

6 01962



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

División de Estudios de Posgrado

“SOSTÉN – ACOMPAÑAMIENTO PARA PACIENTES EN FASE TERMINAL”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

P R E S E N T A:

ANA MARGARITA COBIÁN CRESPO

Directora de Tesis:
Dra. María Emily Ito Sugiyama
Comité de Tesis:
Dra. Berta Blum Grinberg
Mtra. Ana María Fabre y Rivero
Dra. Luisa Rossi Hernández
Mtro. Fernando Vázquez Pineda



MÉXICO D.F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2002



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.

Con Cariño les dedico esta tesis a
Mikel, Miguel Angel, María Leonor,
Margarita Estela y Juan Manuel.

En recuerdo de todos mis pacientes
que fueron los que me enseñaron a valorar
cada momento de la vida y gracias a ellos
ahora puedo transmitirles esta experiencia.

Agradecimientos

Les agradezco a mis compañeros de Supervisión el que me hayan acompañado, escuchado y apoyado en todo momento, para entender que sucedía a mi alrededor y sacarle provecho a está experiencia.

Le agradezco a la Dra. Ana María Fabre, todo el tiempo que dedico a enseñarme y a escuchar los casos clínicos que le presente, porque a través de sus conocimientos pude ayudar a mis pacientes en fase terminal.

Le agradezco al Dr. Miguel Matrajt, que durante todo ese tiempo en mi análisis me ayudo a entender muchas cosas de mi misma y a superar lo que estuve viviendo en esa etapa.

Les agradezco a la Dra. Emily Ito Sugiyama, Dra. Bertha Blum Grinberg, el apoyo, entusiasmo y confianza que me brindaron desde el inicio para realizar esta tesis.

Les agradezco al Mtro. Fernando Vazquez Pineda y a la Dra. Luisa Rossi Hernández, por los comentarios y aportaciones que me hicieron para este trabajo.

Agradezco a mi familia su apoyo incondicional, porque sin ellos no hubiera podido realizar esta tesis. Gracias a la familia Goes Crespo, De León Crespo, Crespo Palacio, y Cobián Crespo, y Navarro Rivera.

ÍNDICE

I

Resumen

Introducción

Capítulo I. Perspectivas acerca de la muerte.....	1
I.1. En la medicina.....	1
I.2. En la antropología.....	10
I.2.1. Antropología y mitos de la muerte.....	11
I.3. En la literatura.....	30
I.4. En la cultura popular.....	36
Capítulo II. Clínica psicoanalítica de la muerte.....	42
II.1. Representación de la muerte.....	43
II.2. Marcas del ser mortal.....	48
II.3. El duelo.....	50
II.4. Pulsión de vida y de muerte.....	56
II.5. El saber y no saber.....	61
II.6. Elaborar y construir la muerte.....	66
II.7. El morir solo o acompañado.....	70
Capítulo III Sostén - acompañamiento.....	72
III.1. Teoría del pensamiento.....	73
III.2. Teoría del apego.....	82

III.3. Identificación adhesiva.....	87
III.4. Sostenimiento o holding.....	92
III.4.1. Definición y objetivos de la propuesta de sostén - acompañamiento.....	95
Capítulo IV Perspectivas de la calidad de vida del paciente terminal en algunos hospitales del Estado.....	98
IV.1. Definición e historia de la salud pública.....	98
IV.2. La organización y función de las instituciones públicas.....	102
IV.3. La función de la institución de salud ante la muerte.....	109
IV.4. La función del médico ante la muerte.....	114
Capítulo V Método.....	123
V.1. Preguntas de Investigación.....	123
V.2. Escenario.....	123
V.3. Muestra.....	123
V.4. Procedimiento.....	125
Capítulo VI Resultados e Interpretación.....	130
VI.1. Descripción de casos clínicos.....	131
VI.1.1. Alejandro.....	131
VI.1.2. Julieta.....	132
VI.1.3. Leonardo.....	133
VI.1.4. Lourdes.....	133

VI.1.5. Patricia.....	134
VI.2.El proceso de sostén - acompañamiento.....	135
VI.2.1.El proceso de sostén - acompañamiento de forma general.....	135
VI.2.2. El proceso de sostén - acompañamiento en cada paciente.....	140
VI.2.2.1. Alejandro.....	140
VI.2.2.2. Julieta.....	142
VI.2.2.3. Leonardo.....	145
VI.2.2.4. Lourdes.....	147
VI.2.2.5. Patricia.....	149
VI.3. Descripción de la experiencia del psicoterapeuta.....	152
VI.3.1. Alejandro.....	152
VI.3.2. Julieta.....	152
VI.3.3. Leonardo.....	153
VI.3.4. Lourdes.....	155
VI.3.5. Patricia.....	156

Discusión y conclusiones.

Bibliografía.

Resumen

I

El presente trabajo surge de la reflexión acerca de una experiencia clínica y la teoría que inspiró dicho trabajo. El trabajo de reflexión y de vinculación teórica se fue dando en la medida en que en mis prácticas profesionales dentro de un hospital del Estado, lidiaba con la muerte. Por lo que se trató de articular la teoría y la práctica para crear una propuesta de tratamiento de tipo psicológico.

Debido a que en ese tiempo que trabajé con enfermos terminales, me percaté de que no había ningún otro tipo de tratamiento más que el farmacológico que era dado por los psiquiatras y médicos tratantes. De vez en cuando se brindaba un *apoyo tanatológico*. Esta necesidad institucional me hizo pensar en buscar una forma de ayudar a aquellos pacientes que se encontraban cerca de la muerte por diversas causas.

Sin embargo, también durante este tiempo observé y viví de cerca lo que la muerte nos significa como seres mortales condenados a la finitud. El proceso que se vive cuando se acompaña a los pacientes. Fue entonces cuando comencé a investigar desde el marco teórico psicoanalítico, como se podía sustentar el trabajo con este sector de la población. De esta investigación es de donde surge una propuesta de tratamiento llamada *sostén - acompañamiento* para ayudar a los enfermos terminales a bien morir.

Porque es cierto que la muerte en nuestra sociedad es negada, rechazada e intolerable por eso con poca frecuencia se habla de ella. De alguna manera lo mismo sucede con el desahuciado, el cual vive desterrado de la sociedad, abandonado y condenado de antemano, reducido al anonimato dentro de una institución. En este se le trata la enfermedad, pero nadie se ocupa de lo que el paciente vive en esos momentos tan difíciles para él.

Por lo tanto este ayudar a *bien morir* consistió en ofrecerles a los pacientes un espacio donde tuvieran la oportunidad de hablar de sus temores, preocupaciones y sentimientos que surgen en estos momentos, la forma en que se construían estos, donde participan tanto el enfermo, como el psicoterapeuta.

Cada espacio construido con las distintas personas era matizado por un lado con los elementos subjetivos de cada una, y por el otro lado con la manera en que el psicoterapeuta, al verse enfrentado a la realidad inminente de la muerte del otro, se sentía. Estos dos tópicos son de lo que hablaremos principalmente.

Por eso, se considero importante compartir esta experiencia, para que en un futuro se pueda contemplar la posibilidad brindar un apoyo terapéutico sustentado desde el psicoanálisis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es por eso que consideramos que la preparación teórica permitirá al psicoterapeuta al paciente en fase terminal. En esta propuesta de tratamiento llamada Sostén - acompañamiento, debe de ser sólida. Existe poca investigación en este campo, desde el marco teórico psicoanalítico, por lo que su investigación debe de ser rigurosa y sistemática, para permitir esclarecer, investigar y aportar las herramientas que este marco teórico nos ofrece, para reflexionar sobre el trabajo clínico que se realiza con este tipo de paciente. Este trabajo pretende resaltar las diferencias entre el trabajo realizado en un hospital, ante el hecho de la muerte inminente, y la práctica psicoanalítica de consultorio.

Introducción

J

Vengo, más no sé de dónde.
Soy, más no sé quién.
Moriré, más no sé cuándo.
Camino, más no sé hacia dónde.
Me sorprende que esté contento
Y ría.

Anónimo.

La muerte, así como la posibilidad de ésta, es algo que siempre ha hecho reflexionar al hombre. Y esto lo ha movido a buscar explicaciones al respecto. Desde diversas perspectivas tales como antropología, las religiones, la poesía y la cultura popular. Muchas de las ideas o conceptos que se manejan en los ámbitos que mencionamos se fundamentan en mitos y creencias tan antiguas como el hombre mismo.

En algunas ocasiones, el hombre recurre a las creencias esotéricas o mágicas, para hacer frente a este hecho que resulta misterioso y angustiante. Existe mucha bibliografía al respecto, parte de ésta son estudios sistemáticos sobre el tema, pero otra resulta poco rigurosa. Desde como hacer contacto con un ser querido que ha muerto, hasta experiencias parapsicológicas como el morir y regresar del más allá para contarlo.

En su libro *La vida después de la vida. Nuevas luces sobre el tema*, el doctor Moody (1977), nos habla sobre un estudio con pacientes que han regresado del umbral de la muerte. El comenta que en los casos que estudió, se comprueba médicamente su fallecimiento, por algunos minutos. En todos estos, los sujetos refieren la percepción de ruidos desagradables y la impresión de recorrer un túnel largo y muy oscuro. Algunos comentan que al final de este hay una luz brillante que les da mucha paz. Decían, sin excepción, que habían abandonado el cuerpo físico y que se encontraban con un cuerpo espiritual con el que se movían a través del túnel. Al final de este se encontraban con una luz brillante. En ella se encontraban con familiares ya fallecidos que venían a recibirlos. Posteriormente, un ente espiritual y luminoso que les transmitía paz, alegría y amor, presentaba ante ellos una visión de los eventos más importantes de su vida y que marcaron para siempre a la persona recién muerta.

En ese momento es cuando se percatan que se encuentran en la frontera entre el más allá y la vida terrena. Algunos refieren que cuando en su vida terrena les hacen falta tareas por cumplir tienen que regresar. Todos los sujetos que regresan de su muerte refieren que no querían hacerlo, ya que en esos minutos se sentían felices.

Todos, sin excepción, comentan que esta experiencia les cambió radicalmente la vida. Lo que llama la atención de este estudio es que fue realizado con 500 sujetos, que no tenían conexión entre sí y de distintas nacionalidades.

Finalmente, existen pocos estudios al respecto y que han sido menos considerados, porque desde nuestro marco teórico que es el psicoanálisis, se sabe que a nivel inconsciente, al encontrarnos cerca de la experiencia de la muerte, emergen los mecanismos de defensa psicóticos en el preconscious, traspasando la barrera de la represión entre el inconsciente y preconscious, hasta llegar al consciente. Los mecanismos que se pueden presentar son la despersonalización, como la llama Winnicott (1981), donde el sujeto siente que no está dentro de su cuerpo sino fuera de él y no existe sentimiento de sí mismo. Esto hace que se pierda la dimensión espacial y temporal. Pues no existe en el inconsciente del hombre ninguna representación de su propia muerte, como nos dice Freud. Entonces es probable que en todos estos sujetos se haya presentado una despersonalización. Lo que resulta ser una explicación racional a esta experiencia de muerte que nos relata Moody.

Otro libro que también toca el tema de la muerte es del de Ignace Lepp (1967). El nos habla de la muerte desde una visión cosmogónica llamada *teihardiana*, donde nos explica que "la vida, que ha salido en verdad de la materia y del espíritu de la vida animal entre la hilósfera, biosfera y noósfera existe una auténtica continuidad. Pero la nueva fase del universo se perpetua en el devenir, que lejos de aparecer como un desorden más o menos accidental introducido en el equilibrio del estado precedente, se le presenta como la realización normal de la energía allí depositada" (Lepp, 1967, Pág. 40). Es decir, que lo más importante es el reino animal, en el cual la vida es un proceso que se da por un proceso *per se*.

