



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA



**U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA**

**APOYO PSICOLOGICO A LA FAMILIA EN CASO
DE MUERTE EN HOSPITALES**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A :

PATRICIA DURAN OLVERA

ASESOR DE TESINA : LIC. FERNANDO QUINTANAR

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEX.

1991



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedico este trabajo como resultado de un esfuerzo a mis queridos padres Efigenia y Francisco, y queridos hermanos Irma, Liliana y Francisco quienes siempre han estado presentes en mi corazón y pensamiento.

Agradezco profundamente a mis estimados asesores por su tiempo dedicado y acertada orientación: Lic. Fernando Quintanar, Mtro. Isaac Pérez y Lic. Norma Coffin.

Un especial agradecimiento a mis queridos primos Rosalinda y Juan por su ayuda y apoyo incondicional.

INTRODUCCION.

(La vida y la muerte van de la mano y todo ser humano en un momento dado de su existencia se enfrenta a la muerte del otro y a su muerte propia.

En la actualidad, el hombre y la sociedad contemporánea se enfrentan al proceso de morir y a la muerte de forma muy diferente y particular que el hombre de épocas pasadas. Como ejemplo podemos señalar, la pérdida frecuente del último contacto físico y afectivo de la familia con su ser querido que muere "sólo en un hospital", o el desajuste y desorganización psicosocial en el ciclo de vida de algunos individuos y familias al enfrentarse a la muerte, debido a falta de "recursos internos y recursos externos".

Para que el psicólogo pueda dar apoyo a aquellos individuos-familias que atraviesan por este tipo de crisis es necesario que éste tenga un conocimiento amplio y profundo no únicamente sobre las reacciones psicológicas y respuestas emocionales (miedos, angustia, etc.) que pueda tener el individuo ante tal evento, sino también un concepto amplio sobre la muerte, y las respuestas psicosociales de su entorno y contexto inmediato (por ejemplo, su familia, comunidad, etc.). Es decir, no perder de vista las tres dimensiones del fenómeno muerte: física, social y psicológica.)

En el ámbito hospitalario, el fenómeno muerte es un evento frecuente y cotidiano, en el que la mayoría de las veces no se proporciona apoyo psicológico al enfermo terminal y su familia que lo requiere. muchas veces se subestiman los aspectos psicoló-

gicos que tienen consecuencias negativas en el enfermo y las personas que lo rodean, no solamente los familiares sino también las personas del cuidado de la salud. En este contexto intervienen múltiples factores, que llegan a afectar la resolución y elaboración adecuada de una pérdida y un duelo. Como ejemplos podemos mencionar el alto grado de responsabilidad y estrés que genera el trabajo con pacientes con riesgo de muerte, que de no ser adecuadamente asimilados pueden producir problemas en el equipo de salud (médicos, enfermeras, terapeutas físicos, etc.) y desplazarnos fuera de éste, problemas que terminarán afectando al paciente y su familia; o el no considerar las características funcionales, estructurales y de historia, propias de la familia que interviene para dar una resolución favorable o desfavorable a este tipo de crisis en sus vidas.

En el contexto hospitalario, para que el psicólogo pueda contener con estos problemas y otros generados por el dolor sufrido por el ser querido que muere, debe estar preparado para el manejo del enfermo terminal y de su familia, desde una perspectiva pluridimensional, que abarque la relación médico-paciente-familia.

Así tenemos que la finalidad del presente trabajo, es realizar una revisión teórica actualizada sobre la concepción y definición de la muerte como antecedentes históricos y teóricos por diferentes disciplinas; la descripción y análisis de las respuestas psicosociales ante el fenómeno muerte, como conocimientos previos para comprender mejor el proceso de la muerte y ofrecer una ayuda más adecuada a la familia, y finalmente dar una alter-

nativa de intervención del psicólogo en el ámbito hospitalario con una visión pluridimensional para ayudar y apoyar a la familia que pasa por esta crisis.

1. ANTECEDENTES HISTORICOS SOBRE LA CONCEPCION DE LA MUERTE.

Cada pueblo, cultura o civilización tiene su propia concepción de la muerte, y paralela a ella, desarrolla un sistema en el que integra todos sus contenidos significativos: costumbres, actos, ritos, valores, creencias, etc. Aproximarse a la muerte implica penetrar en el contexto de cada sistema cultural, en su religión, filosofía, psicología, política, economía, etc. Así, descubrimos una serie de situaciones históricas muy diferenciadas, en cuyos extremos podríamos situar al hombre primitivo que inició organizando su vida en función de la muerte, y a la sociedad occidental actual, en la que predomina la exaltación del "aquí" y "ahora" de la vida, pretendiendo olvidar la segura muerte. En este capítulo se tratará de dar una visión general sobre la idea de la muerte por el hombre, a través de diferentes épocas de su historia, como antecedentes para la percepción actual de la noción de "muerte" en las sociedades occidentales actuales; antecedentes que le permitirán al psicólogo entender la postura del hombre contemporáneo ante la muerte.

1.1 LA MUERTE EN LA SOCIEDAD PRIMITIVA.

Es indiscutible que los seres humanos primitivos poseyeron el sentido de la destructibilidad corporal, es decir, la idea de la muerte, y a ella asociaron el primer brote de religiosidad. La conciencia de su propia muerte, la podemos encontrar desde la época paleolítica, por el "homo sapiens"; tenemos así los hombres

de las cavernas del Monte Carmelo (40,000 años), de la Capilla de los Santos (45,000-35,000 años), del Monte Circeo (35,000 años) quienes cavaron sus primeras sepulturas e instalaron ahí a sus muertos en posición sedente, con tobillos y muñecas atados como fetos en espera, para una segunda vida. Desde entonces, los hombres han producido una serie de imágenes variadas de su muerte por venir; transformando la percepción humana de la vida, de la muerte y del mundo. La sepultura se traduce comprensiblemente en un progreso del conocimiento objetivo del hombre de su propio fin "terrenal".

Respecto a la sepultura paleolítica y la muerte, Morín señala:⁹
"la muerte no solamente se reconoce como hecho, como la reconocen los animales, no solamente es sentida como una pérdida, una desaparición, lesión irreversible; sino que también se concibe como transformación de un estado en otro... Ya sea por la presencia de los muertos o por la presencia de la idea de la muerte fuera de su acontecimiento inmediato, se puede ya descubrir en el hombre de Neanderthal un pensamiento que no está totalmente bloqueado dentro del acto presente, es decir, que se puede descubrir la presencia del tiempo en el seno de la conciencia. El enlace de una conciencia de transformaciones, de una conciencia de coacciones, de una conciencia del tiempo, indican en el sapiens la emergencia de un grado más complejo y de una calidad nueva del conocimiento consciente" (1).

El mismo autor
"Todo nos indica que la conciencia de la muerte que emerge en el sapiens está constituida por la interacción de una conciencia objetiva que reconoce mortalidad, y de una conciencia subjetiva

que afirma, si no la inmortalidad, por lo menos una transmortalidad. A la vez los ritos de la muerte expresan, reabsorben y exorcizan un trauma que provoca el aniquilamiento. Los funerales, y ésto en todas las sociedades conocidas, traducen al mismo tiempo una crisis, por una parte el desgarramiento y la angustia, y por la otra, la esperanza y el consuelo. Todo nos indica que el homo sapiens es atacado por la muerte como por una catástrofe irremediable, que va a llevar en él una ansiedad específica, la angustia o el horror a la muerte, que la presencia de la muerte se convierte en un problema vivo; es decir, que ocupa su vida. Todo nos indica igualmente que ese hombre no sólo rechaza la muerte, sino que la re causa, la supera, la resuelve en el mito y en la magia" (2).

Y por último, "entre la visión objetiva y la visión ^{otra} subjetiva, hay una brecha que la muerte abre hasta el desgarramiento y que llenan los mitos y los ritos de la supervivencia, que finalmente integran la muerte. Con el sapiens empieza, la dualidad del sujeto y del objeto, lazo indestructible que más tarde, de mil maneras, todas las religiones y filosofías van a intentar superar o profundizar" (3).

Diversos estudios sistemáticos, sobre la concepción de la muerte en las culturas arcaicas, muestran la existencia de varios elementos constantes en sus sistemas de creencias. La creencia de un mundo habitado por espíritus es prácticamente universal entre ellas. No existe una teoría clara acerca de la muerte "natural" (4); creían que la muerte era el resultado de la intervención de un agente externo. En todas esas culturas arcaicas existía la idea implícita o explícita, de una relación entre los vivos y los

muertos. La muerte era vista como una crisis a través de la cual el muerto entra a ocupar un nuevo estatus. Los muertos llevan asociados ciertos símbolos de poder, ya sean benévolos o malévolos.

La creencia en una salvación personal parece ser rara entre estas culturas arcaicas y, en contraste con las preocupaciones del hombre civilizado, el primitivo no parece haber creado escatología (5) alguna de castigos y premios en los mundos habitados por los muertos (6).

Hoy conocemos con exactitud las causas naturales de la muerte, sabemos que es un fenómeno biofisiológico que afecta a todo organismo viviente. Y sin embargo, hay alguno que distingue al hombre de cualquier otro ser vivo; el hombre es el único ser viviente que tiene conciencia de su muerte futura. Y esta conciencia afecta y transforma su vida.

A través de las modernas investigaciones paleontológicas y arqueológicas, sabemos que los ritos en honor de los muertos para la renovación de su vida han sido uno de los rasgos más antiguos de la religión prehistórica. La idea de inmortalidad o de otra vida, según estos conocimientos, no parece que haya surgido tanto de especulaciones filosóficas sobre el alma y el cuerpo, cuanto de los antiquísimos rituales prehistóricos, que procuraban asegurar al muerto el paso a otra vida.

Se puede decir, que la historia del hombre es un testimonio constante de su pregunta sobre el sentido de la muerte, de su anhelo de prolongar la vida, y de la insatisfacción perenne ante las respuestas encontradas.

Dicen los antropólogos que de estos datos se deduce una conclusión segura: jamás el hombre ha aceptado globalmente, como individuo o como grupo, que la muerte sea algo natural y lógico, el final necesario de toda vida. Por eso ha seguido preguntándose, ha reflexionado con la filosofía a su alcance y ha buscado en los ritos religiosos un sentido a la turbadora e inaceptable evidencia de la muerte (7).

1.2 LA MUERTE EN LA SOCIEDAD ANTIGUA.

La sociedad antigua fue muy prolífera en pensadores y filósofos, y no dejaron de dar también una respuesta a lo que la muerte significaba para ellos, dependiendo de la visión global que del hombre y la vida tenía cada pensador y cada sistema de pensamiento. Se puede observar curiosamente, que la cuestión sobre qué es la muerte, por qué existe y cuál es su sentido, está siempre ligada a la pregunta sobre el por qué de la vida del ser humano y su significado.

Así tenemos que para aquellos quienes la vida y el hombre se mueven exclusivamente dentro de lo material, la muerte no puede ser otra cosa que el último accidente de la biología: morir es el mero fenómeno natural de la desintegración de los elementos de un ser vivo. No hay, por tanto, razón alguna para temer a la muerte. Como decía el viejo filósofo Epicuro, "mientras existimos, la muerte no se haya en nosotros; cuando la muerte viene, somos nosotros los que no existimos" (8). La muerte pierde de esta forma todo su halo de misterio, pero a costa de reducir al hombre a puro fenómeno bioquímico.

En Grecia (siglo V-IV a. de J.C.), cuna del saber occidental, fué sin embargo otro el pensamiento que se impuso, sobre todo a partir de las reflexiones de Platón. La verdadera vida -afirma esta filosofía- es el espíritu indestructible, que, sin embargo, está encadenado a la materia. Materia y espíritu son los componentes del hombre. La muerte no es entonces más que la liberación, lograda por el espíritu, de los vínculos limitados de la materia. Así, en la muerte el hombre no pierde nada, ni experimenta ninguna ruptura, sino que más bien recupera su ser puro, libre de la contaminación del cuerpo, del espacio y del tiempo. Pero no fue esta la única aportación de los maestros griegos al tema. Aristóteles concebía al hombre como una unidad inseparable de alma y cuerpo. Esta es una de las claves del pensamiento aristotélico heredadas posteriormente por el pensamiento cristiano occidental, sobre todo a partir de su representante medieval Tomás de Aquino. La muerte es, según esto, la separación de los dos elementos del hombre y, por consiguiente, la destrucción del hombre mismo. La muerte manifiesta así todo el drama que parecían vaciarla los modos anteriores de pensamiento. Porque, al destruir la unidad de los componentes que constituyen al hombre, la muerte destruye al hombre real y es un auténtico desgarrarse de la persona. No se puede, en consecuencia, consolar al hombre banalizando la muerte: ésta es el naufragio de la persona, "el peor de todos los males", "el más grande de todos los dolores", pues por ella "se arrebató al hombre lo que más ama: la vida y el ser" -Santo Tomás de Aquino.

Durante los siglos II y I a. de J.C., en Roma, el problema de la muerte también recibió una atención particular por parte de los

filósofos. Para los estoicos, por ejemplo, la preparación para la muerte era el único fin adecuado de la filosofía.

Este patrimonio cultural común de occidente, que era la herencia griega de la inmortalidad del alma, comienza a quebrarse en el siglo XIX. El filósofo alemán L. Feuerbach que aportara las bases del materialismo marxista clásico, rechaza esta idea fundamentada en la concepción del hombre como unidad del alma y cuerpo. Desde su época materialista, el hombre no es inmortal. Sólo la humanidad puede serlo: "Tu creencia en la inmortalidad es solamente verdadera y auténtica cuando crees en la eterna juventud de la humanidad". Morir es para el hombre individual un puro accidente biológico; y de nuevo se repite que el temor a la muerte es un temor gratuito, puesto que ella es "un ser fantasmagórico" que "sólo es cuando no se es, y no es cuando se es". Únicamente olvidándonos de la imposible posibilidad de otra vida -concluye este razonamiento- podremos concentrarnos con todas nuestras fuerzas en conquistar lo que tenemos entre las manos.

En el polo opuesto, otro influyente pensador contemporáneo, Max Scheler, ve en el ocaso de la creencia en la inmortalidad un proceso de deterioro de la conciencia de sí mismo: no se quiere saber de la propia inmortalidad, porque no se quiere saber de la propia muerte. La gente de hoy -sigue afirmando- no quiere enfrentarse con su muerte; la sociedad "del tener" ha instaurado un modo de reprimir la conciencia de la muerte propia, sumergiendo al hombre en el vértigo de una vida para la que lo real es lo calculable, y sólo es valioso lo que contiene seguridad (9).

En la breve introducción de este capítulo, se plantea que el

aproximarse a la muerte implica penetrar en el contexto cultural, filosófico, religioso, ... de los pueblos, y es por demás interesante realizar una breve perspectiva histórica de las religiones mundiales como concepción de la humanidad sobre la muerte: las religiones mundiales más importantes presentan un conjunto de creencias sobre la existencia de una relación entre la vida terrena de una persona y su destino final después de la muerte, tenemos así por lo tanto, que:

El judaísmo rabínico creó una teoría detallada acerca de un día del juicio. De acuerdo con las enseñanzas de Zoroastro, en el momento de la muerte, el espíritu tiene que dar cuenta de sus obras malas y buenas.

En el esquema islámico, Alá está siempre dispuesto a dar un lugar de felicidad al verdadero creyente.

El budismo mantiene que el nirvana -la felicidad y el olvido final- se consigue después de una larga serie de reencarnaciones, cada una de ellas místicamente relacionadas con los Karma -acciones- de las vidas anteriores.

De igual manera, el hinduismo habla de una complicada y filosófica relación entre Dharma -piedad cívica y religiosa- y Moska -el logro de la salvación-.

Las enseñanzas de Confucio y de Lao Tse implícitamente hablan de la salvación por cuanto el hombre tiene que adaptar su conducta tanto a lo que de él esperan sus antepasados cuanto a la ley moral cósmica.

Las religiones orientales y occidentales difieren en muchos puntos fundamentales con respecto a la muerte y a la vida después de la muerte. Primero en el oriente el camino que lleva a la

salvación suele ser el de la contemplación o el de la mística; en occidente suele ser el camino de la ascética (10) y el de las obras. Segundo, oriente considera que el término final es un estado de "unidad" indiferenciada e impersonal con el universo, mientras que occidente lo ve como la continuación de la integración del yo personal.

En la historia de las religiones occidentales, el cristianismo ve la salvación como una vida futura en la que la identidad individual permanece esencialmente intacta. La iglesia católica romana institucionalizó el problema de la salvación en las relaciones del individuo con el sacerdote; la ansiedad acerca de la muerte es reducida por la experiencia individual del pecado, el arrepentimiento, la penitencia y el perdón (11).

Esta perspectiva histórica, refleja "la gran necesidad del hombre" de dar respuesta a la inquietud que provoca el por qué de la vida y su significado. Sus respuestas pueden ampliarse de mil formas, de acuerdo con sus bases filosóficas, ideológicas y psicológicas que conforman su estructura social.

1.3 LA MUERTE EN LA SOCIEDAD MODERNA.

(En la actualidad, el hombre contemporáneo, sobre todo el de occidente, concibe la muerte de forma muy diferente en comparación con sus congéneres de épocas pasadas. Esta concepción diferente radica principalmente en el estilo de vida occidental. Podemos constatar que en las grandes ciudades donde habita la mayor parte de la población, la muerte ya no es vivida en forma comunitaria, sino sólo por un pequeño círculo de allegados. La

hospitalización, fenómeno muy frecuente en nuestros días, es una primera etapa de la separación entre el enfermo y sus familiares, y posteriormente, la intervención de los aparatos técnicos que privan en ocasiones al individuo de muchos derechos sobre su muerte.

En nuestros días el "hombre muere" por accidente, por negligencia, porque no ha seguido ciertas prescripciones o reglas de salud, o simplemente, porque la ciencia no ha encontrado la manera de curar todas las enfermedades. En consecuencia, hoy el hombre "no es mortal", sino que "muere de alguna cosa". Y en la misma medida en que antes la muerte era objeto de temor sagrado, ahora se ha convertido en acicate de la investigación médica y en la expectativa científica.

El Dr. Meyer (12) resume las actitudes y cuestiones esenciales sobre el morir y la muerte en las sociedades occidentales contemporáneas; señalando que son temas de tipo histórico, médico, filosófico y teológico que marcan las condiciones, actitudes y tendencias que se observan en la conciencia pública. Estas cuestiones son las siguientes: la muerte violenta anónima en el siglo XX, la represión de la muerte, el derecho de la propia muerte, el derecho de la muerte natural y, la teoría de la muerte total.

1.3.1 La muerte violenta anónima en el siglo XX.

La muerte violenta anónima en el siglo XX se refiere a la posición que toma la sociedad con respecto a las personas que perdieron la vida en dos guerras mundiales y otras, asociando esta forma de morir como una muerte heroica y los monumentos que

se erigieron en su memoria parecen expresar más que nada la dimensión anónima y fatal de una catástrofe humana, dejando poco margen al duelo por el individuo. "Las proporciones, el absurdo y el anonimato de la muerte violenta en nuestro tiempo han hecho que los vivos se distancien de los muertos. El duelo por la muerte y el mantenimiento público de su memoria no van ya a la par".

1.3.2 La represión de la muerte.

La represión de la muerte se refiere exclusivamente al morir y al cambio en las relaciones con el afectado. Estas modificaciones son: morir en el hospital, las expectativas que se presuponen en la conducta del moribundo por parte de los parientes, del médico y del personal auxiliar ..., todos detalles que indican que actualmente el acto de morir debe realizarse sin llamar la atención y, sobre todo, sin emociones inquietantes, alarmantes. También se pueden señalar como indicios de la represión de la muerte, los nuevos ritos del sepelio y del duelo, por ejemplo, la incineración en lugar de la inhumación. Se reflexiona que la "represión de la muerte" no sólo afecta a su privatización, sino al intento de despojarla de toda angustia. Y que la concesión actual de la ayuda al moribundo es contraria a la "represión de la muerte", y constituye en este sentido una contribución importante a la humanización de la medicina.

1.3.3 El derecho de la propia muerte.

El derecho de la propia muerte se asocia a los progresos técnicos médicos, en especial de la medicina intensiva, los que han planteado el problema de la muerte humana digna y de la necesidad de la legalización de la eutanasia activa. Si la medicina actual es capaz de mantener con vida a enfermos graves durante días y semanas mediante la respiración artificial mientras los procesos circulatorios y metabólicos sigan intactos, se impone un cuidadoso exámen del problema del tratamiento adecuado de los enfermos incurables y de los ancianos, a quienes la técnica médica actual puede prolongar artificialmente la vida o la agonía. Se espera del médico que no persiga como fin exclusivamente la conservación de la vida, sino que se esfuerce en posibilitar a la persona la muerte en el momento justo "natural". Esto da la impresión de que al postular la muerte rápida y sin dolor se busca preservar al médico, a los enfermos y a los parientes de un sufrimiento demasiado largo y agobiante.

1.3.4 El derecho de la muerte natural.

El derecho de la muerte natural es una idea del materialismo dialéctico con trasfondo sociopolítico, que deberá posibilitar al hombre el morir sin dolor, sin angustia, en el "momento justo". Este postulado implica en buena parte elementos que se refieren al morir, a la evitación de la muerte violenta, a un morir sin angustia tras una vida colmada. La muerte natural descansa en un sentido de la existencia inminente a la vida misma. Es más que una simple muerte por agotamiento biológico; en lugar de las

representaciones del más allá se impone la significación duradera de la vida individual para la sociedad.

