermo como de su familia, que se reconoce que su vida tiene un plazo quizá corto, quizá largo pero sin reversibilidad (esto es una realidad para todos, pero en una situación de éste tipo se reconoce y en la vida cotidiana, los seres humanos se creen inmortales), para el enfermo representa dolor físico prolongado y sobre todo, el enfrentarse a la muerte de repente es una crisis radical porque seguramente antes no se le había ocurrido que moriría y además se tendrá que enfrentar al dolor de su familia.

Por parte de la familia, el estar a cargo de un enfermo terminal implica el no poder desligarse del conflicto puesto que deben estar pendientes, atenderlo, no puede desligarse de la situación evidentemente vigente, latente, con un final incierto; mientras que cuando la persona ya murió, pueden canalizar su dolor a actividades productivas y utilizar la terapia ocupacional como opción sin olvidarse de que existe un duelo que resolver.

El atender al enfermo representa una baja económica importante mantener los medicamentos y atenciones que necesita un enfermo terminal para mantenerse vivo por más tiempo o simplemente para evitar en medida de lo posible, el dolor físico. Implica así mismo

un desgaste físico a consecuencia de la preocupación, de las desveladas, de la falta de apetito y ni se hable del deterioro emocional y psicológico que se pone en juego desde el momento mismo del diagnóstico.

La familia sufre la muerte desde antes de que ésta suceda, además de que está sujeto a la tradicional demanda social de la que se apropia al familiar y es que debe ser fuerte en virtud de que el enfermo no lo vea sufrir, esta demanda es por supuesto ridícula porque el ser humano no es rígido sino sensible y en la mayoría de los casos aún más al dolor que al bienestar. Ellos tienen el mismo derecho que el enfermo de gritar, llorar, reclamar, regatear, de sufrir y expresar, se necesitan ambos así como también precisan ser respaldados, escuchados, confrontados con ellos, entre ellos y con la realidad; no hay por que fingir que nada pasa ni mentirse y mentirle al otro con esperanzas mágicas que solo los estancaría en la negación y retrasaría el proceso tomando en cuenta que el tiempo puede ser más limitado de lo que parece para experimentar todo lo que un duelo de éste tipo representa.

El duelo anticipatorio también tiene ventajas dentro de las cuales se encuentran la oportunidad única de convertir la experiencia triste en el momento de sensibilizarse, de solucionar los pendientes, limar asperezas, perdonarse, perdonar, ser perdonado, decir lo que se toma como implícito, de acercarse, unirse, de desprenderse de temores, culpas, remordimientos, y cuando llegue el momento, de despedirse. Es la ocasión de compartir el momento más importante de la vida de cualquier ser humano y de saber encontrar el sentido y de renovar su vida los que aún la vida les tiene.

Sigmund Freud (1915), quien ha hecho importantes aportes en lo que a Duelo se refiere, compara la melancolía con el duelo en sus escritos de "duelo y melancolía". Ambas son reacciones ante la pérdida de un ser amado. En el duelo, la pérdida, trae grandes desviaciones en la conducta normal sin ser patológica. Más bien melancolía sería equivalente a un duelo patológico.

En este caso el duelo se produce ante una pérdida que puede o no ser real, se provoca un estado de ánimo deprimido, desinterés por el mundo externo, autorreproches, autodenigración, insomnio, productividad inhibida. La persona siente un vacío interno.

En el duelo, el objeto amado ya no existe más. Freud, también señala que el duelo cumple una tarea psíquica precisa que es la de apartar del muerto los recuerdos y esperanzas del

sobreviviente. Para ello, el sobreviviente experimenta el proceso de duelo, pero como también se puede decir que es imposible que se logre apartar los recuerdos del que se ha ido en el familiar sobreviviente, se puede decir que entonces el duelo nunca se logra por completo. Los recuerdos siempre estarán ahí y se harán presentes cuando el familiar así lo desee sea inconsciente o conscientemente.

El duelo patológico, melancolía, dependerá a que, según los términos empleados por Freud se deba más a un deseo y a una repetición de los hechos y no a una forma de recordar y comprender que ya no se podrá repetirse de la misma manera, entendiendo así la separación de catexis libidinales o cargas de energía entre ambos.

Siguiendo bajo a la misma teoría psicoanalítica, el sentimiento de culpa se explica mediante el tan nombrado complejo de Edipo. En esta tríada de padre, madre e hijo se crea una disputa entre el hijo y el padre del mismo sexo para ganar el amor del padre de distinto sexo. Por ello dentro del complejo de Edipo sucede que en determinado momento en el niño existe un deseo de aniquilar a su rival hasta desearle inconscientemente que desaparezca para siempre. Lo que significa la muerte para aquella persona. De aquí que en el niño se crea el sentimiento de culpa porque en algún momento deseó la muerte de su padre, lo cual conceptúa la idea de que su deseo fue cumplido.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) señala que cuando el cuadro depresivo persiste más de dos meses después del fallecimiento se podrán mencionar los Tipos de duelo patológico (Royuela, 2008)

- Duelo complicado o no resuelto. Se denomina si cuando durante el proceso de duelo se intensifica y se sufre alteraciones más allá de lo socialmente aceptado. O por lo contrario por ausencia de manifestaciones de pesar. Dentro de el duelo complicado se puede notar la característica de un duelo retardado o ausente donde a base de negación del suceso se funda una esperanza del retorno del fallecido presentando algunos síntomas de ansiedad impidiendo el desarrollo de un proceso normal. Algunos ante la pérdida o el fallecimiento de algún ser querido presentan cierta imposibilidad de expresar las manifestaciones de pérdida produciendo una especie de anestesia emocional. Otros más se estancan y prologan alguna etapa del proceso generalmente la fase depresiva. Además de ello, otra manera de manifestar es mediante síntomas somáticos que le permiten expresar y sacar de cierta manera el dolor que esto les produce. Otros prefieren

reaccionar de alguna manera sarcástica y continuar con su vida tan normal como lo hacían antes del suceso dejando sin resolver este proceso tan doloroso que se sufre ante la pérdida de la persona querida

- Duelo psiquiátrico. En esta forma de duelo, se produce la aparición de un verdadero trastorno psiquiátrico, cumpliendo todos los criterios para su diagnóstico. Bajo esta modalidad se pueden presentar tipos clínicos:
 - Histérico: El deudo se identifica con la persona fallecida, presentando el mismo cuadro que motivó su fallecimiento.
 - Obsesivo: La ambivalencia emocional a la que normalmente se enfrenta la persona obsesiva, crea en él fuertes sentimientos de culpa, que suelen abocar en una depresión grave y prolongada.
 - Melancólico: Este cuadro clínico destaca, la pérdida de la autoestima y la ideación suicida.
 - Maníaco: (Manía del duelo). Se produce un cuadro de excitación psicomotriz y humor expansivo que evoluciona posteriormente a un cuadro depresivo.

Síntomas de alarma en el duelo patológico

- Ideas de suicidio en el primer mes
- Retardo psicomotor
- Culpabilidad morbosa

Ante un duelo patológico de debe facilitar al familiar a que hable sobre el fallecido y las circunstancias de su muerte propiciando una mejor expresión emocional, así como cualquier sentimiento que esto le provoque ya sea culpa, ira o enojo, tristeza ansiedad etcétera, logrando una mejor asimilación del suceso para que así pueda vivir y aceptarlo de una mejor manera. Algunos de los dolientes recurren a tratamiento psicofarmacológico el cual esta dirigido a calmar ciertos síntomas como la ansiedad, el insomnio, y alguno que otro antidepresivo. Estos pueden proporcionar una tranquilidad emocional la cual solo será temporal. No hay nada mejor que dejar experimentar el dolor para si lograr una sanación. Sentir el dolor es la única manera de curarse.

4.4. Características y síntomas del duelo

La soledad es una de las principales razones que motivan la existencia del duelo, cuando un ser querido muere, no se va únicamente él, sino la carga afectiva que el doliente le deposita, es decir; se lleva una parte de él; por lo tanto el sentimiento de abandono irrumpe como si quien murió, fuera la única persona que existe en su vida y es que en una situación de dolor, de crisis; la persona tiene una visión de túnel que solo le permite ver la situación que lo lastima y no todas las demás cosas que también son parte de su vida y la hacen más alegre.

Esta visión tiene como resultado la soledad, que podría no concebirse como mala si en México existiera una cultura de individualidad, que nada tiene que ver con ser individualista y estar solo platicando horas con una computadora o frente al televisor, tampoco con preocuparse con el propio bienestar sin importar la situación de los demás o a quién tenga que aplastar para lograrlo. La individualidad implica ser consciente de su condición de uno indivisible, solo, separado de los demás, pero ello no le prohíbe formar lazos afectivos con otros siempre y cuando se responsabilice de ellos y éste consciente de que son temporales, si no asume ésta responsabilidad, seguirá creyendo que los demás son suyos y eternos y, cuando llegue el momento de la separación por cualquier causa que no tenga que ser precisamente la muerte, se llevará una gran desilusión y duelo que será difícil superar.

Cuando un ser significativo muere, la sensación de desprotección se hace latente, le invade un sentimiento de soledad, la persona se siente abandonada, culpa por no haber sido de otro modo durante la relación con ese ser que se ha ido, quizá por no haber evitado su muerte lo cual es ilógico puesto que la muerte tiene para cada uno su momento, no es que uno la evite, simplemente cuando el momento para esa persona no ha llegado, no ocurre y cuando le ha llegado el final, muere a pesar de los pesares.

Algunas otras sensaciones que experimenta una persona en duelo y que desestabilizan su vida tanto física, psicológica, moral y en su caso educativa o laboralmente con rencor hacia el difunto por haberse ido y por dejarlo solo, hacia el cuerpo médico por no haberlo salvado o hacia Dios por haber permitido que ocurriera el hecho; miedo de estar solo, de no superar el sufrimiento, de morir o que otros seres queridos mueran; apatía por la vida, por las actividades que realiza y quizá por las personas; el dolor se intensifica a medida en que reconoce la muerte inminente.

La muerte de un ser querido jamás se supera del todo; se aprende a vivir con la ausencia y a tolerarla, sin embargo; no deja de ser una huella, una marca, que lleva a su paso

desesperación, ira, desconsuelo, abandono que se vive durante el proceso de duelo, pero siempre estará ahí, imborrable para recordarle a esa persona que algún día fue lastimada, que sufrió y que perdió lo que antes creía suyo. Momento difícil que recuerda y ojalá

Evadir la soledad es una situación común, todas las personas viven su soledad; en éste sentido no se puede hablar de gente, sino de individuos que pueden estar rodeados de otras personas pero sabiendo que están solas. La soledad no tiene por que hacer surgir el pánico, al contrario, es una situación que impone pero debe ser superada para experimentar la como la oportunidad de verse sin máscaras, de conocerse, de disfrutarse, de sorprenderse del potencial que tiene dentro de sí y de espantarse pero de lo que no a sabido aprovechar para poder canalizarlo y expresarlo.

Así como el estudio, el trabajo, la familia, el deporte, etcétera, tienen su tiempo, también debe existir el tiempo diario para sí. No obstante, al encontrarse ocupado con otras actividades, dentro de las que se encuentran mencionadas anteriormente y al estar influenciado socialmente por las exigencias del medio, termina “actuando” para agradar a los demás, por ello cuando se encuentra desnudo, cuando nadie lo ve, se espanta porque se siente desprotegido. Lo mismo pasa con la muerte, el individuo que va a morir tanto como su familiar, se sentirán desprotegidos y abandonados a causa de su soledad y antes de que esto pase, el hombre pretende hacer hasta lo imposible por no morir o por que el otro no muera.

Ante un duelo pueden brotar diversas reacciones como son la alternativa de suicidio como un medio de unión con quien se fue, sin embargo, afortunadamente, en la mayoría de los casos no sucede así, según Pérez Valera (1999, p. 108), existe un vago deseo de morir, manifestado por “rechazo del alimento o del descanso, o bien un abandono o descuido de sí, dejadez, pasividad, brazos caídos, dejar hacer y dejar pasar para refugiarse en la soledad”.

Algunos más se refugian en el pasado aliados de fotografías, pertenencias y recuerdos, de lugares que frecuentaba el difunto.

Durante algún tiempo los actos mencionados son justificados, generalmente es durante el duelo, pero si éstos se prolongan por largos años y se vuelven obsesivos, se está hablando de una falta de superación de la muerte, nunca han salido del duelo tal vez porque crean que de éste modo le guardan fidelidad al difunto, lo cual es un error.

Se puede observar que el niño suele ser muy distinto al adulto. El niño normalmente es más sensible y abierto ante una situación de pérdida.