Lepp, plantea que todas las especies, incluyendo al hombre sobreviven como especie, mas no como seres individuales. Esta supervivencia se debe a la hipertrofia del instinto de la vida dentro de la especie y funciona como un inconsciente colectivo. Mientras que a la largo de la vida del individuo, esta hipertrofia está presente, cuando llega un momento determinado, ya sea por una enfermedad o por un accidente, el instinto de vida se empieza a atrofiar y es cuando se presenta la muerte.

Este autor explica, desde su cosmovisión, que todas aquellas personas que sufren de angustia de muerte y que incluso se encuentran cerca de ella por algún padecimiento, se debe a que su instinto de vida se encuentra atrofiado, es por lo que el instinto de muerte va ganando terreno, hasta llegar a lo inorgánico. Para esta visión *teihardiana*, lo natural es que siempre exista la vida, y la muerte es vista como una fase de la evolución. Para el psicoanálisis, esta explicación tampoco resulta convincente. Freud refiere en *más allá del principio del placer* (1920), que la pulsión de muerte es mucho más intensa que la pulsión de vida. Que la vida, como tal, no siempre existió, ya que no es un estado alcanzado anteriormente, ya que antes de la vida está lo inorgánico.

La propuesta *teilhadiana*, conservadora de los instintos de vida, resulta contraria a los planteamientos que hace el psicoanálisis. Porque el psicoanálisis dice que el estado de partida de la vida es primero lo inanimado, y por un momento abandona este estado para que resulte la vida, lo animado. Es decir, que tiende a la evolución. Si como experiencia, sin excepción alguna, tenemos que aceptar que todo lo viviente muere por fundamentos internos, volviendo a lo inorgánico, podremos decir: La meta de toda vida es la muerte. Y con igual fundamento: Lo inanimado era antes que lo animado.

En una época indeterminada fueron despertados en la materia inanimada, por la actuación de fuerzas inimaginables, las cualidades de lo viviente. Quizá fue éste el proceso que sirvió de modelo a aquél otro que después hizo surgir la conciencia en determinado estado de la materia animada. La tensión, generada en la antes inanimada materia, intentó nivelarse, apareciendo así el primer instinto: el de volver a lo inanimado, es decir, la pulsión de muerte.

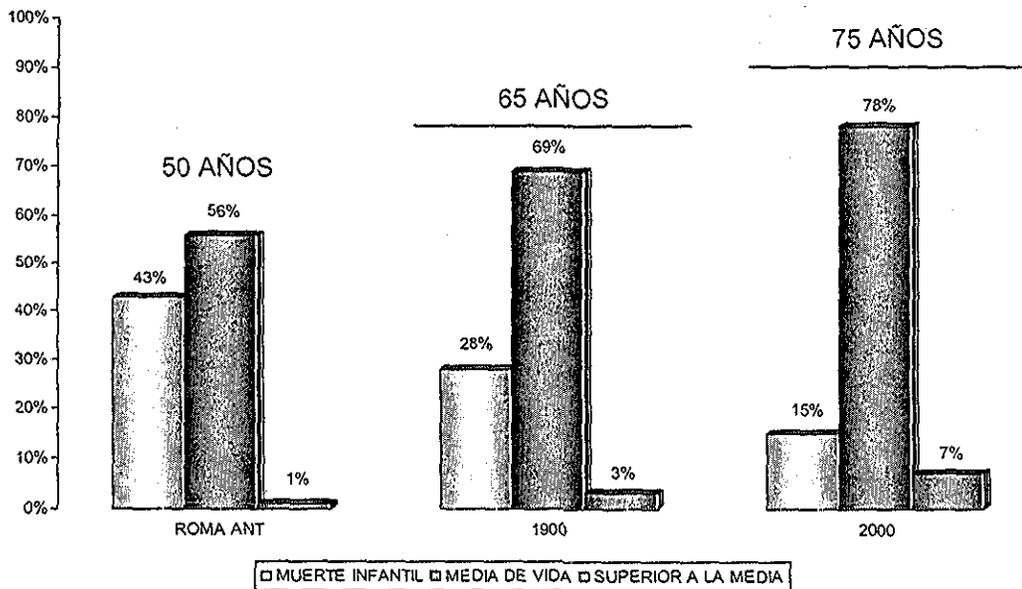
Para la sustancia entonces viviente era aún fácil morir; no tenía que recorrer más que un corto curso vital y a rodeos cada vez más complicados hasta alcanzar el fin de la muerte. Estos rodeos hacia la muerte, fielmente conservados por las pulsiones sexuales de vida o conservadores, constituirían hoy el cuadro de los fenómenos vitales. Pero finalmente antes y después de la vida se encuentra la nada. Por lo que la hipótesis que plantea Lepp (1967), resulta ser una mera explicación cosmogónica donde la muerte se encuentra excluida, donde la muerte es vista como un proceso evolutivo de las especies. Esta hipótesis *teilhadiana*, es contraria a la propuesta Freudiana, porque para Lepp (1967), no existe la pulsión de muerte. Esto depende de la hipertrofia y de la atrofia del instinto de vida. Luego entonces, el problema de la muerte no es visto más que como un proceso evolutivo, lo cual ciertamente no siempre es así sobre todo cuando se presenta una muerte accidental. Es decir, aquella muerte que se presenta antes de tiempo por una enfermedad crónico - degenerativa. Por lo que no resulta aplicable en la clínica con la muerte.

Desde el punto de vista de la teoría biológica evolutiva, que retoma las ideas de Darwin se plantea que la humanidad evolucionó de acuerdo con la selección natural y que se dio por el azar genético y las necesidades ambientales, no por una fuerza divina. Ya que ninguna especie incluida la nuestra posee un propósito más allá de los imperativos creados por su historia genética. (Wilson, 1997, Pág. 14). Es decir, que las especies pueden tener un vasto progreso en la medida que las condiciones materiales y mentales se vean mejoradas por la aplicación de la tecnología a la vida de los seres vivos.

Debido a que la muerte ha tenido diversas funciones entre las especies como era regular el número de individuos de una manada, la transmisión de sus mejores características para adaptarse mejor a su medio, y que exista un ecosistema regulado; donde todos los miembros de la manada de animales tengan alimento y suficiente espacio para habitar.

Este proceso natural se ha roto, en los últimos años por la introducción de la tecnología aplicada a las ciencias médicas han logrado que no sólo el hombre, sino también otras especies animales se vean beneficiadas incrementando su perspectiva de vida. Para esquematizar lo anterior presentamos la siguiente gráfica¹:

EXPECTATIVA DE VIDA VS MORTALIDAD



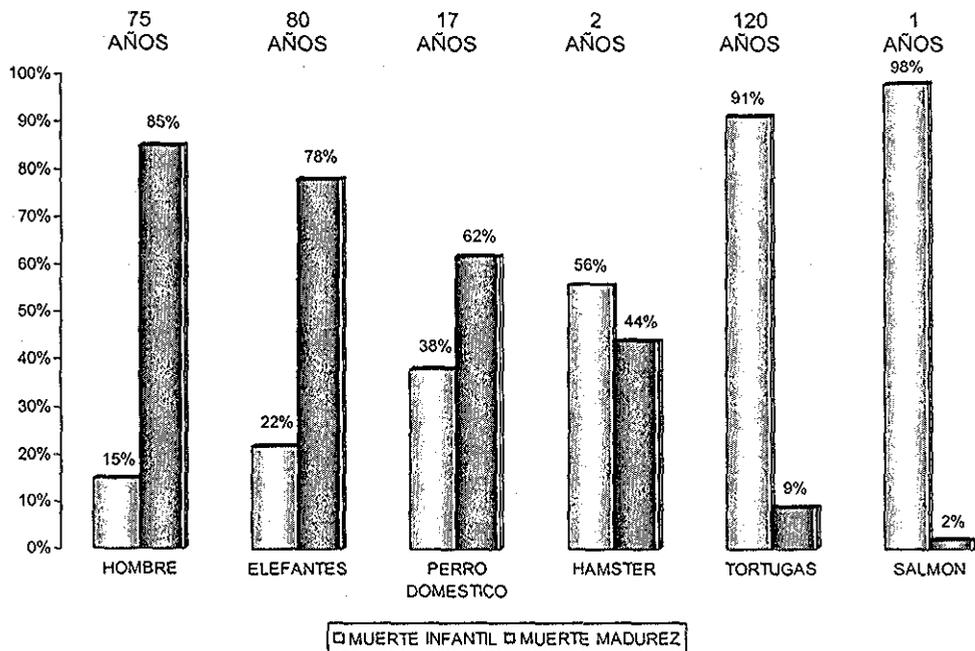
Como vemos en la gráfica, en la antigua Roma la expectativa de vida promedio era de 50 años, solo el 56% de la población llegaba a esta, porque el 43% moría durante la infancia, mientras que el 1% de la población sobre pasaban la expectativa de vida. Para 1900 en la República Mexicana, decrece el porcentaje de mortandad infantil a un 28%, mientras que la expectativa de vida promedio aumenta 15 años, es decir de los 50 a los 65 años, y también aumenta la población que rebasa la expectativa de vida, de un 1% a un 3%. Mientras que para el año 2000, vemos que la muerte infantil continua decreciendo de un 28% a un 15%, la expectativa promedio de vida aumenta de 65 años a 75 años y en porcentaje esto representa un 9% de un siglo a otro, lo mismo que la población que sobre pasa la expectativa de vida aumenta de un 3% a un 7%.

¹ Cerejido, M.; Blanck - Cerejido, F.; (1997), *La muerte y sus ventajas*, México, D.F.; Fondo de cultura económica, colección la ciencia para todos No. 156. <http://www.inegi.gob.mx>, consultado el día 23 de mayo del 2002.

Estos cambios que vemos representados en la gráfica desde la Roma antigua, hasta 1900, muestran que en diecinueve siglos la expectativa de vida sólo aumentó 15 años, debido a que durante todo ese periodo el hombre avanzó en muchos aspectos quedando rezagado el aspecto científico y sanitario. Mientras que en el último siglo, es decir del siglo XX al siglo XXI, ha existido un *boom* en el desarrollo tecnológico aplicado a la medicina, donde ahora existe una mejor calidad de vida con mejores medidas sanitarias las cuales en 100 años han aumentado la expectativa de vida en 10 años. En este trabajo nos hablaremos solamente sobre la muerte accidental, es decir aquella muerte que se presenta "antes de tiempo" por una enfermedad crónico - degenerativa, como Cáncer, VIH/SIDA, Parkinson, Miastenia Gravis.

En la siguiente gráfica vemos como esto también ha influido en otras especies animales, el desarrollo tecnológico en comparación con el hombre²:

LA MUERTE COMO FACTOR DE EVOLUCIÓN Y ADAPTACION DE LAS ESPECIES



Esto nos habla de que así como el hombre a logrado mejorar sus expectativa de vida, también otras especies lo han logrado como son los elefantes, el perro doméstico y los hamsters.

² [http:// www. discoverylatin.com//](http://www.discoverylatin.com//), consultado 23 de mayo del 2002.

Mientras que en otras especies, como las tortugas y el salmón esta cadena no se ha podido romper y sus expectativas de vida siguen siendo bajas, ya que pocos especímenes llegan a la madurez, antes de morir.

En el siglo pasado, se creó otro campo de estudio llamado Tanatología. Este se empieza a desarrollar en las décadas de 1950 y 1960 donde diferentes psicólogos y sociólogos iniciaron el estudio de la psicología de la muerte. Crearon programas de asesoramiento y terapia para tratar los profundos problemas emocionales, asociados a la muerte, que existen en la sociedad moderna.

La tanatología pretende acompañar al paciente, y a su familia, en los momentos finales para darles una mejor calidad de vida y muerte. Esta puede definirse como aquella disciplina que investiga la muerte, el proceso de morir, la conducta que supone amenaza para la vida, el duelo, la aflicción, el suicidio y las enfermedades fatales. El libro sobre este tema que mayor impacto causó en la opinión pública fue *Sobre la muerte y la agonía* (1969) de Elizabeth Kübler-Ross, psiquiatra estadounidense de origen suizo.