1.3.5 La teoría de la muerte total.

La teoría de la muerte total parte de la idea de alcanzar al cuerpo y al alma, se produce en la teología protestante a finales del siglo XIX. Apuntaba a una desplatonización del cristianismo, dirigida contra la filosofía de la ilustración, e introduciría un nuevo modelo de resurrección. En lugar de una superación personal de la muerte, que otorga al hombre por la muerte y la resurrección de Cristo, se impuso la referencia al acontecimiento de Cristo y a la esperanza de una resurrección en el último día, afectando a todos los hombres. De ese modo el protestantismo fué soslayando el pensamiento de una existencia del individuo después de la muerte. La radicalidad de este giro puede entreverse en el hecho de que esta doctrina apenas se ha traducido hasta ahora en la práctica pastoral; el mejor ejemplo de ello lo constituyen los sermones fúnebres.

Otra de las características, que se dice, que toma la sociedad occidental desarrollada, es la negación de la muerte, su ocultamiento, y asociado muy probablemente al hecho de que en una época en la que el triunfo de la ciencia y los logros técnicos aproximan al hombre a un hipotético dominio de la naturaleza; sin embargo, la muerte continúa presente, que angustia y obsesiona, y su rechazo y negación son un intento de defensa a lo inevitable. En términos generales podemos concluir que el desarrollo de la medicina, los avances técnicos y científicos actuales, son

factores determinantes para que la sociedad contemporánea occidental tenga una concepción de la muerte radicalmente diferente a sociedades pasadas. No obstante, sigue latente en el hombre, a través de toda su historia, el permanente temor asociado a múltiples significados que se le confieren a la muerte. Que muchos de ellos tienen bases psicológicas para defenderse de un sufrimiento o dolor que rebasa su existencia y rompe la estabilidad física-emocional del individuo.

2. DEFINICION DEL CONCEPTO MUERTE DESDE DIFERENTES PUNTOS DE VISTA.

El interés por el tema de la muerte se ha enfocado de muy diversas perspectivas. Se trata de un fenómeno biológico, psicológico y social de trascendental importancia en la vida del hombre; es un hecho inobjetable como fin de un proceso biológico, que promueve determinadas actitudes psíquicas y de comportamiento, tanto a nivel individual y grupal; que en el transcurso del tiempo ha originado una serie de simbolismos y significaciones tales como: ritos, prácticas y costumbres para poder elaborar y asimilar el final irremediable e irreversible de todo ser vivo. Es un fenómeno que no se le puede estudiar y comprender, considerando un sólo aspecto de su contenido globalizante. De ahí que en este capítulo se señalen las nociones básicas que se derivan de cada aspecto que interviene en el fenómeno, para que el psicólogo obtenga la visión globalizante de los aspectos que intervienen en el proceso de la muerte.

2.1 PUNTO DE VISTA PSICOLOGICO.

El hombre sabe que algún día debe morir; por eso la muerte influye poderosamente en la conducta humana, suscitando todo tipo de emociones, sentimientos y actitudes. Por todo este complejo psicológico que es el hombre y sobre todo ante este hecho irreversible e ineludible, es difícil dar una definición psicológica

de la muerte como tal (1).

De acuerdo a Kastembaun y Aisenberg la forma como debe conceptualizarse la muerte es: en forma impersonal, interpersonal e intrapersonalmente. La primera se refiere al distanciamiento emocional con que recibimos la noticia de la muerte de seres lejanos en el tiempo y espacio, por ejemplo, la muerte devastadora por algún fenómeno natural en otro país. Como segunda visión de la muerte es la interpersonal y tiene que ver con la muerte de un ser cercano que conocemos o queremos. La tercera forma de percibir la muerte es la confrontación individual que se tiene con la muerte de uno. Referente a esta última, Sigmund Freud señalaba "en el fondo no hay nadie que crea en la propia muerte" (2). Por otro lado Kübler-Ross afirma que "en nuestro inconsciente la muerte nunca es posible con respecto a nosotros mismos; para nuestro inconsciente, es inconcebible imaginar un verdadero final de nuestra vida aquí en la tierra, y si esta vida nuestra tiene que acabar, el final, siempre se atribuye a una intervención del mal que viene de fuera" (3).

Esta forma intrapersonal de concebir la muerte, es de gran importancia para conocer las respuestas más típicas ante la muerte, las cuales, posiblemente sean el miedo y la ansiedad.

El psicólogo León S. Pérez, considera que "el hombre es un animal enfermo de muerte desde el comienzo de su vida" el miedo a la muerte es un miedo básico y probablemente el más profundo y grave de los miedos del hombre; proviene del temor de la destrucción física, a la desaparición como cuerpo, ya que el cuerpo en nuestra cultura, es la única manera de estar vivo; se teme antes que nada por la integridad del cuerpo y sólo subsidiariamente por la

integridad anímica que la muerte amenaza" (4).

Este autor señala que el complejo muerte es el resultado de presiones culturales, y en occidente, a raíz del predominio de las ideas judeo-cristianas, la ansiedad hacia la muerte, la tanatofobia, alcanza el nivel más alto en comparación con otras culturas conocidas.

Por otro lado, menciona que la amenaza internalizada de la muerte, es una diferencia capital con cualquier otra especie animal, lo cual obliga al desarrollo de poderosas defensas para afrontar la ansiedad de la muerte. Y que en la realidad para poder vivir debemos comportarnos como sino fuéramos a morir nunca; en nosotros, el par vida-muerte constituye un dualismo sin probabilidad alguna de síntesis, salvo la existencia misma. La vida por lo tanto, se desarrolla en ambas direcciones y con ambos sentidos: vida y muerte al mismo tiempo. El problema de la muerte nace de la situación humana y halla correlatos en los marcos filosóficos, culturales y económicos de cada grupo organizado. Toda vida sana, se desarrolla con un rechazo del miedo al complejo muerte, una operación de seguridad compleja, consciente o inconscientemente, que disocia de la experiencia vital su polo mortal siempre presente. Cuando tales defensas fallan, eclosionan en el hombre la angustia, que es la traducción de la angustia básica: ante la destrucción física, vista en nuestra cultura como irremediable y última. De ahí arranca, a juicio del autor, la ambivalencia paradójal de nuestra conducta frente a la muerte: la vida es el bien supremo, pero la muerte la desposee de sentido, la convierte en un infeliz valle de lágrimas; pero sin la muerte la

vida pierde su grandeza. Este signo trágico del hombre encuentra en la muerte su explicación y su fuerza (5).

Se puede concluir que este miedo a la muerte es algo real que generalmente afecta a casi todos los individuos, aunque puede variar su intensidad, de tal manera que un cierto miedo puede ser normal e incluso necesario, pero un miedo excesivo raya en lo patológico. Lo que caracteriza al miedo patológico es su frecuencia y permanencia, de tal forma que existen sujetos con un grado tan alto de tanatofobia que el sólo hecho de pronunciar la palabra muerte o hablar de los muertos los aterroriza. En otros casos, el miedo a la muerte es tan poderoso, que la gente ha desarrollado sistemas de creencias y rituales para poder afrontarlo, cuyos contenidos varían de unas sociedades a otras.

Para explicar el por qué del miedo a la muerte, se han utilizado argumentos de diversa naturaleza. Desde un punto de vista psicológico, se vienen distinguiendo dos posturas o alternativas. La primera le confiere un significado saludable, ya que las reacciones ante la muerte son aprendidas y, por tanto, el miedo a ella no es natural, el miedo a la muerte se adquiere ante todo para preservar la vida. La segunda le otorga un significado enfermizo, porque el miedo a la muerte es natural y nos afecta a todos. Es el miedo principal, el que influencia a todos los demás y ante el que nadie es inmune, ya que es parte esencial de la condición humana (6).

A nivel empírico se ha investigado el miedo/ansiedad ante la muerte en niños, adolescentes, adultos y ancianos, con todo tipo de variables. Los resultados por el momento no son claros, debido sobre todo a la diversidad de las técnicas de medida y a la

variedad de las muestras utilizadas. Sin embargo, se ha podido precisar que lo que determina preferentemente el grado de miedo/ansiedad ante la muerte viene dado sobre todo, por la personalidad del sujeto, su experiencia personal respecto al tópico de la muerte y el ambiente social que lo rodea. Al parecer el sexo juega también un papel importante, claramente modulador; las mujeres se enfrentarían con la muerte en términos preferentemente emocionales, mientras que los enfoques de los hombres serían más intelectuales.

En el primer capítulo ya se ha hecho alusión, a que la sociedad contemporánea vive de espaldas a la muerte; por eso la niega y la oculta. A nivel individual, el hombre también llega a negar tal posibilidad fatal, y según Kübler-Ross es la primera de las reacciones que tiene el enfermo que sabe que va a morir.

El psiquiatra Cassem señala que, la negación no es un fenómeno simple y unitario, sino que se presenta bajo múltiples formas en relación con las diversas circunstancias biológicas, psicológicas y sociales que rodean al ser humano cuando se enfrenta a la muerte. Su uso es tan amplio que, cubre casi todos los actos o palabras con que una persona intenta evitar la realidad.

El individuo aprende desde temprana edad pautas sociales de conducta que le llevan a aceptar o rechazar algo, y una de las más importantes es la negación de la muerte como parte de la vida. Se observa así que, cuanto más se hace para evitar o posponer la muerte, tanto más se le niega. Por eso, en las sociedades con una tecnología médica más avanzada la negación de la muerte es mayor. Se han realizado investigaciones, como las de Kübler-Ross rela-

cionando la negación de la muerte con el miedo y la ansiedad que se tiene ante ella, pareciendo que la negación se intensifica cuando aumentan el miedo o la ansiedad. Incluso, a veces, un nivel bajo de miedo o de ansiedad ante la muerte encubre una negación poderosa.

La negación, como mecanismo de defensa psicológica, ha sido muy estudiada sobre todo en sujetos que se encuentran en peligro inminente de muerte: enfermos del corazón, cancerosos, condenados a muerte, etc. Según Weisman, la negación es el acto final de un proceso, el cual se puede clasificar en tres grandes apartados: en primer lugar, el enfermo niega los síntomas primarios de la enfermedad; en segundo, el paciente admite el hecho, pero niega sus implicaciones; y en tercer lugar, acepta el diagnóstico y sus consecuencias, pero se resiste a admitir que de todo ello se derivará la muerte.

La negación puede evolucionar cuantitativa y cualitativamente según el curso de la enfermedad, aunque por lo general, a medida que se agrava y percibe que va a morir tiende a aceptar su muerte, y por tanto, la intensidad de la negación disminuye. En otros casos puede suceder lo contrario. Kübler-Ross ha considerado la negación como una de las fases más difíciles de superar por los pacientes moribundos. En estos casos los contextos sociales (familia, personal sanitario, etc.) y situacionales (casa, hospital, clínica, etc.) pueden jugar un papel importante a la hora de ayuda al paciente a aceptar su muerte o a reforzar su negación.

Por otra parte, ciertas tendencias psicoterapéuticas han considerado que toda negación es mala y que los pacientes grave-

mente enfermos que niegan su estado deben ser ayudados. Sin embargo, algunos autores han señalado que los enfermos que recurrían a la negación soportaban su proceso mejor que los que no lo hacían. Así, Hacckett y Cassem han podido constatar en enfermos cardiacos que la utilización de la negación era un vaticinio favorable de supervivencia. Tales enfermos negaban de palabra tener miedo a los síntomas, a los aparatos, a la posibilidad de otro ataque, a la invalidez...a la muerte. Trataban además restarle importancia al asunto (7).

La negación, en consecuencia, puede servir de ayuda en muchos casos, pero se convierte en un obstáculo cuando se extrema e imposibilita una vida psicológica normal en los últimos momentos. Tampoco conviene olvidar que no sólo está influenciada por el curso más o menos grave e irreversible de la enfermedad del paciente, sino también por las personas que le rodean. Las actitudes y expectativas de sus familiares y las del personal sanitario pueden ser una ayuda o un obstáculo para que el paciente acepte serenamente su próximo fin.

Para finalizar con este punto, los mecanismos de defensa psicológicos son modos o pautas habituales de pensamiento y conducta que el individuo utiliza como medio para satisfacer sus necesidades y sus tendencias de una manera aceptable para él mismo. Sin embargo, ciertos mecanismos de defensa pueden ser adaptativos para unas personas y poco adaptativos para otras. Para que un determinado tipo de defensa sea siempre adaptativo, son necesarias algunas condiciones, que pueden variar tanto cualitativa como cuantitativamente. Con relación a la muerte,

Jeffers y Verwoerd (8) han señalado algunas de éstas

- a) factor temporal (edad, proximidad o lejanía de la muerte)
- b) salud física y mental.
- c) estructuras de referencias (orientación religiosa, estatus socioeconómico, profesión, etc.).
- d) actitudes sociales.
- e) experiencia de la muerte (personal y familiar).
- f) actitudes de otras personas en el medio social.
- g) integridad y madurez psicológica del individuo.

En realidad, todas o algunas de estas condiciones puede coexistir simultáneamente de cara a la aceptación o negación de la propia muerte.

2.2 PUNTO DE VISTA MEDICO.

Dentro de la sociedad médica internacional, existe una gran cantidad de definiciones o concepciones sobre el "instante del deceso" (muerte). Podemos partir desde la definición clásica que fué formulada por Hipócrates unos 500 años antes del nacimiento de Cristo. "Frente arrugada y adusta; ojos hundidos, huecas y arrugadas; mentón arrugado; sienes hundidas, huecas y arrugadas; mentón arrugado y contraído; piel seca, lívida y plomiza; pelos de las ventanas de la nariz y pestañas salpicadas de una especie de polvo de un blanco mate; por otra parte, fuertemente deformado e irreconocible" (9).

Esta definición hipocrática permaneció por siglos, no solamente en la sociedad médica de Inglaterra sino también en Estados Unidos y Francia. El "Dictionnaire Français de Médecine et de

Biologie", retoma los elementos constitutivos de tal definición: "el instante del deceso se caracteriza por el paro completo y definitivo de las funciones vitales de un organismo vivo con desaparición de su coherencia funcional y destrucción progresiva de sus unidades celulares y de los tejidos" (10).

Podemos observar entonces, que el concepto de muerte para Hipócrates y las sociedades médicas influenciadas, tomaron la muerte como un acontecimiento devastador, imprevisible, inesperado, el enemigo que sobreviene brutalmente. Dándose una contradicción entre el concepto y el hecho; sin ver que la muerte es un proceso lento, una "cronología, y no un suceso "sin duración" (11).

La mayoría de los autores contemporáneos dirigieron la crítica a este concepto hipocrático a la disposición teórica de los signos que él anunció, más que a sus elementos constitutivos. Las consecuencias prácticas y éticas que pueden derivarse al tomar literalmente el concepto de muerte de Hipócrates, lo describe claramente a través de una carta Loren F. Taylor (12), de la facultad de medicina de la Universidad de Kansas; "tanto tiempo como tarde en cambiarse la definición hipocrática de la muerte y la jurisprudencia de los tribunales americanos se siga inspirando en la misma definición de la muerte somática, cualquier cirujano al operar un trasplante de corazón, es merecedor de inculpación de homicidio, de anulación del seguro de responsabilidad profesional y de retiro de la autorización de ejercer la medicina". La reacción suscitada a partir de esta carta derivada de la controversia cuando se aborda la cuestión de la extracción de los órganos destinados al trasplante, fué superar los criterios de la definición de la muerte. La "Harval medical Shcool" rompió radi-

calmente con las ideas admitidas al evidenciarse la incapacidad de las organizaciones médicas internacionales, principalmente de la OMS (Organización Mundial de la Salud) en ponerse de acuerdo sobre una definición precisa de los nuevos criterios del instante tanático (muerte). Incluyendo cuatro nuevos criterios a tomar en consideración:

1.- No receptividad y no respuesta: falta total de reacciones a los estímulos externos e internos y completa no respuesta; aún los estímulos más dolorosos no provocan reacción vocal u otra; ni siquiera un refunfuño, no hay contracción de miembro o aceleración de la respiración.

2.- Ausencia de movimientos respiratorios: las observaciones de los médicos se extiende por un período de por lo menos una hora, y buscan satisfacer el criterio de la ausencia de movimiento muscular espontáneo o de respiración espontánea, o cualquier otra respuesta a estímulos tales como el dolor, el tacto, el sonido o la luz; después de haber colocado al paciente en un aparato respiratorio, se puede comprobar la ausencia total de respiración espontánea apagando el aparato y dejándolo sin corriente eléctrica durante tres minutos, observando si el paciente intenta respirar espontáneamente.

3.- Ausencia de reflejos: el coma irreversible (muerte) con abolición de la actividad del sistema nervioso es confirmado en parte por la ausencia de reflejos provocados; la pupila permanece fija y dilatada y no responde a ninguna fuente directa de la luz viva, el clínico practica la incisión de la pupila dilatada fija; hace girar la cabeza e irriga las orejas con agua helada; los

movimientos de los párpados están ausentes. Las tentativas de bostezo, de deglución o emisión de sonidos son nulas; ausencia de reflejos de la córnea y de la faringe, imposibilidad de provocar los reflejos de los tendones; imposibilidad de provocar, con ayuda del martillo, la contracción de los músculos. El estímulo de la planta del pié no da respuesta.

4.- Encefalograma plano: el encefalograma isoelectrico o plano confirma el valor del diagnóstico o condición de que los electrodos hayan estado convenientemente aplicados, que el aparato funcione normalmente y que sea competente el personal a cargo. No debe haber respuesta encefalográfica a los ruidos y a los pellizcos. Estas indicaciones, que sirven para probar la destrucción cerebral irreversible, son válidas salvo en dos casos: el primero cuando hay hipotermia; es decir, que la temperatura del cuerpo está por debajo de 32.2 grados centígrados; el segundo cuando hay influencia de depresores, como los barbitúricos, sobre el sistema nervioso central (13).

En la revisión de otras obras médicas se ha definido la muerte como: "La detención definitiva de las diversas funciones de la vida de relación con el mundo externo (sensibilidad, motilidad) y de la vida interna vegetativa (circulación, respiración) de un organismo calificado hasta ese momento de viviente porque desarrollaba esas funciones. La muerte total de un organismo coincide prácticamente con la muerte de las células nerviosas cerebrales; éstas, al quedar sin oxígeno, cesan en su importantísima función de relación con el ambiente externo y de dirección de todas las funciones vegetativas orgánicas, sin las cuales no pueden existir vida en un organismo. Y como el oxígeno falta en

las células nerviosas del cerebro y (en todas las células y tejidos orgánicos del cuerpo) a consecuencia de la detención directa e inmediata de la actividad respiratoria pulmonar (que introduce el oxígeno desde el exterior) y de la actividad articularia (que transporta el oxígeno con la sangre al cerebro), llegamos a la conclusión de que la causa inmediata y directa es la detención definitiva e irreparable de dichas actividades" (14).

En resumen, desde el punto de vista médico, la muerte se puede definir como el cese (sin posibilidad de recuperación) de la función del organismo, considerado como un todo. Pero este cese no consiste en un paro total e instantáneo de la vida, sino que más bien es un fenómeno que se desarrolla en forma lenta; comienza en los centros vitales cerebrales o cardíacos y se va extendiendo de forma progresiva a los diversos órganos y tejidos. Estos últimos, en general, suelen sobrevivir durante un cierto período tras la muerte del conjunto del organismo. La muerte de las células que lo componen, la llamada "muerte biológica", se produce debido a la falta de oxígeno (anoxia) que se origina cuando cesa la actividad del corazón.

Las células nerviosas son las más sensibles, alterándose de forma irreversible a los pocos minutos, como también se afectan rápidamente las células del músculo cardíaco; u otras, sin embargo, como las que forman parte de la piel, el cartílago y el hueso, suelen sobrevivir hasta veinticuatro o más horas a partir del momento en que tiene lugar la muerte global del organismo. Esta pervivencia celular hace que sea de la máxima trascendencia

determinar con seguridad si se ha producido la muerte en una persona. De aquí que surja la importancia del "diagnóstico" en la práctica médica en el instante del deceso.

El diagnóstico objetivo, en la práctica, se suele establecer comprobando la aparición de la denominada "muerte clínica"; es decir, el cese irreversible de las funciones vitales del organismo (que, básicamente, son las funciones nerviosa, respiratoria, circulatoria). La detención nerviosa; es decir, la llamada "muerte cerebral", es el criterio más seguro para determinar la existencia de la muerte. Su comprobación objetiva se puede efectuar mediante la realización de un electroencefalograma (EEG), ya que, como consecuencia de la falta de actividad metabólica en las células nerviosas, se produce una desaparición de la actividad eléctrica cerebral y las ondas normales son sustituidas por una línea isoeléctrica, con lo que el EEG resulta plano indefinidamente. A pesar de todo, en algunos casos, como en las intoxicaciones con barbitúricos, el paciente puede recuperarse después de varias horas de presentar un trazo plano en su EEG, y de aquí la importancia que tiene analizar las posibles causas o factores que han originado el trastorno. Salvo en estos casos, se admite generalmente que la obtención sistemática del registro plano del EEG durante 24 horas (o, si se quiere más garantías, 48 horas) es uno de los criterios más objetivos que se disponen para diagnosticar la muerte.

Existe además una serie de signos secundarios a la muerte cerebral: pérdida de conciencia con total incapacidad para responder a cualquier estímulo, pérdida completa del tono muscular y parálisis flácida, pérdida de todos los reflejos craneales con pupi-

las en dilatación paralítica, etc. Ahora bien, se puede disponer de técnicas más sofisticadas para realizar un diagnóstico preciso, como el estudio de la circulación cerebral mediante la inyección intravascular de un radioisótopio y el posterior análisis, una vez establecida la muerte, de las modificaciones del patrón de radioactividad cerebral (15).