Resulta más sencillo para un niño enfrentar la muerte debido a que no se aferra como un adulto a las cosas y a las personas, a pesar de que por naturaleza tenga el sentido de pertenencia, no está tan apegado a las cosas como para no dejarlas ir, además los niños brindan relaciones más puras y sanas puesto que son sinceros en sus palabras y actos lo cual permite que las relaciones con ellos sean sanas, sin culpas ni resentimientos al menos de parte de ellos porque saben perdonar. Esto a su vez se ve favorecido porque no viven las mismas preocupaciones que un adulto que tiene que mantener una familia y tiene pocos recursos para hacerlo, que está estresado, deprimido, agobiado; los niños viven con tranquilidad y sencillez a pesar de que perciban la situación actual de nuestro país. Vale la pena señalar que esto no siempre ocurre con aquellos niños que a pesar de su corta edad se encuentran en las calles trabajando para comer porque ellos adoptan un papel de adulto como proveedores y perciben la pobreza, la maldad, el rechazo y entonces viven como adultos tempranamente.

Velasco (1966), señala en su obra "Meta psicología del suicidio" que para Anna Freud y Dorothy Burlingham ningún niño de menos de 2 años tiene un aparato mental con suficientes capacidades como para realizar un trabajo de duelo. Si se trata de un bebé de tan solo pocos meses, se puede describir que solo se trata de una extraña sensación de ausencia del objeto que le alimentaba y que además le protegía. Mientras más edad tiene el niño más afecto se crea entre ambos. Y entre más conciencia de ello se tiene más apego también

Se ha demostrado que en menor edad los niños logran el desapego con los padres al cabo de días de separación, y al reencuentro con la madre este desapego es demostrado, los niños parece no reconocer a su madre, apartan la mirada e incluso algunos se alejan de ella. Sin embargo al ver al padre, quien se supone tiene menos contacto con ellos, responden de manera afectuosa. Este estudio también señala que el desapego con respecto a la madre presenta un grado alto de correlación con la duración del periodo de separación.

Esto puede significar como un entrenamiento para el desapego de los hijos con sus padres este fenómeno la teoría psicoanalítica lo ha definido como una defensa que como en todo proceso de duelo es significativa para el bienestar de su yo.

Algunos creen que el niño de menor edad no tiene tantas alteraciones significativas ante la pérdida de un padre, ya que a ser pequeño no tiene por completo constituido el aparato psíquico y con ello no tiene completa conciencia de lo que sucede a su alrededor pero como lo mencioné, el niño lo que extraña es al objeto que lo provee de alimento y protección. aun así el niño demuestra ciertas características y rasgos de alteraciones psicológicas. Algunas para muestra de ello expresan llanto excesivo, y a veces sin motivo aparente, otros pueden mostrarse enfadados, otros por el contrario se mostraban inexpresivos, otros pueden mostrar alteraciones en los hábitos alimentarios o en el sueño. Porque para ellos no es la muerte lo que les provoca angustia sino mas bien, siguiendo la teoría psicoanalítica, se trata de una angustia de castración, ya que el vinculo pudo haber sido roto ante la ausencia constante de la madre, lo cual le provoca angustia.

Los bebes y los niños pequeños, según Anna Freud y Dorothy Burlingham, no tendrán una concepción de lo que es la muerte pero ellos pueden captar con más facilidad los sentimientos y las emociones de las personas, de esta manera se percatan de que algo esta pasando.

En el niño de mayor edad se presenta con un mayor grado la angustia y la duda de lo que este pasando, por ello es frecuente que comience a preguntar sobre el suceso. Como aun no cuenta con una concepción propia de lo que es la muerte, cree que al haber fallecido un familiar o algún pariente cercano, se trata de una breve despedida y que al cabo de un determinado tiempo aquella persona regresara, como si se tratara de un viaje del cual regresara o que al verlo recostado en la caja fúnebre significa que solo esta durmiendo y que en cualquier momento despertará. Definen a la muerte como un estado temporal. Es importante hacerles notar los cambios que la muerte significa para ello es indispensable aclarar las dudas que tenga y manifestarle la perdida que se esta sufriendo.

En muchas ocasiones ante la perdida de un ser querido y preocupados por el dolor propio, el adulto no se ocupa de lo que puedan pensar y sentir los niños, algunos creen que son pequeños y que no comprenderían el significado de la perdida, sin embargo, esto les

provocara mas angustia de la que suponen al tener desconocimiento total de lo que esta sucediendo.

Si se trata de un niño inquieto, activo, comenzara a preguntar para lo cual se debe de tomar en cuenta que nada es mejor que hablar con la verdad y ser lo mas realistas posibles. Y que para ayudarle a crear un concepto de muerte, primero debemos de tener claro nuestro propio concepto. Debemos de recalcar que la muerte es un adiós definitivo donde la persona fallecida no esta durmiendo, y que mas bien ya no despertara que se ha ido y no regresara. Por ello se acentúa que es de suma importancia hablar con la verdad al niño, en algunas ocasiones al morir algún familiar la única explicación que se le da al niño es la de que se ha ido a aun largo viaje, con esta pequeña y mas bien mínima "explicación", se manifiesta en el niño mas dudas de las que pudiera tener, además se crea una falsa esperanza de que algún día regresara.

Lo que se le debe brindar al niño es una mejor estabilidad, seguridad y coherencia de lo que esta sucediendo, disminuyendo la confusión y el miedo que esto les representa, para que así obtenga una mejor disponibilidad de hablar sobre el tema libremente y aclarar sus dudas.

Ante la muerte se reacciona de distintas maneras, depende del nivel de desarrollo, de las experiencias adquiridas, del conocimiento, del entorno, de la forma de morir, de grado y relación de afecto que se tenia con el fallecido, para algunos les resultara fácil demostrar los sentimientos que esto le provoca, para otros lo mejor es demostrarse inexpresivos como un mecanismo de defensa, la negación. Es importante comunicarle al niño que es importante dejar expresar sus emociones y que no hay motivo alguno para ocultarlas.

John Bowlby (1983) establece como condiciones favorables en el duelo de los niños de 4 años aproximadamente:

- El haber mantenido una relación razonablemente segura y afectuosa con sus padres antes de sufrir la pérdida.
- El recibir pronto información precisa sobre lo ocurrido.
- La posibilidad de hacer toda clase de preguntas y que sean contestadas del modo más honesto posible, permitiendo al niño que participe en la aflicción de la familia e incluso en las ceremonias funerarias.

- El hecho de contar con la consoladora presencia de su padre sobreviviente o de un sustituto de confianza, y tener la seguridad de que esa relación habrá de continuar.

Si se reúnen estas condiciones las respuestas esperables que se observan en los niños son:

- Anhelo de la presencia de su madre o padre, suele ser expresada a una persona que muestra simpatía.
- Esperanza de que la persona fallecida volverá, lo que lo llevará a ponerse triste o llorar.

Se lo puede observar buscando a su ser amado perdido, decir que habla con él, fantasear que vive con él por las noches, que juegan juntos, que lo abraza y hasta sentirlo, incluso puede manifestar que lo ve, y tener una viva sensación de la presencia de éste, puede temer perder también al otro progenitor u otra persona.

4.5. Necesidades físicas y emocionales de una persona en duelo

Cuando una persona está en duelo, se encuentra atrapada en un sentimiento de soledad; es necesario que se sienta apoyado por familiares, amigos, por los profesionales de la salud, principalmente por un psicólogo o un tanatólogo; pero además de ellos es necesario el respaldo espiritual de acuerdo a sus creencias.

El soporte espiritual implica saberse un ser espiritual capaz de mirar en su interior y sentirse acompañado de ese ser supremo que existe en su interior y de él mismo como ser conciente, además de que sienta cómo ese ser supremo en quien cree lo carga mientras él se encuentra adolorido y cansado; no se trata de obligarla a creer en otros dioses o de tratar que se resigne a una muerte que un dios malo y sin piedad ordenó la enfermedad o la muerte para el ser querido y mucho menos si aún no ha llegado a la aceptación e la muerte sino que se encuentra ya sea en negación, ira, regateo, depresión; ya que éstas etapas determinan lo más agudo del duelo.

El soporte espiritual significa mantenerse flexible y sensible no se necesita entender los rituales que practica sino respetarlo y aún más en la situación en que se encuentra.

“La religión, la vida espiritual o la filosofía de la persona que vive el duelo pueden construir un punto de anclaje sólido... puede también tener un efecto inverso y

llevar al cuestionamiento de las creencias, o incluso a la rebeldía contra la injusticia de un Dios que permite que ocurra una desdicha así”(Pinard,1997).

Frecuentemente cuando un amigo del doliente le da las condolencias al mismo, le menciona “estoy para lo que se te ofrezca” o “estoy contigo”, sin embargo, cuando las ceremonias luctuosas terminaron, la soledad aparece y se siente más la ausencia puesto que el doliente ha regresado a su cotidianidad en donde hay un rol vacío y además porque se encontraba rodeado de gente que le daba un abrazo o algunas palabras que lo apoyaban, eso acabó y llega la realidad.

Es el momento para que pueda meditar, formarse nuevos conceptos que antes no conocía y enriquecer su vida con la experiencia; también necesita de los demás para reorganizar su vida y para sentirse menos agobiada, sin embargo no todos los que pronunciaron las palabras anteriores están dispuestos a cumplirlas.

Algunas personas que conocen al deudo y que han convivido con él, pueden ser amigos, vecinos o compañeros, podrán actuar hacia él en una de las tres siguientes formas que siempre irán acompañadas de un sentimiento de incomodidad; su actitud depende de sus creencias y el miedo que le tengan a la muerte. Podrán acercarse a saludarle y preguntarle en que le pueden ayudar, otros únicamente se acercarán para enterarse de cómo fue la escena de la muerte, que ocurrió antes y que después, como por morbo; o por último, como afirma Reoch (1997) algunas personas cruzan la acera para no hablar con los familiares de alguien que acaba de morir”. La primera actitud es la más recomendable o simplemente limitarse a hacerles compañía y ofrecerles apoyo incondicional. Atender a las necesidades físicas en cuanto al cuidado y tratamiento que requiere el enfermo terminal para obtener una mejor calidad de vida, brindarle los cuidados necesarios para su salud física, ofrecerle los cuidados paliativos.

4.6. Manejo de signos y síntomas de una persona en duelo

Aprender a perdonar es de vital importancia en una situación de duelo y más aún cuando se trata de un duelo anticipatorio, es necesario perdonarse por los errores cometidos, perdonar al difunto por sus errores, por estar enfermo y por morir próximamente, a la vida por no tenerlo más tiempo, a la muerte por llevárselo, etc.

Perdonar es olvidar, y olvidar no significa dejar de recordar, echar por la borda, sino enterrar ese más recuerdo y dejar visible la sepultura que representa el provecho que puede obtenerse de la situación desagradable. El entierro de lo desagradable permitirá que la tumba actúe como catalizador del daño para que el recuerdo no lastime ni cause remordimiento, sino permita una relación genuina y apacible, con el tiempo la misma sepultura quedará enterrada y entonces el recuerdo se irá desvaneciendo, pero poco a poco porque es un proceso, por lo tanto; recordar aún no significa no hacer perdonado sinceramente.

Para ello será de suma importancia expresar los sentimientos que recurrentes. Aun sean sentimientos de tristeza, enojo o rabia. Para que así puedan ser conscientes y por consiguiente perdonados. Y de esta manera y cerrando aquellos aspectos inconclusos que retardan el proceso de duelo.

4.7. Sentido de muerte

El fin del duelo concluye cuando los deudos declaran la muerte, no basta con la declaración clínica o legal, cuando los familiares están dispuestos a continuar viviendo sin que la muerte detenga o entorpezca este camino, cuando son capaces de transformar la situación en experiencia positiva y avivadora, es entonces cuando el duelo podrá declararse finalizado, cuando se le puede encontrar un sentido positivo, un objetivo al deceso.

Pérez Valera nos enseña que la muerte de un ser querido abre la posibilidad de unión con los seres queridos que aún viven:

“La muerte al separarnos / del que se aleja
nos enseña a acercarnos / a los que deja”.
(Pérez, 1996).

QUINTO CAPÍTULO

PACIENTE TERMINAL

5.1. Definición

El enfermo terminal es una persona que actualmente se le haya diagnosticado una enfermedad que lo llevará a la muerte en un tiempo indeterminado dependiendo de su grado de patología y la etapa que se encuentre. Un enfermo terminal no es únicamente la persona que está en su lecho de muerte padeciendo los últimos momentos de su vida sino todo aquel que padece una enfermedad crónica que lo llevará a la muerte a pesar de que en apariencia se encuentre saludable y que viva varios años.