A pesar de que todas las sociedades han especulado sobre la muerte, su estudio sistemático es reciente. Hasta hace poco, en la cultura occidental existía un tabú respecto al estudio de algo tan temido y personal como la muerte. Mucha gente todavía piensa que el estudio de la muerte es un tema delicado para el hombre.

Con esta nueva propuesta, los tanatólogos consideran que su trabajo puede beneficiar a todos, ya que la comprensión del proceso de la muerte puede hacer que esta experiencia sea menos alienante y temida. Lo cual es casi imposible, porque la muerte es algo que el hombre no desea, y la cual siempre nos atemoriza.

Lo que plantea la tanatología es quitar, al proceso del enfermo en fase terminal, la idea de temor a la muerte. Pero eso es algo imposible, ya que finalmente nadie quiere morir. ¿Cómo evitar que este proceso sea angustiante? Esto no se puede disminuir, no se le puede evitar dejar de tenerle miedo a la muerte, a lo desconocido.

Si bien es cierto el monto de angustia del enfermo en fase terminal, disminuye cuando él se puede hacer cargo hasta cierto punto de su enfermedad. Pero jamás se le deja de temer, porque nadie a regresado de la muerte a contarnos qué pasa; no es una experiencia a la que tengamos acceso antes de que se presente.

Ahora bien, el problema de la tanatología, es que desean ver a la muerte como un proceso agradable, hasta cierto punto deleitante. Pero el dejar a los seres queridos, el no completar los planes de vida, no es algo que le agrade a nadie, ya nadie está preparado para morir. Es por eso que negamos la muerte para poder seguir viviendo.

Ahora bien, la tanatología tratará de ayudar al paciente con base en sus creencias religiosas. Ya que para los tanatólogos, lo principal es ayudar al paciente a ver la muerte como una experiencia única, e irrepetible la cual no debe ser temida sino disfrutada, para darle plenitud a la vida. Es por eso que para el tanatólogo, la parte fundamental de su trabajo es: "Descubrir lo que es la espiritualidad, en cada hombre [...] sólo lo necesario para tener inquietudes motivantes, en el mundo de la religión y muerte: desde el hinduismo, budismo, judaísmo, catolicismo y protestantismo. Todo este contenido forma las bases sólidas, los fundamentos del conocimiento que el tanatólogo debe tener para que pueda realizar su quehacer tanatológico de manera segura y auténticamente profesional. Porque así podrá entender, desde lo más profundo, al hombre, su paciente". (Reyes, 1991, Pág. 9).

Como vemos en la cita anterior, la tanatología pretende el conocimiento del paciente en sus diversos aspectos, porque se pretende ayudar a aceptar la experiencia única de la muerte a través de conocer sus necesidades. Para ayudar al enfermo a conocer sus necesidades, la tanatología se basa en el aspecto espiritual y religioso. Este planteamiento implica que a través de conocer a su paciente y sus necesidades, va a cambiar la idea que se tiene de la muerte ya que el hombre siempre mira su potencial destructivo, el que acaba con la vida, porque implica desesperanza, tristeza, discontinuidad, ausencia y desde la religión aquella es vista como un premio o un castigo.

Ver a la muerte a través de la religión, cualquiera que se profese, implica creer en una vida después de la vida. Esto es lo que llamamos espiritualidad, en donde la muerte que puede ser vista como un castigo del mal comportamiento que se tuvo en vida cuando llega de manera inesperada, o bien tras una larga enfermedad, puede ser vista como un premio, a través del cual Dios se apiada del ser humano y lo recoge. Estas creencias son importantes para la tanatología, ya que ayudan al moribundo a prepararse para morir". "Sabemos que quitar el miedo a la muerte es dar vida a plenitud. Mientras más la conozcamos, menos huiremos de ella" (Reyes, 1991, Pág. 51). Pero, si bien puede encontrarse uno con un paciente que la idea de la promesa de una vida eterna le tranquilice, puede haber otros que sientan que esta idea religiosa, no les tranquiliza y que estén enojados porque tienen que morir y que piensen que el ser supremo es injusto con ellos. Por eso es que esta forma de ayudar a morir al paciente muchas veces, no le ayuda. Porque se le está imponiendo la creencia en la vida eterna, cuando él puede bien no creer.

Por eso, en la propuesta de sostén - acompañamiento, la creencia en la vida eterna la plantea como una cuestión que el paciente puede o no tocar, en el transcurso de las sesiones, ya que al estudiar los diversos aspectos del paciente, se involucran un sinnúmero de cuestiones: desde la forma en cómo va a morir, si hay o no trascendencia, sus sentimientos hacia la muerte y el poder ir orquestando la misma.

Muchas veces, la religión que profesa, su grado de espiritualidad, es importante para que el tanatólogo le ayude a llegar a una *muerte adecuada o apropiada*³. Por eso la meta principal es lograr que se dé una buena muerte donde los sobrevivientes puedan vivir. Pero también el introducir la idea religiosa a un paciente en fase terminal, que no la ha tocado implica el impedirle hablar de cosas que el considera más importantes. Es decir, da la idea de que se le taponea, o se le cierran al paciente en su discurso cuestiones que le pueden preocupar mucho más, que considerar la muerte como un premio o un castigo. Por eso, hablar de esta cuestión depende de la decisión del paciente.

Otro planteamiento de la tanatología, que considero poco aplicable, es el siguiente, "Si te atreves a implicarte, si te atreves a sentarte a su lado y ayudarlo así a atravesar los estadios de la agonía, él, el moribundo, te ayudará a sentirte no solamente cómodo al cuidarlo, sino también a aceptar un día ineludible, tu propia muerte con dignidad. Este es quizá su *regalo de despedida para ti*" (Kübler - Ross)⁴. Esta es otra de las ideas, en que el sostén - acompañamiento, no concuerda porque el trabajar con la muerte resulta ser muy angustiante, deprimente.

Es algo que genera miedo y rechazos por parte del psicoterapeuta, y que en algunos casos puede traer consecuencias graves. Es por eso que nosotros ahondamos en este punto más adelante. Ya que implica enfrentar los miedos de la persona moribunda, y los miedos de psicoterapeuta ante la situación.

De manera muy general, sin ahondar demasiado en el tema, creo que se ha dado una perspectiva general de lo que propone la tanatología y sus principales diferencias con el sostén - acompañamiento. Hablo de esta propuesta porque es muy frecuente que en los hospitales, encontremos personas que, con base en este cuerpo teórico, ayudan a los enfermos terminales.

³ La muerte adecuada o apropiada es aquélla que tiene las siguientes características: A) Ausencia de sufrimiento, B) Persistencia en las relaciones significativas para el enfermo, C) El intervalo para el duelo permisible, D) Alivio de los conflictos, E) Ejercicio de Opciones y oportunidades factibles, F) Creencia en la oportunidad, G) Consumación de los deseos predominantes y de los instintivos, H) Comprensión de las limitaciones físicas, I) Todo esto enmarcado dentro del ideal de cada ego.

⁴ (1999), "Tanatología", [CD-ROM]. Tanatología y proceso de duelo. *Enciclopedia Encarta, Microsoft Encarta 1993-1998* Microsoft Corporation.

Este es sólo un tipo de tratamiento que se puede brindar al paciente terminal, el cual tiene el defecto, de ver a la muerte como algo ideal, cuando en realidad la muerte es algo que atemoriza al hombre: la muerte no tiene representación en el inconsciente y nos enfrenta con la nada, con un dolor psíquico intenso el cual necesita ser contenido por otro que nos acompañe en estos momentos.

En el presente trabajo, hablamos en el primer capítulo de las perspectivas de la muerte, cómo es vista en la medicina, desde su definición, los tipos de muertes que existen, las causas, y cómo se lleva a cabo el proceso de la muerte y cuando se diagnostica la muerte como tal. Ya que para la medicina, la muerte es vista como un proceso fisiológico, desencadenado por distintas causas, desde un accidente, una enfermedad ó una falla en el funcionamiento de un sistema. Nosotros centramos el trabajo en la **muerte accidental, es decir, aquélla que es causada por una enfermedad crónico - degenerativa, en plena madurez**, donde el sujeto muere relativamente joven.

Posteriormente, hablamos desde el punto de vista antropológico, lo que es la muerte. Porque ésta siempre ha estado presente en la vida del hombre y en todas las culturas, desde la antigüedad hasta la actualidad, debido a que morir es un acontecimiento cierto en el futuro del hombre que incide o se manifiesta subrepticamente en el acontecer de la vida. Las ideas y creencias sobre la muerte están determinadas por la época. Por eso la manera de considerar a la muerte, va a depender enormemente de los aspectos sociales, culturales e históricos.

Después abordaremos la muerte desde la literatura, lo que se ha escrito sobre el tema. Aquí se encuentran relatos acerca de los distintos tipo de muerte que puede haber. Son numerosos los escritores y poetas que, a través de sus textos, nos pueden explicar la sensación de finitud que se siente al estar por terminar la vida. Desde las épocas más antiguas en forma de mitos y leyendas, hasta la novela contemporánea donde la muerte del personaje nos mueve una sentimientos tales como la tristeza, el dolor, el duelo porque no puede terminar lo que inicio⁵.

También hablaremos de la muerte en la cultura popular en México, desde el tradicional día de muertos. Donde el mexicano se burla de la muerte para vencer el miedo que le produce. Analizaremos algunos dichos y refranes donde se habla de la muerte en forma sería, en forma jocosa y hasta en albur. Que es una forma peculiar del mexicano de enfrentarse a la muerte. Hasta las canciones infantiles, que relatan lo que hacen los muertos y la forma en la que ellos viven su muerte. Este primer capítulo es una forma de introducirnos al tema, entendiéndolo desde distintas perspectivas.

⁵ A este tipo de muerte es al que nos referimos

En el capítulo dos hablaremos, desde el marco teórico psicoanalítico lo que implica la clínica con la muerte. Donde abordaremos como primer punto la representación de la muerte en el aparato psíquico. Freud (1915), es muy claro en este punto en el cual nos dice que la muerte no tiene representación en el aparato psíquico, ya que ninguno de nosotros, como hombres, creemos en nuestra muerte. Siempre tenemos la creencia de que es a los otros a los que les llega la muerte: a los enfermos, a los ancianos, a cualquiera, menos a nosotros. Y no es cierto porque a lo largo de nuestras vidas hay accidentes ó enfermedades que nos hacen acercarnos de pronto a la muerte. Esta parte resulta ser fundamental para poder entender desde el psicoanálisis al enfermo en fase terminal.

Otro punto que tocamos, son las marcas del ser mortal. Lo que éstas implican, ya que nos remiten a la idea de que podemos fallecer. Pero, en algunos casos éstas son temporales, y en otros éstas suelen ser definitivas. Analizaremos qué pasa cuando se presentan las marcas del ser mortal de manera temporal y lo que sucede cuando éstas suelen ser definitivas y la manera en que inciden en el psiquismo del hombre.

Después hablaremos del duelo, lo que significa, las formas de duelo que se presentan. Revisaremos, también si hay o no resolución del duelo y la forma en que se maneja un duelo o como también lo llamamos un pre-duelo, ante la idea de la muerte inminente, en el caso de los enfermos terminales.

Desde el punto de vista pulsional hablaremos de las pulsiones sexuales de vida y las pulsiones sexuales de muerte, y de la forma en las que estas fuerzas interactúan a lo largo de la vida del sujeto y durante el proceso de la enfermedad.

Posteriormente, hablaremos sobre el saber y no saber entorno a la enfermedad. Este punto tiene que ver con la idea que el paciente tiene acerca de su enfermedad, y la forma en la que la puede encarar. Esto resulta determinante para los pacientes en fase terminal, ya que les ayudará a elaborar y construir una muerte distinta. No es lo mismo una muerte súbita, que una muerte por una larga enfermedad, donde el paciente puede hacer cosas para sí mismo y para sus familiares. Por último, revisaremos lo que implica el morir solo y el morir acompañado. Todos estos puntos resultaron ser herramientas útiles para apoyar y construir las propuesta de tratamiento que llamamos sostén -acompañamiento.