2.3 PUNTO DE VISTA SOCIAL.

El sociólogo David Sudnow, argumenta que la muerte ocurre dentro de un orden social. "Los pensamientos, intereses, actividades, proyectos, planes y esperanzas de los otros están más o menos vinculados a la persona que muere y al hecho de su muerte. El carácter de este vínculo está dado en parte por la ubicación en la persona en una diversidad de estructuras sociales; es decir, la familia, el hospital, las carreras ocupacionalmente estructuradas de la sociedad, etc., y proporciona a su vez variados grados de importancia a la anticipación de la muerte y al establecimiento de cursos de acción sobre la base de tal anticipación" (16).

Marca, además una distinción tentativa entre "muerte clínica": la aparición de los signos de la muerte en el examen físico; "muerte biológica": cesación de la actividad celular y una tercera categoría "muerte social", que dentro del ámbito del hospital se da en el momento en que el paciente es tratado ya como un cadáver, si bien "clínica" y "biológicamente" esté aún vivo.

Por lo tanto, la "muerte social" la define como; "el momento en el cual las propiedades sociales más importantes del paciente

comienzan a cesar de ser consideradas operativas para aquellos que los tratan, y cuando el paciente es, esencialmente, considerado muerto" (17).

La pluralidad del sentido de la muerte nos remite siempre al sistema sociocultural en el que se desenvuelve el individuo. Así tenemos que el significado que la mayor parte de las culturas ha dado a la muerte incluye creencias en algún tipo de existencia posterior a ella; casi todos los pueblos han alimentado teorías de salvación personal; la religión, la filosofía y la ideología política han ofrecido también respuestas a la preocupación sobre el sentido de la muerte.

La relación entre la muerte y la estructura social es un tema que en las últimas décadas ha recibido una atención sistemática por parte de los investigadores sociales.

Parsons en 1965 tomó a la sociedad americana como punto de referencia para el estudio de la muerte. Sus estudios se basan en la observación de que buena parte de la población actual de dicho país vive hasta edades avanzadas, lo que origina nuevas posturas hacia la muerte, posturas que en general, pueden organizarse en torno a dos orientaciones básicas: 1) una orientación "normal" o activa (en consecuencia con el alto valor que la sociedad contemporánea da a la ciencia y a la actividad), que pone de relieve la importancia moral de la muerte como fin de un ciclo vital, culminación de muchos esfuerzos y realizaciones. La orientación "normal", según Parsons, es la dominante en la sociedad norteamericana, y exige del individuo que se enfrente con la muerte de una manera realista, y de la comunidad, que cumpla con

su "triste deber de llorar al difunto" en privado; es decir, sin salir del círculo íntimo de la familia y los amigos. 2) y una orientación "desviada", que es esencialmente fatalista, se caracteriza por la negación de la realidad de la muerte (18).

Por su parte, el antropólogo francés Thomas en 1975 estudió las características de la muerte en la civilización occidental en relación con la cultura negro-africana, y su estudio pone de relieve la existencia de profundas diferencias. La civilización negro-africana, posee un mayor carácter simbólico, y muertos y vivos son percibidos como integrantes de una misma comunidad; la muerte es respetada, aceptada e integrada en el circuito vital y el muerto podrá reencarnar. La civilización occidental, por el contrario, es una civilización de ruptura, la muerte es lo radicalmente opuesto a la vida, por eso angustia y obsesiona; la actitud ante ella es un intento de defensa que consiste en su rechazo y negación. Estas formas de defensa proceden tanto de sistemas religiosos como de valores socioculturales (19). Hablando particularmente de México podemos observar cambios paulatinos de sus creencias sobre la muerte. El hombre prehispánico concebía la muerte como un proceso más de un ciclo, expresado en sus leyendas y mitos. Ambos conceptos, nacimiento y muerte se daban en él como una unidad indisoluble. Se conoce a través de las crónicas de Fray Diego de Durán que el "novenos mes" del año era dedicado a la fiesta pequeña de los muertos llamada Miccaihiltontli (término nahuatl en diminutivo) por lo que se cree era la fiesta de niños inocentes muertos. Y "el décimo mes" era la fiesta grande de los muertos en la cual se hacían grandes solemnidades. Después de la conquista española; al saber que los

antiguos indígenas tenían dos fechas para rendir culto a sus muertos, la iglesia católica designó los días primero y segundo de noviembre para venerarlos y honrarlos, por disposición del Papa Gregorio V. La celebración del día primero de noviembre es llamada por los católicos día de "Todos los Santos", conmemorándose a todos los personajes conocidos y desconocidos, es una celebración de alta categoría litúrgica, con ayuno y vigilia en la víspera (20). Sin embargo, la transformación del concepto de muerte de los antiguos indígenas a nuestros días, deja ver una negación de la muerte como parte integrante de nuestra existencia y una carencia de ritos religiosos y costumbres socioculturales, sobre todo en las grandes ciudades de nuestro país. Otros autores han abordado los cambios experimentados en el comportamiento de la sociedad occidental en relación con el hecho de morir y con los moribundos (21), ponen de manifiesto como desde una práctica de la muerte, los ritos se simplifican, él que va a morir incluso lo ignora, se muere de forma y causas que van cambiando, e incluso en lugares diferentes. Antes la gente moría en su casa cerca de los suyos; ahora muere de algún accidente, de forma violenta, en el hospital.

No se puede negar el carácter social que tiene el instante del deceso y todo lo que le rodea, y con estos estudios y otros similares se puede concluir que las actitudes ante la muerte, los moribundos y los difuntos han sufrido en occidente grandes transformaciones. Los progresos de la ciencia y de la técnica, la transformación de ciertas estructuras sociales como la familia, el establecimiento de una sociedad industrializada basada en

la producción para el consumo han originado una profunda metamorfosis, caracterizada por procesos de racionalización que han desembocado en una nueva concepción de la enfermedad y de la muerte. Todo esto contribuye a una anomia; es decir, una carencia de normas sociales y religiosas (por ejemplo; el luto, las ceremonias luctuosas, prácticas o costumbres funerarias comunitarias, etc.) que llevan a un debilitamiento de unidad social, moral y espiritual para el doliente, que en última instancia son patrones de comportamiento psicosocial que lo ayudan a elaborar favorablemente el duelo ante la pérdida de un ser querido.

3. REACCIONES PSICOSOCIALES ANTE EL PROCESO DE MUERTE.

La respuesta del ser humano ante la muerte es compleja y diversificada. Las reacciones no son solamente físicas y psicológicas, sino también sociales. El "morir" y la "muerte" implican un proceso en el que se dan cambios profundos, radicales y determinantes para el momento y estilo de vida del individuo/familia. Por lo tanto, este capítulo intentará realizar una revisión general de los estudios y teorías psicológicas desarrolladas sobre el tema, como también la revisión de las reacciones psicológicas y sociales más comunes y frecuentes de la familia ante el proceso de "morir" y "muerte" de un ser querido. Que permitirán al psicólogo aparte de comprender y conocer tales respuestas, edificar la intervención en el apoyo a las familias, con una visión psicológica y contextual del fenómeno.

3.1 PERSPECTIVA HISTORICA SOBRE ESTUDIOS Y TEORIAS DESARROLLADAS.

La documentación existente sobre los estudios en relación a las "reacciones psicológicas ante la muerte" es amplia, a pesar de que se restrinja en el campo de la investigación de las reacciones en la familia. En este apartado se intenta dar una breve recopilación sobre los estudios y teorías más relevantes del tema.

Se puede observar que son varias las disciplinas científicas que se han interesado en el tema, como: la fisiología, psicología,

sociología, gerontología, etc. Cada una de ellas aportando conocimiento diverso de acuerdo a su objetivo de estudio y enfoque teórico en que se base. En general, son dos los temas en los que se han desarrollado los estudios e investigaciones; los enfocados a las consecuencias en la salud y los enfocados a las consecuencias sociales y económicas (1).

3.1.1. Estudios sobre la pérdida y sus consecuencias en la salud.

En esta línea se han investigado principalmente los efectos de la pérdida sobre la salud mental, salud física, la expectativa de vida y el potencial de ciertos tipos patológicos de duelo. A través de estudios epidemiológicos y de salud pública se ha podido identificar enfermedades y posibles riesgos de mortalidad como resultado de una pérdida.

Algunas investigaciones, considerando teorías fisiológicas, han identificado mecanismos por los cuales la pérdida puede afectar el sistema inmunológico, originando cambios en el sistema endocrino, sistema nervioso autónomo y sistema cardiovascular; incrementando la vulnerabilidad a agentes externos.

3.1.1.1. Riesgos de mortalidad

Una de las primeras investigaciones que se tiene conocimiento, sobre si la pena por una pérdida significativa puede incrementar el riesgo de mortalidad para el afectado, es el estudio de Farr en 1958, a través de un examen epidemiológico de tasas de

mortalidad entre individuos viudos e individuos no viudos. Su conclusión fué que las personas viudas tuvieron una tasa de mortalidad mayor que las personas casadas. En años posteriores la información fué confirmada por Shurtleff en 1955-1956 y Krauss y Lilienfeld en 1959 en varias ciudades de los Estados Unidos. Estos descubrimientos fueron replicados en estudios longitudinales realizados en las décadas de los 60's, así también en estudios más recientes, llevados a cabo por: Helsing & Szklo en 1981, y Jones en 1987. Estos estudios sólo establecieron que el riesgo fué mayor para aquellos con períodos más cortos de duelo, observando un mayor riesgo en los primeros meses seguidos de la pérdida. No es claro aún, si el mayor riesgo es más probable a ocurrir en hombres o mujeres.

3.1.1.2. Consecuencias en la salud mental.

Las primeras relaciones que marcan una relación entre salud mental y una pérdida significativa, se remonta al artículo escrito por Freud en 1917, "Mourning and Melancholia". Freud en su artículo no sólo describió los orígenes de las reacciones patológicas a la pérdida de un ser querido, sino también proporcionó una perspectiva teórica por varias décadas. Sin embargo, se sabe que tuvo pocas bases empíricas para sus declaraciones acerca de los caracteres que distinguen el luto ("duelo normal") de la melancolía (depresión clínica), por enfocarse a casos clínicos de depresión y no a casos normales de pena o duelo. Sus trabajos fueron continuados por algunos otros autores como: Andersen en 1949, Deutsch en 1937 y Klein en 1940, quienes investigaron sobre

el duelo patológico y exploraron su naturaleza y su relación a otros estados patológicos, bajo técnicas psicoanalíticas y datos descriptivos.

Hasta algunos años después del artículo de Freud aparecen las investigaciones del duelo normal. Se considera que tal vez los primeros trabajos sobre las reacciones en el duelo fueron aquellos por Eliot en 1930-1932, quién describió los síntomas típicos ante una pérdida (duelo normal), señalando reacciones iniciales de shock, sentimientos de abandono, negación, y también sentimientos de culpa y angustia. Además describió a la recuperación como una serie de fases sucesivas, más que un simple estado emocional del cual se recupera gradualmente.

Un estudio clásico en el campo, es realizado por Lindemman en 1944. Su propósito fué describir el síndrome del duelo en detalle, siguiendo un curso normal, y contrastar éste con un desarrollo patológico. No trató con diferencias individuales en las reacciones, ni fijó los impactos de los diferentes tipos de pérdida. Hoy en día, difícilmente sería aceptable la metodología utilizada por el psiquiatra en su estudio.

Actualmente existe una amplia evidencia que la pena puede ser nociva para la salud mental y que el efecto de la pérdida puede ser severa como para crear problemas emocionales de magnitud clínica, como por ejemplo están los estudios realizados por: Carey en 1972, Clayton & Darvish en 1979, Glick et al. en 1974, Gove en 1972 y Parkes & Weiss en 1983; aunque sus resultados reportan que la mayoría de las personas afectadas se recuperan a la pérdida sin experimentar tales consecuencias extremas. Si bien, aún no existe información precisa acerca de la incidencia y



prevalencia de desórdenes mentales específicos entre individuos afectados y no afectados.

3.1.1.3. Consecuencias en la salud física.

En los años 60's, siguiendo, la línea de Lindemman sobre la pena normal, los investigadores comenzaron a preguntarse si la pérdida afectaba a la salud física. Los primeros estudios fueron realizados por Maddison & Viola en 1968, reportando en los afectados un incremento en la sintomatología física, enfermedades episódicas, uso de medicamentos psicotrópicos, consultas médicas y hospitalizaciones. Los patrones generales fueron confirmados posteriormente por Carey en 1977, Clayton en 1974, y Parkes & Weiss, Thompson, Breckenridge, Gallagher & Paterson en 1984. Aunque los resultados no fueron consistentes para todos los subgrupos o índices de salud; el patrón básico de éstos estudios fué de que hay un deterioro en la salud durante los primeros años o inmediatamente después de la pérdida, seguido por un retorno a niveles similares a aquellos antes de la pérdida. recientes estudios hechos por Ferraro en 1985 y Murrell, Himmelfarb & Phifer en 1988, sugieren que los efectos de duelo a largo plazo sobre la salud física, por lo menos en muestras de personas mayores, son mínimas.

3.1.1.4. Estudios de grupo de alto riesgo.

Investigaciones recientes se han interesado en factores de alto riesgo que intervienen en el resultado de una "pobre elabo-

ración de duelo"; es decir, el desarrollo patológico o daño prolongado en la salud mental o física del doliente. Se sabe que algunas personas (o clase de personas) parecen más vulnerables a las consecuencias desfavorables a una pérdida, y que este hecho debe tomarse como un paso obvio para tratar de entender la naturaleza de tal vulnerabilidad. Para Parkes y Raphael la identificación de factores de alto riesgo es una precondition necesaria para la intervención preventiva. En otras investigaciones tales como las de Lapota, Sanders, Strobe, etc. han podido identificar recientemente un número de variables que se asocian a una "pobre elaboración de duelo" como son la muerte súbita, juventud, carencia de apoyo social, etc. (2).

3.1.2. Estudios sobre la pérdida y sus consecuencias sociales.

Esta segunda línea de investigación se enfoca a las consecuencias sociales y económicas, tales como los cambios en el estatus social, alteraciones en la comunicación e implicaciones financieras. Diferentes teorías psicológicas (teoría de transición psicosocial, teoría de sistemas de la familia, etc.) han investigado eventos de enfrentamiento con la pérdida de las funciones adaptativas (potencialmente) durante el duelo en diferentes grupos sociales, las semejanzas y diferencias entre varios tipos de pérdida, por ejemplo; padres vs. esposos, viudos vs. divorciados, etc. Los sociólogos han explorado el impacto de la viudez sobre el acceso a los roles sociales, la construcción de nuevas identidades, modelos normativos de transición social,

cambios económicos, incluyendo análisis comparativos trans-culturales. Por otro lado los gerontólogos han contribuido al área a través del estudio de enfrentamiento con los eventos de la vida en la vejez.

3.1.2.1. Consecuencias sociales en la familia.

Eliot fué uno de los primeros investigadores que examinó el impacto de la pérdida no sólo sobre el duelo individual, sino también en la familia. El vió la crisis psicológica-social del duelo de la familia como un problema para un "análisis objetivo de estudio comparativo y de generalización útil.

3.1.2.3. Diferencias culturales en el duelo.

Gorer en 1965, identificó varias diferencias sociales al enfrentarse el individuo al duelo, particularmente en sus interacciones con otros después de la pérdida. Además señaló los problemas de las condolencias, especialmente las dificultades que tienen los otros, debido a la carencia de rituales en las culturas. Rosenblatt, Walsh y Jackson en 1976, realizaron una investigación etnográfica sobre el impacto que tienen los factores culturales en la sintomatología del duelo, encontrando diferencias importantes entre cada cultura analizada. En nuestro país (México), característico por su gran diversidad de costumbres socioculturales podemos encontrar estas importantes diferencias, sobre todo en las prácticas comunitarias del duelo en pueblos indígenas todavía existentes y que "festejan" a sus muertos como lo hacían sus antecesores como recuerdo del desapa-

recido y como parte del duelo. El culto a los muertos de hecho se realiza todo el año en diferentes fechas y con diversos motivos, a través de rezos, misas, visitas a los panteones con características socioculturales y religiosas propias de cada comunidad indígena. Por ejemplo algunos pueblos tienen todavía la creencia indígena de enterrar un perro de pelo claro con su muerto, para que lo acompañe en su viaje y lo ayude a cruzar el río. Otras costumbres, es hacer una cruz de cal o de algún otro polvo en el lugar donde se veló el cadáver y levantarla a los nueve días; mandar decir misas por las almas y cuando cumplen el primer año de fallecidos, velar y hacer otra cruz como cuando murió (3). Todos estos ritos y costumbres son parte del duelo que les ayuda a elaborar la pérdida de la persona que se fué.

3.1.3. Teorías desarrolladas.

Como se ha podido observar los trabajos empíricos sobre el duelo, iniciaron con la investigación de eventos intrapersonales, que en poco tiempo después se enfocaron a las investigaciones de eventos interpersonales. Este cambio se vé reflejado en las ideas teóricas desarrolladas sobre dichos estudios. A continuación se describen algunas de las más relevantes en el campo.

3.1.3.1. Teoría psicoanalítica.

La teoría clásica de Freud, analizó la pena individual aislándola del aspecto social que conlleva, trabajando únicamente la tarea dolorosa de la separación de la persona amada que muere.

Nunca señaló la necesidad que tienen las personas afectadas de hablar de su sentir a otras acerca de su pérdida, o del valor de la condolencia, el apoyo e interacciones con otros en el proceso de resolver la pena. Esencialmente la perspectiva psicoanalítica fué limitada a una perspectiva intrapersonal más que a una interpersonal.

3.1.3.2. Teoría afectiva.

Bowlby en 1971 (4), fué uno de los teóricos que más promovió el análisis del duelo a una perspectiva interpersonal que a una individual. Una de las implicaciones más importantes de su teoría, es que el impacto de la pérdida puede ser aminorada al formar afectos substitutos. Se considera que su trabajo ofrece bases teóricas para entender la función adaptativa del doliente. Explica cómo la depresión asociada con el duelo puede tener una función adaptativa, a pesar de la angustia que le cause al individuo. La teoría afectiva de Bowlby ha sido aplicada al "funcionamiento adecuado" de adultos en semejantes situaciones, por el investigador Parkes en 1986 (5).

3.1.3.3. Teoría de sistemas de apoyo.

La noción de que el apoyo modera el impacto del duelo es central en el análisis de "sistemas de apoyo" de Lopata (6) y para el modelo teórico "Deficit" de la pérdida de pareja sustentada por Stroebe y Stroebe en 1987 (7). Los cambios dramáticos en los sistemas de apoyo de una desorganización en los eventos de la vida, seguido por procesos de organización. La investigación de

Lopata ha proporcionado un conocimiento importante con relación a los roles sociales, estilo de vida, auto conceptos desarrollados y cambios durante la viudez. En el duelo, la transición sufrida es usualmente acompañada por intensos sentimientos de soledad. El doliente, por lo tanto, debe recurrir a recursos personales y sociales para construir una nueva vida.

3.1.3.4. Modelo Déficit.

El modelo déficit del duelo se inspira en la teoría de estrés-cognitiva, para establecer un enlace entre la desorganización social seguida del duelo y las reacciones físicas y psicológicas de la pérdida. Desde un punto de vista interaccional, el estrés es experimentado cuando una situación es percibida como una amenaza a superar y demanda recursos del individuo. Sin embargo, el modelo déficit examina la eficacia de otros quienes pueden tomar algunas de las funciones cumplidas por el difunto como un importante recurso de enfrentamiento. Este modelo coloca al duelo en una perspectiva interpersonal, así también como en una perspectiva intrapersonal.

3.1.4. El contexto social en el duelo: nuevas perspectivas teóricas.

Durante las dos últimas décadas las investigaciones sobre el duelo comenzaron a reconocer la interacción de los aspectos social y emocional del mismo. "Ningún aspecto puede ser entendido sin la referencia del otro" (8). Existen muchos puntos de con-

tacto en el duelo, como una reacción emocional a la pérdida y como un evento social. El duelo por sí mismo, significa la pérdida de alguien que cumplía muchas funciones interpersonales; es decir, un fenómeno social. No únicamente el ajuste social y emocional ocurre en el duelo, toman lugar también los cambios sociales, por ejemplo, orden en su vida. Los factores sociales afectan el curso de la recuperación y ajuste. Aún "la interpretación individual de la pérdida puede ser considerada una construcción social" (9).

3.1.4.1. La teoría de Weiss.

Weiss extiende la teoría "afectiva" de Bowlby a la pena adulta y argumenta que la pérdida sólo debería terminar en pena cuando las relaciones son de mayor estimación, como las relaciones afectivas entre los niños y sus padres. Desarrolla además la tesis de que hay sólo cuatro lazos que tienen las características de tales relaciones en el adulto. Explora las reacciones de diferentes tipos de pérdida y la recuperación desde este punto de vista teórico. Analiza en forma particular el interjuego entre las reacciones cognoscitivas y emocionales, por ejemplo, como la gente se adapta pero nunca realmente se recupera.

3.1.4.2. Teoría de transición psicosocial.

Parkes en 1971, introduce el concepto de transición psicosocial, que consiste en explicar la naturaleza de adaptación a los cambios de la vida como puede ser el duelo. El modelo teórico tiene grandes implicaciones, no sólo por la identificación de

personas de alto riesgo, sino también por definir los roles de otros, incluyendo los profesionales de la salud como apoyo para reducir riesgos. En un importante extensión del modelo, Parkes en 1988 señala como miembros de todas las profesiones del cuidado de la salud pueden actuar como agentes de cambio, ayudando al do-liente, incapacitado y moribundo a través de los cambios irrever-sibles en sus vidas.