Según Figueroa (1999), el paciente terminal es aquel en quien la inminencia de la muerte es tenida como cierta y predecible a corto plazo, es decir de 6 meses a un año, debido a que su enfermedad ya no pudo ser curada, a pesar de haber recibido el tratamiento adecuado.

Según Rebolledo (2000), La Asociación Mexicana de Tanatología considera como paciente terminal a aquella persona que no le queda más de 1 año de vida.

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.

- Gran impacto emocional en pacientes, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.

De acuerdo a Vincent (1992). El moribundo es alguien por quien nada se puede hacer para impedir que muera, pero esto no obstaculiza para que se les pueda apoyar a tener una mejor calidad de vida y ayudarlos a cubrir sus necesidades, las cuales serán mencionadas más adelante.

Paciente terminal es aquel que presenta un estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo. Llegan a situación de enfermedades crónicas cuando se han agotado los tratamientos disponibles entrando a lo que es el síndrome terminal de enfermedad.

El enfermo terminal no tiene por que ser un muerto en vida, una persona tan desgastada física y moralmente que se note con el simple hecho de verlo. Es cierto que con el paso del tiempo se debilita, pero una enfermedad crónica degenerativa puede durar años alojada en el cuerpo de alguna persona, incluso antes de ser diagnosticada.

Es cierto que atraviesa primero por el impacto que le causa la enfermedad, después se dolerá por lo que ello representa; pero si ha sabido resolver su duelo, tratará de vivir en medida de lo posible, de la manera más normal y cotidiana, pero guardando en su interior la riqueza de saber que se tiene a sí mismo como ser consciente de sus actos y que hará lo posible por hacer de su estancia en la vida, una verdadera forma de vivir.

5.2. Impacto de la enfermedad

Cuando alguna persona acude al médico para realizarse un chequeo, para calmar algunos malestares o querer identificar algunos síntomas repentinos o no que está presentando, espera recuperarse pronto con algunos medicamentos o dieta balanceada; quizá tenga malas sospechas pero se niegue a adelantarse a lo peor, prefiere esperar. Si el médico le pide que se realice algunos estudios, se alarmará un poco más porque empezará a creer que lo que le pasa es grave, pero aún así; tiene la esperanza de que no lo sea, no obstante; tras recibir el diagnóstico terminal, reaccionará con incredulidad, querrá visitar a otros médicos porque creerán que es un error del doctor, poco a poco ya sea que visite o no a otros especialistas, se dará cuenta tanto él como su familia de que esa es una realidad.

En éste momento, todos los planes, todas las expectativas, todos los sueños, todas las ganas; se derrumban pues no habrá un futuro visible. Lo primero que suelen pensar después de reconocer la enfermedad, es que morirán en seguida, que el tiempo se les ha agotado y el día de mañana ya no estarán; en muchos casos ésta es una realidad pero no para todos. El enfermo terminal y su familia deben entender que es justo continuar con los planes pero siempre que sean a corto plazo o simplemente dejarse llevar por la vida sabiendo que el tiempo es lo de menos, lo que si es importante es en que se gasta ese espacio.

El impacto de la enfermedad en un enfermo terminal le causa mucho miedo, ansiedad y angustia, entonces para ello es necesario dar un diagnóstico de una forma sutil de tal forma que sea menos impacto para la persona, brindarle la atención necesaria y sobre todo sin decirle mentiras respecto a su salud, no ocultándole nada que le pueda suceder.

El impacto de la enfermedad como la intensidad del duelo, es particular y diferente en cada individuo, es diferente en un adulto que en un niño, es imposible medir el impacto emocional, físico y espiritual que produce un niño agonizante en su familia y en su comunidad. Comprender la forma en que los niños de distintas edades y niveles de desarrollo consideran la muerte y el hecho de morir puede ayudar a disipar muchos miedos e incertidumbres asociados con este proceso.

Proteger a un niño o incluso a un joven o un adulto agonizante del impacto que puede producir un diagnóstico es una respuesta natural de los padres, los familiares y los amigos. El contenido y la precisión de la información que se le proporciona depende de muchas variables, entre las que se incluyen las siguientes:

- Su cultura y sus orígenes étnicos.
- La estructura familiar y el apoyo disponible.
- Las características individuales del niño y su familia.

No obstante, aun cuando se trata de niños que no son tan pequeños, de jóvenes, o adultos, son conscientes de la gravedad del trastorno que padecen por las emociones y acciones de las personas que los rodean

La causa de la ansiedad y el miedo puede ser la percepción de que se le está ocultando la verdad acerca de una situación. Detectan incoherencias en la información que reciben y se dan cuenta de que los familiares o cuerpo de salud evitan responder sus preguntas. A menudo, en la imaginación de un niño, puede que la situación que lo aflige sea mucho peor de lo que realmente es. Es en ese momento, más que nunca, cuando los enfermos requieren del amor, el apoyo y la honestidad de sus familiares y amigos para obtener una mejor comprensión por medio de una comunicación adecuada disipar sus miedos, sus dudas y afrontar esta situación la familia como el enfermo en forma acompañada.

Resultaría mejor que pudieran obtener la información de manera clara y por un profesional ya que además es su derecho puesto que se trata de su vida y es necesario que separe lo que pasa para que contribuyan en la toma de decisiones.

Los enfermos tienen derecho “a que se dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso.

Una de las razones usadas por los médicos para no informar a los pacientes es la idea de que la información médica puede elevar los niveles de ansiedad del enfermo agnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”. el desconocimiento provoca ansiedad. La mayoría de los enfermos prefieren conocer todo acerca de su enfermedad y que esto no les provoca tanta ansiedad como el no saber que es lo que sucede y lo que vendrá.

5.3. Implicaciones físicas, sociales, psicológicas de ser enfermo terminal

Vivir siendo un enfermo terminal implica dolor, rechazo, abandono, temor, enojo, etcétera, pero al mismo tiempo implica valentía, coraje, conciencia, aceptación, compromiso, sensibilidad, entre otras más. Todo esto es parte del proceso de duelo anticipatorio que se vive al saberse próximo a la muerte, al ver como su cuerpo se va deteriorando y como la enfermedad va ganando la batalla, pero también al vivir más plena y sanamente su espiritualidad.

Psicológicamente, el enfermo terminal se pensará un ser mutilado, acabado, solo, sin valor, abandonado, sin estima propia, sin ánimo de vivir; todo esto encierra la falta, algo que tuvo y que se le escapó; la salud y próximamente la vida.

El ser humano siempre buscará lo que le hace falta, esto lo motiva a forjarse metas, planes, lo obliga a soñar y a sentirse triunfador cuando llegó a su meta, lo cual constituye su felicidad; pero la felicidad parece que solo se da en pequeñas porciones y sus efectos son placenteros, pero su duración es pasajera; después se necesita algo más que pueda sustituirla.

Si la felicidad estuviera siempre presente, el hombre no tendría que soñar porque estaría completo, pero cuando eso que se anhela, lo que hace falta, estuviera fuera de su alcance, como lo es el caso de la salud, que ya no está en manos de nadie regresársela; el hombre ya no querrá soñar y verá imposible su felicidad. Pero si el deseo de obtener salud física lo sustituye con el deseo de sanar su ser interior; la capacidad de añorar y luchar por ello regresará y con ello la capacidad de volver a ser feliz en la última etapa de su vida.

Ser un enfermo terminal y estar internado en un hospital implica ser extraído de su cotidianidad, de lo que le es familiar y con lo que se siente seguro. Así, el enfermo tendrá restricciones para realizar actividades que antes hacía, se dará cuenta de que al paso del tiempo su cuerpo se deteriora y aunque lo desee, ya no podrá realizar actividades simples por sí mismo. Es necesario que quien lo acompaña, principalmente un familiar, tenga paciencia y puede dejar que en la medida de las posibilidades del enfermo, pueda ser independiente y realizar sus actividades indispensables hasta donde sea posible, tal vez ahora tardará más tiempo, pero tendrá la satisfacción de sentirse útil.

5.4. Proceso de morir

Alfonso Reyes Subiría, señala en relación con las etapas de duelo que propone Kubler-Ross, que el mexicano vive un proceso de morir marcado mas por un juego de emociones entremezcladas y que son presentadas tanto en el enfermo terminal como en los familiares. Emociones de las cuales se deberá poner especial interés.

La primera emoción de la que hace mención es la *Angustia*, donde la define como el miedo al futuro, el cual estará presente hasta casi el final. Debido a esta emoción también se podrá presentar una regresión muy comprensible principalmente enfocada en la búsqueda de compañía, comprensión.

Un enfermo terminal debe vivir plenamente esta angustia, la persona tiene que estar lúcida y consciente en el momento que se le dice y así ayudarlo a expresar y sacar su angustia, es decir, sacar todo ese sentimiento y escucharlo las veces que sea necesario.

El enfermo según Reoch (1997), no tiene miedo a la muerte en sí, sino a los que ella implica según su forma de percibirla y el concepto que de ella se haya formado. La muerte adquiere la forma de distintos miedos como puede ser el miedo a abandonar a sus seres queridos y así sentirse desprotegido por ellos, miedo a perder el control de su vida o a ser dependiente de los demás, a dejar sus pendientes sin resolver y sus responsabilidades sin terminar, a sufrir un largo proceso de muerte que implique el dolor y el ver su constante deterioro, a desaparecer, a ser juzgado después de la muerte, a ser enterrado vivo, entre otros.

Algunos de los miedos anteriores pueden percibirse como excusas del enfermo para no morir como es el caso de los pendientes que tengan que resolver, sin embargo para el enfermo es un miedo y hay que respetarlo como tal porque ese miedo es a partir de lo cual el duelo se irá elaborando y lo que le permitirá comprender que su momento ha llegado.

“La angustia surge con respecto a la muerte, ante la destrucción total o parcial del cuerpo y es una reacción del Yo ante una señal de alarma que puede tener como propósitos: defenderse al individuo frente al peligro o evitar una solución desfavorable para el Yo”. (Pérez, 1965)

Tal como el autor define a la angustia, es también aplicable para el miedo, ambas sensaciones se acompañan y no son malas por si mismas ya que son un aviso de que algo puede suceder en perjuicio de quien lo siente o de otro, sin embargo; cuando el miedo y la angustia son reprimidos, cuando el individuo no es capaz de confrontarse con la raíz de su miedo, entonces se volverán una obsesión que a la larga causará más dolor que ayuda y se originará lo que quería evitar, la situación desfavorable.

La angustia, en cierto sentido es sufrida más por los familiares que por el mismo enfermo terminal. Ya que el familiar depende mucho de las reacciones del enfermo, se angustiara si éste no se cuida como lo desea, o si por sentirse bien no sigue fielmente el tratamiento indicado, y sobre todo si el ser querido tiene recaídas

La segunda emoción que experimenta es la *Frustración*. Nunca se valora tanto la vida como cuando se va a perder así como pasa con las personas, no se valora suficientemente la vida por tanto se llega a tener frustración por lo que no se hizo, por no haber encontrado el sentido de su vida, por ignorar el valor del pasado, sobre todo si se acepta que “ya no hay tiempo” para lograr las metas que se tenían planeadas, lo que provoca una impotencia ante la propia muerte manifestándose de dos formas, por la rabia y la tristeza. Rabia ante el descontento de que la vida le haya hecho esta “jugada”, y tristeza por vivir algo que no se deseaba vivir, como un dolor mental.

Para ello es importante señalar que se debe permitir tanto la rabia como la culpa. Generalmente se está acostumbrado y es más aceptado expresar la alegría que la tristeza. Pero ambas son importantes y deben ser consideradas como tal. En esta etapa de frustración también es necesario llevar al enfermo a una esperanza pero que sea real, a una posibilidad de seguir viviendo. Pero sobre todo procurar darle un sentido y valor muy especial al pasado evitando en gran parte la frustración y ayudarle a salir de la tristeza.

Pasa a la tercera emoción la culpabilidad: culpabilidad por no haber hecho o por haberlo hecho mal. Debemos de tomar en cuenta que toda culpa se basa en un absurdo, es absurdo que sientas culpa por algo que en su momento fue bueno. El tratamiento de la culpa será a través de la virtud del perdón. EL perdón aflora por sí sola por no querer irse con un montón de cargas entonces pide perdón. Se debe comprender que no se puede dar la virtud del perdón sin antes comprender que éste es difícil pedirlo. El enfermo terminal como la familia deben saber que son perdonados.