En el tercer capítulo, hablamos sobre las teorías del desarrollo infantil. Ya que tuvimos que exportar de esta área de la psicología, la manera en que vamos a operacionalizar los conceptos que se revisaron en el segundo capítulo.

Revisaremos a varios autores, de los cuales tomamos conceptos y formas de acercarnos al enfermo a fin de que haya un continente y un contenido Bion (1974), el apego infantil Bolwby (1993), la identificación adhesiva Bick (1968) y el *holding*, Winnicott (1996). Para que finalmente se de la definición y objetivos de la propuesta de sostén -acompañamiento.

Abordaremos las perspectivas de la calidad de vida del paciente terminal en algunos hospitales del estado. Revisaremos el concepto de la definición e historia de la salud pública en México desde 1917 hasta la fecha; la forma de organización y función de las instituciones públicas, describiendo la estructura desde las clínicas de salud hasta los hospitales de tercer nivel. La función de la institución de salud ante la muerte, así como la función que lleva a cabo el médico ante la muerte.

En el quinto capítulo hablaremos del método que utilizamos para la realización del presente trabajo, cuáles fueron las preguntas de investigación que guiaron el trabajo. El escenario en donde se llevó a cabo este estudio. La muestra y una breve descripción de los sujetos que la integran y la forma en la que se recolectaron los datos. Por último, analizaremos e interpretaremos los resultados. Hablaremos de la forma en la que se presentó el sostenido acompañamiento en cada paciente. También veremos las similitudes entre los casos y las diferencias que se encontraron. Ahondaremos en el punto de vista del psicoterapeuta y en su experiencia al trabajar con cada enfermo.

Lo que pretende este trabajo es dar una visión de lo que implica la clínica con pacientes en fase terminal. Lo que esto implica, desde el punto de vista teórico al abrir nuevas líneas de investigación en este campo, incluyendo las consecuencias emocionales que el psicoterapeuta vive en estos momentos.

Capítulo I.

Perspectivas acerca de la muerte

Nos pasamos la vida hablando de la muerte, y una vez que nos ocurre no volvemos a ocuparnos del asunto.

Ambrose Bierce.

En el presente capítulo hablaremos de las perspectivas acerca de la muerte, desde distintos puntos de vista como son el médico, antropológico, literario, y en la cultura popular. Estas áreas nos muestra las distintas manera en que es percibida, conceptualizada y, si se puede decir, entendida la muerte.

Por lo anterior, creemos oportuno empezar con la definición médica de lo que significa este momento donde se deja de existir, para así poder entender la manera en que ha influido en el pensamiento del hombre en sus distintas expresiones; ya que el concepto respecto a qué constituye la muerte varía según las diferentes culturas y épocas.

I.1. En la medicina:

Desde esta perspectiva revisaremos las definiciones que existen acerca de la enfermedad terminal, los sinónimos, tipos y causas de la muerte que se consideran en la medicina. Además de hablar de la muerte como un proceso para que podamos entender lo que sucede antes y después de la muerte.

En las sociedades occidentales, la muerte se ha considerado tradicionalmente como la separación del alma del cuerpo. En esta creencia, la esencia del ser humano es independiente de las propiedades físicas. Debido a que el alma carece de manifestación corpórea, su partida no puede ser vista, o lo que es lo mismo, ser determinada objetivamente. De aquí que, en esta creencia, se haya determinado el cese de la respiración como el signo de muerte.

En la actualidad, se cree que la muerte se produce cuando las funciones vitales - la respiración y la circulación (expresada por el latido cardiaco) - se detienen, es cuando se dice que alguien a muerto, pero también existen muchas otras clasificaciones de la muerte que veremos a continuación.

En el presente apartado pretendemos hacer una revisión en el campo de la medicina que nos permita aclarar el concepto de enfermedad terminal, las diferentes acepciones que tiene la palabra muerte, los tipos que existen de la misma, y los parámetros que toman los médicos para declarar formalmente el fallecimiento. Todo esto desde un enfoque biológico que nos permite conocer los signos y síntomas que ayudan al médico a diagnosticar la enfermedad y declararla como terminal.

I.1.1. Definición de enfermedad terminal:

Revisando la literatura medica encontramos que **enfermedad terminal** es definida como "cualquier alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, de etiología en general conocida que se manifiesta por signos y síntomas característicos y cuya evolución es más o menos previsible y llega a la extinción de la vida" (Diccionario de terminología de ciencias médicas, 1985).

De acuerdo con las causas las enfermedades tienen clasificaciones distintas como por ejemplo: se habla de muerte por trastornos de la inmunidad como el Virus de Inmunodeficiencia Humana o Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), Lupus eritematoso sistémico, Esclerodermia, por mencionar algunos.

Otra causa de enfermedad terminal son las llamadas neoplasias, en ellas encontramos todos los diferentes tipos de cáncer, tumores. Cuando llevan al paciente a una enfermedad terminal es porque en su mayoría son malignos; mientras que sólo algunos de los tumores benignos son mortales y otros pueden resultar curables.

Además, encontramos también que existen las enfermedades de corazón que son llamadas técnicamente cardiopatías, éstas pueden ser isquémicas y se refieren a la detención de la circulación arterial en una parte y el estado consecutivo de la misma. Las cardiopatías hipertensivas, que son causadas por el aumento de la presión arterial sanguínea; las congénitas son aquellas malformaciones del corazón con las que se nace, las reumatoides se refieren a la enfermedad de las articulaciones, como la artritis reumatoide que afectan el corazón, aunque es poco frecuente (Robbins, 1987).

Existen muchas otras enfermedades que pueden ser consideradas como terminales, de acuerdo con el padecimiento y la gravedad del estado de salud del paciente. Para los fines de esta investigación nosotros sólo mencionaremos las enfermedades que se abordaran más adelante, aunque como lo vuelvo a mencionar existen muchas otras enfermedades que pueden ser consideradas terminales. A continuación hablaremos de la definición de la muerte y sus sinónimos con sus respectivas definiciones.

I.1.2. Definición, sinónimos y causas de la muerte, en medicina:

Encontramos que en el enfoque biológico la palabra **muerte** proviene "del latín *mors, mortis*. Significa extinción, término de la vida" (Diccionario de terminología de ciencias médicas, 1985).

Esta definición tan sencilla y tan corta nos queda clara en el concepto pero también tiene impacto psicológico que afecta profundamente al ser humano, dependiendo de la forma de muerte. Vemos que existen distintos nombres para clasificar la forma de la muerte y que mencionamos a continuación:

- **Muerte accidental** es la que llega antes del término natural de la vida ya sea por enfermedad crónico - degenerativa o por violencia exterior.
- **Muerte aparente**, es el estado en el que la respiración, circulación, calor y otras manifestaciones vitales son poco o nada perceptibles, este estado se observa en los casos de sofocación, ahorcadura, choque eléctrico y en los recién nacidos. Más adelante la explicaremos detalladamente.
- La **muerte cerebral** se refiere al coma profundo irreversible sin respiración espontánea, flaccidez generalizada, ausencia de respuesta a la estimulación de los nervios craneales y electroencefalograma isoelectrico de varias horas de duración. Esta muerte también es llamada clínica y tiene varios grados:

El **primer grado**, consiste en la muerte aparente o relativa que es una especie de síncope prolongado con insensibilidad desaparición del tono muscular, paro respiratorio debilitamiento de la actividad cardíaca y circulatoria. En este grado el sujeto puede volver a la vida y recobrar la conciencia de modo espontáneo (como en el caso de los yoguis), o bien como resultado de las técnicas de reanimación cardiopulmonares. Los médicos distinguen dos aspectos de la **muerte aparente** perinatal, el bebé tiene un tono de color azul debido a la asfixia, no llora, está inmóvil, flácido y pasa al color azul violeta; si se hace una intervención rápida se reanima. La otra forma que existe es la forma blanca o por síncope, que es menos frecuente pero igualmente grave, el recién nacido presenta una palidez cerosa con manchas lívidas en la cara, latidos cardíacos débiles e irregulares, carencia de reflejos y completa flaccidez; en este caso aunque se presente la curación siempre deja secuelas.

El **segundo grado** es la llamada **muerte clínica**, o desaparición de la aptitud para la vida integrada, en esta cesa la actividad cardíaca y respiratoria, los reflejos, la conciencia y la vida de relación, sin embargo, las reacciones metabólicas de los tejidos subsisten en ciertas condiciones y el retorno a la vida es posible, siempre y cuando no haya falta de irrigación sanguínea al cerebro, si ésta dura más de ocho minutos se presenta la anoxia cerebral.

El **tercer grado** es llamado la **muerte absoluta** cuando se da la acumulación irreversible de las muertes de funciones y orgánicas parciales. A esta muerte se le define como muerte cerebral, aquí se presenta la vida vegetativa que no puede prolongarse sin asistencia. Esto mismo ocurre en el *coma sobrepasado* o muerte para la vida. Que no debe de confundirse con el *coma prolongado* que es la muerte para la conciencia o más bien para la relación.

El **último grado** es la **muerte total** cuando ya con quedan células viables.

- La **muerte local** es la muerte de una parte del cuerpo como en la gangrena.
- La **muerte molecular** se refiere al último término del proceso catabólico.
- **Muerte natural**, es la que resulta del debilitamiento progresivo de todas las funciones vitales.
- **Muerte negra**, es la antigua denominación de una peste del siglo XII.
- **Muerte real**, esta es la cesación definitiva de la vida, cuyo signo principal es la putrefacción.
- **Muerte Senil**, o natural, se refiere a la muerte que llega con la edad senectud.
- **Muerte Somática** o la muerte real.
- **Muerte súbita**, la que sobreviene repentinamente en estado de salud o enfermedad de un modo imprevisto.
- **Muerte Violenta**, la que sobreviene tras agresión violencia de forma accidental o provocada (Diccionario de terminología de ciencias médicas, 1985).

Como vemos en el listado anterior los tipos de muerte se relacionan con las causas de la muerte, nosotros nos limitaremos a hablar de la muerte accidental. Esta se considera accidental debido a que rara vez las personas llegan a la vejez, es decir, casi nunca mueren de causa natural. Porque la causa de muerte en una enfermedad crónico - degenerativa, que termina con la vida prematuramente. Ahora, teniendo en cuenta lo anterior, si nos fijamos en los sinónimos con los cuales se conoce este hecho, encontramos los siguientes: muerte, defunción, fallecimiento, deceso u óbito.¹

¹ Buscando estos términos en el Diccionario Larrouse (1969) constatamos:

- **Defunción:** Muerte, esquela de defunción.
- **Fallecimiento:** Muerte, defunción tránsito, óbito, pérdida.
- **Deceso:** Es un americanismo que se utiliza para hablar de muerte natural.
- **Óbito:** Muerte, fallecimiento, defunción.

Todos estos términos son significantes de la muerte que es algo inimaginable para el hombre, pero nos remite a un hecho biológico del que nadie queda exento. El concepto de la muerte es planteado en términos tan heterogéneos, como también en el campo de la antropología encontramos que existe una clasificación sobre los tipos de muerte. Esto nos hace preguntarnos ¿cada que se le nombra se está hablando de la misma cosa? Sin embargo, hay algún rasgo en común, en relación con las distintas definiciones, aunque en el plano de la percepción la vivencia y la imaginación sobre la pre-muerte es inaprensible igual que los procesos irreversibles que llevan a la muerte.

I.1.3. La muerte biológica:

La muerte biológica es algo universal e inevitable, algo a lo que todo ser viviente es sometido, las leyes del tiempo que afectan a todos y nos condena a desaparecer; pero la forma en que el cuerpo muere no es instantánea sino que es un proceso.