3.1.4.3. Teoría de sistemas de la familia.

Un modelo con mayor orientación cognoscitiva, es el de Rosenblatt quien argumenta que para entender el duelo, primero debemos entender cómo es éste afectado por el contexto social en el cual ocurre, por ejemplo, familia, relaciones personales, cultura y factores étnicos. La teoría de sistemas de la familia y las relaciones simbólicas proporcionan conceptos dinámicos e implicaciones del contexto social. Un tema central en el trabajo del autor es el involucrar las consecuencias potenciales en una población diversa (como los E.U.), cuando comunidades y sistemas de apoyo formal fracasan para ser sensitivos a diferencias étni-cas en el duelo y luto.

En esta breve revisión histórica sobre los diversos trabajos empíricos e ideas teóricas desarrolladas, podemos observar que de acuerdo a la disciplina y base o marco teórico, se proporcionan diferente conocimientos del proceso del duelo. Que a fin de cuentas nos lleva a una mejor comprensión del fenómeno, no tra-tando de entender solamente los aspectos psicológicos y fisioló-gicos, sino también el evento social donde ocurre. A partir de

la década de los 80's, se puede observar incluso un mayor reconocimiento de la necesidad de apoyo, como la intervención de diferentes profesionales en tales situaciones de crisis, con una perspectiva pluridimensional.

3.2. RESPUESTAS PSICOSOCIALES ANTE EL PROCESO DE MUERTE.

Es necesario delimitar y definir ciertos términos para poder hacer una descripción lo más concreta y objetivamente posible sobre la forma de responder tanto del individuo moribundo y su familia durante este primer momento de enfrentamiento de un suceso irreversible y fatal. Cabe aclarar, que en este apartado no se tomarán otras causas de muerte como pueden ser: muerte súbita ya sea por accidente, suicidio u homicidio; puesto que estas situaciones no permiten a los afectados (familia, pareja, amigos, etc.) elaborar el proceso de dicho suceso, como lo es a través de una enfermedad crónica o terminal.

La enfermedad crónica o terminal puede definirse como un trastorno con una característica inquebrantable: no se cura nunca. Si se ubica en un continuo tenemos que en un extremo están las enfermedades como la ceguera, sordera, epilepsia, etc.; que generalmente no conducen a una muerte prematura. En el otro extremo están las enfermedades claramente progresivas y de pronóstico fatal como el cáncer con metástasis, la uremia, el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) la corea de Huntington -enfermedades que son de nuestro interés por sus consecuencias. Y está la posición intermedia, con enfermedades como la fibrosis quística, la diabetes juvenil, las enfermedades

cardio-vasculares y las enfermedades con un posible desenlace sorpresivo, como la hemofilia o el infarto (10).

La aparición de una enfermedad crónica o terminal en uno de los miembros de la familia, constituye un cambio radical tanto para el afectado, como para la familia y su entorno.

Se ha realizado poca investigación a nivel empírico sobre el tema en particular; sin embargo, existen algunos autores que han investigado y desarrollado teorías para obtener una mejor comprensión sobre la relación enfermedad-enfermo-familia y sus consecuencias psicológicas y sociales.

Rolland (11), señala la necesidad de crear un lenguaje psicossocial común para comprender las respuestas ante la situación de una enfermedad crónica o terminal, así como una conceptualización teórica relacionando categorías hipotéticas y fases de la enfermedad con el ciclo de vida del individuo y su familia.

3.2.1. Tipología de la enfermedad.

La tipología psicossocial de la enfermedad constituye una clasificación que proporciona una mejor conexión entre el mundo biológico y psicossocial del enfermo, con la posibilidad de clarificar la relación entre la enfermedad crónica y el ciclo de vida de la familia. Se divide en tres categorías: 1) primera impresión, 2) curso, y 3) consecuencias de la enfermedad.

3.2.1.1. Primera impresión ante la enfermedad.

Las enfermedades pueden dividirse entre aquellas que tienen

una primera impresión aguda o fuerte y una primera impresión gradual. Aunque la adaptación de todas las familias puede ser la misma para ambas situaciones, los cambios instrumentales y afectivos en la situación de una primera impresión aguda son comprendidos dentro de un corto tiempo. Esto requiere de la familia una movilización más rápida de manejo de habilidades en crisis; las familias que pueden tolerar altas cargas afectivas e intercambiar claramente roles definidos para resolver efectivamente los problemas y usan recursos exteriores, son las que tienen una mejor ventaja en el manejo de una primera impresión aguda. Los cambios requeridos de la familia para cubrir una impresión gradual de la enfermedad sigue un período más prolongado de ajuste.

3.2.1.2. Curso de la enfermedad.

El curso de la enfermedad toma esencialmente tres formas generales: 1. en forma progresiva, 2. en forma constante, y 3. en forma episódica.

1. El curso de una enfermedad progresiva, por ejemplo; la enfermedad de Alzheimer (12) es continuamente sintomática y progresiva en severidad. El individuo y la familia se encaran a los efectos de una sintomatología perpetua que incrementa en un modo progresivo su incapacidad; los períodos de alivio de la enfermedad tienden a ser mínimos; la adaptación continua y los cambios de roles son implícitos; se incrementan los esfuerzos de quienes cuidan al enfermo, ya sea por los riesgos de cansancio y/o la suma de nuevas tareas para el cuidado.

2. Una enfermedad de un curso constante, es aquella en la que

ocurre un evento inicial después del cual el curso biológico se estabiliza (por ejemplo, el episodio de un infarto miocárdial). Típicamente, después de un período inicial de recuperación, la fase crónica es caracterizada por algún déficit o residuo: es decir, una limitación funcional. Una reaparición puede ocurrir, pero el individuo y la familia se encaran a cambios semipermanentes que son estables y predecibles bajo un lapso de tiempo considerable.

3. El tercer tipo de curso en la enfermedad se caracteriza por haber recaídas o ser episódica (por ejemplo, la colitis ulcerada, el asma, etc.). Lo que la distingue es la alternación de períodos estables de longitud variable, caracterizado por un nivel bajo o ausencia de síntomas y con períodos de cólera o exacerbación. Los esfuerzos en el sistema familiar, son causados por la frecuencia de transición entre la crisis y no crisis, y la incertidumbre de cuando ocurrirá una recaída.

3.2.1.3. Consecuencias de la enfermedad.

La dimensión de las consecuencias de una enfermedad crónica, pueden llegar al grado de acortar el lapso de vida del enfermo o causar la muerte, en forma progresiva o súbitamente. Obviamente estas consecuencias tienen un profundo impacto psicosocial en la familia. Y el factor más crucial en la vivencia de estos hechos es la expectativa inicial de que si una enfermedad probablemente pueda causar la muerte. Como ya se mencionó anteriormente, existe un continuo de determinados tipos de enfermedad crónica o terminal (13) con diferentes consecuencias, las enfermedades que no

hacen peligrar la vida (por ejemplo, la artritis, la ceguera, etc.), las enfermedades que son claramente progresivas y frecuentemente mortales (por ejemplo, el SIDA, el cáncer, etc.) y las enfermedades intermedias, que son las más impredecibles; es decir, son aquellas que en un momento dado pueden acortar la vida (por ejemplo, un infarto cardíaco). Tal vez la principal diferencia entre este tipo de consecuencias es el grado de dolor o pena que la familia experimenta anticipadamente y sus efectos permanentes sobre la vida familiar.

3.2.2. Fases de la enfermedad.

El desarrollo de fases de una enfermedad, de acuerdo al autor, proporciona una forma de pensar longitudinalmente para entender la enfermedad crónica o terminal como un proceso con marcas, transiciones y demandas de cambio. Cada fase tiene su propia tarea de desarrollo psicosocial que requiere significativamente diferentes esfuerzos, actitudes o cambios en la familia. Para captar el registro psicosocial en la historia natural de una enfermedad crónica, tres fases principales son descritas: la fase de crisis, la fase crónica, y la fase terminal.

3.2.2.1. La fase de crisis.

Incluye un período sintomático antes del diagnóstico y el período inicial de reajuste y enfrentamiento, después que el problema ha sido clarificado a través de un diagnóstico y plan de tratamiento. Durante este período hay un número de tareas claves para el enfermo y su familia. Moss (14) describe ciertas tareas

prácticas universales relacionadas con la enfermedad: aprender para tratar con el sufrimiento, incapacidades u otros síntomas relacionados con la enfermedad; aprender a tratar con el ambiente del hospital y algunos procedimientos de tratamiento relacionados con la enfermedad; y el establecimiento y mantenimiento de prácticas relacionadas con el cuidado de la salud. En fin, hay tareas críticas de temas más generales, algunas veces de naturaleza existencial. La familia necesita crear: un significado para la enfermedad, que maximice una preservación de un sentido de dominio y competencia; la pena o dolor por la pérdida de la identidad familiar pre-enfermedad; moverse hacia una posición de aceptación de cambio permanente mientras se mantiene un sentido de continuidad entre el pasado y futuro; sobrellevar en un período corto la crisis-reorganización; y en la incertidumbre, desarrollar un sistema flexible hacia metas futuras.

3.2.2.2. La fase crónica.

Esta fase puede ser marcada por su constancia, progresión o cambios episódicos. En este sentido, su significado no puede ser tomado por simple conocimiento de la conducta biológica de la enfermedad. Es más que todo un constructo psicosocial que ha sido referido como la fase de "día a día viviendo con una enfermedad crónica". Frecuentemente el individuo y la familia presentan cambios permanentes en su organización y psicológicamente. La habilidad de la familia para mantener la semblanza de una vida normal bajo la "anormal" presencia de una enfermedad crónica y la incertidumbre acrecentada por la muerte cercana, es una tarea

clave en esta fase. Paradójicamente, la esperanza de una familia para iniciar un ciclo de vida "normal" puede ser realizada solamente después de la muerte del individuo enfermo. Esto origina otra tarea crucial de esta fase; el mantenimiento de autonomía máxima para todos los miembros de la familia.

3.2.2.3. La fase terminal.

Incluye la etapa preterminal de una enfermedad en la que es inevitable la muerte y por lo tanto domina la vida familiar. Esta fase se distingue por los eventos que se dan alrededor de la separación, muerte, pena, resolución del duelo y recuperación de la vida familiar "normal" tras la pérdida.

La interacción de las fases y tipología de la enfermedad proporciona un modelo teórico psicosocial, enfermedad-crónica. Las fases (crisis, crónica, y terminal) pueden ser consideradas periodos extensos en la historia natural de una enfermedad crónica. Cada período tiene ciertas tareas básicas independientemente del tipo de enfermedad. En suma, una fase específica, desarrolla tareas comunes a todos los tipos psicosociales de enfermedad, cada tipo de enfermedad tiene específicamente tareas suplementarias. Se señala que esto es análogo a la relación entre el desarrollo particular del individuo y ciertas tareas universales de la vida. Las tareas básicas de las tres fases de la enfermedad y transiciones recapitulan en muchos aspectos la exposición del desarrollo humano. Por ejemplo, la fase de crisis es similar en ciertas formas fundamentales a la de la niñez y adolescencia. El niño involucra en su desarrollo prolongados periodos durante los

cuales aprende a asimilar y adaptarse a lo fundamental de la vida. Los padres frecuentemente elaboran planes para un mejor desarrollo. En forma semejante, la fase de crisis es un periodo de socialización a lo básico de la vida con la enfermedad crónica. Durante esta fase otros planes de vida son frecuentemente custodiados por la familia, a fin de acomodar su socialización a la enfermedad. La separación y la individualización son centrales en la adolescencia y la adultez. Al adolescente se le permite un período durante el cual su identidad gradualmente se une con la del adulto. En una forma similar, la transición de la fase crónica, enfatiza autonomía y la creación de una estructura de vida viable adaptada a las realidades de la enfermedad. Para completar la relación enfermedad-enfermo-familia como constructo básico para el análisis de respuestas psicosociales ante el proceso de muerte, se introduce el modelo de la familia para la adaptación a la enfermedad, pérdida y crisis; y las interfases de la enfermedad con el desarrollo del individuo y la familia.

3.2.3. Historia transgeneracional de la enfermedad, pérdida y crisis.

Boszormenyi-Nagi & Spark, Carter & Goldrick y Framo (15) han enfatizado que la conducta presente de la familia no puede ser comprendida aparte de su historia. Consideran el cuestionamiento histórico como una forma para seguir eventos y transiciones claves a fin de adquirir un entendimiento del cambio organizacional de la familia y las estrategias de enfrentamiento

como un sistema en respuesta a problemas y transiciones pasadas. Una perspectiva histórica sistemática no sólo involucra una simple interpretación de cómo la familia se organizó ante ciertos problemas, sino también requiere seguir la evolución de la familia en su adaptación en el pasado. Al respecto, los patrones de adaptación, replicaciones, discontinuidades, cambios en las relaciones (alianzas, triángulos, etc.) y el sentido de competencia son aspectos importantes a considerar.

McGoldrick y Walsh (16), describen cómo éstos patrones son transmitidos a través de generaciones como mitos, tabúes, expectativas catastróficas y sistemas de creencias familiares. A través de esta información, el clínico crea un genograma básico familiar, con el objeto de que el adulto tenga conocimiento de las "experiencias aprendidas al rededor de la enfermedad".

La tipología de la enfermedad y sus fases son conceptos indispensables en esta parte de la evaluación de la familia. Una familia puede tener ciertas formas estandards de enfrentamiento a alguna enfermedad, pero puede haber diferencias críticas en su estilo y adaptación a diferentes tipos de enfermedad; al no hacer caso a las diferencias que existen en las demandas de cada diferente enfermedad, muestran una disparidad en su nivel de enfrentamiento con una enfermedad contra otra. Por ejemplo, una familia puede tener una organización adecuada para enfrentarse a enfermedades que amenacen la vida, pero titubean bajo el impacto del cáncer del abuelo. Esta familia puede ser particularmente vulnerable si otra enfermedad que amenace la vida se presenta. Una familia diferente puede tener solamente experiencia con

enfermedades que no amenacen la vida y ser completamente ignorantes de como enfrentarse a la incertidumbre particular de las enfermedades que si la amenazan. El conocimiento de estos hechos llevan a la atención de las áreas de fortaleza y vulnerabilidad de una familia para enfrentarse a las enfermedades que amenazan la vida y la estabilidad familiar. En suma, se concluye que la historia familiar de enfrentamiento a problemas severos o moderados son un buen predictor del ajuste a este tipo de crisis.

3.2.4. Interfase de los ciclos de la enfermedad, individuo y familia.

Es un proceso complejo el enlace de los ciclos de vida de la enfermedad del individuo y la familia, en el que intervienen conceptos centrales para cada ciclo de vida. La noción de ciclo sugiere un orden fundamental del curso de la vida por el cual la unificación individual, familiar o de la enfermedad ocurren en un contexto de secuencia básica. Un segundo concepto clave es el de la estructura de vida humana. Levinson (17) originalmente describió este concepto en un contexto individual; sin embargo, la noción genérica de estructura de vida puede también ser aplicada a la familia como una unidad. El concepto significa los patrones fundamentales o proyectos de la vida de una persona/familia en algún punto dado en el ciclo de vida. Sus componentes básicos son las relaciones recíprocas de la persona/familia con "otros" en un ecosistema más amplio (personas, grupos, instituciones, culturas, objetos o lugares). Las formas de estructuras de vida son fronteras entre el

individuo/familia y el medio ambiente; gobiernan y mediatizan las transacciones entre ellos.

De acuerdo al modelo de Levinson existen cuatro eras en el ciclo de vida humano. Estas eras son caracterizadas por la alteración en las estructuras de vida-construcción/mantenimiento y estructura de vida-cambiante (transicional), períodos que analizados desarrollan eras. Este constructo puede ser aplicado a la familia y enfermedad. La meta primaria de un período estructura-construcción/mantenimiento es formar una estructura de vida y enriquecerla a través de la selección clave individuo/familia durante el período de transición precedente. Se consideran a los períodos de transición, los pasos potencialmente más vulnerables; puesto que las estructuras de vida del individuo, familia y enfermedad son revaloradas al enfrentarse a nuevas tareas que pueden requerir cambios discontinuos más que alteraciones menores.

Otros conceptos básicos, son los de estilos de familia centrífuga vs. centrípeta y las fases del ciclo de vida de la familia. Combrinck-Graham (18) elaboró la aplicación de las fases centrípeta/centrífuga a los ciclos de vida de la familia. Describe esta relación como un modelo espiral en el cual se integra un sistema familiar tri-generacional oscilando a través del tiempo entre períodos de familia unida (centrípeta) y familia distanciada (centrífuga). En términos del ciclo de vida, los períodos oscilantes centrípeta/centrífuga dan acceso al desarrollo de nuevas tareas y una necesidad relativa dirigida internamente en forma personal y familiar. Por ejemplo, durante un período centrípeta (e. g. los primeros años de vida de un hijo) la es-

estructura de vida de la unidad familiar y del miembro individual, enfatiza la vida familiar interna. En la transición al período centrífugo, la estructura de vida conduce a metas que enfatizan los cambios del miembro familiar individual con el medio extrafamiliar.

Las nociones centrípeta y centrífuga pueden aplicarse para enlazar el ciclo de vida de la enfermedad a los ciclos de vida individual y familiar. En general, la enfermedad crónica proyecta una influencia centrípeta sobre el sistema familiar. En el desarrollo de los modelos familiares, los períodos centrípetos inician con la llegada de un nuevo miembro a la familia (bebé), lo cual la lleva a un período prolongado de socialización. En forma semejante, ocurre con una enfermedad crónica, que coloca a la familia en un proceso centrípeta de socialización a la enfermedad. Los síntomas, pérdida de funciones, las demandas que conducen a nuevas relaciones-enfermedad, prácticas y roles afectivos y el temor de la pérdida a través de la muerte, sirven para reubicar el acercamiento y relaciones internas familiares.

Si la primera impresión de una enfermedad coincide con un período centrífugo de la familia, esto puede descarrilar a la familia de su momento natural. Por ejemplo, si un adulto joven enferma y tiene la necesidad de retornar con su familia de origen para que se le cuide, la autonomía extrafamiliar de cada miembro de la familia y su individualización está en riesgo. La estructura de vida inicial del adulto joven ausente es amenazada también, temporal o permanentemente. Los padres por lo tanto pueden tener intereses propios externos a la familia. La dinámica familiar,

así también como la severidad de la enfermedad, influirán si la reversión de la familia a una estructura de vida centrípeta es temporal a su movimiento externo general o conduce a algo permanente. Para algunos miembros de la familia, el renunciar a la construcción de una estructura de vida que está ya en progreso, puede ser más devastador que cuando la familia está aún en un período más centrípeta, en el cual los planes futuros pueden estar en una etapa preliminar o no completamente decididos.

La primera impresión de una enfermedad que coincide con un período centrípeta en el ciclo de vida de la familia, puede tener varias consecuencias importantes. Una consecuencia mínima, es aquella que puede alentar la prolongación de este período. La más severa sería en la que la familia quedara permanentemente fija a esta fase de desarrollo. En esta instancia, el acercamiento por la enfermedad y la fase de ciclo de vida coinciden. El riesgo aquí, es su tendencia a amplificar una u otra. Para algunas familias que funcionan en una forma marginada ante una enfermedad, este tipo de reforzamiento mutuo puede disparar un proceso para evidenciar una disfunción familiar.

Se sabe, que tradicionalmente la familia ha sido siempre un soporte y seguro para la persona a la hora de morir. Ante la gravedad de su enfermedad el moribundo se percata de lo inevitable, pero se siente reconfortado con la presencia y apoyo de los suyos y unidos éstos le es más fácil enfrentar y entender el deceso. Sin embargo, en la actualidad, el fenómeno de la muerte hospitalaria sitúa esta relación y reacción en un contexto distinto, en el que se suman una serie de variables y factores psicosociales como culturales que intervienen como obstaculiza-

dores para elaborar favorablemente la pérdida de un ser querido, por una enfermedad crónica o terminal.

3.3. RESPUESTAS PSICOSOCIALES EN EL DUELO.

Como se ha podido observar en el apartado anterior, es una tarea compleja tratar de comprender las respuestas psicosociales que se suscitan en el individuo/familia ante un hecho (enfermedades u otras situaciones accidentales) que amenaza la vida. Y la importancia que tienen la experiencia previa y el momento que vive el individuo/familia para enfrentarse de una forma favorable o no a tales eventos desafortunados.

En esta sección se hace una revisión de las concepciones generales sobre el duelo y específicamente las reacciones psicosociales a la muerte de un miembro de la familia.

3.3.1. Concepciones generales sobre el proceso de duelo.

Psicológicamente considerado el duelo, es definido como el estado emocional y la conducta del sobreviviente después de la muerte de una persona que satisfacía sus necesidades de "dependencia"; condición pasajera de la que se espera que la persona se recobre. Como se ha podido ver, los estudios sobre las reacciones de dolor ante la muerte han revelado la existencia de síndromes con síntomas tanto psicológicos como fisiológicos y sociales, como malestar somático, preocupación con la imagen del muerto, culpabilidad, reacciones hostiles, pérdida de las formas establecidas de conducta, etc. Freud en 1917 a través de sus estudios

psiquiátricos sobre la melancolía, las reacciones paranoides y otros concomitantes emocionales del duelo, afirmaba que "la recuperación del síndrome del dolor requiere un proceso de comprobación de la realidad para convencerse uno de que el objeto amado no existe ya; sólo cuando se completa este proceso recupera el ego la libertad" (19). Sin duda alguna, se puede afirmar que el duelo es, por lo tanto, una tarea psicológica que necesariamente hay que realizar.