La cuarta emoción es la depresión. Una depresión reactiva como respuesta a la noticia de que va a morir. La depresión anticipatoria como la tristeza de que esta anticipando su despedida. La depresión ansiosa como el miedo al futuro, a lo desconocido, a su muerte. También la familia comienza a tener duelo anticipatorio, no refiriéndonos al ritual del funeral, sino a cumplir dar y estar en el momento preciso, empieza a sentir y a sufrir la próxima muerte, para ello debemos también respetar la espiritualidad que llegue a tener la familia.

La quinta emoción es la aceptación, nadie sabe mejor que esta muriendo que el propio enfermo es por eso que comienza a despedirse de una forma emotiva con agradecimiento, pero esto no podrá ser si no aceptado su muerte. En algunos seguirá la lucha hasta el final con la esperanza mágica de una curación, a lo cual supone más que una aceptación, una

“resignación” . Subiría señala que solo si se ha tenido tiempo suficiente y ayuda necesaria el enfermo llegara a una aceptación. Y que mientras la resignación es pasiva, la aceptación es activa y que uno debe de llegar a la muerte no con la pasividad, sino con el compromiso activo a la participación de la aceptación.

En esta etapa la ayuda básica que necesita es la física, así como de proporcionar los cuidados paliativos y psicológicamente atendiendo sus emociones y sentimientos.

También es importante aclarar que aceptar la muerte no es darse por vencido, sino que es un *no* continuar con una esperanza falsa que forzosamente terminara en desesperación, buscando en cambio la esperanza real. Ya que la aceptación hace al hombre dueño de su propia vida, y además le permita acercarse mas a la realidad y logran una despedida. En los momentos finales se requiere mas atención para los familiares ya que son los que ahora necesitan mas ayuda. Para ello se les debe permitir que griten, lloren, maldigan, recen, que echen fuera todos los sentimientos que traen dentro de los mismo y, sobre todo, ayudarlo a que manifiesten la rabia que tengan. Hablar antes de que muera el ser querido será mucho mas fácil a esta muerte y elabora el próximo duelo. Por ello es importante que se permita estar juntos el familiar y su enfermo sobre todo en esos últimos momentos

El proceso de morir además de llevar implícito el avance de la enfermedad, tiene más que ver con la forma de vivir su enfermedad, ello a partir del momento de conocer el diagnóstico y hasta concluir con la muerte. Morir es entonces un proceso que requiere de un avanzar poco a poco, quizá tener caídas, pero no es estático; incluso cuando el enfermo decide no hacer nada mas por mantener su vida, como ya no seguir el tratamiento o las instrucciones médicas, es una elección y como tal requiere de todo un trabajo interno para tomarla y saberla respetar, por lo tanto sigue avanzando con cambios físicos, emocionales, cognitivos, espirituales e incluso legales.

Abengózar (1994) en su libro “Cómo vivir la muerte y el Duelo” llama al proceso de morir *proceso agonizante* y como epílogo toma una frase de Camilo José Cela: “La muerte es dulce, pero su antesala cruel”. La autora afirma los cambios intelectuales de la persona agregando también los cambios en la personalidad que se han podido medir a partir de pruebas de inteligencia en donde se encontró menor capacidad de memoria y aprendizaje; y en las pruebas de personalidad, aumentó a docilidad y la dependencia.

El deterioro físico lleva a su vez a que el enfermo terminal dependa cada vez más de el cuerpo de salud y su familia, principalmente cuando la enfermedad es crónica degenerativa; incluso tendrán que ayudarlo con las labores que antes le parecían más sencillas como comer, caminar bañarse o defecar. Este es uno de los mayores miedos del enfermo, ser dependiente, perder el control de sí mismo y ser una carga para los demás.

El cuerpo de salud y los familiares deben despejar éste miedo a partir de dejar que el enfermo en la medida de sus posibilidades, atienda las labores más elementales y ofrecerle la oportunidad de realizar otras a través de las cuales se sienta útil como lo será algún trabajo manual, cuidar una planta, leer; etc. Abengózar (1994) menciona que tanto familiares como el personal médico realizan un “cuidado escrupuloso en evitar toda mención o signo relacionados con la muerte” Actitud contraria a lo que el enfermo realmente demanda pero en silencio, pues no se habla de ello y en donde tanto familia como el personal están fomentando un miedo, un sentido de inservible en pro de evitar una muerte que en cualquier minuto ocurrirá.

Algunos Otros miedos que enfrenta el individuo es al dolor, a perder su autonomía para volverse dependiente, a dejar el cuerpo, a perder la imagen de sí mismo tanto física como psicológica pues sabe que no es el mismo, a lo desconocido, a la soledad y el abandono así como a no encontrarle un significado o un sentido a su vida.

Aries (1983) cuando explica el modelo de Muerte Lejana y Próxima en la Época Moderna, en su libro: “El hombre ante la muerte”; menciona que durante los siglos XVIII y XIX se crea la preocupación por la muerte de uno mismo y al estar latentes las polaridades vida muerte, surge el miedo a ser enterrado vivo que es un intervalo mixto entre ambos estados, vivo y muerto.

Cuando llegan los últimos momentos y la muerte esta más cerca que nunca, a menudo se habla de ayudar al paciente o al familiar a <<bien morir>>, lo cual remite a una muerte perfecta, sin dolor ni lagrimas, con una despedida agradable I simplemente que el paciente se encuentre bajo los efectos de algún sedante que le impida darse cuenta de la situación y del mismo modo no sufra ni física ni emocionalmente. Morir bien según Reoch (1997), “exige una profunda comprensión de la muerte”

Una fuente de ayuda para comprender la enfermedad y la muerte es la sabiduría natural del cuerpo que le permitirá al enfermo concientizarse de su estado, escuchar su cuerpo dejando de divagar cuando se ocupa del exterior. El concentrarse en sí mismo le permitirá reflexionar sobre su vida, su mortalidad, su enfermedad, su espiritualidad e incluso su relación con el mundo exterior.

5.5. Comunicación con su familia

La pérdida no solo afecta a cada miembro de la familia, sino también a todo el entorno familiar. Puede suceder que los distintos miembros no expresen ni compartan los sentimientos ni las emociones con los demás familiares para evitar así el sufrimiento de los otros. Contrariamente a lo buscado, esta forma de actuar dificulta la comunicación y aumenta el malestar personal.

Por otra parte hay que tener en cuenta que no todos los familiares van a reaccionar igual, ni vivir la situación de la misma forma. Es importante respetar el estilo de cada uno para poder encontrar apoyo en la familia, y mantenerse unidos a través de la comprensión y el dialogo.

Cuando una persona está por morir, poco a poco se desliga de su mundo, incluida su familia. La sociedad, la familia, el cuerpo médico no comprenden que un hombre que ha encontrado la paz y la aceptación de su muerte, tendrá que separarse poco a poco de lo que le rodea, incluidos sus seres más queridos. Existen dificultades que pueden presentarse al paciente cuando él está dispuesto a abandonar este mundo pero la familia no puede aceptar la realidad, contribuyendo así a aumentar los conflictos del paciente. El objetivo del cuerpo de salud deberá ser siempre ayudar al paciente y a su familia a afrontar la crisis conjuntamente, para que lleguen a aceptar la realidad última simultáneamente.

La comunicación ha de darse tanto en el paciente y la familia, como en el equipo asistencial, ya que se ha demostrado que es una de las estrategias terapéuticas mas eficaces de afrontamiento ante la presencia de una enfermedad grave. A la vez, sabemos que uno de los medios para mejorar la integración psicosocial, tanto del paciente como de la familia, es mejorar la comunicación, aunque sea difícil, es siempre necesaria. Si somos capaces de llevar a cabo esta tarea, habremos dado un paso en la atención y cuidado de tantas personas que sufren y han contribuido a que la calidad de vida de las personas que se enfrentan con la muerte se vea aumentada y enriquecida hasta el final (Serrano, 2005).

5.6. Cuidados paliativos y acompañamiento

En el Curso-Taller de Tanatología (2001) impartido en la Cd. de Pachuca, Hidalgo por el ISSSTE se expone que los cuidados paliativos son como un “cuidado total, activo y continuado del paciente y su familia por un equipo multiprofesional, cuando la expectativa médica ya no es la curación”. Su objetivo primario no es prolongar la supervivencia, sino conseguir la más alta calidad de vida presente para el paciente y su familia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Si es necesario el apoyo, debe extenderse al proceso del duelo.

Los esfuerzos terapéuticos deben orientarse no ya a curar, sino a cuidar, no a tratar la enfermedad, sino atender al enfermo; no atajar las causas, sino aliviar los síntomas.

Cecily Sanders fue una Trabajadora Social que elaboró un “Programa Social para el Moribundo”, pero debido a que no tenía el peso profesional para que se aceptara su trabajo, no le prestaron atención a su proyecto y fue rechazado. Tiempo después Sanders estudia Medicina y así presenta el mismo programa pero con un nuevo nombre “Programa Hospicio” y así fue aceptado. El nombre influyó en la aceptación del programa debido a que en la época Medieval, el término Hospicio se consideraba como un lugar de atención a los peregrinos. El programa incluye dos palabras clave: Cuidado que significa acudir al llamado y Paliare que significa aliviar; por lo tanto los Cuidados Paliativos se refieren al hecho de acudir al llamado del paciente aliviando algo.

El tratamiento paliativo entra en acción cuando el tratamiento curativo no funcionaría porque la persona de todos modos morirá, entonces pretende dar cariño, amor y afecto al paciente y darle técnicas a la familia para que pueda atender y dar amor a su enfermo, se trata de enfrentar el dolor y preparar para el duelo viviendo la muerte de manera normal con alivio del sufrimiento.

Para el enfermo terminal es importante el contacto, principalmente corporal y también visual, que hacen tanta o más falta que las palabras que puedan decir. El tacto es uno de los primeros sentidos en desarrollarse y uno de los últimos en desaparecer, además de que puede sustituir a otros sentidos como son la vista.

Mirarlo a los ojos, susurrarle al oído, darles una palmada en su espalda o tomarles la mano, adaptar la propia respiración a la del enfermo; pueden ser formas de ayudar el enfermo a sentirse parte del mundo, a saberse aún vivo ya que el cuerpo para el hombre es importante porque es señal de vida puesto que con él se nace, aún el dolor le recuerda que vive pero es mejor que el familiar lo ayude a sobrellevarlo, con caricias, a sentir que alguien sufre con él puesto que existe afecto.

Según León S. Pérez (1965), el cuerpo no siempre significa vida, también es símbolo de muerte porque a través de él se sale de la vida.

Para Reoch (1997) “Uno de nuestra mayores temores con respecto a la muerte es el de morir solos. Sin embargo; precisamente cuando el contacto humano cobra más importancia que nunca”

El contacto también es una forma de aliviar el dolor porque el enfermo ya no se siente solo, hay alguien que calma u ansiedad puesto que comparte con aquella persona su dolor.

“Existe un espiral entre dolor y ansiedad puesto que la confusión e incertidumbre del dolor y enfermedad que los aqueja causa ansiedad y la ansiedad a su vez les provoca dolor, lo cual es un círculo inacabable presente en todo momento durante el periodo agudo de duelo”. (Reoch,1997).

5.7. Apoyos tanatológicos

Lo ideal sería que tanto el enfermo terminal como su familia enfrentaran la situación por separado con apoyo tanatológico y que asimismo pudieran experimentar la confianza de abordar el tema sin temor puesto que se lastimarán mutuamente más al evitar hablar de ello porque se sentirán ahogados y no aportarán beneficio alguno al proceso.

Es necesario que un equipo multidisciplinario que esté a cargo del enfermo terminal, tenga en su lista a un tanatólogo que pueda desde hacerse cargo del proceso de duelo del enfermo desde antes del diagnóstico para prepararlo para recibir la noticia, hasta el momento de su muerte ya que el proceso de duelo como se ha mencionado, necesita de momentos de soledad y compañía, dentro de ambos pueden ocurrir disturbios y confusiones que puedan causarle patologías al enfermo.

León S. Pérez (1965) hace mención de una patología específica que se ocasiona a partir de la angustia obsesionada de no morir y es la tanatofobia, la cuál; -dice- destruye los controles psíquicos y constituye el centro de la neurosis.

Para el autor, las neurosis tanatofóbicas pueden ser neurosis bélicas o neurosis de angustia. Las primeras presentan un peligro externo real que amenaza la vida y las segundas son una amenaza interna en la que puede o no existir un peligro real; y agrega que en ambos casos los individuos tienen regresiones a los niveles infantiles de dependencia permanente. El primer caso de neurosis bélicas puede presentarse en el enfermo y las neurosis de angustia entonces, podrían presentarse en el enfermo, en su familia, o en cualquier otra persona que se atreva a pensar en la muerte estando inmerso en una cultura tanatofóbica.