Lo primero que sucede es que en el individuo al morir, suprime su tensión energética, y poco a poco se van deteniendo las funciones vitales, especialmente el cerebro, el corazón y los pulmones. Cuando el corazón deja de latir, el cerebro también deja de funcionar porque no hay flujo sanguíneo que es el medio por el cual el cerebro se alimenta y se oxigena. El cerebro es el órgano rector del cuerpo; en él se localiza el tallo cerebral, que es el centro de las funciones vitales como tensión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca. Cuando este deja de funcionar, se produce un paro respiratorio inicial que lleva al cerebro a la muerte. Generalmente se presenta el paro cardiorespiratorio de manera casi simultánea. Este es el momento en el que el médico pone como hora de muerte en el acta de defunción, pero sólo se refiere al momento en que cesaron las funciones vitales.

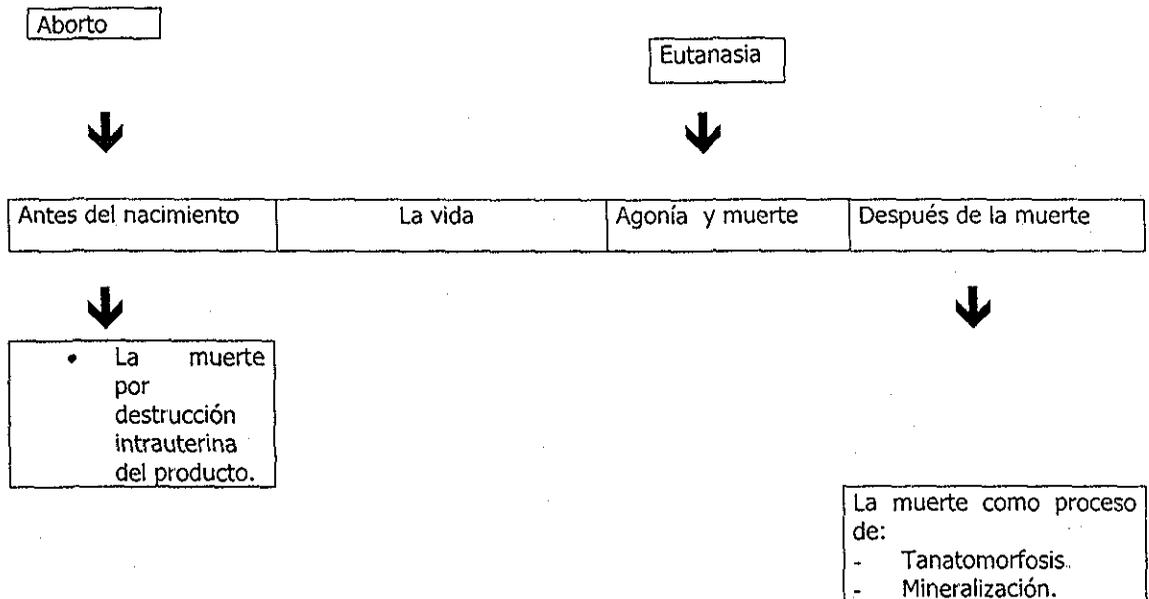
Esto es lo que nosotros a primera vista observamos cuando alguien muere. Muchos podemos considerar que la muerte es un instante pero este proceso es mucho más complejo de lo que pensamos. Los especialistas en el área como los patólogos están obligados a conocer este proceso que se presenta por grado y por partes, ya que la muerte inicia con la pérdida de la coherencia funcional, después la abolición de las unidades tisulares y cerebrales. Es decir, la muerte comienza en la parte más pequeña del organismo que es la célula, después de la muerte de un conjunto de células muere el órgano y posteriormente se presenta la muerte del organismo, lo que da por resultado la muerte de la persona como unidad.

A primera lectura lo que acabamos de decir es algo que se puede entender fácilmente, pero la muerte es un evento paradójico debido a que no basta con verla de forma general sino que se debe de determinar el momento adecuado de la muerte de cada órgano, para su extracción en el caso de donación, para la inhumación o bien para llevar acabo la cremación.

Esto ha llevado a los patólogos a buscar una definición médico legal de la muerte en donde se conozcan los parámetros para precisar cuándo y cómo se produce. Aunque el enfoque del estudio de la muerte es de manera científica para precisar cuando se produce y la manera en que se produce no deja de ser angustiante, ya que ésta representa la nada, lo que hace que se trate de negarla, de vencerla mediante tratamientos que no resultan; porque aunque el médico durante su formación tenga contacto con los cadáveres, no por eso deja de sentir miedos y angustias.

Es por eso que es importante aclarar que aunque la medicina ha hecho avances importantes en muchas áreas, sobre todo en lo que respecta a la patología, poco se sabe sobre el proceso en que muere el cuerpo. Porque este proceso de muerte inicia con el cese de las funciones vitales y termina con lo que propiamente se le denomina cadáver.

Este proceso de muerte está ligado con la vida en un campo temporal muy extenso. Porque la defunción no es privativa de cierto grupo social, edad, o enfermedad determinada, esta se puede presentar en distintas etapas de la vida. Después de la defunción el cuerpo llega hasta a lo que comúnmente conocemos como cadáver y de ahí el proceso termina hasta que se convierte en esqueleto. A continuación se presenta un cuadro sinóptico que explique lo anterior:



La muerte se considera siempre como algo que se presenta después de la vida, pero muchas veces no es así. Con el cuadro anterior queremos aclarar que la muerte se presenta aún antes de haber nacido como el aborto, este proceso desemboca en la muerte del feto, o embrión dependiendo del tiempo en el que se interrumpa el embarazo. Porque aunque no haya vida como tal, sí se presenta la formación y el inicio del funcionamiento de un nuevo organismo.

La muerte también se puede presentar durante la vida, cuando cada día miles y millones de células de nuestro cuerpo mueren, algunas de éstas se renuevan como las células hemopoyéticas, o los fibroblastos y epitelios que cubren al aparato digestivo. Mientras que otras células como las del parénquima hepático difícilmente se vuelven a reproducir, o como en el caso de las neuronas que nunca se pueden reproducir. Este tipo de muerte se presenta durante la vida (Commarck, 1987).

Mientras que la agonía es el momento previo que culmina con la muerte, éste es el momento en el que se declara la defunción o el cese de las funciones vitales. Es la hora que se asienta en el acta de defunción. Pero después de esto el cuerpo continúa todo un proceso, ya que como mencionamos antes el pasar de la vida a la muerte es un instante, pero la muerte es un proceso.

I.1.3.1. Proceso de muerte:

Ahora que tenemos claro que la muerte es un proceso, comenzaremos por describir en qué consiste la muerte propiamente dicha. Este proceso comienza cuando se presenta una especie de síncope prolongado con insensibilidad y desaparición del tono muscular, un paro respiratorio y disminución de la actividad cardíaca y circulatoria.

Después viene la muerte clínica que se relaciona con el coma, y con el sistema nervioso central debido a que las células nerviosas sobreviven apenas unos minutos en estado de anoxia y poco después mueren las células hepáticas, renales y glandulares, en tanto que los epitelios resisten de veinticuatro a cuarenta y ocho horas.

Ahora bien, algunos órganos aunque dañados y no funcionales conservan su forma anatómica antes de diluirse o hacerse friables (papilla fétida) a nivel de cráneo, tórax y abdomen².

² Razón por la cual se practica la autopsia, y en algunos casos se remueven estos órganos.

El hígado tiene como funciones: secretar la bilis, formar glucógeno, fijar la grasa, convertir sustancias nitrogenadas en urea, contribuir a la formación y destrucción de hemáties, así como neutralizar, fijar o destruir los venenos, toxinas o bacterias. Este órgano tan esencial para la vida desaparece en la tercera semana después del deceso, cuando se presenta el proceso de descomposición del cuerpo.

Mientras que el corazón y el útero se desintegran entre el quinto y sexto mes con variaciones bastante considerables dependiendo de la humedad y la temperatura ambiental. Por lo general al cabo de doce o quince meses se hace visible el esqueleto, que conserva aun adheridos restos de ligamentos, tejidos, tendones y vestigios de grandes vasos; en esta etapa de la descomposición podemos encontrar vestigios de parásitos.

Transcurridos cuatro o cinco años antes de que los huesos se separen, para que se presentes su destrucción por descalcificación y disolución en aguas pluviales tendrían éstas que ser ricas en CO₂, este proceso puede tardar varios años, incluso varios siglos, según las características.

Los dientes son los últimos en desaparecer, pueden conservarse durante milenios. Los elementos constitutivos del cuerpo de este modo devuelto a la naturaleza pueden pasar a integrar otros seres vivos en forma ilimitada al ciclo de carbono, hidrógeno, oxígeno y nitrógeno (CHON) a esto es a lo que se le llama el proceso de mineralización, ya que el cuerpo esta constituido por partículas elementales como los iones que conservan vestigios del programa genético (Thomas, 1991, Págs. 30 -34).

Como podemos, ver la muerte desde la perspectiva biológica abarca desde el momento en que el individuo es diagnosticado con una enfermedad terminal hasta el proceso de mineralización, pasando por la muerte celular programada. Con esto podemos tener una idea más amplia de lo que les implica a los médicos la muerte, ya que para ellos es una enfermedad que debe de ser tratada.

Cuando el paciente muere, para ellos es un fracaso porque no se logró curar la enfermedad. Por lo que posteriormente este proceso también es estudiado, debido a que son etapas sucesivas de descomposición del cuerpo. La patología que es la rama de la medicina que se dedica al estudio de las enfermedades y los transtornos que producen en el organismo humano antes y después de la muerte (Diccionario de terminologías de ciencias médicas, 1995).

La muerte desde la perspectiva biológica, no sólo abarca la muerte del cuerpo en general, y de las macroestructuras, es decir aquellas estructuras que vemos a simple vista. La muerte inicia por la célula y aunque aparentemente lo último que sucede con el individuo es un paro-cardiorespiratorio irreversible.

En la muerte están involucradas, todas las estructuras del cuerpo es por, que no queremos dejar de mencionar la muerte celular programada o *apoptosis*³, que es el inicio del proceso de muerte. Es importante, mencionarlo porque la muerte programada, tiene diversas funciones en el organismo, porque desde un enfoque biológico evolutivo. El que exista la *apoptosis*, ayuda a que el organismo escoja los mejores genes, para que exista una perfección del organismo, es decir que ella se encarga de que los genes defectuosos no sean características dominantes disminuyendo la probabilidad de enfermedades congénitas en un organismo.

Por otro lado también la *apoptosis*, sirve para la regeneración de los tejidos como en el caso de las células endoteliales, y gástricas. Pero en el caso de la muerte celular en la neurona esta sólo es programada ya en una etapa muy avanzada de la vida. Este mecanismo sirve para regular la población de las células en un organismo, y que las células que estén en el cuerpo se encuentren funcionando a un nivel óptimo y las que no sirvan sean destruidas.

Este enfoque evolutivo también lo podemos traspolar a las funciones adaptativas de los organismos, porque así como las células mueren también en las diversas especies humanas sucede lo mismo. Cada especie se adapta de manera distinta al lugar donde vive, de acuerdo a su situación geográfica, y características del clima. Esto ha hecho que cada especie evolucione de manera distinta.

³ La muerte celular programada o *apoptosis*, es un mecanismo que forma parte de la vida de las células, componente de la diferenciación celular y del desarrollo de los organismos multicelulares, funcionando como un mecanismo esencial del mantenimiento y restauración celular en los tejidos de los organismos. Las células mueren por *apoptosis* en el desarrollo embrionario durante la morfogénesis y en el animal adulto durante el recambio de tejidos o al final de una respuesta inmune

Se le da la definición de muerte celular programada por el requerimiento de expresión génica tras la estimulación celular: las células del sistema inmune expresan en su superficie celular los "receptores para la muerte" que tras ser activados por sus receptores específicos transmitirán señales de *apoptosis* (Cerejido, 1997).