Hoagland en 1983, señaló que la pérdida y el duelo en muchas formas tiene semejanza a la depresión. Los síntomas incluyen la pérdida de apetito, insomnio, apatía, aislamiento, pérdida del interés en la vida, ataques de ansiedad, pensamientos de suicidio, etc. (20).

El duelo como los moribundos, puede ser visto como un proceso de varias etapas. De acuerdo a Hardt en 1978, la resolución del duelo comprende cinco etapas, las cuales son paralelas a las cinco etapas del moribundo descritas por Kübler-Ross: shock/negación, falsa aceptación, pseudo-organización, depresión y reorganización/aceptación. Church en 1981, señala otras etapas de duelo: Shock/incredulidad, sufrimiento y recuperación. Si bien, lo que se tiene claro es, que la mayoría de los afectados eventualmente pasan a través de una secuencia de pena extrema a la recuperación (21).

Como ya se ha reiterado, las formas de expresar una pena son grandemente influenciadas por la cultura, la religión y costumbres. Según Hoagland, "lo que es considerada una pesadumbre normal en una sociedad es considerada rara o patológica en otra". Consecuentemente, con tales variaciones en expresiones de una

pena es difícil distinguir lo normal de lo anormal. De ahí, parecen surgir también algunos desacuerdos en cuanto al tiempo de superación de una pérdida. Hardt manifiesta que un período normal de duelo es de 8 meses. Church, sugiere que en el evento de la muerte de un niño, el duelo toma de uno a dos años. Hoagland, por otra parte, reporta que el tiempo es únicamente un indicador grueso de la reducción de síntomas, ya que muchas otras variables intervienen con el tiempo y cada una de ellas varía el curso y la extensión de la reducción de síntomas.

Se ha especulado también, si el duelo seguido de un periodo largo de enfermedad mortal es menos devastador que el que sigue de una muerte súbita. Sanders en 1982, estudió las reacciones de duelo en afectados por la muerte de un ser querido debido a una enfermedad prolongada vs. una muerte súbita y muerte por una enfermedad crónica en un período corto. Concluyó que no hubo diferencias significativas en el dolor experimentado por aquellos afectados de una muerte súbita vs. la muerte de una enfermedad crónica.

Los afectados por la muerte súbita tuvieron una mayor probabilidad de experimentar repercusiones físicas prolongadas, culpa e ira. Los afectados por una muerte de enfermedad crónica estuvieron más expuestos a experimentar sentimientos de soledad, lo cual prolongó su dolor. Los grupos que tuvieron un mejor ajuste fueron aquéllos afectados por la muerte de una enfermedad crónica en un período corto. Esto parece ser debido al hecho de que se da un período corto entre el primer choque y la muerte, existiendo todavía la presencia de amigos y sentimientos de apoyo; por parte del afectado el deseo de permanecer fuerte y capaz. Wezman y Kamm

apoyan la idea de que el dolor experimentado por una muerte súbita y la muerte de una enfermedad prolongada, es más o menos intenso, sólo que es diferente en cada instancia (22).

Ahora, desde un punto de vista sociológico, sabemos que la persona que está de luto puede ser ayudada por medio de rituales y del apoyo dado por familiares y amigos a reasumir sus obligaciones sociales normales después del período de duelo. Vista desde esta perspectiva, la tarea consiste en restablecer los sistemas de relaciones cortados por la muerte o crear otros nuevos. Sin embargo, en muchos casos, no es tarea fácil dar resolución a una pérdida a pesar de tales apoyos sociales, puesto que la ayuda que dan la reunión de la familia y las ceremonias religiosas se reduce por lo general, al período inicial del duelo; durante el período siguiente de intenso dolor y de tensión psicológica se deja sólo al doliente, privado de la atención o del afecto del mundo externo (23). En fin, la reacción psicológica del superviviente o supervivientes y sus necesidades de apoyo social dependen de muchos factores y particularmente de quién es la persona que han perdido; un hijo, uno de los padres, la pareja, etc. A continuación se describen algunas de las reacciones psicosociales más comunes del afectado de acuerdo al miembro de la familia que se ha perdido.

3.3.2. Reacciones psicosociales de la familia ante la muerte de un niño.

Uno de los efectos más significativos de la muerte de un niño es el impacto en el sistema familiar y las subsecuentes

tareas de ajuste y reorganización familiar.

La mayoría de las familias dolientes pasan a través de la etapa normal de duelo y resolución de su pena y ajuste sin sufrir por largo tiempo algún efecto patológico. Este tipo de familias son aquellas que tienen los suficientes recursos para enfrentarse con la pena, tales como: ser una familia extensa, tener amigos, convivir con vecinos, religión, cohesión familiar y estar integrados a normas y actividades culturales. Algunas otras familias sin estos recursos, tienen la habilidad para involucrarse en la comunidad cuando están estresados, buscan apoyo (frecuentemente ayuda profesional o religiosa) para ayudarse ellos mismos a través del período de crisis. Sin embargo hay un grupo de familias que están bajo una mayor probabilidad de riesgo de caer en una pena patológica por largo tiempo, y son aquellas familias más aisladas socialmente, que tienen menos recursos y quienes no piden ayuda. Se reconoce que la patología puede resultar de la fijación de alguna de las etapas o experiencias de duelo mencionadas anteriormente (24). El duelo de una familia por la muerte de un niño, puede complicarse por diversos factores. Algunos de estos factores son la muerte por suicidio, muerte súbita, muerte accidental, aborto, nacido muerto el producto, y muerte neonatal. La muerte de un niño por suicidio es acompañado frecuentemente por una conspiración de silencio lo cual puede bloquear la resolución de la pena y también la posibilidad del estigma, intensificado por los sentimientos de culpa (25). La mayoría de las veces, tanto la familia, amigos y vecinos, tratan de evitar discutir sobre el hecho.

Es común que los padres se culpen ellos mismos por el suicidio y

esto es ocasionalmente reforzado por comentarios dados fuera de la familia. "Los afectados evitan a los amigos o estos evitan a aquellos. Los amigos pueden no estar entendiendo la pena e incluso acusar a los afectados de ser responsables del suicidio" (26). Algunos familiares son incapaces de aceptar la muerte por suicidio, esto lleva a convencerlos de que la muerte fué accidental, negando las realidades de la muerte actual.

Respecto a la muerte súbita y accidental de un niño, es aún más devastador y lleva a reacciones en la familia que son potencialmente destructivas. En el caso del síndrome de la muerte infantil súbita (SIDS), donde la causa de la muerte no es determinada, los padres pueden culparse o ser culpados por negligencia. Además de experimentar la abrumadora pena, también experimentan severa culpa e ira (27).

Cuando la causa de la muerte es conocida, tales como la muerte por un accidente u homicidio, el dolor no es solamente intenso, sino que también es mucho más complicado por la culpa e ira. En el caso de muerte accidental, los padres se pueden hechar la culpa uno a otro por descuido, lo cual coloca un estrés adicional al matrimonio debido a la intensa pena que cada padre experimenta (28).

Se ignora frecuentemente por profesionales y no profesionales, la pérdida del niño a través del aborto, nacido muerto el producto y por muerte neonatal (muerte en los primeros 28 días de vida). Los estudios de Kellner, Best, Chesborough, Donnelly & Green en 1981, muestran que existe un vínculo madre-infante previo al nacimiento del niño. Aunque las madres experimentan la pena después de la

crisis, es común que su dolor sea reprimido por aquellos que la rodean. "Las mujeres dolientes en los hospitales son frecuentemente aisladas y evitadas y dadas de alta tan pronto sea posible. Aunque sea con el fin de proteger a las madres del dolor de ver otros bebés vivos, también significa que el personal del hospital no tiene cara para enfrentar su propia ansiedad ante la muerte del niño. La familia al regresar a casa, tanto los amigos y los profesionales persisten en no hablar de la pérdida sufrida por la familia, privándolos de "expresar su dolor" que podría ayudarlos en la elaboración del duelo (29).

El fracaso en el luto en uno de estos tres tipos de muerte puede tener serios efectos sobre los padres, los niños sobrevivientes, los niños subsecuentes y la próxima generación. Algunos investigadores enfatizan la importancia que tiene la actitud de algunos profesionales al tratar esta crisis como "no eventos" en lugar de seguir y animar a la madre, el padre y los niños sobrevivientes a experimentar y expresar su pena (30). A este fin muchos investigadores sugieren que nombrar la muerte del bebé, ver al niño y tener un funeral, ayuda al luto y al proceso de resolución de la pena por parte de la familia.

3.3.2.1. Reacciones psicosociales de los padres ante la muerte de un hijo menor.

La mayoría de la literatura en este tópico se enfoca al duelo de la madre, y respecto al del padre se le incluye sólo bajo el término colectivo "paternal". Sin embargo, un estudio por Judith Cook en 1981, llevó a cabo la comparación entre el duelo

maternal y el duelo paternal. Concluyendo que las madres generalmente fueron las más afectadas que los padres, posiblemente debido al hecho de que las madres son quienes cuidan y educan a los hijos. Estableció que las madres tuvieron una mayor dificultad para enfrentar fechas significativas como; el cumpleaños, el día de navidad y el aniversario de la muerte. Tendieron a reportar sentimientos distantes hacia sus esposos en el período post-muerte. Los padres tuvieron una mayor probabilidad a empezar nuevos intereses después de la muerte del niño. Sin embargo ambos padres fueron igualmente capaces de discutir su pena y reafirmar sus creencias religiosas.

Las emociones del padre son frecuentemente descuidadas por la familia y profesionales al tiempo de la muerte del niño. Los acuerdos del funeral, identificación del niño y notificación a la familia recaen comunmente en el padre. Esto es especialmente cierto en la muerte neonatal y nacimiento del producto muerto. Se espera que el padre sea el apoyo fuerte y consecuentemente ocultar su pena (31). Por eso debido a los roles específicos y tareas de la madre y padre en el sistema familiar es evidente que el dolor es experimentado diferencialmente por cada uno.

3.3.2.2. Reacciones psicosociales de los hermanos.

La muerte de un hermano o hermana menor tiene un impacto fuerte en los sobrevivientes. La literatura sobre este tema, divide los efectos primarios o directos en el hermano sobreviviente y los efectos secundarios vía los padres.

Los efectos primarios son muchos y complejos. De acuerdo a Glic-

ken en 1978, la percepción de la muerte del niño depende de cuatro factores": 1. su etapa de desarrollo (por ejemplo, niños menores de 5 años creen que la muerte es algo temporal; no es hasta que los niños cumplen al rededor de los 9 años que empiezan a comprender la realidad y finalidad de la muerte), 2. su medio ambiente, 3. su experiencia de la vida, y 4. las actitudes de sus padres. Consecuentemente la reacción del niño a la muerte de un hermano es determinada por la edad, cultura y contexto familiar. Al sufrir la pena, el niño experimenta culpa causada por los "abusos físicos o verbales previos y actuales al enterarse sobre la muerte de su hermano" (32). El niño en alguna forma se siente responsable por la muerte, debido a su conducta de maldad hacia su hermano. Los padres, en su ansiedad por restablecer la confianza al hijo sobreviviente, frecuentemente obstaculizan algún intento por el niño a expresar su culpa y sentimientos de responsabilidad por la muerte. Cain et. al. en 1964, bosquejan cinco reacciones adicionales en niños: 1. conceptos deformados de enfermedad y muerte; 2. actitudes negativas hacia doctores, hospitales y religión; 3. fobia a la muerte; 4. comparaciones, identificación y pseudoidentificación (con el niño muerto) y, 5. alteración en las funciones cognoscitivas. Las reacciones de dolor y culpa en el niño, en su conducta se traducen en pesadillas, insomnio, enuresis, dolor de cabeza, pérdida del apetito, estados de ofuscación y conducta antisocial (33).

Los efectos secundarios en el niño sobreviviente son resultado de los cambios en los padres y los subsiguientes cambios en la forma en que ellos se relacionan con sus hijos sobrevivientes. Krell y Robkin (34) se refieren a este fenómeno como a un manejo de pro-

tección familiar. Los padres, consumidos por su propio dolor, empiezan a usar tácticas defensivas para tranquilizar su propia angustia. Algunos padres, se sienten responsables por la muerte del niño y son incapaces de hablar o explicar la muerte a su otro u otros hijos sobrevivientes, cerrándose en una conspiración de silencio. Otra forma de protección o defensa de la familia es concederle al niño sobreviviente un lugar especial. Esto es simbolizado por el amparo y sobreprotección paternal. Estos niños frecuentemente se convierten en "lazos" por la necesidad parental para controlar los deseos de vivir.

La substitución de la pérdida del niño o la restitución del niño, es también una estratagema de protección lógica por parte de los padres. La restitución del niño puede ser uno de los hijos sobrevivientes o por un niño nacido posteriormente a la muerte. "El niño vive entonces bajo la sombra del conocimiento real o fantaseado del otro, mientras los padres se relacionan a dos niveles: sobre el conocimiento de la identidad propia del niño, y respondiendo a la pérdida del niño reencarnado mágicamente" (35). Los padres consumidos y preocupados con su propia pena, frecuentemente tienen poca energía, comprensión, confort o paciencia para los otros hijos. Esto es más evidente en situaciones donde hubo una enfermedad prolongada anterior a la muerte. Los padres al estar preocupados por la partida del niño moribundo, los otros hijos permanecen esencialmente sin padres.

3.3.3. Reacciones psicosociales a la pérdida de la pareja.

Las investigaciones han arrojado información principalmente

sobre las desavenencias que pasan los viudas. Peter Morris en su obra "Los viudas y su familia" centra la atención, aparte de los problemas psicológicos, a las dificultades sociales y económicas asociadas con el duelo y los diversos problemas sociales que confrontan aún después de dos años de la pérdida de sus esposos. Estas personas tienden frecuentemente a permanecer retiradas, atadas a una vida restringida, y a ser sobredependientes a sus familiares más inmediatos. Lapota en 1973, corrobora estos datos, estableciendo que las viudas de mayor edad (estudios realizados en Chicago, E.U.) frecuentemente se encuentran agobiadas por problemas sociales. No sólo por la pobreza, sino también por el aislamiento, ocupando posiciones marginadas en la sociedad. Estadísticamente se sabe que la mayor parte de los viudos son mujeres, y la mayoría de las investigaciones se han enfocado a ellas. Berardo en 1970, como excepción, detalló las consecuencias sociales entre hombres que perdieron a sus esposas; los viudos de una edad mayor, son frecuentemente menos capaces de cuidarse por ellos mismos o puede ser menos probable a ser bienvenidos a hogares de hijos casados.

La pena de la reacción conyugal es particularmente devastadora, porque los afectados se tienen que enfrentar simultáneamente con su tambaleante seguridad financiera, estatus social y frecuentemente con un deterioro en su salud física y mental, que llega finalmente a una muerte natural o por causas violentas (36).

4. LA INTERVENCION DE LA PSICOLOGIA COMO INSTRUMENTO DE APOYO A LA FAMILIA EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS.

En el ámbito hospitalario son los profesionales (enfermeras, médicos, etc.) y equipo del cuidado de la salud (trabajadoras sociales, terapéutas físicas, capellanes, etc.), el personal que tiene una relación directa con aquellos individuos (pacientes/familias) que atraviesan por una crisis asociada con daño, físico, enfermedades crónicas y/o terminales. Por esto y por todo lo mencionado en capítulos anteriores es importante trabajar en forma unitaria pacientes/familias, equipo de salud y psicólogos para ayudar a resolver favorablemente el desajuste psicosocial que sufren algunos individuos/familias ante dichos eventos. Por lo tanto, el objetivo de este cuarto capítulo es conocer algunas de las alternativas de intervención y recursos terapéuticos que tiene el psicólogo y que están fundamentados en marcos teóricos y técnicas que tienen como unidad de análisis e intervención al paciente y su contexto familiar y sociocultural.

4.1. CARACTERISTICAS TEORICAS DE LOS PROBABLES MODELOS DE INTERVENCION.

En el capítulo anterior, se habló de una serie de procesos que intervienen y afectan al individuo enfermo o accidentado mortalmente, en tanto totalidad psicofísica, y a su entorno familiar, por lo cual para dar un apoyo terapéutico psicológico, es indispensable un enfoque pluridimensional, en el que se inten-

ta incluir la mayor cantidad posible de elementos que conforman una totalidad, con el fin de ampliar el círculo de acción, de introducir información, enfatizar la relación médico-paciente-familia, y de incluir esa visión abarcativa que tiene en cuenta a pacientes, familiares, médicos, psicólogos, enfermeras, amigos, y hasta instituciones comunitarias pertinentes.

Existen trabajos con relación al tema, que proponen "la regularización de sesiones terapéuticas individuales y de grupo para dar apoyo e información, y un espacio para la resolución de problemas. Especifican momentos en el desarrollo de la enfermedad: fase de diagnóstico, fase intermedia de rehabilitación y fase terminal. Establecen lineamientos para el seguimiento del paciente, dentro y fuera del hospital, y de sus familiares, antes y después de la muerte" (1).

Esta visión abarcativa del enfoque pluridimensional, postula la necesidad y utilidad de dar el apoyo psicológico desde distintas perspectivas, e intervenir en lo individual, familiar, grupal e institucional.

Las teorías que se describen a continuación tienen la característica de integrar en un contexto al individuo y tomarlo como una totalidad. La selección y aplicación de alguna de estas teorías (como todo modelo teórico) deben hacerse con flexibilidad, adaptándolo a las características particulares del enfermo, enfermedad o crisis y el tratamiento que se lleve a cabo; la institución hospitalaria, el equipo de salud, el equipo terapéutico (apoyo psicológico) y la estructura familiar.

4.2. TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS: ANTECEDENTES Y BASES TEORICAS.

La teoría general de los sistemas fué desarrollada por Ludwid Von Bertalanffy en 1940. Su teoría se vió influenciada por el positivismo lógico y materialismo histórico dialéctico debido a la realidad histórica que vivió el autor; así también incluye elementos mecanicistas y organicistas por su formación académica en el área de la biología y ciencias naturales.

La teoría trata de dar una explicación científica de los eventos que se componen como totalidades organizadas -que anteriormente eran consideradas como eventos metafísicos. "Es una reorientación que se ha vuelto necesaria en la ciencia en general, en toda la gama de disciplinas, que va desde la física y la biología a las ciencias sociales y del comportamiento hasta la filosofía" (2). El propósito del autor es que esta nueva ciencia rompa con la actual superespecialización dentro de las disciplinas científicas.

La teoría representa un nuevo paradigma que se opone a la visión mecanicista del mundo e intenta investigar las totalidades organizadas compuestas por múltiples variables, que al interactuar estas forman un todo único con propiedades nuevas, producto del sistema, donde el todo no es la suma de las partes, sino que es mayor que esa suma. La teoría maneja conceptos tales como: totalidad, grado de organización, direccionalidad relativa a un fin, orden jerárquico, regularización, etc.

Bertalanffy escribe sus principales postulados teóricos en 1940. Señalando como básicos los conceptos de "sistema": conjunto de

elementos en interacción; "sistema cerrado": cuando el sistema no recibe ni otorga materia o energía del mundo circundante; "entropía": -medida de desorganización, en el que en un sistema cerrado la entropía aumenta a lo máximo y la distribución más probable es la tendencia al máximo dsorden; se le llama "sistema abierto": a todos aquellos organismos o entidades que se mantienen en constante intercambio de materia sin alcanzar un estado de equilibrio químico y termodinámico. En los sistemas cerrados el estado final esta determinado por las condiciones iniciales, mientras que en los sistemas abiertos se puede alcanzar el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones y acudiendo por distintos caminos, a lo que se le conoce como "equifinalidad". Los sistemas cerrados evolucionan hacia estados de entropía máxima, es decir estados de probabilidad y dsorden en aumento. Los sistemas abiertos pueden exhibir procesos antientrónicos y desarrollarse hacia estados de orden, diferenciación y organización superiores (3).

Todos estos conceptos y principios básicos están fundamentados e influenciados por los desarrollos teóricos de la "cibernética" que dá un gran impulso a los estudios sobre la comunicación, la información y el aprendizaje (4); Investigaciones en el campo de la "física" por Gibbs en Estados Unidos y Bolzman en Alemania, aportan las nuevas ideas que derivan la 2a ley de la termodinámica que posteriormente es retomada y aplicada al campo social; las investigaciones en el campo de la "biología" que manejan las nociones sobre la homeostasis y las concepciones organizmicas, propuestas por W. B. Cannon y C. Bernard; la "teoría de la información" que está basada en el concepto de información propuesta

por Shannon y Weaver en 1949.

A través del tiempo la psicología se ha transformado teórica y prácticamente. En años recientes lo ha hecho en forma importante por el concepto de "sistema". Hoy en día se considera al hombre, entre la gran variedad de corrientes psicológicas modernas, como un "sistema activo de personalidad". La teoría general de los sistemas contribuye así a crear un marco teórico más adecuado para la psicología normal y patológica, en donde sus conceptos o principios básicos son aplicados para una interpretación más apropiada y amplia sobre el comportamiento humano. Actualmente, las ideas se van modificando y las investigaciones son determinantes para el desarrollo ulterior en el campo de la terapia familiar. Así tenemos que con esta perspectiva sistémica, se han llevado a cabo estudios e investigaciones, como proyectos para trabajar con enfermos terminales, su familia, el equipo que lo trate y su contexto cultural.