El apoyo tanatológico debe dirigirse a reconocer que cada situación de muerte es particular y por lo tanto no existe una receta sino aplicar el amor y la sinceridad, para ello debe tener una excelente comunicación con el enfermo sobre el estado físico y emocional en el que se encuentra, a respetar sus decisiones y apoyarlo, si desea morir en su casa los familiares deberán contar con la información y la capacitación de los cuidados paliativos, debe en medida de lo posible, preservar su necesidad de autonomía, sobre la decisión de querer ver o no a sus familiares y evitar contactos. Todo lo anterior con el propósito de lograr la sanación.

Existe una gran diferencia entre curar y sanar, ambas se refieren a la solución de un conflicto que aqueja al ser humano, sólo que curar se refiere al cuerpo y sanar a la vida, al espíritu, lo cual implica fuerza, voluntad y espiritualidad. Los enfermos terminales están seguros de que no pueden curarse pues pronto morirán, sin embargo si se le puede dar un tratamiento a su vida y llegar a sanar, por lo tanto, pueden presentarse ambas juntas o una sin la presencia de la otra.

Elisabeth Kübler-Ross dice que el pilar de la sanación es el sanador, el cuál debe tener las cualidades de confianza, fe que permite saber que algo es verdadero o correcto, amor cuyo fundamento es conocerse a sí mismo y convencerse de su posición en el mundo y humildad que quizá sea el mejor calificador, cuando no hay humildad la persona cree que es lo que tiene y cuando sufre la pérdida de aquello entonces no queda nada.

Cuando la gente ha sanado, puede disfrutar cada instante de su vida y cuando llegará el momento de su muerte no se arrepentirá de lo que hizo y de lo que no hizo. Existe un texto llamado "La meditación de lo Absurdo" elaborada por un gerente de una constructora, en se menciona que él nunca ha conocido a un solo ejecutivo que en su lecho de muerte diga que hubiera querido trabajar más o pasar más tiempo en su oficina, sus deseos de remiten a el deseo de estar con su familia.

5.8. Derechos humanos del paciente terminal

La palabra hospital proviene del adjetivo hospitalario que significa acogedor, por lo tanto se utilizó dicho término para denominar a las instituciones que estaban a cargo de religiosas que antiguamente tenían el propósito de dar un techo y comida a la persona enferma y no como actualmente cuyo fin es dar atención médica.

El paciente en tanto que está hospitalizado tiene Derechos Humanos, los cuales son valores fundamentales del hombre que se apoyan en normas jurídicas y que protegen todas aquellas condiciones que necesita para vivir dignamente y tienen la característica de ser inmutables, eternos, supratemporales y universales. A éstos derechos también se les conoce como Derechos individuales, naturales o fundamentales.

Según la Comisión Nacional de Derechos Humanos, el paciente tiene nueve derechos principales que son:

Derecho a la Vida. Lo cual es la esencia de la medicina, se trata de proteger la vida del enfermo y respetarla desde el momento de su concepción. La ley prohíbe el aborto y la eutanasia, aún cuando el enfermo está muy grave y exista un conflicto debido a que la calidad de vida se pone como pretexto, la ley dice que una persona no puede decidir por otra

y mientras el enfermo esté luchando por su vida es conveniente ayudarlo, darle tratamiento, no matarlo.

Derecho a la Salud. Es el derecho a la atención por parte de los servicios de salud para proteger la misma.

Derecho a la autonomía. Decidir sobre su situación sobrepasando las órdenes del médico y las de la familia.

Derecho a la información. Para que el paciente pueda ejercer su autonomía, deben mantenerlo al tanto de su enfermedad, sus implicaciones, sus consecuencias, el pronóstico, las alternativas, etc. en un lenguaje que él pueda comprender para que de éste modo pueda tomar la que él crea sea la mejor opción.

Derecho a la verdad. Debido a que la verdad es la meta de la ciencia y de la filosofía, toda la información que se le da al paciente debe ser real, válida, firme y en esencia. La verdad puede ser fría, implacable y despiadada, por lo cual debe buscarse la mejor manera de decírselo al paciente pero sin ocultarle nada.

Derecho de confidencialidad. El médico y el equipo de salud que tenga acceso a la información del paciente tiene la obligación de guardar los datos y hacerlos confidenciales ya que son parte del llamado “secreto profesional”. La confidencialidad tiene dos razones de ser, por una parte es el respetar la autonomía y dignidad del paciente y por otra esta el establecer confianza médico-paciente para que el enfermo no tenga temor de comentar detalles importantes y útiles en su tratamiento.

Derecho de la libertad. Los hospitales tienen sus límites acerca del ingreso y salida de los pacientes, sin embargo no deben parecer cárceles en donde los enfermos cubren el papel de prisioneros, debe también respetarse su libertad lo cual es parte de su autonomía.

Derecho a la intimidad. Tiene el derecho de que se le permita aislarse de los demás si así lo desea, a negarse a exponer su cuerpo, a exigir que las personas que lo asistan se identifiquen y que nadie, excepto el equipo indispensable, presencie las terapias y otras actividades necesarias como el orinar y defecar.

Derecho a un trato digno. Esto es, que el equipo de salud lo perciba y valore como ser humano íntegro, total y único para que puedan brindarle respeto y la mejor atención. El enfermo terminal tiene derecho de conocer la verdad de su condición actual, de saber de que se trata su enfermedad, que implicaciones tiene, que tratamiento podría utilizarse en caso de que el paciente lo permita y cuales serán las expectativas de alivio del dolor, de mantenimiento con la mayor integridad posible, así como las consecuencias que tanto la enfermedad como el tratamiento llevan implícitas. Para esto es necesario que el médico hable con términos sencillos que el paciente pueda entender y aclarar las dudas que tenga pues de lo contrario, el paciente se quedará con mayor incertidumbre de la que ya de por sí impone su enfermedad y estará confundido, lo cual no le permitirá tomar decisiones concientes.

El paciente tiene derecho de realizar un testamento y de filmar o audio grabar sus últimos deseos o despedida de sus seres queridos y que éste material sea entregado a quien corresponda después de la muerte si así lo ha decidido el paciente y le será omitido asimismo a quien el enfermo no desee mostrarlo. Para todo esto, debe facilitarle el material o las personas requeridas para realizar tanto el testamento como la grabación teniendo el derecho de estar en pleno uso de sus facultades y sin estar bajo los efectos de ningún medicamento que pudiera incapacitarlo siempre y cuando no le perjudique.

Reoch (1997) menciona un expediente de muerte que podría ser realizado por el enfermo, consta de una carpeta con su acta de nacimiento, su credencial de lector, pasaporte y demás documentos personales; su testamento, una autorización de donación voluntaria de órganos siempre y cuando así lo desee, información acerca de cuentas bancarias, tarjetas de crédito y seguros, póliza de entierro, datos sobre la pensión de su trabajo, datos de personas a quien desee informar de su muerte, cualquier otro deseo.

Ésta carpeta le servirá al enfermo de gran ayuda puesto que irá reflexionando sobre la realidad de las cosas, le permitirá decidir por sí mismo sobre lo que pasará después de la muerte con su cuerpo y con sus bienes, aunque sería ideal que en torno a ello se entablara también una conversación familiar; y desechará posibilidad de conflicto o desacuerdo entre familiares puesto que todos querrán respetar sus últimas voluntades. Esto desde luego es menos probable en el caso de que sea un niño quien muere, pero también sería recomendable que elaboraran un pequeño testamento y que decidieran sobre su cuerpo.

SEXTO CAPÍTULO

RELACIONES FAMILIARES

6.1. Apertura familiar ante el tema de la muerte y pérdidas anteriores

Es muy difícil hablar sobre la muerte porque el ser humano es capaz de amar , convivir, entregar cariño y compartir momentos con los demás seres humanos por ello y por otras muchas razones mas le es difícil desprenderse de tantas cosas bellas vividas y decir adiós para abrir nuevos caminos.

La muerte es uno de los sucesos en los que irremediablemente se dice adiós no solo a la presencia de la persona que muere sino a tratar de aceptar que ya no se podrán repetir aquellos momentos de compañía de aquella persona tan apreciada como puede ser un familiar, un ser querido, una persona muy apreciada o allegada.

Al sufrir una pérdida por muerte tendrá muchos de pensamientos sobre la propia existencia y sobre el ser en el mundo así como el miedo a que su vida pueda culminar en cualquier momento y no haber hecho muchas cosas que hubiera querido hacer , para sí mismo y para los demás. Al decir adiós a la persona amada queda el consuelo de que vivirá en sus recuerdos y que algunos de ellos serán dolorosos al saber que ya no podrán repetirse.

La persona no es capaz de desprenderse de las personas que ama porque, según él; le pertenecen y lo que mayor conflicto le causará ante una amenaza de muerte es su propio sufrimiento, le asustará su soledad, su angustia, su remordimiento, sus culpas y dentro de el aparente dolor altruista que muestra hacia el otro, se esconde lo que él pierde, lo que a él le

faltarán; es cierto que se preocupará al ver sufrir a quien ama y tratará de evitarlo, puesto que es un ser humano que siente, pero todo ello para aliviar el propio dolor de verlo así.

En el caso de una enfermedad terminal es más importante para el paciente y su familia ver que una enfermedad no rompe totalmente un hogar y que más bien puede permitir un cambio y un ajuste gradual a la clase de casa que va a ser aquella cuando el paciente ya no esté allí.

Las necesidades de la familia cambiarán desde el principio de la enfermedad y continuarán haciéndolo de muchas formas hasta mucho después de la muerte.

Por ello es muy importante que exista comunicación entre el moribundo y la familia donde se explique y se diga cada uno de los procesos por los que pasa cada miembro de ellos. En muchas de las ocasiones todos tienen el conocimiento de lo que está pasando y sobre todo del próximo desenlace pero nadie tiene el valor de compartirlo, hace suya la pesada experiencia, en vez de compartirla y hacerla menos dolorosa. Principalmente cuando se trata de informarla a los niños aclarando sus dudas y preguntas que pudieran tener hacia el misterio que en ellos representa la muerte. En ellos debe existir un enfoque muy especial correspondiente a su desarrollo cognoscitivo y a sus propias experiencias de vida.

La persona moribunda también puede ser de gran ayuda para sus familiares a la hora de hacerles frente a su muerte. Y esto lo puede hacer de diferentes maneras, ya sea compartiendo con naturalidad algunos de sus pensamientos y sentimientos con los miembros de la familia para ayudarle a hacer lo mismo y sobreponerse a su propio dolor mostrándose como un ejemplo para su familia así ellos recordaran su fortaleza y soportaran su propio pesar con más dignidad.

La familia presenta síntomas somáticos que son consecuencia de su incapacidad para sobreponerse a sus sentimientos y de dolor y culpa.

La familia frente a la realidad de la enfermedad mortal igual que el enfermo terminal pasa por diferentes etapas de adaptación. Al principio muchos no pueden creer que sea verdad y niegan el hecho de que exista esa enfermedad en la familia o van de médico en médico con una vana esperanza de oír que el diagnóstico era equivocado. Solo gradualmente se enfrentan a la realidad de que su vida va a cambiar drásticamente. Depende mucho de la

actitud, al comunicación y la conciencia que exista entre el enfermo terminal y la familia podrá pasar la serie de etapas. Les será más fácil si logran ser capaces de expresar sus sentimientos y pensamientos entre ellos hablar y llorar haciendo la pena compartida y menos dolorosa (Kubler-Ross, 1969).

En ocasiones tanto el enfermo terminal como al familia pasan por una misma fase como con la ira ya que en muchas ocasiones la familia se siente frustrada, con enojo al no poder estar al cuidado de su enfermo.

Cuando superan la ira el resentimiento y la culpa la familia pasa por una fase de dolor preparatorio igual que el enfermo terminal y que en el mismo caso mientras mas expresa sus sentimientos menos dolorosa e insoportable será enfrentarse a al muerte. Nos e trata de fingir y actuar como si nada estuviera pasando ya que esto solo les proporciona mas dificultades a la situación si se logra compartir las emociones era mas probable que gradualmente afronten la realidad de la separación inminente y llegar a la aceptación juntos y respetar las decisiones y los deseos del enfermo terminal.