Las señales que llegarán a la célula darán por resultado lo que se llama características de las *células apoptóticas* son: condensación de la cromatina del núcleo y segmentación del núcleo, pérdida de la estructura en orgánulos del citoplasma celular, formación de burbujas en la membrana que finalmente dará lugar a la desintegración celular y a la formación de los cuerpos apoptóticos los cuales a su vez serán fagocitados por los macrófagos, sin pérdida alguna del contenido celular, aún activo, al exterior y evitando así inflamación y daño tisular. Esta es una gran diferencia con la **necrosis**, la cual es una **muerte accidental** celular y que implica **la liberación del contenido celular** de la célula necrótica al tejido con la consiguiente **provocación de inflamación y daño tisular**. (Cotran, 1987, Pág.40).

Actualmente este proceso de *apoptosis*, es retardado por el avance de la tecnología aplicado a la medicina, como en el caso de la muerte de las neuronas que su destrucción esta programada para 75 años después del nacimiento. Debido a esto la calidad de vida del hombre a mejorado en los últimos dos siglos.

Si bien, la *apoptosis*, es un proceso muy importante a nivel celular. Podemos decir que desde su desencadenamiento este va a ser el precursor del proceso de muerte hasta la mineralización del cuerpo. Ahora pasaremos a estudiar la perspectiva de la muerte desde el punto de antropológico y la manera en la que incide en el pensamiento del hombre.

I.2. En la antropología:

La muerte siempre ha estado presente en la vida del hombre y en todas las culturas desde la antigüedad hasta la actualidad. Porque morir es un acontecimiento cierto en el futuro del hombre que incide y se manifiesta en el acontecer de la vida. Es un hecho que la muerte siempre ha estado presente a lo largo de la historia del mundo. Las ideas y creencias sobre ésta son determinadas por la época. Así la posición del hombre ante la muerte ha ido cambiando a través de los siglos.

La manera de considerar a la muerte va a depender enormemente de los aspectos sociales, culturales e históricos como ya he mencionado. Es por eso que haremos un breve recorrido para conocer lo que algunas culturas pensaban y sentían ante la muerte. La certidumbre de la muerte es universal para la experiencia humana y constituye uno de los misterios centrales en los sistemas religiosos y filosóficos del mundo.

Debido a lo anterior los **ritos funerarios**, las prácticas, relacionadas con la muerte y el enterramiento de una persona, están estrechamente relacionadas con las creencias religiosas. La naturaleza de la muerte y la existencia de una vida después de ella, implican importantes funciones psicológicas, sociológicas y simbólicas para los miembros de una colectividad. Así, el estudio del ritual que se dispensa a los muertos en cada cultura proporciona una mejor comprensión de su visión de la muerte y de la propia naturaleza humana. Los rituales y costumbres funerarias tienen que ver no sólo con la preparación y despedida del cadáver, sino también con la satisfacción de los familiares y con la permanencia del espíritu del fallecido entre ellos.

Por lo mencionado anteriormente, hablaremos de la antropología de la muerte, que según las distintas épocas ha tenido sus propios matices, según las creencias del momento. Esto pone a la vista las conexiones entre lo que sucede intrapsíquicamente y lo sociocultural, dependiendo del momento histórico, y lo cual nos servirá para ser retomado en las viñetas clínicas que presentaremos en el último capítulo.

I.2.1. Antropología y mitos de la muerte:

Este tema es importante para entender la concepción que tenían tanto los primitivos como las antiguas civilizaciones respecto de la muerte. También nos va a ayudar a comprender cómo influye la muerte en el pensamiento del hombre moderno; aunque esto nos parezca curioso, todavía en la actualidad persisten tabúes que se relacionan con las épocas primitivas del hombre. Por este motivo Freud se dedica a la profundización de este tema en "*tótem y tabú*" (1913). A continuación mencionaremos algunos de los tabúes relacionados con los muertos que se dieron en algunas tribus:

Entre los maoriés por ejemplo, todo aquel que hubiera tocado el cadáver o participado en su sepultura se volvía impuro en grado máximo y era segregado de cualquier trato con su prójimo. En otras tribus, en Polinesia, Melanesia y Hawaii las prácticas del tabú después de haber tenido contacto corporal con el muerto son las mismas: la prohibición de tener contacto con los vivos.

Lo curioso de estas restricciones tabú, que pesan sobre las personas que han tenido contacto con el muerto, siempre involucran a los familiares y deudos. Freud, tratando de indagar los motivos de ésta restricción tabú, continúa su investigación encontrando que entre la tribu de los shuswap, de la Columbia Británica, los viudos y viudas durante el periodo de duelo no tienen permitido tocarse ninguna parte del cuerpo con sus manos, ni tampoco podrá tocar cosas que puedan ser utilizadas por los otros. Incluso los miembros de la tribu no desean acercarse a la choza del doliente, porque se creía que traería mala suerte y esta persona enfermaría.

En las tribus de Norteamérica, las viudas durante el periodo de duelo por la muerte del marido, llevaban una pieza de vestimenta a modo de calzón hecho de hierbas secas a fin de volverse inasequible a la aproximación del espíritu. Freud, se da cuenta de que el significado de esto es que el mero contacto corporal con el muerto provoca que este no los deje de rondar durante el periodo del duelo.

En la Nueva Guinea Británica, un viudo pierde todos sus derechos civiles y por un tiempo vive como segregado y tiene que esconderse entre la maleza si alguien viene, en particular si es mujer, esto se debe a que la peligrosidad del viudo reside en que pueda caer en la tentación. Esta misma regla también rige para las viudas porque pueden despertar los deseos de los otros hombres. Si esto no se cumple, se está yendo en contra de las creencias del duelo lo cual provocaría la ira del espíritu.

Otro tabú en el duelo que llama la atención, es el de la prohibición de mencionar el nombre del difunto. Esta prohibición está muy difundida entre tribus que geográficamente no tiene contacto como los Australianos, los africanos o los de las islas de Nicobar. En algunos pueblos, la prohibición y las consecuencias que de ella derivan, valen para el periodo de duelo y en otros casos son permanentes, aunque tienden (en este tabú) a disminuir en la medida en que pasa el momento de la muerte.

En Sudamérica es una grave ofensa pronunciar el nombre del muerto frente a los sobrevivientes. Esta prohibición llegaba a tal grado que en la tribu de los Masai, en África recurren a cambiar el nombre del difunto enseguida de su muerte para poderlo mencionar sin horror. Mientras que en las tribus Australianas sus miembros eran rebautizados cuando tenían el mismo nombre del difunto o uno que se le pareciera, debido a los peligros que suscitaba la mención del nombre del difunto. El horror a la pronunciación del nombre que perteneció al difunto se extiende para evitar la mención de todo aquello que tenga relación o que haga que se recuerde al difunto.

Sin embargo, en otras tribus se lleva a cabo una compensación contra el horror que causa pronunciar el nombre del difunto. Pasado el tiempo de duelo se podía volver a utilizar el nombre del difunto, e incluso se les bautizaba a los niños con este nombre y se pensaba que podían ser reencarnaciones del difunto.

La duda que nos provoca este tabú del nombre, es atenuada cuando entendemos la importancia que los salvajes le dan al nombre, como una pieza esencial y un patrimonio importante para la personalidad. Piera Castoradis Aulagnier (1963), nos dice con respecto al nombre: "Todo sujeto acude a ocupar un sitio dentro de un mito familiar: este mito cuya importancia no es demostrada, de ser necesario, por el lugar que ocupará en el fantasma fundamental, le asigna en la tragicomedia de su vida un papel que determina de antemano las réplicas de los partenaires. Ahora bien estas **réplicas del otro**, este discurso que comienza por dirigirse no a él sino al personaje que él encarna en la escena familia, tendrán que constituirlo como sujeto. He ahí la primera ambigüedad fundamental que el discurso le impone al hombre: lleva un nombre elegido en función del lugar donde se encadena su subjetividad. (Hablo del nombre con el que se le llama, no del nombre legal: al llamarlo, lo que se designa es lo que se proyecta sobre él como heredero significativo, y de esta forma se le asigna su primer sitio en el plano relacional)" (1963, Vol. 1. Pág.2).

La explicación más inmediata a este natural horror al nombre se debe a que si un bebé tiene el mismo nombre que el fallecido puede tener un lugar de antemano destinado en la familia, tal vez sea ocupando el lugar del difunto y no teniendo un lugar propio, ya que lo del difunto le es proyectado, esperando que este nuevo bebé lo sustituya.

Este tabú del nombre, también se le relaciona con los sentimientos que provoca el cadáver debido al proceso de putrefacción, ya que cada vez que se menciona el nombre del difunto, viene a la memoria la imagen del fallecido en su último momento. Todo esto, en conjunto, le debe otorgar un sitio al duelo. Mediante éste uno se ocupa del difunto, lo evoca en su memoria y se le conserva el mayor tiempo posible.

Encontramos por último que bajo todos estos tabúes se oculta el miedo de que si se pronunciaba el nombre del difunto se establecerá un contacto con él, por eso en todas las culturas se llevan a cabo rituales para mantener alejado al muerto o bien expulsarlo si es que está cerca.

La pronunciación del nombre equivale a que el difunto va a hacer una aparición inmediata, por lo tanto se hace todo lo posible para impedirlo. Esto se basaba en que en el instante de morir el familiar se convierte en demonio de quien los sobrevivientes sólo deben esperar tragedias, en consecuencia los muertos son considerados con más frecuencia enemigos que amigos.

Freud (1913) cita a Kleinpaul, quien menciona la forma en que él ha figurado el vínculo entre los vivos y los muertos. A juicio del autor, este convencimiento surge de que los muertos atraen así a los vivos con un placer asesino. Ya que el muerto tenía una apetencia maligna sobre el vivo y se busca tratar de alejarlos. Por esta causa, el vivo no se siente seguro ante el asedio del muerto hasta que no se interpongan entre ellos unas aguas separadoras. Por eso se tendía a enterrar a los muertos en islas, se les llevaba a la otra orilla del río, de ahí las expresiones de más allá y más acá.

Estas creencias de los antiguos, se han modificado al paso del tiempo y en cada cultura han tomado matices diferentes convirtiéndose en mitos, leyendas, creencias, rituales mientras que otros continuaron en forma de Tabú.

Poco a poco, al paso del tiempo, estas creencias cambiaron algunos de los tabúes, se convirtieron en mitos o leyendas dentro de las diferentes culturas. A continuación mencionamos, algunos alrededor de la muerte que han sobrevivido hasta nuestro tiempo, en diferentes partes del mundo, para comprender la importancia que le era dada a este suceso.

I.2.1.1. La muerte en Egipto:

La mitología egipcia es el conjunto de creencias que conformaban la religión del antiguo Egipto. Sus creencias religiosas tuvieron una influencia importante en el desarrollo de la cultura occidental, y aunque nunca existió entre ellos una verdadera religión, en el sentido de un sistema teológico unificado, sí existen mitos alrededor de la muerte.

La fe egipcia estaba basada en una acumulación de antiguos mitos, que incluían el culto a la naturaleza e innumerables deidades. En el más influyente y famoso de estos mitos se desarrolla una jerarquía divina. Encontramos que existe una leyenda acerca de la muerte en la que están involucrados sus dioses principales, ésta nos dice lo siguiente:

"Osiris el dios de la muerte y de la resurrección así como de la tierra y el cielo. Los egipcios creían que Osiris había sido su primer rey, creían, además, que de él habían recibido sus leyes, les habían enseñado la agricultura y cómo rendir culto a los dioses. Osiris se casó con su hermana Isis. Y viajó por todo el mundo llevando la civilización a todos los países. Durante su ausencia, su perverso hermano Set fabricó un sarcófago del tamaño del cuerpo de Osiris. Al regreso de su hermano, Set ofreció regalar el sarcófago a quien pudiera acostarse dentro del mismo, Osiris probó, y en el acto Set cerró la tapa y arrojó el cofre al Nilo. Después de una larga búsqueda, Isis logró recobrar el cuerpo de su esposo. Nuevamente cayó en manos de Set, y este dividió el cuerpo en 14 partes y las esparció por toda la tierra. Isis las encontró todas y les dio sepultura. Se creía que el alma de Osiris moraba en la tierra dentro del cuerpo del buey sagrado, mientras que las partes del cuerpo de Osiris son las semillas que esparcidas por toda la tierra germinan en primavera".⁴

Apartir de esta leyenda egipcia, el pueblo introduce el culto a la muerte, haciendo del rito del enterramiento a los muertos una cuestión religiosa importante. Los rituales, las creencias y el equipamiento⁵ funerario de los egipcios llegaron a ser los más elaborados.