4.3. TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS: LA PRÁCTICA TERAPEÚTICA EN HOSPITALES.

La presente descripción de la práctica terapéutica en hospitales con familias con enfermos crónicos o terminales, es el trabajo realizado por Robles de Fabre bajo una perspectiva sistémica y una epistemología constructivista (5). Este modelo fué creado a través del trabajo práctico con familias, en el que surgió la importancia del estilo de las familias, incluyendo la enorme influencia del medio y el contexto, como el hecho de trabajar simultáneamente con el equipo de salud en los hospita-

les.

Robles de Fabre propone como paso inicial y fundamental conocer cuales son para el paciente, para su familia, y para el equipo que lo trate, los conceptos de enfermedad, enfermedad crónica, salud, curación y muerte. Con el fin de evitar fricciones y malentendidos en el proceso del trabajo. Por ejemplo, es muy frecuente que los padres de una familia tengan conceptos diferentes a estos eventos, que se derivan de su visión del mundo y es aprendida por ellos en sus respectivas familias de origen, y cuando en el momento de la aparición de una enfermedad crónica o terminal, surgen estas diferencias provocando conflictos entre ellos, que dificultan la toma de decisiones y el actuar en forma adecuada. Por otra parte, en la relación médico-paciente, la visión del médico generalmente se impone sobre la del paciente y su familia, lo que lleva a contradicciones y malentendidos que inciden en el cumplimiento del tratamiento. Este modelo de trabajo se divide en tres módulos: 1. el trabajo con el equipo de salud, 2. el trabajo con las familias y, 3. el trabajo individual con el paciente.

4.3.1. El trabajo con el equipo de salud.

Diversos investigadores han señalado cómo las actitudes y conductas del médico -su estilo para explicar el problema y diagnóstico- pueden contribuir a la cronicidad" o "gravedad" de un padecimiento; señalando también, la importancia de ofrecer un apoyo al médico que trabaja con pacientes crónicos o terminales, para que él pueda darlo a su vez al paciente y a su familia (6).

Lo cual debe ser extensivo a todas las personas que trabajan con el paciente y su familia en forma permanente. Por lo que la autora argumenta, "considero que todas las personas que participan en una institución hospitalaria, o incluso fuera de ella, tratando a un mismo paciente, constituyen un sistema, con patrones de interacción característicos que determinan su actuación, su efectividad o ineffectividad. Considero también que, junto con los pacientes y sus familiares, constituyen un sistema mayor, al que podemos llamar sistema terapéutico total, donde también se establecen patrones de interacción que pueden llegar a ser estereotipados y disfuncionales".

Se sabe también, que las personas que trabajan con pacientes crónicos o terminales frecuentemente presentan angustia, tensión e inclusive síntomas físicos; que tienden a defenderse de tales estados a través de actitudes de frialdad y reacciones automáticas y sentimientos inadecuados que llegan a interferir con las decisiones terapéuticas y por lo tanto, no permiten una relación positiva y cercana de médico-paciente-familia, donde éstos se sientan comprendidos y apoyados. Además la formación académica formal tradicional del médico va dirigida a la "curación", lo cual crea una ilusión de omnipotencia. Esta situación unida a la dificultad para aceptar la propia muerte, tiende a provocar en el médico frustración e incluso culpa cuando el paciente muere o el hecho de luchar por mantener artificialmente una vida a costa de sufrimiento e incluso en contra de su voluntad. Sin embargo, haciendo un lado el hecho irremediable del fin de una vida sin poder hacer más médicamente, se menosprecia lo que sí se puede

hacer en tales circunstancias: mejorar la calidad de vida del paciente durante el tiempo que sea posible, promover una rehabilitación con limitaciones y, cuando la muerte sea inminente, escuchar al enfermo, acompañarlo y ayudarlo a morir dignamente y en paz (7).

El trabajo con el equipo de salud se realiza a través de reuniones periódicas, coordinado por un especialista que tenga experiencia en el manejo de grupo, supervisado por un especialista ajeno al equipo y al servicio hospitalario. En estas reuniones se puede trabajar a partir de casos de difícil manejo, pacientes o familiares, cuyo tratamiento genera conflictos en algún miembro del equipo o a partir de problemas específicos de tipo práctico o institucional.

Los objetivos del trabajo con el equipo de salud son los siguientes:

a) ayudar al equipo de salud a manejar la ansiedad y la angustia que aparece en momentos difíciles, de gravedad de algún paciente, así como a elaborar sus duelos por la ilusión de omnipotencia y por la muerte de los pacientes. Ayudarlo a incluir los sentimientos en la relación con los pacientes sin que estos bloqueen la efectividad del trabajo.

b) descubrir y modificar los patrones de interacción estereotipados que se dan en el interior del sistema terapéutico total y que perpetúan situaciones inadecuadas, como son el no cumplimiento de indicaciones o las recaídas frecuentes e inexplicables.

c) promover la integración del equipo como tal, limando las asperezas que surgen por las jerarquías dentro de la institu-



ción, así como de la pertenencia a diferentes profesiones y especialidades (médicos generales, especialistas, enfermeras, psicólogos, etc.), cada una con una distinta valoración desde lo social y lo institucional. Se trata de lograr la cooperación de todos los participantes, cada uno desde su papel y función, pero en una forma flexible y complementaria.

d) mejorar la comunicación de los miembros del equipo entre sí para tener una visión más integral de cada caso. Mejorar la comunicación con los enfermos y sus familias, aprendiendo a escuchar sus necesidades, sus posiciones frente a la enfermedad, la rehabilitación, la vida y la muerte, tomando en cuenta sus opiniones y respetándolas.

e) promover que el equipo de salud acepte sus limitaciones y aprenda a valorar lo que sí puede hacer con el paciente y su familia mientras viva, y en el momento de su muerte.

4.3.2. El trabajo con las familias.

Se recomienda trabajar en forma integrada, que abarque desde el diagnóstico de la enfermedad crónica hasta la muerte del paciente. Se propone como herramientas de trabajo, las técnicas de la terapia familiar estructural, dado que, con la aparición de una enfermedad crónica ocurren cambios en la estructura de la familia del paciente. La terapia familiar basada en la Escuela Estructural, describe a la familia como un grupo natural, en interacción con su medio, que conforma su estructura a través de patrones de interacción. De acuerdo con la estructura familiar (patrones de interacción), surge una tipología característica: la

familia amalgamada (centrípeta) y la familia desligada (centrí-fuga). Estas familias tienen una enorme necesidad de autoridad y estructura. Debido a esto, ésta escuela sigue una metodología donde el terapeuta es activo, directivo, explícito y su objetivo es el de "empujar" al cambio, utilizando la crisis familiar como un recurso, tomando como elementos relevantes los roles que rigen la interacción, las jerarquías, las funciones de los miembros y la historia familiar (8). Si existe disfuncionalidad previa en la familia es necesario trabajar en terapia con técnicas diferentes.

4.3.2.1. Primera entrevista.

La primera entrevista debe realizarse a la mayor brevedad posible al confirmarse el diagnóstico de la enfermedad crónica o terminal. Hacerse en grupos de 3 a 5 familias con el mismo padecimiento y se cita a todos los miembros de cada familia que pueda asistir. La entrevista tiene una duración de 2 hrs. aproximadamente. Y sus objetivos son los siguientes:

a) facilitar la integración del sistema terapéutico total a través de técnicas y actitudes de coparticipación, a través de las cuales el equipo de salud se acerca a las familias, conformándolas y haciéndolas sentir que las comprende.

b) que la familia maneje en forma operativa la información que tenga sobre la enfermedad y su tratamiento.

c) reforzar el establecimiento de canales de comunicación circular entre estas nuevas familias y los miembros del equipo de salud.

d) empezar a establecer apoyos entre familias y a configurar

diferentes subsistemas: "pacientes", "padres", "hermanos", "parejas", "hijos", cada uno con vivencias y problemáticas comunes.

En el transcurso de la entrevista hay tres momentos. En el primer momento se dá la presentación del coordinador y asistentes, a la vez de hablar de su familia, de ellos, que cuenten la historia de la enfermedad y como llegaron al servicio. Un segundo momento, en el que el coordinador pregunta qué saben de la enfermedad, de los tratamientos alternativos y de su pronóstico. A partir de las respuestas, se inicia el manejo operativo de la información, analizando la dificultad de aceptar el diagnóstico de una enfermedad crónica o terminal. En un tercer momento, se explica la organización interna del servicio y su funcionamiento, se invita a miembros clave del equipo de salud (doctor de cabecera, enfermera, etc.) a que entren a la reunión y se presenten, con el fin de iniciar una comunicación circular entre los diferentes familiares y miembros del equipo de salud presentes.

4.3.2.2. Entrevistas periódicas en grupo a familias.

Se realizan cada dos meses con una duración aproximada de dos horas y constituyen la continuación de la primera entrevista. Sus objetivos son:

- a) reforzar la integración del sistema terapéutico total.
- b) continuar manejando en forma operativa la información sobre la enfermedad y su tratamiento.
- c) reforzar el apoyo entre familias y la comunicación con los miembros del equipo de salud.

4.3.2.3. Entrevista de diagnóstico.

Después de la primera entrevista, se debe obtener el diagnóstico de cada familia. Aún cuando no estén presentes todos los miembros de la familia, no hay que perder de vista a todo el sistema familiar e investigar la ubicación de los miembros ausentes en la estructura familiar. Estas entrevistas tienen como objetivos:

a) establecer si es o no necesario ofrecer terapia a la familia en ese momento.

b) definir momentos clave en los que sería conveniente trabajar con ella.

c) en función de la estructura familiar, hacer recomendaciones sobre la conveniencia o no de algún tipo de tratamiento.

Para el logro de estos objetivos es necesario responder, a manera de hipótesis, las siguientes preguntas: ¿cómo está la estructura familiar en ese momento?, ¿que miembro de la familia corre el riesgo de sobrecargarse de trabajo?, ¿de que recursos dispone la familia en su interior y en el exterior?. Las preguntas deben ubicarse en el momento evolutivo en el que se encuentre la familia y su medio socioeconómico y cultural.

4.3.2.4. Terapia familiar.

Robles de Fabre propone que la terapia familiar se proporciona únicamente a las familias que presentan problemas o en las que se prevé que puedan surgir problemas que amenacen el trat-

miento, a las que demanden ayuda o cuando los miembros del equipo de salud lo consideren conveniente; por razones que se dan generalmente en una institución y límites de tiempo. Los objetivos de la terapia y sus metas concretas se definen en función de las características de cada familia, pero también es necesario trabajar para evitar el agravamiento de los problemas existentes y el surgimiento de nuevos.

4.3.2.5. Intervenciones en momentos claves.

La intervención en momentos clave van relacionados directamente con el estado físico del paciente, la evolución de la enfermedad y en general complicaciones del tratamiento. Se recomienda que trabajen en ellas un médico y el terapeuta familiar. Se pueden considerar como momentos clave los siguientes:

1. Cambios en el tratamiento: en estos momentos la intervención tiene como objetivo evaluar entre el equipo de salud, el paciente y la familia, qué sucedió con el tratamiento anterior.

2. Momentos de gravedad por la aparición de complicaciones y recaídas frecuentes: generalmente estos momentos llevan a la necesidad de cambiar el tipo de tratamiento. A las sesiones se invita al paciente, a los padres y a aquellos miembros de la familia que en cada caso particular sea importante que asistan. Los objetivos son: a) ofrecer apoyo a la familia y al paciente en esos momentos difíciles; b) explorar si en alguna forma la estructura y la dinámica familiar están facilitando o reforzando esas complicaciones; c) en caso de que así sea, trabajar terapéuticamente para cambiar esta situación; d) trabajar, en

general, dentro de los lineamientos expuestos al inicio de esta exposición.

3. Hospitalización: en estos momentos se prepara tanto al paciente como a la familia para la hospitalización y se trabaja sobre cuales serán los cambios en la familia mientras el enfermo está hospitalizado. Estos cambios se descubren a través de las siguientes preguntas: ¿quién va a realizar las funciones que antes el realizaba o a tomar su papel en la familia?, ¿cómo se va a mantener el contacto entre la persona hospitalizada y la familia?, ¿qué va a suceder cuando la persona hospitalizada se reintegre a la vida familiar?, ¿cómo va a hacerlo?.

4. Momentos en que la muerte del paciente es inminente: a esta sesión se cita a todos los miembros de la familia que puedan asistir, excepto al paciente. Los objetivos son: a) ayudar a la familia a iniciar la elaboración del duelo por su muerte, b) ofrecer apoyo a la familia, como: acompañarlos en su dolor y permitirles expresar sus sentimientos y, c) decidir junto con el equipo médico, hasta que momento es conveniente continuar el tratamiento a costa del dolor del paciente y ya sin esperanzas. En este punto Robles de Fabre hace énfasis, en la necesidad de hacerle ver a la familia, el derecho que tiene el paciente de decidir sobre el momento de su muerte, y promover que su opinión sea tomado en cuenta para tomar la decisión acerca de continuar prolongando su vida o llevarlo a morir a su casa.

De hecho, el proceso de duelo se inicia con el diagnóstico de la enfermedad terminal, y avanza poco a poco a medida que aparecen complicaciones y el deterioro físico es mayor. Sin embargo, en este momento, cuando la muerte es inminente, es necesario traba-

jar directamente en la elaboración del duelo. Esto se hace por medio de la introducción del tema "de cómo será la familia sin él", "quién realizará las funciones que el paciente tenía, para ayudar a que se restablezcan nuevas relaciones de objeto; ésto, en un nivel relacional se concretiza en el establecimiento de nuevas interacciones entre los elementos del sistema familiar.

Se propone una entrevista de seguimiento, que se realice cada año, con la asistencia de todos los familiares que puedan hacerlo, con los objetivos siguientes: a) hacer una evaluación de la estructura y la dinámica familiar, tomando como punto de partida el diagnóstico que se tenía y reactualizarlo. Proponer, si es necesario, terapia familiar y, b) trabajar con las líneas generales expuestas al inicio de esta exposición, como una medida preventiva para evitar el agravamiento de problemas existentes y la aparición de nuevos.

4.3.3. El trabajo individual con los pacientes.

El trabajo individual con los pacientes depende en gran medida del tipo de enfermedad, la edad del paciente, el lugar que ocupe en la familia, y la posibilidad de ésta de dar apoyo y cercanía; sin embargo, Robles de Fabre señala cuatro líneas generales de trabajo en las que utiliza cuatro diferentes técnicas.

1. Proporcionar al enfermo apoyo y posibilidad de ser escuchado en los momentos en que lo requiera. Esto es especialmente importante cuando la familia no lo hace, y aún cuando la familia tenga la capacidad de escucharlo, apoyarlo y acompañarlo, siempre se

dán momentos en que el enfermo quiera hablar a solas con un especialista sobre su situación.

2. Manejo de información de situaciones especiales que no hayan sido tratadas en los grupos familiares, entre otras razones porque correspondan a la situación particular de un paciente en un determinado momento. Por ejemplo, en el caso de las intervenciones quirúrgicas, se propone un trabajo psicoprofiláctico que tiene como finalidad ayudar al paciente a manejar en forma más adecuada la angustia que le provoque la intervención. La preparación psicoprofiláctica consiste en ofrecer información, en la que intervienen las siguientes actividades: a) explicación del proceso quirúrgico por un miembro del equipo de salud, de preferencia el cirujano (al participar el médico este aprende a interactuar con el paciente en forma diferente), b) información sobre qué miembros del equipo, que el paciente conozca, van a asistir a la operación, c) visita guiada a los quirófanos, d) entrevista con otros pacientes que hayan sufrido esa intervención para que puedan comentarle sus vivencias, e) información por parte del médico de todas las sensaciones que tendrá durante el período de recuperación, señalando los signos de mejoría, de manera que el paciente los perciba como tales y no necesariamente como "dolor" o "molestias" y, f) entrenamiento en técnicas de relajamiento que el paciente pueda utilizar antes de la intervención quirúrgica y durante la convalecencia.

3. Control del dolor mediante la utilización de técnicas hipnóticas, pero ubicándolo siempre en un contexto terapéutico más amplio. El dolor cumple una función, es una señal de alarma de

que algo inadecuado está sucediendo, y es indispensable atender esa señal. Pero, en algunos casos se dan dolores en situaciones crónicas o en momentos terminales, que ya no tienen esa función, y en los que la medicación o es insuficiente para disminuirlos o tiene efectos secundarios que afectan al paciente. En estos casos, es cuando se recomienda o es conveniente trabajar con técnicas hipnóticas, e incluso entrenar al paciente para que aprenda a controlarlos. En primer lugar, es necesario explorar la percepción del dolor para cambiar ésta; en segundo lugar, se debe investigar si el dolor cumple una función en el sistema familiar o en el sistema terapéutico total. Por ejemplo, si el paciente se siente tranquilo y seguro cuando tiene dolor, porque así es atendido por la familia y/o el equipo de salud. O incluso si cumple una función para el enfermo; percibir el dolor puede ser vivido como una forma de estar alerta de lo que sucede y así "controlar" fantaseadamente una situación incontrolable como es una enfermedad crónica. En estas circunstancias, lo conveniente es disminuir el dolor a un nivel aceptable, pero no eliminarlo. Una vez determinado esto, se puede proceder a eliminar el dolor con diferentes técnicas hipnóticas, e incluso entrenar al paciente en autohipnosis para que pueda utilizar este recurso siempre que lo requiera (9).

4. Apoyar al tratamiento mediante sugestión hipnótica y visualizaciones. Tanto la sugestión verbal, en estado de trance, como las visualizaciones (que son sugestiones no verbales), se utilizan para desencadenar y acelerar procesos fisiológicos. A pesar de que no se tienen resultados de investigaciones que permitan establecer los alcances de éstas técnicas, la experiencia de

Robles de Fabre con respecto a la aplicación de la hipnosis en estas situaciones, arroja generalmente mejorías en los pacientes, que en gran medida rebasan las expectativas médicas.

4.4. TEORIA DE LA CRISIS: ANTECEDENTES Y BASES TEORICAS.

La teoría de la crisis implica un grupo de principios e hipótesis, organizadas en una estructura técnica general de los sistemas, que se va moldeando en base a los resultados entre trabajos prácticos e investigaciones. La teoría fué formulada por Caplan en 1964, a partir de la estructura de la psicología del desarrollo de Erikson. Es una teoría intrapsíquica que considera para su utilidad el contexto de la crisis en la vida.

La intervención en crisis moderna surge de los trabajos de Eric Lindemann y colaboradores, realizados en la ayuda proporcionada a los sobrevivientes del incendio de un centro nocturno de Boston en 1942. Su informe clínico en 1944 sobre los síntomas psicológicos de los sobrevivientes fué la base para teorizaciones posteriores sobre el proceso de duelo. Gerald Caplan, partió de los principios dados por Lindemann, para formular por primera vez el significado de crisis en la vida en adultos psicopatológicos "durante ciertos períodos de crisis, el individuo parece enfrentar sus problemas de una manera inadaptada y se observa que surge un deterioro en la salud antes de la crisis" (10).

La teoría de Caplan se formuló a partir de la estructura de la psicología del desarrollo de Erikson, en la que el ser humano fué provisto para entender el crecimiento o desarrollo a través de una serie de 8 etapas clave. El interés de Caplan fué observar

como la gente superaba las transiciones de una etapa a otra. Identificando los recursos personales y sociales como elementos importantes para la solución adecuada o inadecuada de la crisis. El enfoque de la intervención durante etapas críticas de la vida, enfatiza la importancia de la consulta en salud mental que "promueve un crecimiento positivo y aminore el riesgo de un deterioro psicológico".

En los años 60's y principios de los 70's se desarrolló en gran escala programas de intervención en crisis para detectar y abordar las crisis en ambientes comunitarios, adiestrando a maestros, enfermeras, asesores y clero entre otros, a través de profesionales en salud mental en los Estados Unidos. Varios autores (11) desarrollaron técnicas adecuadas para la intervención en crisis por teléfono, con el fin de comprender la desorganización grave y perturbación en términos de la teoría de la crisis, en todo tipo de eventos, suicidio, divorcio, desempleo, violaciones, pérdidas humanas, etc. Posteriormente, surgió la literatura sobre intervención en diversas revistas especializadas en psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social; sobre informes de casos de cómo ayudar a individuos y familias en crisis.

Baldgwin, sugiere que "el modelo de intervención en crisis, en virtud de su carácter interdisciplinario (en teoría y práctica), puede ayudar a unificar su influencia entre los profesionales de la salud" (12). Estas ideas son congruentes con el creciente interés de la intervención en la salud mental y física en el tratamiento completo de la persona.

Existen cuatro influencias teóricas en la teoría de la crisis. La primera influencia es la teoría de Charles Darwin, sobre la evolución y adaptación de las especies, en la que su principio básico es "el esfuerzo del más apto para la lucha por la existencia de organismos vivos en su medio ambiente". En consecuencia sus ideas sugieren que la comunidad humana tiene un mecanismo adaptativo esencial en los hombres en relación con su medio. La segunda influencia es la teoría psicológica que considera la realización y crecimiento humano, que concierne a la motivación y el impulso. ¿Que mantiene activa a la gente y con que fin?, Carl Rogers en 1961 y Abraham Maslow en 1954, enfatizan la realización y crecimiento del hombre como aspectos positivos que llevan a la persona hacia la autorealización por la necesidad de "enriquecer sus experiencias y ampliar sus horizontes". Buher en 1962, corrobora la premisa de autorealización al considerar que "la conducta humana es intencional, y está constantemente dirigida hacia logros y propósitos restructurales". La tercera influencia es la teoría del desarrollo del ciclo de la vida. Erikson en 1963, establece 8 etapas, y cada una impone un nuevo reto, transición o crisis. Erikson, supone que cada transición, como desarrollo subsecuente tiene sus peligros. Una cuarta influencia sobre la teoría surge de datos empíricos sobre, "cómo los humanos abordan el estrés extremo de la vida". Estudios incluyen traumas en campos de concentración, muerte repentina de un conyuge o pariente, cirugía mayor, agonía de un niño y desastres. Holmes y colaboradores en 1973, demostraron cierta relación entre el estrés asociado a sucesos de la vida, salud física y enfermedad (13).