6.2. Impacto de la enfermedad de un familiar

El impacto de la enfermedad surge del diagnóstico que le es proporcionado, si existían antes malestares y sospechas de una enfermedad, el impacto será menor que si la enfermedad ha sido silenciosa o llega súbitamente; si el familiar impactado se encontraba en el momento en que surgió el imprevisto que ocasionó la detección de la enfermedad, si el diagnóstico le es proporcionado por un médico y aunado le permiten observar al enfermo hospitalizado y quizá conectado a algunos aparatos, la duda se desvanece rápidamente, lo cual puede no suceder cuando no había indicios de enfermedad, si no estaba en el momento del incidente o si además se entera por parte de cualquier persona que no sea un especialista ni ve al enfermo. “Cuanto más directo es el conocimiento tanto menor es la tendencia a que persista la incredulidad” (Abengózar, 1994)

Resultan distintas las reacciones del ser humano al enterarse por la televisión de que veinte personas murieron y dos resultaron heridas en un accidente de transito o que cada vez más personas sufren de Cáncer; que al enterarse de la noticia de que un familiar está gravemente enfermo y que su periodo de vida puede estar limitado o más aún, que ya ha muerto. Cuando esto último pasa, la experiencia se torna dolorosa y sacude la propia existencia, es

un sentimiento de temblor y derrumbe en la vida, independientemente de que lo remita a su propia muerte, el ser humano llora y se lamenta por lo que esto representa, la pérdida y lo sigue nombrando como suyo a pesar de consumada la muerte, es <<su muerto>> al cual visita en la tumba, las demás personas se mueren, pero los <<suyos>>, se le mueren.

El impacto que surge del diagnóstico de una enfermedad terminal tiene la intensidad proporcional de una muerte ya dada puesto que en ambas situaciones el final es el mismo, lo que hace la diferencia es que en la primeras situación existe una especie de prórroga, un tiempo de despedida que el futuro difunto podrá vivir al lado de su familia, mientras que en la muerte súbita, quedan cabos sueltos, despedidas pendientes que solo podrán realizar los dolientes como un acto para ellos mismo en donde el difunto ya no tiene participación alguna.

Cuando un ser querido muere, o está en un grave peligro de morir, surge la pregunta de ¿por qué?, la cual encierra diferentes cuestionamientos como: ¿por qué él (ella)? que en realidad esconde un ¿por qué a mí?, ¿por qué ahora?, ¿por qué si no he hecho nada o para merecerlo?. ¿por qué no le pasa a la gente que mata, que roba, a la gente <<mala>>?. Ésta y otra serie de cuestionamientos invaden la cabeza del doliente con respecto a su situación, reciben el hecho como un castigo divino, y claman al mismo ser que los auxilie, o por el contrario, reniegan de él.

Las pérdidas son cosas de todos los días, perder dinero, tiempo, un transporte, etc.; pero no todas estas pérdidas hacen surgir un proceso de duelo tan largo y atormentador como es la pérdida de un ser importante en la vida, cuando esto pasa se percibe como un hecho único, y en cierto modo lo es porque no es lo mismo perder a un esposo que a un abuelo lejano con quien la relación es más formal que estrecha, además la persona que se pierde es única, la relación con ella es única y la pérdida por lo tanto también será única, pero todas las personas en algún momento de la vida pierden por muerte a un familiar, un amigo, etc., niños y adultos, mujeres y hombres, negros y blancos, ricos y pobres; no hay excepción alguna; en este sentido el hecho no es único; sin embargo, ésta visión suele caracterizar a los dolientes.

Se transcribe el relato citado por Pinard (1997) de la historia de Krishna Gotami y Buda, la cual enseña que esta situación es universal pues todos los seres humanos son mortales.

“Cuando su primer hijo tenía casi un año de vida, enfermó y murió. Abrumada por la aflicción, apretando el cuerpecito contra ella, Krishna Gotami caminó errante por las calles, implorando a cuantos encontraba que le dieran un remedio que devolviese la vida a su hijo. un hombre sabio le dijo que la única persona en el mundo que podía realizar el milagro era Buda.

Sin demora acudió a Buda, puso el cuerpo del niño a sus pies y le contó la historia. Buda la escuchó con infinita compasión y le dijo con dulzura:

- Sólo hay un remedio para el mal que te acomete. Baja a la ciudad y tráeme un gramo de mostaza de un hogar donde nunca haya ocurrido una muerte.

Colmada de alegría, Krishna Gotami se puso de inmediato en camino...se detuvo en la primera casa... y expresó su petición:

- Muchos han muerto en ésta casa- le respondieron

Así tocó la siguiente puerta.

- Nuestra familia ha conocido innumerables muertes- le dijeron

Después de visitar todos los hogares, se percató de que Buda le había pedido algo imposible. Llevó el cuerpo de su hijo al cementerio y le dirigió un último adiós...

La historia anterior ilustra el efecto segador que produce dicha circunstancia, Krishna Gotami creyó ser la única persona que estaba agobiada por este sufrimiento sin darse cuenta de que millones de personas en el mundo entero mueren cada minuto, Rowe (1989) señala en su obra “La construcción de la vida y la muerte” señala que la Muerte es un camello que se recuesta en cada puerta”, lo cual generalmente no le produce duelo a una sola persona, sino a todos aquellos que conocieron y quisieron al difunto, aunque éste dolor por supuesto para algunos produzca nublamiento, otros verán más borroso, algunos solo mirarán sombras y unos cuantos sufrirán invisibilidad total; en otra situación, la persona que apenas tenía la vista nublada, puede llegar a ser invidente.

El dolor se presentará en distintos grados y de distintas maneras, dependiendo de factores como lazos de cercanía o dependencia, tiempo de relación, cuan conflictiva o armoniosa era la relación entre ambos, así como la relación con otras situaciones de conflicto externas a esto como es el caso de un divorcio, una recaída económica, pérdida del empleo, etc. Al fin de cuentas el duelo impacta la vida de una persona ya sea de manera positiva o negativa, ello depende de cada persona.

En esta fase de impacto de la enfermedad se convierte en una crisis global de la familia, de desorientación, angustias y sentimientos no encontrados y no exteriorizados, como rabia, preocupación desmesurada, culpas, miedo, tristeza, impotencia frustración y este texto trata de poder ayudar a la familia a reconocer sus miedos, contestar sus dudas, e indicarles como manejar sus temores confrontándolos hacia una realidad, con el fin de establecer un mejor ambiente familiar y restablecer el equilibrio perdido. El conocimiento ayudara aceptación natural de su estado y la visión de su enfermedad no como un enemigo sino como algo que esta ahí y que hay que aprender a llevar.

Ante la noticia y el motivo de impacto se sufre un shok emocional en el cual puede surgir la depresión. Y tanto el enfermo como el familiar buscan pruebas que refuten lo contrario. Comienza un cierto tipo de compasión y se preguntan porque es que les esta sucediendo eso.

Es importante conocer todo sobre la enfermedad y si acaso existen dudas deben de apoyarse con el cuerpo medico para disiparlas y así tener una mejor comprensión y entendimiento de ella.

Depende de la severidad y de cómo el individuo la interpreta. Muchas ocasiones por falta de conocimiento sobre la enfermedad el enfermo se imagina y cree que es mas grave su enfermedad de lo que realmente es mantenerlo informado para evitar distorsiones.

Cuando un ser querido que padece una enfermedad terminal y está viviendo la última etapa de su vida, agonizando, cuando el diagnóstico médico dictamina una muerte inminente, los familiares se aferran a la esperanza de que quizá algo mágico ocurrirá, en el caso en que ya hayan aceptado que el diagnóstico es certero; creerán que entre más hospitales visite, más opiniones de doctores tengan o más medicamentos le sean suministrados, la posibilidad de muerte disminuirá y tal vez hasta desaparecerá, aquí la frase “mientras hay vida, hay esperanza” se refiere al aspecto espiritual, emocional, ya no al plano físico ya que esto significaría la negación de lo irreversible de la enfermedad y esto sólo serviría para distraer tanto al enfermo como a su familia de la posibilidad de crecer humanamente.

6.3. Comunicación con el enfermo terminal antes y después de conocer el diagnóstico

Evidentemente, después del diagnóstico de una enfermedad terminal, la relación que hasta entonces mantenía el enfermo con su familia cambia, ambos tratan de evitar hablar del tema y se dan mutuas esperanzas de que “todo saldrá bien” lo cual significa “no moriré” o “no morirás” cuando debería significar “vamos a luchar por disfrutar estos momentos para que la hora de la muerte sea un momento digno”.

El enfermo por su parte se preocupa por él mismo, por lo que ocurrirá, por lo que pudo ser; y al mismo tiempo se angustia por el sufrimiento familiar, por que pasará con ellos después de su muerte; sin embargo, los familiares se preocupan en mayor medida por el enfermo y dejan a un lado su propia vida, su cansancio físico y el agotamiento emocional para dedicar ese tiempo a quien morirá y sin malas intenciones lo tratan como si no pasara nada pero al mismo tiempo lo sobre protegen y cumplen cualquiera de sus deseos, lo cual por supuesto hace que la relación se vuelva más rígida y a distancia puesto que tratan de evitar mencionar lo que a ambos ahoga cuando en realidad debería de estar hablando sobre su posición ante la situación, sus sentimientos, sus miedos, sus culpas, sus rencores, sobre el perdón y lo que pasará después de la muerte, como se llevará a cabo el entierro, como resolverán los aspectos legales, etc., con el fin de que ambos participen, se unan y que dentro del dolor busquen la tranquilidad.

Existen diversos factores entre el enfermo y su familia que deben ser resueltos antes de que se produzca la muerte, con el propósito de que el proceso pueda seguir su curso y el enfermo pueda tener una mejor calidad de vida en sus últimos momentos, disfrutarlos y compartir con sus seres queridos su muerte. Para la familia será aún más necesario puesto que podrá darle la oportunidad a su ser querido de estrechar la relación y dársela a sí mismo, además de que le proporciona las bases para desarrollar un duelo sano durante la enfermedad y después de la muerte de su ser querido.

En primer lugar deberán acabar con el obstáculo que representa el no hablar del tema, es cierto que la relación ya no será la misma, pero los cambios siempre deben ser positivos y resultaría mejor hacer lo posible por confrontar el tema, permitirse llorar y no reprimirse a sí mismo ese y otras manifestaciones de sus sentimientos y emociones que forman parte de su

personalidad y de la experiencia, si no logran llegar a éste nivel, será difícil que el proceso de duelo llega a completarse y el dolor será más agudo.

Freud indica que en el malestar en la cultura “toda vez que un impulso es reprimido, los componentes libidinosos se transforman en síntomas y los agresivos en sentimientos de culpa” (Pérez, 1965).

Para entender la muerte como la experiencia de la finitud de la existencia de un ser vivo se debe tratar de comprender la vida, a través de un sólido establecimiento de un sentido de vida; de un porque y para que sobre la existencia; para que así obtenga una mejor comprensión de lo que ha y esta haciendo con la propia existencia y si ésta de verdad vale la pena seguir.

Entre más estrecha sea la relación que se tengan, mayor será el duelo que afrontarán ante la amenaza de pérdida, pero aún más doloroso será para el familiar que después de la muerte, se de cuenta de que nunca se mantuvo una buena relación entre ambos sino que estuvo llena de frialdad, rigidez, distancia y resentimiento; le causará remordimiento y culpa no haber puesto nada de su parte para lograr resolver sus conflictos y ahora deberá trabajar solo para perdonarse y pedirle perdón al difunto pero recordando que todo ritual que haga con respecto a quien murió, incluso el platicar con él; es un acto que realiza para sí mismo. “Durante las últimas semanas y días inmediatamente anteriores a un deceso, las relaciones entre el deudo sobreviviente y la persona que se muere se extienden desde un carácter íntimo y afectuoso hasta relaciones distantes y hostiles. Las primeras son origen de recuerdos consoladores, las últimas de recuerdos afligentes” (Abengózar, 1994)

Uno de los temas que deben ser abordados durante la nueva relación entre familia y enfermo, es acerca del permiso para morir, pareciera un poco ilógico pero existe; el enfermo necesita la aprobación de los suyos porque no deseará causarles dolor y hará el mayor esfuerzo para que se queden tranquilos, algunas veces lo logrará y morirá, otras veces morirá sin haberlo logrado. La familia también debe permitir que se vaya puesto que con ello le proporcionará al enfermo la satisfacción y el descanso de saber que ha cerrado los círculos emocionales con su familia.

6.4. Mecanismos de defensa y miedos más comunes

Una de sus principales preocupaciones es que los demás olviden al ser que murió, por ello trata de compartir el deseo de mantenerlo vivo de éste modo a través de mostrar sus fotografías, mencionarlo durante los temas de conversación, cada vez ésta acción se realizará con menor frecuencia pero siempre con nostalgia o añoranza.

La mayoría de veces hablará de lo valioso que era, de sus travesuras, de sus bromas, etc. Ya no será como antes, cuando estaba aún vivo pero ya enfermo o cuando acababa de morir, que exageraba en mencionar lo valioso que era y justificaba todas sus acciones en pro de su bondad, ahora tendrá una visión más realista y a pesar de que mencione la mayoría de las ocasiones, lo mejor de ese ser, estará conciente de sus fallos y desaciertos también.