Los egipcios creían que existía una fuerza vital estaba compuesta de varios elementos psíquicos, el más importante de los cuales era el *ka*, como se le denominaba. El *ka*, un doble del cuerpo, acompañaba a éste durante toda la vida y, después de la muerte, se separaba del cuerpo para ocupar su lugar en el reino de los muertos. El *ka*, sin embargo, no podía existir sin el cuerpo; por lo tanto debían hacerse los esfuerzos necesarios para preservar el cadáver. Los cuerpos eran embalsamados y momificados de acuerdo con un método tradicional supuestamente iniciado por Isis, quien momificó a su marido *Osiris*, como se nos explica en la leyenda.

⁴ Enciclopedia "Barsa Escalpe", (1978) Edit. Escalpe. Tomo 20.

⁵ Por equipamiento entendemos todas las pertenencias que el difunto tenía en vida.

De ahí surge el proceso de momificación y, además, la precaución de colocar encima de la tumba las réplicas de madera o de piedra del cuerpo para que sirvieran de sustitutos en caso de que la momia fuese destruida. Cuanto mayor fuera el número de dobles escultóricos, mayores eran las oportunidades de que la persona muerta resucitara. Como última medida, se erigían tumbas sumamente complicadas para proteger el cadáver y sus pertenencias

Porque ellos tenían la creencia que si el cadáver era profanado, el alma del muerto yagaría entre chacales y alimañas del desierto. Por este motivo procuraron hacer de las tumbas faraónicas fortalezas inexpugnables y se esforzaron en hallar procedimientos de momificación que garantizaran la supervivencia material de los cuerpos.

Al abandonar la tumba, las almas de los muertos, eran supuestamente acosadas por innumerables peligros, por consiguiente, a los cadáveres se los enterraba con una copia del Libro de los Muertos. Parte de este libro, una guía por el mundo de los muertos, consiste en encantamientos ideados para superar estos peligros.

Cuando se llegaba al reino de los muertos, el *ka* era juzgado por *Osiris*, el rey de los muertos, y asistido por 42 demonios. El Libro de los Muertos también contiene instrucciones sobre la conducta apropiada ante estos jueces. Si los jueces decidían que el difunto había sido un pecador, el *ka* era condenado a pasar hambre y sed o a ser despedazado por terribles verdugos. Si la decisión era favorable, el *ka* iba al reino celestial de los campos de *Yaru*, donde los cereales crecían dos veces más que la altura de un hombre y la existencia era una versión glorificada de la vida en la tierra. Todas las necesidades que el alma pudiera tener en esta existencia paradisiaca, desde muebles hasta material de lectura, había que colocarlas en las tumbas, junto con sus riquezas, utensilios personales, armas, ropa, sandalias, vasijas llenas de comida, además de estatuillas de arcilla o *ushabtis*, que representaban a sus sirvientes que lo acompañarían en el gran viaje.⁶

Esta leyenda de *Osiris*, hace que el pueblo egipcio cree toda una concepción sobre la muerte que empieza desde el proceso de momificación, culminado en la construcción de asombrosos monumentos como son las pirámides que albergaban a los faraones, que eran los que generalmente gozaban de estas tumbas, porque la idea era conservar el cuerpo del difunto, para que pudiera gozar del descanso de ultratumba, con todas las comodidades que había tenido en la tierra. En honor de *Osiris* y como pago por la vida después de la muerte y por su benevolente protección, ella requería que los muertos realizaran tareas para él, tales como trabajar en los campos de cereales. Podían eximirse de este deber, si en las tumbas se habían depositado unas estatuillas denominadas *ushabtis*, ya que estas, en el reino de los muertos, se transformaban en sustitutos de los muertos.

⁶ Enciclopedia "El nuevo tesoro de la juventud" (1982), Edit. Grolier; México, D.F., Tomo 1. Págs. 51 - 54.

La idea de muerte, siempre ha estado presente en el pensamiento del hombre. En el caso anterior de los egipcios, la muerte era vista como un cambio de estado donde la vida continuaba de manera ultraterrena e incluso también está presente la idea de la reencarnación. Como se ve en la leyenda de Osiris que su alma mora en el cuerpo de un buey, y su cuerpo en las semillas que germinan en primavera, por lo que la muerte solamente es un cambio de un estado a otro, resultando ser una bella concepción de la muerte. Mientras que para otro pueblo, como el griego, que la muerte adquiere otros matices como el que veremos enseguida.

I.2.1.2.La muerte en Grecia:

La mitología griega es el conjunto de creencias y observancias rituales de los antiguos griegos, cuya civilización se fue configurando hacia el año 2000 a. C. Consiste principalmente en un cuerpo de diversas historias y leyendas sobre una gran variedad de dioses.

La mitología griega se desarrolló plenamente alrededor del año 700 a. C. Por esa fecha aparecieron tres colecciones clásicas de mitos: la Teogonía del poeta Hesíodo y la Ilíada y la Odisea del poeta Homero. Esta tiene varios rasgos distintivos. Para ellos los dioses griegos se parecen exteriormente a los seres humanos y revelan también sentimientos humanos.

A diferencia de otras religiones antiguas como el hinduismo o el judaísmo, la mitología griega no incluye revelaciones especiales o enseñanzas espirituales. Las prácticas y creencias también varían ampliamente, sin una estructura formal - como una institución religiosa de gobierno - ni un código escrito, como un libro sagrado

Para los griegos, la muerte se encuentra presente en la mitología y era representada por el Dios Hades, que pertenecía al grupo de los grandes Dioses. Hades era el tercer hijo de Cronos y Rea, compartió con sus hermanos el imperio de los mundos y a él le toco regir las regiones infernales, debido a que a su Hermano Zeus le dieron el cielo, a su hermano Poseidón el océano.

Cuenta la mitología que Hades era tan feo que nunca pudo encontrar esposa por lo que rapta a Perséfone y la hace reina. Hades tenía relación con el destino o Hado que era el hijo del caos y la noche e imperaba sobre los dioses, los hombres y las cosas. Tenía escrita la suerte de los mortales en un lugar del Olimpo donde hasta los mismos dioses debían consultarle.

Son las Parcas o Moiras, tres hermanas que manejan el destino de los hombres, llamadas Cloto, Láquesis y Atropos. Inalterables en sus propósitos, sujetan los misteriosos hilos de la existencia y nada podía impedir que los cortaran cuando Hados había hecho sonar la hora. Cloto tejía el hilo, Láquesis lo arrollaba en el huso, y Atropos cortaba sin piedad el hilo que se suponía era la medida de la vida de cada uno de los mortales.⁷

Para los griegos la muerte era vista como algo ominoso, tan es así que el dios que representa la muerte, Hades, es descrito como un ser de extraordinaria fealdad, tanto que tiene que raptar a Perséfone para hacerla su esposa.

También su reino es reflejo de lo siniestro, este se dividía en cuatro regiones inferiores:

- El primero era el Tártaro, la parte más tenebrosa, donde vivía Hades en compañía los titanes y a donde iban los seres malvados. Ocupaba una gran extensión en el seno de la tierra, y estaba rodeada de una triple muralla de bronce, ningún ser vivo podía penetrar en él.
- La segunda región es el Infierno, que es un lugar terrible con toda clase de torturas y castigos, se suponía que esta rodeada de fuego, terribles pantanos y ríos de agua hirviente que no dejaban esperanza alguna de escapatoria.
- La tercera región es el Erebo el lugar subterráneo más cercano a la tierra. Los antiguos creían que las sombras de los desgraciados que no habían sido sepultados vagaban durante más de cien años por el Erebo hasta conocer su morada definitiva.
- La cuarta región es el Elíseo, esta es la residencia de las almas virtuosas muertas. A estas cuatro regiones se les unen la laguna de Estigia, que circunda al infierno, sus aguas son negras y pestilentes corren por las oscuras tierras. El Aqueronte o Acheron, es un río infernal; el Cocito es otro río infernal, este esta formado por las lagrimas de los culpables. También es llamado el río de las lamentaciones, este se une al Aqueronte.

Por estos ríos se decía que transitaba Caronte, hijo de Erebo y Nox, él conducía a las sombras de los muertos a las Estíguas o al Aqueronte. Caronte es un viejo barquero malvado y los que no tenían dinero no podían viajar en su bote. Por esta razón los antiguos nunca dejaban de poner dinero en la boca de los muertos. Caronte es representado con una vestimenta lúgubre, manchada con las sucias y descompuestas aguas de los ríos.

⁷ Ibidem, Tomo 6.

A Hades, Hado, Caronte y las moiras representan a la muerte como algo que no se puede escoger, ni tampoco cambiar, es algo que simplemente está siempre presente en la vida de los mortales; como lo vemos en las siguientes frases donde se trasluce tanto el sentido el sentido ominoso, como el de una vivencia sublime y extrahumana de los últimos momentos.

Tanto que, influyo mucho en lo que piensan algunos de los filósofos griegos más destacados sobre los cuales influyó este mito:

"Los filósofos son los que cultivan bien la filosofía, los demás no se dan cuenta de que lo único que cultivan es la muerte".

"Si la muerte es la separación del alma y del cuerpo, sólo los rectamente filósofos son capaces de desear la muerte: por esta separación y por conseguirla se fatigan. Rectos filósofos son los que estudian el bien morir, y de todos los hombres son estos para quienes es la muerte menos terrible".

Sócrates

"Elige la mejor manera de vivir; la costumbre te la hará agradable".

Pitágoras

"La pálida muerte lo mismo llama a las cabañas de los humildes que a las torres de los reyes".

Horacio.

En lo anterior podemos percibir las dos formar de ver la muerte las primeras dos frases dan la visión algo terrible, y en cambio en las dos últimas frases de se observa el sentido sublime y extrahumano de esta. En comparación de lo que dice el mito del Hades, donde existe mucho sufrimiento, incluso en la misma descripción vemos que la concepción de la vida ultraterrena de los egipcios cambian y ahora más bien parece un castigo. Al parecer esta ideología ha influido en los pensamientos religiosos como veremos a continuación en la concepción judaica, judeocristiana, e islámica.

I.2.1.3. La muerte en el pensamiento judaico:

La religión judía o judaísmo es considerada una de las religiones más antiguas, contemporánea de la mitología greco-romana. La mitología griega, así como influye profundamente en la mitología latina, de la misma manera lo hace con el judaísmo. Por lo que encontramos enormes semejanzas a pesar de que los orígenes de estas concepciones sean distintos.

Como la palabra judío deriva del latín *Judaeus*, y ésta proviene del hebreo *Yehudhi*, que significa descendientes de Jacob (Iaacov), el nieto de Abraham. Las doce tribus del pueblo de Israel, fueron: Dan, Neftalí, Gad, Aser, Efraín, Rubén, Simeón, Judá, Isacar, Zabulón, Manasés y Benjamín. Los textos de la *Tanaj* o Antiguo Testamento, están constituidos por la Ley de Moisés, es decir, la "*Torah*" (Génesis - Bereshit, Exodo - Shemot, Levítico - VaYikra, Números - BeMidbar y Deuteronomio - Devarim llamados "Pentateuco" Del griego, "cinco libros").