Bajo estas influencias teóricas la teoría de la crisis desarrolla una serie de principios hipotéticos. El primero y básico de ellos, es aquel que toda crisis se inicia o es precipitada por algún suceso de la vida. Las crisis pueden ser de tipo circunstancial o de desarrollo. Las crisis circunstanciales son aquellas en las que intervienen el factor ambiental, y son accidentales o inesperadas. La crisis en el desarrollo son aquellas que se dan en una etapa u otra del crecimiento, específicamente cuando hay una interferencia en la realización de una de ellas. Se maneja teóricamente, que esto conduce a etapas predecibles en crisis del individuo.

Otro principio es el componente cognoscitivo de la crisis. Taplin argumenta que dependiendo de cómo el individuo perciba la crisis, repercutirá en su estructura de vida. Es decir, de acuerdo a los conocimientos y expectativas de la persona sobre su vida, y como éstos se midifiquen a través de su "mapa cognoscitivo" experimentará la situación como crítica o no. Rapoport señala como un suceso puede percibirse como: a) una amenaza para las necesidades instintivas o al sentido de integridad física o emocional, b) una pérdida (de una persona, habilidad, etc.) y, c) un reto que amenaza con abrumar las capacidades del individuo (14). La importancia de éste componente cognoscitivo radica en que para comprender un estado de crisis, no solamente hay que considerar la naturaleza del suceso, sino también como se percibe ese suceso, como una amenaza a las expectativas establecidas en la vida (mapa cognoscitivo) o no. Por lo tanto, para la terapia, es importante después de determinar el suceso precipitante, resolver

lo que significa para la persona en crisis.

El estado de crisis de un individuo se caracteriza por los trastornos de desequilibrio emocionales y desorganización que experimenta y que llegan a afectar diversos aspectos de su vida personal como: conducta, relaciones sociales, estado físico, pensamientos, sentimientos, etc. Esta desorganización experimentada lleva al individuo a una vulnerabilidad y reducción de defensas. De acuerdo a la estructura cognoscitiva de Taplin "la sobrecarga del suceso precipitante deja al organismo confundido y abierto a sugerencias", situación que produce la oportunidad de cambio. Caplan señala 7 conductas de enfrentamiento efectivas a una crisis:

1. Explorar activamente resultados reales y solicitar información.
2. Expresar sin reserva sentimientos negativos, positivos y tolerar la frustración.
3. Pedir ayuda a otros.
4. Abatir los problemas haciéndolos manejables, tratables y tratando uno cada vez.
5. Estar consciente de las fatigas y las tendencias que propician la desorganización, en tanto se mantiene el control y los esfuerzos de paso como sea posible, en muchas áreas de funcionamiento.
6. Dominar sentimientos hasta donde se pueda, siendo flexible y dispuesto a cambiar, y
7. Confiar en sí mismo y en otros, y tener un optimismo básico sobre los resultados.

El fracaso a una o varias de estas conductas de enfrentamiento,

es lo que caracterizará al estado de crisis. La solución racional del problema es imposible, como el hecho de manejar aspectos subjetivos de la situación (sentimientos de ansiedad, temor, etc.) por la persona en crisis. Este es otro punto hipotético de la teoría de la crisis, el trastorno en el enfrentamiento.

El supuesto de que los hombres no toleran altos niveles de desorganización por períodos largos, lleva a la mayoría de los teóricos a considerar que los estados de crisis son períodos de inestabilidad limitada. Por lo que Caplan, reitera que una crisis debe resolverse en 4 o 6 semanas. Sin embargo, existe literatura que señala que la resolución de una crisis revasa el máximo de esas 6 semanas, por ejemplo la resolución de una crisis de duelo. A pesar de ello el límite de tiempo en la crisis, para la resolución positiva o negativa, es un punto central de la teoría de la crisis.

El teórico Horowitz en 1976, describe las reacciones de tensión grave (por ejemplo, la muerte inesperada de un ser querido) para detallar más ampliamente las etapas de la crisis. En su modelo, la primera reacción a un suceso amenazante es el "grito" como reacción emocional, el "llanto" como reacciones iniciales por el impacto, que llevan a la "negación" como bloqueo, la "intrusión" incluye la abundancia involuntaria de ideas y sentimientos de dolor (pesadillas periódicas, preocupaciones, etc.). Algunos individuos pasan directamente del llanto a la intrusión. "Penetración" en esta etapa los individuos se expresan, identifican y divulgan pensamientos y sentimientos con referencia a la experiencia vivida. La "consumación", es la etapa final que conduce a

una integración de la crisis dentro de la vida del individuo. Estas fases y estados, del impacto a la resolución son importantes por el hecho de que nos llevan a la comprensión de cuales tratamientos son más efectivos a la resolución de la crisis, puesto que cada conducta se caracteriza por actividades singulares en términos de pensamientos, sentimientos y conducta. Todos estos principios hipotéticos de la Teoría de la crisis se sumergen en la estructura general de los sistemas para obtener una mayor efectividad en su práctica. A continuación se da un breve resumen de los principios más relevantes de la teoría general de los sistemas que proporcionan una base para la intervención en crisis.

Se considera a la persona como un sistema conformado de varios subsistemas. Haciendo una modificación del modelo de personalidad de Lazarus, se toma a una persona como un sistema, cuyo funcionamiento incluye 5 subsistemas: conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo (CASIC). El estado de crisis se caracteriza por la desorganización en uno o más de estos 5 subsistemas. En la teoría general de los sistemas se denomina a los contextos donde se desarrolla cualquier tipo de crisis "suprasistema", que son el medio ambiente en el que se desenvuelve y enfrenta a determinados sucesos el individuo. Los suprasistemas se dividen en "microsistemas" que representa a la familia y al grupo social inmediato. El "exosistema" que representa a la estructura social de la comunidad y por último el "macrosistema" representado por los valores culturales y sistemas de creencias. Respecto al concepto de "el todo es más grande que la suma de sus partes", hace alusión de que el individuo/familia

es mucho más que la suma de sus conductas, sentimientos, relaciones interpersonales y pensamientos, que integran una estructura de vida que está en función de estos subsistemas. La relación entre los individuos y familias desarrollan una serie de transiciones; es decir, la conducta del individuo afecta a su familia, amigos y vecinos, así también como las familias afectan a las comunidades y así sucesivamente. El análisis de estas transiciones proporcionan para la intervención en crisis el proceso de enfrentamiento que cuenta un individuo o familia. En base a estas transiciones, los subsistemas son interdependientes unos de otros. Existen tres funciones esenciales en cualquier sistema: a) adaptación al ambiente (respecto a un estado de crisis, sería una desorganización en la adaptación persona/medio); b) integración de diversos subsistemas (concierno directamente a la resolución de crisis, ayudar al individuo a integrar a sus sistemas) y c) toma de decisiones -en términos de la crisis comprendería un trastorno en el enfrentamiento o desorganización grave en tomar decisiones. Otro concepto de la teoría, es el que todo sistema vivo tiende a una estabilidad o restauración del equilibrio. Y por último, el concepto de equifinalidad que consiste en que todo sistema vivo se caracteriza por la capacidad de dos o más sistemas para lograr el mismo estado final, aunque a través de diferentes medios; en la intervención en crisis, entonces es la de identificar variables que conduzcan a una resolución positiva (variables que ocurran en el medio familiar, escolar y semejantes) y aquellas variables proporcionadas por profesionales. En base a estos antecedentes y principios teóricos, la teoría de

la crisis tiene la finalidad de intervenir en una crisis "para reducir la probabilidad de efectos debilitantes y aumentar la probabilidad de crecimiento o dominio para el individuo". En este proceso de intervención se diferencian dos fases: a) la intervención en primer orden denominada, primera ayuda psicológica, que es aquella que brinda su servicio de inmediato; este procedimiento toma poco tiempo (minutos u horas) y es proporcionado por un gran número de asistentes (servicio por teléfono en los Estados Unidos) y, b) la intervención de segundo orden, que consiste en sí, en la terapia en crisis, que tiene el fin de facilitar la resolución psicológica de la crisis. Toma más tiempo (semanas o meses) y es proporcionada por terapeutas y consejeros con conocimientos en técnicas de evaluación y tratamiento.

4.5. LA INTERVENCION EN CRISIS: LA PRACTICA TERAPEUTICA EN HOSPITALES.

En las sociedades modernas es el hospital el lugar donde se dan esas primeras relaciones personales y profesionales entre el equipo de salud y el individuo enfermo crónico o terminal y su familia. Desde ese momento se marca la importancia de ese primer contacto con los pacientes para resolver su crisis. El informar al paciente o familiares sobre la existencia y las complicaciones de una determinada enfermedad o lesión por parte de médicos o enfermeras, es el momento para ofrecer la primera ayuda psicológica, y observar la trayectoria de la resolución de la crisis y si es necesario llegar a la intervención de segundo grado. Otro tipo de relación o de contacto, son las correlaciones somá-

ticas de todas las crisis; es decir, el enfrentarse a determinadas crisis de la vida (divorcio, desempleo, jubilación, etc.) pueden derivar a síntomas físicos, por lo que la labor de los profesionales de la salud en estas circunstancias es el diagnóstico apropiado y canalizar al tratamiento adecuado como puede ser la terapia en crisis. Existe diversa literatura que apoya la intervención en crisis en el ámbito hospitalario, como apoyo psicológico en las circunstancias de una enfermedad terminal y la muerte de un miembro de la familia. Algunos informes describen como se ayudó a miembros de la familia a expresar y entender las más complejas mezclas de emociones en forma grupal e individual, enfatizando que las intervenciones con la familia deben continuarse a lo largo del curso de la enfermedad y más allá del momento de la muerte (15). Con respecto a la muerte de un miembro de la familia, se han hecho intentos para demostrar empíricamente la eficacia de la intervención en crisis con el recién afligido (16), obteniendo resultados positivos. Haciendo ver, que si la muerte es en un hospital, los profesionales de la salud podrían ser los interventores más apropiados ya que son los que establecieron contacto psicológico con las familias antes de la muerte de su ser querido. Si el paciente muere en su hogar, pero fué paciente externo, entonces el interventor más adecuado podría ser el personal clínico.

Cabe señalar que la terapia en crisis, no basa su efectividad en sus técnicas (puesto que, retoma técnicas de otras terapias de gran efectividad) sino en el hecho de que todo lo que el terapeuta hace es ayudar y dirigir al afectado para enfrentar el impacto de crisis en cada área de su vida, con el fin de "enfren-

tar el suceso de crisis de modo que se llegue a integrar funcionalmente dentro de la estructura de vida, dejando al paciente dispuesto, en vez de indisposto, para enfrentar el futuro" (17). Con este fin, la intervención de segundo orden, lleva a cabo los siguientes pasos o actividades que serán la guía para el proceso de la terapia. Cada estrategia se dirigirá a ayudar al paciente o familia a tratar una o más de estas tareas. En forma particular la intervención en crisis con familias, ha aplicado los programas de constructores de hogares, encadenamiento, entrenamiento para la solución de problemas y la terapia de multicomponentes incluyendo la solución de problemas, negociación, terapia individual, medicación y rehabilitación (18).

4.5.1. Valoración.

La evaluación en la situación en crisis inicia con los cinco subsistemas de la persona, es decir un perfil de la personalidad CASIC (sistemas conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognoscitiva). En el "sistema conductual" se valora el funcionamiento conductual del afectado, enfatizando los excesos y deficiencias, antecedentes y consecuencias de las conductas clave y las áreas de capacidad o incapacidad.

En las "variables afectivas" aparte de considerar el rango total de sentimientos, se dá también atención a la valoración de la congruencia social o la rivalidad entre el afecto y diversas circunstancias de la vida. Sin dejar de tomar en cuenta los antecedentes y consecuencias de los diversos sentimientos.

En el funcionamiento "somático" se codifica particularmente las

correlaciones somáticas de la angustia psicológica y/o problemas físicos que pudiera precipitar la situación en crisis, además de el funcionamiento físico general de salud.

En la "modalidad interpersonal" se registra la información sobre la cantidad y calidad de relaciones sociales interpersonales. Y por último la "modalidad cognoscitiva" que codifica el rango total de pensamientos y las aseveraciones que hace la gente de sí mismo con respecto a su conducta, sentimientos, funcionamiento físico. Imágenes o descripciones mentales. La premisa central de las terapias cognoscitivas es que "nuestras reacciones emocionales a los sucesos de la vida dependerán de nuestras interpretaciones cognoscitivas, evaluaciones y creencias. Una reacción emocional como la depresión, culpa o remordimiento, no se produce por un suceso externo, sino por los pensamientos que intervienen sobre este" (19).

4.5.2. Valoración de las hipótesis.

La valoración en la terapia en crisis, se basa sobre las suposiciones siguientes: 1. Valorar el impacto del suceso de crisis sobre las 5 áreas del funcionamiento de la persona (conducta, sentimientos, salud física, relaciones interpersonales y cognición). Sin omitir ninguna, para una comprensión total de la crisis. 2. Los 5 subsistemas CASIC, se interrelacionan de tal modo que los cambios en uno pueden conducir al cambio en las otras áreas. 3. Es importante valorar las capacidades y debilidades en el funcionamiento CASIC durante la crisis, para poder reforzar uno y repercutir en otro, por ejemplo: valorar un patrón

de ejercicios físico regular (conducta) como un medio para enfrentar el estrés físico (somático) por el desempleo inesperado de una persona. 4. Valorar en la crisis de un individuo, las variables contextuales de la familia/ambiente social, comunidad y cultura. Estas variables del suprasistema pueden mantener un nivel actual de angustia o ser fuente de apoyo social. 5. Se deben organizar los procedimientos de valoración al final de la terapia, y algunos puntos del seguimiento. Deducir variables de la personalidad de la pre-crisis a través de la crisis y períodos post-crisis como medio de crecimiento gradual. 6. El propósito de la valoración es proporcionar un perfil del funcionamiento de la crisis CASIC en el contexto de un perfil similar del funcionamiento pre-crisis CASIC, con el fin de seleccionar las estrategias de tratamiento.

A través de una entrevista clínica, se obtiene la información para la valoración. Se aplica un cuestionario al paciente a solas o con sus parientes o amigos cercanos. Su aplicación tiene el objetivo de determinar el impacto del suceso de crisis sobre el funcionamiento conductual afectivo, físico, interpersonal y cognoscitivo.

4.5.3. Registro de la evaluación.

El terapeuta utiliza un breve cuestionario para obtener la información, el cual también puede ser una guía para estructurar la entrevista de evaluación. Es importante que la información se obtenga de cada una de las siguientes áreas:

1. Suceso(s) precipitante(s): es primordial conocer lo que pasó

para desencadenar la crisis. Cuándo ocurrió, quienes estuvieron presentes o involucrados, como fondo para saber como interactúa el suceso con la autoimagen del paciente, estructura de la vida y propósitos en ella.

2. Problema presente: resumen en el momento de la referencia.Cuál es el motivo de consulta, qué espera de la terapia, etc.

3. Contexto de la crisis: De inicio es importante determinar su efecto sobre la familia y/o grupo social inmediato. ¿Cómo podrían afectarse los miembros de la familia y vecinos por el curso de la crisis del paciente? ¿están ayudando al paciente los intentos de la familia, o en realidad están agrabando el problema?, etc.

4. El funcionamiento CASIC de la pre-crisis: el objetivo es determinar qué tan bien funcionaba el individuo antes del suceso de crisis, identificar los aspectos más sobresalientes del funcionamiento CASIC del paciente durante la niñez, pubertad, adolescencia, adultez joven, madurez y jubilación. Y como pueden relacionarse al suceso de crisis. Se enfatiza la valoración a los siguientes patrones previos de enfrentamiento y conflictos personales no resueltos.

- medios previos de enfrentamiento y solución de problemas.

- recursos personales y sociales más obvios.

- capacidades y debilidades más notables en el funcionamiento CASIC.

- conflictos no resueltos y asuntos incompletos que podrían ser ocasionados por la crisis.

- satisfacción relativa o insatisfacción con la vida.

- etapa del desarrollo pre-crisis.

- excesos y diferencias en cualesquiera de las modalidades

CASIC.

-propósitos y estructura de la vida para lograr metas.

-virtud de adaptación entre estilo de vida y suprasistemas (familia/grupos sociales, comunidad y sociedad).

-otras tensiones antes del suceso de crisis (20).

5. Funcionamiento CASIC de la crisis: el propósito principal es determinar el impacto del suceso precipitante en las 5 áreas del funcionamiento CASIC del individuo, dando atención particular a las situaciones claves en cada una de las modalidades.

4.5.6. Tratamiento.

La información obtenida del perfil de la personalidad CASIC de la crisis, sigue como guía de la actividad del paciente durante el proceso de enfrentamiento, en la que intervienen 4 tareas de resolución: 1. supervivencia física en las consecuencias de la crisis, 2. expresión de sentimientos relacionados con la crisis, 3. dominio cognoscitivo de la experiencia completa y 4. adaptaciones conductuales/interpersonales requeridos para la vida futura.

1. Supervivencia física: es de primordial importancia, la primera tarea de resolución de la crisis para los pacientes, permanecer vivos y físicamente lo mejor posible, durante el período de estrés y desorganización personal. La primera medida a tomar es la prevención a una posible tendencia suicida. Aquí puede intervenir la primera ayuda psicológica. Aparte de proteger la propia vida u otro daño físico, es indispensable que el paciente tenga orden en su dieta, ejercicios y descanso/patrones de

sueño, para poder pasar a las otras tareas de resolución de la crisis. En el caso de angustia emocional excesiva, se recomienda visita al médico para ayudar a manejar la ansiedad o facilitar el sueño a través de fármacos. Aunque esta recomendación tiene sus desventajas; interferencia con la expresión de sentimientos y dominio cognoscitivo o conducir a la dependencia si se trata por períodos largos. Como medida terapéutica se les puede enseñar a los pacientes principios del ejercicio aeróbico, relajamiento muscular interno o yoga para enfrentar la tensión física y mental que acompaña a una crisis y facilitar el sueño al final del día. Esto puede indicar el principio no sólo del enfrentamiento sino en el progreso en el cuidado del cuerpo.

2. Expresión de sentimientos: la finalidad de la segunda tarea de la resolución, es ayudar a los pacientes que expresen, de manera adecuada, los intensos sentimientos que acompaña a la crisis, con lo que se considera que se libera energía emocional y la cual puede usarse constructivamente en otros aspectos de la vida. Esta premisa se basa en el concepto de "asunto incompleto" (21) idea que las emociones son totalmente comprendidas, aceptadas, o expresadas en el momento en que se presentaban, sino que aparecen más tarde como constricciones disfuncionales del pensamiento y conducta, así también como trastorno somático. Como entrada a esta tarea es indispensable que primero el paciente identifique sus pensamientos. Por ejemplo, muchos pacientes están enojados y parecen no saberlo, reprimen ésta por la angustia de creer que es una forma de no poder manejar sus problemas. O simplemente ignoran lo que tienen que hacer con la

cólera, angustiándose por creer que al expresarla perderán el control y posiblemente lleguen a la violencia física.

Una estrategia terapéutica para identificar los sentimientos es un "escuchar activo" de lo que sucedió y cómo se siente con respecto a los sucesos, esto permite que el paciente admita un rango de sentimientos penosos. Los sentimientos sirven también como reflexión del proceso de pensamiento del paciente que conduce a la siguiente tarea el "dominio cognoscitivo". Beck en 1971, sugiere que las emociones de depresión y tristeza se asocian con la evaluación cognoscitiva de la pérdida de algo positivo, la ansiedad de la valoración cognoscitiva de amenaza y peligro y la cólera se asocia con una percepción cognoscitiva de injusticia.

Existen diversas estrategias que posibilitan la expresión de sentimientos. Una simple empatía puede producir que el paciente lllore y exteriorice su angustia, ansiedades, etc., cuando estos sentimientos están a flor de piel. Otros pacientes solo necesitarán que se les dé "permiso" para expresar sus sentimientos, haciéndoles ver que es lo más natural a las circunstancias de una crisis. A algunos se les tendrá que asegurar que sus emociones excesivas no son signo de psicopatología. Estas estrategias involucrarán un nuevo ofrecimiento de conocimiento o de educar a los pacientes sobre sus sentimientos. Muchos pacientes trabajan sobre "ideas falsas", por ejemplo: que serán menos hombres si lloran o que perderán el control.

La responsabilidad principal del terapeuta, es ayudar al paciente para expresar e identificar sus sentimientos y descubrir lo que en realidad significan, en términos de experiencias pasadas, expectativas actuales y planes futuros. Todo esto dá pié al

dominio cognoscitivo.