Uno de los miedos que enfrentará es el pensamiento de que otro de sus seres queridos enfermará y morirá, aunque éste pensamiento es menos preciso cuando el familiar está aún vivo pero enfermo, al morir y estar pasando por el duelo sin que la etapa en la que se encuentre sea la negación, el pensamiento empezará a hacerse manifiesto hasta quizá ocasiones que el doliente regatee esas vidas y haga pactos con dios, con la vida o hasta con la muerte para que no vuelva a pasar.

Cuando se encuentre en la etapa de depresión sea quizá el momento más preciso para reconocer que también morirá, lo cual causa un mayor impacto porque la muerte no está fuera, no pertenece a otros, no solamente la verá o la tocará, se irá con ella y no volverá jamás.

En el Curso-Taller de Tanatología (2001) se expone que la enfermedad se enfrenta poco a poco y empiezan a aceptar la situación para ello recurren a mecanismos de defensa como:

Represión: sobre las expresiones de tristeza.

Desplazamiento: en base a la incapacidad de hablar sobre el dolor que se siente despojan sus emociones y manifiestan sus emociones mediante la oración, el dibujo, las cartas, etcétera.

Formación reactiva: cambian algunas situaciones por otras. Cambian lo negativo por algo positivo.

Anulación: anular saber la enfermedad. Semejante a la negación.

Racionalización: buscan justificaciones del suceso para hacerlo menos doloroso.

Negación: no admiten que sea cierto.

Regresión: generalmente la regresión es a la mejor etapa de su vida. Como pudo ser la niñez, o la adolescencia, etc.

Retirada o evitación: referida a los procesos dolorosos de su tratamiento.

Identificación: con otra persona que tenga el mismo padecimiento.

Entre los miedos comunes ante la muerte del ser querido están que su ser querido vaya a sufrir, que no reciba la atención adecuada en el momento preciso, de tocar el tema de la muerte con el ser querido enfermo, de estar solo con el ser querido en el momento de su muerte y paradójicamente a no estar presente en el momento de su muerte, así como a no poder reprimir sus sentimientos y explotar en un arranque de llanto, ira, depresión, etc.

Para agotar sus miedos, la familia debe satisfacer algunas necesidades que se le presentan en torno a la situación del enfermo terminal; necesita información clara, concisa, realista y respetuosa; asegurarse que se está haciendo todo lo posible por su ser querido, contar con disponibilidad, comprensión y apoyo del equipo de salud, pasar todo el tiempo que su ser querido y él necesiten estar juntos, de intimidad y privacidad para el contacto físico y emocional, de participar en el cuidado de su ser querido, de no reprimir sus sentimientos, de apoyo espiritual, legal, económico, etcétera.

6.5. Evocación de la propia muerte

Cuando la muerte llega a casa, se convierte en una muerte para todos, para uno o tal vez más miembros el real y para los demás simbólica, por que aparte de que un pedazo de ellos se fue con quien murió, uno de los suyos se fue para siempre; también remonta a que su momento llegará igual de súbito o igual de doloroso con una enfermedad, pero no habrá duda de que llegue.

Cuando la persona comparta características similares con el enfermo como sean edad, sexo, ocupación, rol que juegan, quizá hasta algunos padecimientos, etc., aunque éstos no hayan sido los principales determinantes de la enfermedad. La persona se colocará a sí misma en evidencia y puede ocurrir que sienta padecer los mismos síntomas y ocurra al médico para

hacerse chequeos y confirmar o refutar sus sospechas, quizá no quede convencido y constantemente desee conocer su estado de salud para estar seguro de su salud o contrariamente; sospecha que está igualmente enfermo pero trate en medida de lo posible de pensar en ello y cuando lo hace se repite a sí mismo que no puede ser, que está sano.

Todas estas sospechas de enfermedad o de muerte son resultado de la evocación que el enfermo provoca ante la propia muerte.

Cuando una persona a perdido a un ser querido y el duelo le dio la oportunidad de reflexionar acerca de su propia mortalidad, y concientizarse de su estancia temporal en la tierra, aunque no quiera morir, pero que al saber que es un hecho inevitable, no tema al dolor, no viva atormentándose en el futuro, viva disfrutando de su cotidianidad sabiendo que la vida sigue adelante y que puede volver a levantarse si cae, a vivir una pérdida y recuperarse, lo cual significa esfuerzo y dedicación, pero tendrá como apoyo la experiencia anterior que lo ayudará a afrontar la situación aunque sea distinta.

Reoch (1997) retoma en su libro "Morir bien" a Elisabeth Kübler-Ross, quien asegura "Si puedes afrontar y comprender tu muerte definitiva, quizás puedas aprender a afrontar y resolver positivamente cada cambio que se presente en tu vida"

6.6. Acompañamiento al enfermo terminal

Cada hospital tiene reglas que los enfermos y familiares del mismo deben cumplir, cuando una persona está internada por padecer una enfermedad terminal, puede estar acompañada de una o dos personas que la cuiden durante se estancia en la institución, generalmente son las personas más cercanas al enfermo y parte de su familia. El hospital frecuentemente impide que diferentes personas visiten al enfermo y aún más en horarios que no son de visita pues la institución tiene un orden pero no toman en cuenta que el enfermo tiene necesidad de ellos puesto que son los últimos momentos y quizá los más importantes de su vida.

El argumento del hospital es que las visitas cansan o alteran al paciente, lo cual puede afectar su salud, sin embargo el enfermo piensa y añora a su familia porque necesita de ellos, de su compañía, necesita asumir sus responsabilidades con ellos y arreglar pendientes aunque sea desde su cama; es por ello que muchos enfermos se niegan a ser

institucionalizados, necesitan el calor de su hogar. Los hospitales deberían ser más accesibles en tanto estos casos pues no habrá un después. Reoch (1997) afirma "...se ha demostrado que el afecto, la franqueza y el apoyo físico y moral de los amigos cercanos son más eficaces que los fármacos convencionales para aliviar el dolor"

Para el familiar no es sencillo cuidar a un ser querido enfermo y aún más si va a morir porque tratará de evitar el tema pues no sabe que decir ni que hacer, tiene miedo de lastimarlo y le hace creer que no pasará nada, lo cual perjudica la salud psicológica del enfermo cuando reconoce que tal esperanza nunca existió. El no saber cómo tratarlos es común en una sociedad en donde se le ha dado la espalda a la muerte por lo espantoso que les resulta;

"mucha gente tiene dificultades para relacionarse con los moribundos porque el tema de la muerte ha sido durante mucho tiempo un tabú social" (Reoch, 1997).

El haber estado sometido al cuidado prolongado del enfermo, la persona pierde hábitos y frecuentemente se enfrenta a un desgaste físico, emocional, económico y moral; al paso del tiempo se sentirá cansada y sin deseo de seguir con los cuidados, quizá sentirá hastío de la situación pero después sentirá culpa de sus sentimientos porque creerá que el fastidio es ante la persona no ante la situación y que esa persona necesita todo su apoyo.

Abengózar (1994) retoma el estudio de Maddison elaborado en 1969 después de realizar un estudio en Boston con viudas que habían cuidado el proceso de muerte de sus parejas y llegó a concluir "un prolongado periodo de agonía... puede maximizar la ambivalencia preexistente y suscitar pronunciado sentimientos de culpa e insuficiencias" y Reoch (1997) dice: "Quizás experimenten cansancio y exasperación al ver que la agonía se prolonga, y luego se sientan culpables por éstas emociones".

Es natural que se sienta cansado y aburrido porque su cuerpo necesita descanso y está habituado a otro tipo de actividades, además de que el desgaste emocional repercute en daño físico, por lo tanto no significa un rechazo hacia su familiar, sino una reacción lógica con respecto a la situación pero sin embargo vale la pena porque es un acto de amor y acompañamiento para el enfermo.

Cuando el acompañamiento está por terminar puesto que la muerte se acerca, cuando es visible el deterioro, quizá ya se encuentre en un estado de somnolencia por los medicamentos o por su estado, lo importante es que el familiar pueda susurrarle al oído experiencias de vida compartidas, escenas divertidas que vivió e incluso decirle que puede irse, que le otorga el permiso de morir.

Según Kübler-Ross lo ha expresado en sus libros, principalmente en aquel llamado “Sobre la muerte y los moribundos”, los que tienen la fortaleza y el amor suficientes para sentarse junto a un paciente moribundo un momento antes de su muerte sabrán que ese momento no es espantoso ni doloroso, sino el pacífico cese del funcionamiento del cuerpo y de la persona que significa como ser humano.

6.7. Apoyo y acompañamiento tanatológico

El apoyo tanatológico al familiar del enfermo terminal, debe ser brindado durante la enfermedad y posterior a la muerte puesto que el duelo continúa, si ya se había elaborado el duelo que el diagnóstico de enfermedad terminal le había dejado, a pesar de que ello lo remitía a la muerte misma, ahora deberá continuar con el proceso de duelo, esta vez ya no será para afrontar la enfermedad, sino la muerte.

Tal vez existirán casos en que el familiar este envuelto en demasiada ira y no desee recibir apoyo de cualquier tipo, cada persona vive de distinta manera su duelo; pero mientras no muestre rasgos patológicos no se necesitara de demasiada intervención.

Existen diversos factores que pueden favorecer el curso del duelo o de lo contrario, tornarlo más intenso e incluso patológico; algunos pueden presentarse antes y después de la muerte y otros únicamente después.

Cada persona ocupa más de un rol en la vida, en la escuela, el trabajo, el círculo de amigos, etc.; pero en donde las relaciones son más estrechas y los roles contienen un tono afectivo y emocional es, dentro de una familia; en donde cada uno ocupa un lugar con diferentes responsabilidades, derechos, deberes que le proporcionan una función de acuerdo a su edad, sexo y personalidad. Cuando una persona muere, el rol que desempeñaba también muere y ello ocasiona un mayor sentimiento de vacío puesto que quien ocupaba un lugar y

espacio en la casa, ahora solo está ocupado por la ausencia. Si la persona que muere es quien aporta al doliente el mayor apoyo emocional, moral y económico, la pérdida será un golpe mayor puesto que provocará sentimiento de desamparo y el apoyo ya no será obtenido.

Al respecto, Abengózar (1994) afirma; “cuanto más haya contado una persona con los bienes y servicios que le proveía el muerto, mayor dolo provocará la pérdida y mayores esfuerzos tendrá que hacer aquella para reorganizar de nuevo su vida”

La edad de la persona que muere es otro factor de importancia puesto que las leyes de la naturaleza dicen que el ser humano nace, crece, se reproduce y muere. Cuando una persona llega a la tercera edad y muere, será más comprensible socialmente aunque esto no significa que de igual modo, como cualquier persona, causará dolor a sus seres queridos; sin embargo, cuando un niño es el que muere; la oportunidad de crecer y reproducirse se le ha negado, se considera una muerte vana, que no debió ocurrir pues la sociedad espera la muerte en la vejez y aunque sabe que toca la puesta de quien sea y en cualquier momento, no se prepara para ello.

Lindermann (1994), Wretmark (1950), Balón (1971) y Gorer (1965) realizaron estudios acerca del duelo, cada uno con distintas persona y en distintos lugares, pero al final los cuatro autores coinciden en sus conclusiones, en las cuales afirman que uno de los duelos que causa reacciones más severas y que tiene una mayor duración, es la pérdida de un hijo un poco crecido. Los autores realizaron sus estudios con mujeres que habían perdido a un hijo, por lo tanto se puede suponer que el efecto de la muerte será mayor para la madre que para el padre, aseveración que es confirmada por Abengózar (1994).

Cuando una persona está enferma y se encuentra hospitalizada, lo primero que desean sus familiares es poder ver a su ser querido e incluso cuidarlo, se ocupa de mantener cómodo el cuerpo porque es un medio de contacto que además les permite darse una idea de la situación del paciente puesto que el ser humano refleja en su cuerpo su salud física y mental y también, al ser la vista uno de los cinco sentidos que posee el hombre y uno de los más utilizados por el mismo, le permite observar dicho cambio en el enfermo.

Cuando el enfermo se encuentra mutilado o deteriorado a causa del padecimiento, la impresión le causará un mayor impacto puesto que no le será nada grato ver a un ser

querido sufrir de tal modo y a la muerte del mismo, la imagen que podrá tener de él será aquella tan dolorosa. Abengózar (1994) afirma en cuanto a las impresiones causadas al familiar favorable o desfavorablemente antes de la muerte que “hay casos de personas obsesionadas por recuerdos o sueños del familiar desaparecido cuyo cuerpo estaba deformado o mutilado”

Otra causa que puede ocasionarle culpa sin fundamento al familiar es el hecho de haber ocasionado la enfermedad de algún modo; por ejemplo si el enfermo presenta diabetes, no haber cuidado su alimentación, o quizá haberle evitado un fuerte disgusto que ellos provocaron, etc.