3. Dominio cognoscitivo: esta tercera tarea de la resolución de la crisis, toma como premisa, que los "factores cognoscitivos son el mecanismo por el que los sucesos externos se convierten en crisis personales" (22). A través de la perspectiva cognoscitiva, se puede llegar a la comprensión del porqué un suceso conduce a la crisis. La valoración debe extraer información sobre las imágenes del paciente, así como de sus pensamientos sobre la comprensión del porqué un suceso particular conduce a la crisis. Se requiere de 3 tipos de actividades del paciente para conseguir el dominio cognoscitivo sobre la crisis en base a los datos obtenidos en esta área: a) el paciente debe obtener una comprensión basada en la realidad del suceso de crisis. El terapeuta le pide al paciente que cuente la historia sobre lo que pasó, sin omitir detalle; posteriormente se le encamina a una serie de preguntas que lo llevarán a alguna comprensión de lo que pasó y porqué. El papel del terapeuta es el de servir como moderador de la realidad. b) el paciente debe comprender el significado del suceso, como choca con las expectativas y mapas cognoscitivos, propósitos de la vida, sueños y creencias religiosas. La información se obtiene de las propias palabras del paciente. Aquí el terapeuta debe señalar lo que significa el suceso para el paciente, como puede ser ideas falsas o creencias irracionales. El terapeuta debe ser cauteloso sobre los mecanismos cognoscitivos involucrados en la crisis, en la información al paciente, tratando que éste extraiga conclusiones por sí mismo o al menos ser receptivo a la interpretación terapéutica. Todo paciente en

crisis tiene alguna comprensión cognoscitiva del suceso de crisis y algún pensamiento/imágen sobre lo que significa todo eso para el futuro, la clave es si éstos conocimientos son reales, racionales y si conducen a un crecimiento y adaptación futura. c) la tercera actualidad del dominio cognoscitivo, es reconstruir, reestructurar, reubicar conocimientos, imágenes y suceso de crisis. El propósito es ayudar al paciente a enmendar la filosofía total de la vida.

4. Adaptaciones conductuales interpersonales: La tarea final en la resolución de la crisis se basa en el cambio conductual. Que consiste en cambiar sistemáticamente los niveles de actividad que sirven para combatir la depresión. Una comparación del funcionamiento de la crisis en las modalidades conductuales e interpersonales con el funcionamiento pre-crisis, sirve como guía para identificar las actividades del paciente específicos necesarios para llevar a cabo la tarea.

La guía de estas cuatro tareas, sirven como mapa cognoscitivo para el terapeuta. El cual debe estimar el progreso de la tarea con el paciente durante cada sesión requerida, sin dejar de considerar lo siguiente: a) determinar qué problemas son los más sobresalientes para el paciente o la familia en ese momento, b) iniciando con la actividad de la resolución, que podría ser lo más fácil de tratar (lo que es más moldeable para cambiar) y c) buscar la actividad de la resolución de la crisis que parece que explica la mayor variación en la desorganización total del paciente y/o familia.

La evaluación de los resultados, es en el seguimiento, sea después de algunas semanas de la terapia o a seis meses, uno o más

años después. Se examina los subsistemas CASIC para determinar la naturaleza de la resolución de la crisis. Si se ha dirigido hacia el crecimiento o debilitamiento, y en que forma. Saber cuales han sido las ganancias y pérdidas en cada área del funcionamiento de la persona o familia. Al evaluar el estado del funcionamiento del individuo y/o familia en el seguimiento, considerando lo estimado en la precrisis y los períodos de crisis, se sabrá si la crisis se ha o no resuelto, y en que dirección.

Conclusiones:

Hemos podido analizar y revisar las concepciones que el hombre ha tenido respecto a la muerte en el transcurso de su historia. Y se ha determinado que la muerte es un fenómeno complejo en el que intervienen diversos procesos; bioquímicos, psíquicos y de comportamiento a nivel individual y grupal. Y rodear la muerte de nociones mágicas y míticas o quitarle este velo y verlo como un simple accidente biológico depende fundamentalmente de la estructura socio-cultural, ideológica-religiosa de cada sociedad en particular. Sin embargo, es sumamente interesante observar que todas las culturas humanas tienen la inquietud o necesidad de dar respuesta a su existencia y muerte y cómo se ha apoyado en mitos, creencias y costumbres para poder elaborar adecuadamente esa angustia y temor que se tiene a la muerte.

Los cambios socio-culturales e ideológicos de las sociedades modernas han repercutido en la percepción de la muerte del hombre actual. Pero también, en años recientes, los cambios profundos que ha experimentado la atención y visión del moribundo en el hospital a consecuencia de la tecnificación, la comercialización y la expansión de los servicios médicos, ha afectado la resolución adecuada a la pérdida y duelo de un miembro de la familia. Además, en el ámbito hospitalario la relación médico-paciente, juegan un papel importante para la asimilación psicológica de la próxima muerte tanto por parte del enfermo y su familia. Esta relación tiene aspectos "afectivos" y está sujeta a normas "éticas y sociales", que el psicólogo no debe dejar a un lado para proporcionar su apoyo en esos momentos.

La participación del psicólogo en el ámbito hospitalario, tiene un carácter relevante si consideramos; la pérdida actual del apoyo socio-cultural-religioso (anómia) de la familia afectada; la ruptura de una relación afectiva y de comprensión y compromiso médico-paciente-familia; la infinidad de factores que intervienen para la resolución psicosocial adecuada ante una pérdida, como la integridad y madurez psicológica, experiencia de la muerte personal y familiar, etc. Por lo que no se puede negar que un individuo/familia que vivencia una enfermedad terminal pasa por una serie de procesos que afectan por igual su integridad individual, en tanto totalidad psicofísica, como a su entorno familiar. Por ello el psicólogo debe trabajar desde una perspectiva pluridimensional que permita situar al hombre como persona en el lugar que le corresponde, como una totalidad biopsicosocial.

Las propuestas de intervención psicológica responden a ésta perspectiva pluridimensional que corresponden a un marco conceptual general: la concepción sistémica y humanística. La concepción sistémica permite ver el cuerpo, la personalidad, el grupo, la sociedad y la cultura como sistemas abiertos en interacción recíproca continua. Y la orientación humanística, tiene como centro de interés al hombre como una totalidad. Visión general abarcativa del hombre necesaria para ayudar en una forma más adecuada al paciente terminal y su familia en un ambiente hospitalario. Lo cual puede ser en forma directa o indirecta. Directamente, proporcionando ayuda a la familia, paciente y equipo médico. En forma indirecta, capacitando personal del equipo de salud para que estos ofrezcan el apoyo adecuado.

NOTAS

CAPITULO 1.

- (1) E. Morin, cit pos., Jean Ziegler, "Los Vivos y la Muerte", p. 109.
- (2) Ibid., pp. 145-146.
- (3) Ibid.
- (4) No era visto como algo lógico, al contrario era para ellos algo ilógico y anormal, que sólo podía tener una explicación más allá del mero desarrollo biológico del ciclo vital.
- (5) Término referente a la vida de ultratumba.
- (6) Bella, Robert N., "Religious Evolution", American Sociological Review 29, 1964.
- (7) Francisco Ramos, et al., "La muerte: realidad y misterio", p.39.
- (8) Ramos, op cit., p.40.
- (9) Ibidem., p. 41.
- (10) Vida consagrada a los ejercicios piadosos.
- (11) Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales, p.276.
- (12) J. E. Meyer, "Angustia y Conciliación de la Muerte en Nuestro Tiempo", pp. 12-17, 121-122, 1983.

CAPITULO 2.

- (1) Cabe aclarar, que no hay que confundir la definición de muerte psicológica (incapacidad o deficiencia severa de las funciones intelectuales de un individuo que no le permiten interactuar intelectual y socialmente con sus semejantes) con el punto de interés del tema, reacciones psicológicas

ante dicho suceso.

- (2) Katembaun y Aisenberg, cit pos., Federico Ortiz, "El acto de Morir", p. 17.
- (3) Kübler-Ross, "Sobre la Muerte y los Moribundos", p. 15.
- (4) León S. Pérez, "Muerte y Neurosis", p. 13.
- (5) Ibid., pp. 13-14.
- (6) Ramos, "La Muerte: realidad...", p.19.
- (7) Ibid., p. 25.
- (8) Jeffers y Verwoerdt, cit pos., Ramos, op cit., p. 25.
- (9) Hipócrates, De Morbis, citado en Bulletin de la Société Française de Thanatologie.
- (10) Masson, cit pos., Jean Ziegler, "Los Vivos y...", p. 194.
- (11) Ziegler, "Los Vivos y...", p. 195.
- (12) F. Taylor, "Letter to the Editor", Journal of the American Medical Association, p. 295.
- (13) Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death en Journal of the American Medical Association, vol. ccv, núm. 6, 5 de agosto 1968, cit pos., Ziegler, op cit., pp. 201-202.
- (14) Dr. Luigi Segatore, "Diccionario Médico Traide", p. 845.
- (15) Ramos, "La muerte: realidad y...", pp. 12-13.
- (16) David Sudnow, "La Organización Social de la Muerte", p. 79.
- (17) Ibid., pp. 92-93.
- (18) Parsons, Talcott, "Death in American Society: A Brief Working Paper. American Behavioral Scientist 6, 1963, pp. 61-65
- (19) Thomas, L. V. "Antropología de la Muerte", cit pos., Ramos, op cit., pp. 8-9.
- (20) Dora Sierra C., "Ofrendas de Muertos", Depto. de Etnografía,

1983, INAH-SEP.

- (21) Aries Ph., "La Muerte en Occidente", 1982, "El Hombre ante la Muerte", 1983.

CAPITULO 3.

- (1) Margaret S. Stroebe, Wolfgang Stroebe & Robert C. Hansson, "Bereavment Research: An Historical Introduction", *Journal of Social Issues*, pp. 1-18.
- (2) *Ibid.*, p. 7.
- (3) Mathylde Reyes, "Creencias y Cultos a la Muerte en México", *Rev. Queretaro*, Año V, No. 52, octubre de 1989.
- (4) Bowlby J., (1971), *Attachment and Loss (vol. 1): Attachment*. Harmondsworth, England" Pelican, cit pos., Stroebe, Stroebe & Hansson.
- (5) Parkes, C. M., 1986, cit pos., Stroebe, Stroebe & Hansson, "An Historical...", p. 9.
- (6) Lapota H. S., 1979, "Woman as Widows: Support systems, New York: Elsevier".
- (7) Stroebe W., Stroebe, 1978. "Bereavment and Health". New York Cambridge University Press.
- (8) Glick et al., Stroebe, Stroebe & Hansson, "Bereavment...", p. 10.
- (9) *Ibid.*
- (10) Rosemary Eustace J., "La Práctica Terapéutica y Cronocidad: un Recorte", en "El Enfermo crónico y su Familia", p. 43.
- (11) Jhon S. Rolland, "Chronic Illness and the Life Cycle: A Conceptual Framwork", *Journal Family Process*.

- (12) La enfermedad de Alzheimer es una afección grave producida por la degeneración de las células corticales del cerebro. Provocando agitación psicomotriz, trastornos de la marcha, pérdida del sentido crítico y debilidad en la aprehensión. El curso evolutivo es mucho más rápido que en la demencia senil, llevando en pocos años a la muerte.
- (13) Vid., definición y tipo de enfermedades en el punto 3.2, p. 49.
- (14) Moss, RH., cit pos., Rolland "Chronic Illness...", p. 207.
- (15) Baszormeny Nagy, I. & Spark, G. M., 1973, cit pos., Jhon S. Rolland, "Chronic Illness...", p. 210.
- (16) Mc. Goldrick y Walsh, Ibid., p. 210.
- (17) Levinson D. J., "The Seasons of a Man's Life", p. 201.
- (18) Cambrinck-Graham, cit pos., Rolland, "Chronic Illness..." p. 214.
- (19) Stroebe, et al., op cit., Sherron Valeriotte y Marshal Fine, "Bereavment Following the Death of a Child: Implications for Family Therapy, Journal Contemporary Family Therapy, 9 (3), p. 203.
- (20) Hoagland, 1983, cit pos., Ibid.
- (21) Church, 1981, Ibid.
- (22) Wezman y Kamm, 1985, Ibid., p. 204.
- (23) Gorer, cit pos., Stroebe, et al., Historical Introduction.., pp. 10-11.
- (24) Etapas descritas anteriormente vid supra., punto 3.3.1.
- (25) Vollman, cit pos., Sherron y Marshal. "Bereavment Following... p. 205.
- (26) Solomon, 1983, Ibid.

- (27) Adalen, 1980, May & Breme 1982-83; Sanders, 1982-83; Smialek, 1978; Vollman, et al., 1971; Ibid.
- (28) Smialek, 1978; Weizman & Kamm, 1985; Ibid., p.206.
- (29) Lewis, Page, 1978; Ibid.
- (30) Bourne & Lewis, 1984; Kellner, et al., 1981; La Roche, et al., 1984, etc. Ibid.
- (31) Smaliek, 1978, Ibid., p. 207.
- (32) Krell & Rabkin, pos cit., p. 208.
- (33) Hare-Mustin, 1979, Ibid.
- (34) Krell & Rabkin, pos cit.
- (35) Krell & Rabkin, pos cit., p. 208-209.
- (36) Osterweis, Solomom & Green, 1984; Parkes, 1986; Stroebe & Stroebe, 1987; cit pos., Stroebe, et al., pos cit.

CAPITULO 4.

- (1) Los trabajos y propuestas son realizados por diversos profesionales como: Médicos, Fine, 1970; Gordillo, 1982; profesionales de la salud mental, Korsch, et al., 1971. 1980; Satterwhite, 1978; Drotar, Ganofsky, Makiler, De Maio, 1981; Eustace, 1982 y enfermeras, Frauman y Lansing, 1983, cit pos., Teresa Robles, et al., "El Enfermo Crónico y....".
- (2) Ludwid Von Bertalanffy, "Teoría General de los Sistemas", introducción.
- (3) Ibid., cap. 3.
- (4) Escritos por Norbert Wiener "Cibernética", 1949; "Cibernética y Sociedad", 1950.
- (5) La epistemología constructivista propone: cual fuere la rea-

lidad cada uno de nosotros construye una "realidad interna", una visión del mundo que nos determina, que determina nuestra conducta. Martha Hernández y Rosmary Eustace, 1987; "El Enfermo Crónico y...".

- (6) Gross y Groodrich, 1985; Blum, 1983c, Robles de Fabre, 1982a y Espejel, 1987; Ibid., p. 83.
- (7) Robles de Fabre y Blum, 1982a y Klatt, 1987, Ibid.
- (8) Minuchin, et al., 1969; Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman, 1981; cit pos., Martha Fernández, 1987, "El Enfermo Crónico y...", p. 25.
- (9) Barber y Adrian, 1982, Ibid.
- (10) Caplan, 1964; cit pos., Karl A. Slaikeu, "Intervención en Crisis", p. 3.
- (11) Fowler y McBee, 1973; Knickerbocker y McBee, 1972; Slaikeu, Lester y Tulkin y Speer, 1975, Ibid.
- (12) Baldwin, Ibid., p. 6.
- (13) Investigación realizada por Moos, 1976, Ibid., p. 7.
- (14) Taplin, 1971; Rapoport, 1965; Ibid., p. 14.
- (15) Capone, et al., 1979; Cohen Wellisch, 1978; Giacquinta, 1977; Grady, 1975; Kopel y Mock, 1978; Ibid., pp. 49-54.
- (16) Raphael, 1977; Williams, Lee y Polak, 1976; Williams y Polak, 1979, Ibid., cap. 8.
- (17) Ibid., p. 104.
- (18) Las etapas terapéuticas mencionadas son algunas de las técnicas dirigidas al cambio de la familia como grupo en la intervención en crisis, por Kinney, 1978; Rueveni, 1981; Eisler y Hersen, 1973; Langsley, 1978; respectivamente. Ibid., p. 278.

- (19) Beck, 1976, Ellis, 1962, 1974; Mahoney, 1974, Meichenbaum, 1977, Ibid., p. 107.
- (20) Caplan, 1961-64; Lazarus, 1976-80; Aguilera et al., 1974; Miller e Iacoe, 1963; Erikson, 1963; Danish y D' Angelli, 1980; Stevenson, 1977; Levinson, 1976; Kraus, 1979; Ibid., p. 119.
- (21) Perls, 1969, Ibid., p. 123.
- (22) Taplin, 1971, Ibid., p. 124.

BIBLIOGRAFIA

- Aries, Ph. La Muerte en Occidente, 1982; El Hombre Ante la Muerte, 1983. Barcelona Ed. Argos-Vergara, 1982-1983.
- Bella, Robert N. Religious Evolution, American Sociological Review 29, 1964.
- Fuente, Ramón de la. Introducción al estudio de la Psicología Médica. Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiatría. Depto. de Psiquiatría y Salud Mental, UNAM, febrero 1988, pp. 1-32.
- Joachime E. Meyer. Angustia y Conciliación de la Muerte en Nuestro Tiempo. Vol. 118. Barcelona, Ed. Herder, 1983, (Biblioteca de Psicología), 115 pp.
- Kübler Ross, Elisabeth. Sobre la Muerte y los Moribundos. Traduc. Neri Daurella. Barcelona. Ediciones Grijalbo, 1975, 1989, 360 pp.
- León S. Pérez. Muerte y Neurosis. Buenos Aires. Ed. Paidós, 1965, 181 pp.
- Norbert, Elias. La Soledad de los Moribundos. Traduc. Carlos Martín. México, FCE, 1987. (Fin de Mundo 1) 111 pp.
- Lapota, H. Z. Women as Widows: Support Systems. New York: Elsevier, 1979.
- Levinson, A. J. The Seasons of a Man's Life. New York: Alfred A. Knopf, 1978.
- Ortiz O., Federico. El Acto de Morir. 6a ed. México, Ed. Némesis, 1989. (Dolor, Enfermedad y Muerte), 77 pp.
- Parkes, C. M. Bereavement as a Psychosocial Transition of Adaptation to Change. Journal of Social Issues, vol. 44, No. 3,

1988, 53-65 pp.

Ramos, Francisco, et al. *La Muerte: Realidad y Misterio*. Vol. 92. Barcelona, Ed. Salvat Editores, 1986. (Temas Clave 92), 64 pp.

Reyes, Mathylde. *Creencias y Cultos a la Muerte en México*. Rev. Queretaro, Año V, No. 52, octubre 1989.

Riley, Jhon W. *Las Sociedades Primitivas*. Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales. Ed. Aguilar, 1978, p. 275.

Robles de Fabre, Teresa, et al. *El Enfermo Crónico y su Familia*. Prol. Braunstein. México, Ed. Nuevomar, 1987, 149 pp.

Rolland, J. S. *Chronic Illness and the Life Cycle: A Conceptual Framework*. *Family Process*, vol. 26, June 1987, pp. 202-221.

Segatore, Luigi. *Diccionario Médico*. Ed. Teide. Barcelona. 5a ed. revisada, 1975.

Sierra C., Dora. *Ofrendas de Muertos*. Museo Nacional de Antropología. INAH-SEP. Depto. de Etnografía, 1983.

Slaikou, Karl A. *Intervención en Crisis*. Traduc. Lic. Ma. Gabriela Ledesma. México, Ed. El Manual Moderno, 1988, 313 pp.

Stroebe, M.; Stroebe, W. and Hansson, R. *Bereavment Research: An Historical Introduction*, *Journal of Social Issues*, vol. 44, No. 3, 1988, pp. 1-18.

Sudnow, David. *La Organización Social de la Muerte*. Traduc. Giovannd Von Winckhler. Buenos Aires, Ed. Tiempo Contemporáneo, 1971, (Análisis y Perspectivas, Ciencias Sociales), 207 pp.

Valeriote, Sh.; Fine, M. *Bereavment Following the Death of a Child: Implications for Family Therapy*. *Contemporary Family Therapy*, 9(3), Fall 1987, pp. 202-217.

Von Bertalanffy, Ludwig. Teoría General de los Sistemas. Traduc.

Juan Almela. 1a ed., 3a reimp. México, FCE, 1986, 311 pp.

Ziegler, Jean. Los Vivos y la Muerte. Traduc. Ma. Dolores de la

Peña. México, Ed. Siglo XXI, 1976, 345 pp.

INDICE

| | |
|--|----|
| Introducción | 1 |
| 1. ANTECEDENTES HISTORICOS SOBRE LA CONCEPCION DE LA MUERTE. | |
| 1.1. La muerte en la sociedad primitiva. | 4 |
| 1.2. La muerte en la sociedad antigua. | 8 |
| 1.3. La muerte en la sociedad moderna. | 12 |
| 2. DEFINICION DEL CONCEPTO MUERTE DESDE DIFERENTES PUNTOS DE VISTA. | |
| 2.1. Punto de vista psicológico. | 18 |
| 2.2. Punto de vista médico | 25 |
| 2.3. Punto de vista social | 31 |
| 3. REACCIONES PSICOSOCIALES ANTE EL PROCESO DE MUERTE. | |
| 3.1. Perspectiva histórica sobre estudios y teorías desarrolladas | 36 |
| 3.2. Respuestas psicosociales ante el proceso de muerte. | 48 |
| 3.3. Respuestas psicosociales en el duelo. | 61 |
| 4. LA INTERVENCION DE LA PSICOLOGIA COMO INSTRUMENTO DE APOYO A LA FAMILIA EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS. | |
| 4.1. Características teóricas de los probables modelos de intervención. | 72 |
| 4.2. Teoría General de los Sistemas: antecedentes y bases teóricas. | 74 |
| 4.3. Teoría General de los Sistemas: la práctica terapéu- | |

| | |
|--|-----|
| tica en hospitales. | 76 |
| 4.4. Teoría de la Crisis: antecedentes y bases teóricas. . | 89 |
| 4.5. La intervención en crisis: la práctica terapéutica en hospitales | 97 |
| | |
| Conclusiones | 109 |
| Notas | 111 |
| Bibliografía | 118 |