El apoyo tanatológico no se reduce a acompañar al familiar de un enfermo terminal durante el proceso de morir, sino después de la muerte y además no significa lograr que la persona se resigne a la realidad, sino que la acepte; para ello necesita lograr un cambio radical en su vida, en donde pueda aplicar lo que en Tanatología se conoce como Inteligencia Emocional que puede definirse como el expresar las emociones y energía surgidas de ésta con quien corresponde, cuando, como, dónde y como corresponde.⁴ La emoción es una energía que no puede dejarse pasar por alto ya que si es así, ésta se acumula y busca salida que en la mayoría de los casos es en perjuicio de la misma persona.

Reoch (1997) expresa lo que sucede si de lo contrario, la emoción no es expresada: “el sentimiento reprimido tenderá a expresarse de forma indirecta, en momentos inoportunos y dirigido contra objetivos equivocados. O es probable que nos sorprendamos manifestando nuestras emociones de manera incontrolada: en nuestra conducta (con agresividad hacia los demás), en el cuerpo (con una úlcera en el estómago), o en la mente (con dolores sin causa física”

El aprender a aceptar los sentimientos, pensamientos, emociones y saber expresarlos a partir de un suceso doloroso como es la muerte de un familiar, es cuando se puede hablar de que la muerte puede convertirse en una experiencia positiva que no solo pueda ayudar a la persona en duelo a relacionarse más genuinamente con su enfermo; también podrá transformar su estilo de vida y enseñarlo a respetar la muerte así como tendrá mayor

⁴ Definición concluida a través del curso- taller de Tanatología impartido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de la ciudad de Pachuca; Hidalgo, impartido del 16 al 27 de abril del 2001.

consciencia de sí mismo, de su interior, de sus relaciones, de sus miedos, de sus habilidades, etcétera.

Para Reoch (1997), “Las personas que aprenden a contemplar la muerte experimentan un cambio en su vida. Suelen aceptarse mejor a sí mismas y a los demás, son más generosas y afectuosas, más dichosas en sus actividades cotidianas, más conscientes del aspecto sagrado de la vida. Se concentran más en el presente y son menos egoístas, posesivas y ansiosas...”

Algunas personas les resultan difíciles de comprender o embarazosos los momentos en los que la persona en duelo explota en lágrimas sin razón aparente. Por ello puede ser deseable el mantenerse apartado de aquellos que no comprenden totalmente o que no comparten el duelo. Sin embargo, el evitar a los demás puede acumular los problemas para el futuro y generalmente es mejor el intentar reintegrarse a las actividades habituales de cada persona tras aproximadamente un par de semanas.

Durante este tiempo, a los demás puede parecerles que la persona en duelo desperdicia gran cantidad de tiempo sentada sin hacer nada. Lo cierto es que la persona en duelo generalmente piensa en esos momentos en el fallecido, recordando una y otra vez tanto los buenos como los malos momentos pasados juntos. Esta es una parte tranquila aunque esencial del afrontamiento.

SEPTIMO CAPÍTULO

REFLEXIONES FINALES Y CONCLUSIONES

La enfermedad terminal altera la unidad social, los familiares y los amigos, y afloran los conflictos internos preexistentes. La información inadecuada, los mitos, la presencia más o menos explícita de la muerte y la idea de un sufrimiento inevitable crean una intensa atmósfera de angustia. Si no se modifican estas ideas, a través de una información creíble y continuada, repercuten negativamente en el paciente y bloquean los cuidados del equipo. La cantidad de tiempo y desgaste que conlleva la asistencia a la familia es recuperada con creces al conseguir que no interfieran negativamente en la buena marcha del proceso individual e intransferible de la propia muerte de la persona.

Cuando la familia se entera del diagnóstico de la enfermedad maligna de uno de sus miembros, inicia un recorrido emocional similar al del paciente que enfrenta la posibilidad de su muerte, descrito por Kübler-Ross. La familia sufre una seria alteración psicológica y pasa por un período de crisis emocional, pues debe afrontar no sólo la enfermedad y la muerte, sino múltiples cambios en la estructura y funcionamiento familiar, en el sistema de vida de cada uno de sus miembros y anticipar el dolor que se presentará tras la pérdida del ser querido.

Al experimentar una pérdida no se sabe qué hacer, si hablar y decir la verdad o callar porque temen lastimar al enfermo terminal. En ocasiones, el desconcierto los mueve a evitar al enfermo en momentos en que éste reclama mayor atención, apoyo y comprensión. Es un derecho del enfermo terminal, recibir ayuda de su familia y que ésta, para poder auxiliarlo, también reciba asistencia para aceptar el hecho

La familia es un soporte importante para el enfermo terminal. Pero, en algunos casos, se niegan a creer que uno de sus miembros este pasando por este momento. Sabemos que es doloroso para cualquiera enterarse que un cónyuge, hijo, padre, hermano, primo o cualquier familiar tiene una enfermedad terminal. Lo que sí es definitivo, es que ninguna persona del

grupo familiar debe adoptar la actitud de sobreproteger al enfermo o de solamente sentir pena porque va a morir. Por el contrario, hay que hacer que los últimos días de la persona enferma sean los mejores de su vida. Y hacer más que un sufrir, una oportunidad para prepararnos a la próxima pérdida.

Frente a una realidad como esta, parientes y amigos reaccionan con mucha angustia y ansiedad, pues esto también les permite visualizar la propia muerte y tomar conciencia de que tanto vida como muerte se encuentran indiscutiblemente vinculadas. Dando así una nueva perspectiva a su sentido de vida.

Es interesante y gratificante el estudio del proceso del duelo anticipatorio en la familia del enfermo terminal. A muchas personas les asusta y temen hablar de la muerte, pero no se da cuenta que si no fuera por ella, no valoraríamos la vida.

De ahí la importancia del estudio de los familiares a motivo de que ante la próxima pérdida se preparen y tomen el tiempo que resta para disfrutar de la compañía y prepararse para una despedida definitiva, aunque el tiempo sea indeterminado puede ser provechoso para disfrutar de cada momento de vida tanto de la compañía como para analizar nuestra propia finitud. Éste suceso podría ser visto como un ensayo de la propia muerte que a razón de un acompañamiento tanatológico adecuado podría llevar a una aceptación de la misma mediante una mejor calidad de vida.

Es en este aspecto donde como profesionistas de psicología está nuestra intervención. En un acompañamiento tanatológico en cada etapa y necesidad recurrente ante la próxima pérdida, proporcionando el apoyo terapéutico ante las emociones, sentimientos, conductas.

La muerte es la situación más fácil y segura que experimentaremos. Y eso debería hacernos reflexionar que no solo estamos para nacer, crecer y reproducirnos, sino para prepararnos a la muerte llevando una vida con plenitud, valorando las situaciones que se nos presentan diariamente.

La vida no es fácil y a veces pareciera que no hay placer sin dolor, refiriéndonos ante la mayoría de las pérdidas que experimentamos día con día. Deberíamos aprovechar y aprender de la experiencia haciendo un dolor menos intenso hasta anularlo, ya que en la vida siempre estaremos rodeados de pérdidas, cierre de capítulos, para poder comenzar experiencias nuevas, hasta llegar al propio final. Nuestra propia muerte.

BIBLIOGRAFIA

Abengózar, T. (1994). Cómo vivir la muerte y el duelo. Un perspectiva clínico evolutiva de afrontamiento. Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia.

Aries, P. (1984). El hombre ante la muerte. Edit. Taurus. Madrid.

Bakan, D. (1979) Enfermedad, Dolor, Sacrificio, Hacia una Psicología del sufrimiento. Fondo de Cultura Económica. México.

Bowly, J. (1983). La perdida afectiva, tristeza y depresión; Edit. Paidos. Buenos Aires.

Brown, O. (1969). Eros y tánatos. Edit. Joaquín Mortiz; México.

Burton, R. (1998). Anatomía de la melancolía II. Asociación Española de Neuropsiquiatría e Historia. Madrid.

Caruso, Igor. (2001). La separación de los amantes. Ediciones Siglo XXI. Suiza.

Favarger, G. (1964). El hombre frente a la muerte. Edit. Troquel. Buenos Aires, Argentina.

Frankl, V. (1982). El Hombre en Busca del Sentido Último. Ed. Herder. España, Barcelona.

Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. Edit. Alianza Editorial Mexicana. México.

Freud, S. (1913). Tótem y Tabú. Edit. Alianza Editorial Mexicana; México, 1986

García, M. (2004) La filosofía de Kant: Una introducción a la filosofía Ediciones Cristiandad.

González, M. (2003) El derecho a no sufrir Edit. Edimat Libros. Madrid, España.

Gol i Gurina, J. (1977) Salut, sanitat i societat: per una resposta socialista al actual situació sanitària. Col·lecció Alternativa, 7 x 7 Edicions.

Guyton, H. (1998) Fisiología y Fisiopatología. (6º Edición) Edit. Mcgraw-Hill Interamericana. México.

Guyton, H. (1997) Tratado de fisiología médica. (9º Edición) Edit. Mcgraw-Hill Interamericana. México.

Hernández, R. (1991) Metodología de la Investigación. (4º Edición) Edit. Mcgraw-Hill Interamericana. México.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). (2001) Curso - taller de Tanatología. Hidalgo, México.

Junyent, P. (1989). Ruptura y desamparo; la vivencia de muerte en niños; UAM-X México.

Kroen, W. (2001). Como ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido. Manual para adultos. Ediciones Oniro; Barcelona, España.

Kubler-Ross, E. (1997). La rueda de la vida. Edit. Grafo. Barcelona, España.

Kubler-Ross, E. (1969). Sobre la muerte y los moribundos. Edit. Mondadori. Barcelona.

Lifshitz, A. (1995) Los derechos humanos del paciente hospitalizado. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México.

Oblitas, L. (2004) Manual de Psicología clínica y de la Salud Hospitalaria. Edit. PSICOM editores. Bogotá.

O'Connor, N. (1995). Déjalos ir con amor: la aceptación de duelos. Edit. Trillas. México.

Pérez, L. (1965). Muerte y Neurosis. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Pérez, V. (1996). El hombre y su muerte: preparación para la vida. Edit. JUS. México.

Pinard, S. (1997) Del otro lado de las lágrimas; Introducción al concepto de duelo. Edit. Grijalbo Mondadori. México.

Rebolledo, L. (2000). Manual de Tanatología I. Asociación Mexicana de Tanatología. México.

Reoch, R. (1997). Morir bien. Una guía para afrontar con valor y dignidad la experiencia de la muerte. Edit. Ontro. Londres.

Reyes, L. (1999) Curso fundamental de Tanatología: Suicidio. (Tomo IV) México.

Reyes, L. (1996). Curso fundamental de Tanatología; Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y su familia. (Tomo III). México.

Robbins, R. (1989). Patología estructural y funcional. Edit. Mcgraw-Hill Interamericana. México.

Rowe, D. (1989) La construcción de la vida y la muerte. Edit. Fondo de Cultura Económica. México.

Sánchez, F. (2002). Acerca de la muerte. Academia Nacional de medicina. Bogota.

Sánchez, M. (2000). El yo y el nosotros. (1er. Edición) Edit. Itaca. México.

Sartre, J. (1971). Bosquejo de una teoría de las emociones. Edit. Alianza. Madrid.

Savater, F. (1999). Las preguntas de la vida. Edit. Ariel. México.

Serrano, M. (2005) La educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y salud. Ediciones Díaz de Santos. Madrid.

Velasco, S. (1966). Meta psicología del suicidio. Revisión Bibliográfica. UNAM. México.

Villanueva. (1996). Hacia un modelo integral de la personalidad. Edit. Manual Moderno. México.

Walsh, R. (1994). Más allá del Ego. Edit. Kairos. Barcelona.

SITIOS WEB

Macías, F. A. (2008) Curso de ansiedad. Disponible en:

<http://www.faes.es/cursoansiedadAP/> curso/entrega4/desarrollo.1 MACIAS

Fernández José Ángel, Parrado Prieto Carmen.

Royuela, A. (2008); Diagnostico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en atención primaria. Disponible en :

<http://www.faes.es/cursos/cursoansiedadAP/>

TANATOLOGIA.ORG. (2008). Difusión y formación de Tanatología. Disponible en:
http://tanatologia.org/index.html?comment_id=index.html&comment_page=show_all#objetivos