En estos libros se menciona en que se debe llevar acabo el rito funerario o *shivá*, que consiste en preparar el cuerpo, es decir, lavarlo y amortajarlo para purificarlo, y enterrarlo a la brevedad posible antes de veinticuatro horas⁸. La mortaja siempre es blanca porque simboliza la pureza. Posteriormente se indica que el cuerpo no debe ser incinerado, ni embalsamado, ni se le debe realizar la autopsia por respeto al cadáver. Por lo que el cuerpo es enterrado en una caja de pino, y con los pies hacia Jerusalém, para que cuando llegue el día de la llegada del Mesías, resucite, se levante y sepa el camino a Jerusalém.

Para ellos el luto dura 7 días después del entierro, en estos días los hombres más cercanos al difunto en línea directa, desde hermanos, hijos, primos, tíos y por último los amigos, se dejan crecer la barba durante este tiempo y se desgarran las bolsas del saco o camisa. A los padres del difunto se les rasga la ropa del lado izquierdo por ser el lado más cercano al corazón, esto porque los padres están muy cerca del corazón de su hijo, mientras que a los demás familiares se les rasga la ropa del lado derecho. En estos días también se llevan acabo los rezos al difunto que se llaman *Tziduk Hadín* y el Otro es el *Kadish*. Para que estos se realicen debe haber cinco hombres cercanos al difunto. El rezo se lleva acabo en el lugar donde la persona pasaba más tiempo. Generalmente el rezo se hace en la habitación. Mientras los hombres llevan acabo el rezo en la habitación, las mujeres deben permanecer fuera de ésta, y ellas pueden rezar aparte, pero nunca en el mismo sitio que los hombres. Se solicita abstenerse de hacer visitas a los familiares del doliente hasta después de tres días después del funeral para permitir a los familiares afligidos la posibilidad de manifestar su dolor en privado y ordenar sus pensamientos.

Cuando ya se permiten las visitas en el lugar donde muere alguien, se derrama agua en el suelo. Esta costumbre tiene su origen en la Edad Media, cuando era común creer que el espíritu del difunto está presente después de la muerte y que era peligroso para familiares ingratos. Esta es una variedad de una costumbre que fue practicada en muchas culturas, desde el hombre primitivo que creían que los espíritus no podían cruzar una extensión de agua y que si intentaban hacerlo se ahogarían, como los explica Freud en 1913.

⁸ Los judíos no llevan a cabo el proceso de velación del cadáver como los católicos, la velación se lleva acabo después del entierro.

A diferencia de otras religiones, la judaica hace una excepción especial durante el luto. Durante éste no se prohíben las festividades alegres, es decir, si en este tiempo se tiene que realizar una boda o un *bar mitzvá*, no se suspende sino que se lleva a cabo, lo único es que durante el evento no se toca música en señal de luto.

Otra peculiaridad del *shivá*, es que al cuerpo se le entierra al ras del suelo, o a muy poca profundidad. Durante el mismo se le coloca al muerto una tabla con el nombre y la fecha en que murió. En las comunidades más ortodoxas después de un año la familia puede regresar al cementerio a visitar al muerto, y entonces sí arreglar la lápida de la tumba. Dependiendo de la religiosidad de los miembros de la comunidad, el tiempo que no se puede acudir al cementerio se reduce a un mes.

Estas son las costumbres que practican los judíos en el rito funerario. Ahora, con respecto a su pensamiento, encontramos que en la *Torá* se menciona que si uno es un buen judío, apegado a sus costumbres se ganará el cielo, y de lo contrario si no actúa de manera adecuada será repudiado, como lo vemos en el caso del suicidio donde éste es considerado una ofensa contra dios y el hombre. Por eso quienes se suicidan, son considerados sanos hasta el momento de cometer el suicidio y son sepultados aparte, junto a los límites exteriores del cementerio, y a una distancia no menor de seis pies de la tumba de otro judío.

Otra costumbre judía que se relaciona con los antiguos tabúes que Freud estudia detenidamente en "*Tótem y tabú*". Él menciona el del temor al contacto con el muerto. En esta religión adopta, en el caso del suicida, el rechazo a que esté cerca de los otros muertos. Otra forma de llevarse a cabo este tabú es la prohibición de que los *cohanim* o familia sacerdotal que se les considera los responsables de la conducción de las actividades religiosas en el templo, por lo que tienen prohibido el contacto con un muerto, porque esto los hace impuro en grado máximo. Un *cohen* o miembro de la familia sacerdotal, no tiene permitido asistir a un funeral, salvo el de un familiar inmediato.

Otro tabú al contacto que también vemos claramente en esta religión es la relación con la antigua práctica de la purificación de las manos a través del lavado después de haber estado en proximidad a un muerto. Esto como ya lo mencionamos, se relaciona con la antigua creencia de que los malos espíritus siguen al muerto y rondan por las tumbas, de modo que los que siguieron al cortejo deben purificarse por haber estado en las cercanías de estos de esos espíritus. (Kolatch A. J; 1985, Cap. 3).

En esta religión, aquellos tabúes que tienen que ver con el pensamiento mágico toman forma dando paso a costumbres que se utilizan en el rito funerario, en donde se cree que el contacto con la muerte puede perjudicar a las personas. En cambio en el pensamiento Judeo-cristiano, como lo vemos a continuación, es una mezcla de las antiguas costumbres judías y el pensamiento griego.

I.2.1.4. La muerte en el pensamiento Judeo - Cristiano:

El pensamiento judeo - cristiano es, como ya lo mencionamos, una mezcla de dos ideologías muy distintas, la primera es el pensamiento judío y sus costumbres, pero con la influencia de la filosofía griega. La Biblia es un documento judío y uno tiene que interpretarlo con definiciones y entendimiento de las costumbres de las personas que lo escribieron. Entendiendo algunas de las costumbres judías nos aclarará muchas escrituras que también han sido interpretadas sin referencia a las prácticas culturales Judías.

La filosofía griega influye en la iglesia primitiva y cambió algunos de los conceptos más fundamentales e importantes de la fe. Lo que ha pasado en pocas palabras es lo siguiente: En el tiempo de Jesús y los Apóstoles, el pensamiento griego fue considerado como el modo de pensar **más ilustrado**. Todas las personas en ese tiempo fueron educadas en la filosofía griega. El idioma griego era considerado el idioma internacional del mundo civilizado. Debido a esto es que el Nuevo Testamento está escrito en griego.

La principal influencia fue del **Platonismo** que era muy conocido en esos días del reino de Dios y a Jesucristo como el Mesías. Pero a medida que el tiempo fue pasando y las escrituras se empezaron a leer en hebreo con la mente griega, es decir, una forma de pensamiento que es influido por la filosofía griega.

Es por esto que en esta concepción de la muerte se encuentra una representación basada en el mito del Hades. Vemos que la descripción del infierno, es prácticamente igual, lo único que cambian son los personajes. En este mito se encontraban varias figuras principales como el Caronte, el Hades, la reina Rea y la división del reino de los muertos.

Mientras que en el pensamiento cristiano todos los personajes se mezclan, forman a Satanás, Lucifer, Luzbel. Esto por un lado, mientras que de la religión judía se toman las creencias de un Dios que premia o castiga al hombre según sus acciones y sostiene el temor a la muerte, porque todo lo que hagas en vida será juzgado en el final de los tiempos en el juicio final, por eso se piensa que se tiene que ser bueno en la vida mediante la aplicación de los mandamientos y preceptos que marca la iglesia para poder morir en paz e ir al cielo, de lo contrario se irá al infierno.

Esto, a nivel de pensamiento, pero cada país lo adapta a sus propias costumbres. En este caso hablaremos de las costumbres que se llevan a cabo en un país como México, donde el rito funerario se realiza de diferente manera, según el lugar de la República.

Desde esta concepción antes de la muerte se deben de cumplir ciertos preceptos, uno de los cuales es la extremaunción de los enfermos. La extrema unción comprende el ungimiento a los dolientes en la frente y en las manos con aceite de oliva debidamente bendecido según las circunstancias con otro aceite de plantas pronunciado una sola vez las siguientes palabras: *Por esta santa unción y por su bondadosa misericordia te ayude el Señor con la gracia del Espíritu Santo, para que libre de tus pecados, te conceda la salvación y te conforte en tu enfermedad.* Este sacramento implica la reconciliación con Dios para que el doliente pueda morir en paz. Por lo que la unción se le da tanto a los que son aquejados por una grave enfermedad, como a los que se encuentran accidentados, en coma o con muerte cerebral.

Una vez acontecido el fallecimiento, se prepara el cuerpo vistiéndolo con las mejores galas y, en algunos casos, se les maquilla para llevar acabo la velación. Esta consiste en reunir a todos los familiares y amigos para que se realice una misa de cuerpo presente, donde se pide por el descanso del alma de la persona fallecida⁹. Posteriormente se le da a la familia el pésame y se forma un cortejo fúnebre para acompañar al muerto a su última morada. Ahí se lleva acabo el sepelio, en el cual se le da sepultura al cadáver en un cementerio. Este es el momento en el cual los familiares le dan el último adiós a su ser querido.

En algunos casos se sigue todo el ritual de la velación, pero en vez del sepelio, se realiza la cremación del cadáver, que en ésta religión está permitida. Posteriormente se procede a colocar las cenizas en un nicho generalmente dentro de una iglesia¹⁰ (Herrasti, 1996).

Los nueve días posteriores al enterramiento, la familia y amigos se reúnen para llevar acabo el novenario. Este consiste en rezar un rosario durante esos días, generalmente se lleva acabo en la noche¹¹. Al mes de muerta la persona, se realiza una misa y después al año para conmemora su aniversario. Estas últimas costumbres se realizan en México, debido a que hubo una mezcla entre las costumbres del Pensamiento judeo - cristiano y las costumbres prehispánicas. De las cuales hablaremos más adelante. Ahora continuaremos hablando del pensamiento Islámico que es otro de los más importantes.

⁹ En algunos lugares del D.F. se acostumbra que en ese momento se haga junto al ataúd una cruz de cal.

¹⁰ Folleto "La unción de los Enfermos" (1996). R.P. Pedro Herrasti. Edit. Sociedad E.V.C. México, D.F.

¹¹ Al terminar el novenario se lleva acabo el levantamiento de la cruz que se hace con cal cuando se realiza la velación. En el décimo día la cal que queda de la cruz se levanta y es llevada a misa y posteriormente se entierra junto al cadáver, porque se cree que sino se levanta la cruz de cal para que el muerto se lleve toda su esencia y esto también sirve para prevenir la muerte de alguna otra persona cercana al fallecido.

I.2.1.5. La muerte en el pensamiento Islámico:

Entre los musulmanes, los rituales de la muerte también siguen ciertos preceptos al igual que las religiones que hemos mencionado anteriormente. Cuando alguien muere, lo mismo que los judíos, consideran importante lavar el cuerpo porque para rezar o ir con *Alá*, se debe estar limpio. Entonces, si muere un hombre las personas que lavan el cadáver son hombres de su familia; si es mujer las que van a lavar el cuerpo deben ser mujeres cercanas a la fallecida. Los cadáveres ya lavados son guardados en una especie de bolsa blanca sin ropa.

Posteriormente quienes lavan el cuerpo se deben bañar para llevar acabo los cinco rezos diarios o *wuhdud* que se realizan viendo hacia la Meca. Debido a que, como ya lo mencionamos, se debe estar limpio para llevar acabo el ritual del rezo o cuando uno muere. Cuando alguien muere el *wuhdud* va a comenzar con el *Fatiha*, que es la oración de apertura. Durante estos rezos que son realizados por los familiares, por ejemplo, si son hombres los que encabezan el rezo no van a poder ser tocados, ni por su mujer, ni por su madre, hermano u hermana, solamente van a poder ser tocados por su hija, y en el caso de las mujeres por el hijo. Se vela al muerto durante veinticuatro horas para que las mujeres de la familia se despidan.

Al día siguiente debe de ser enterrado antes de que se ponga el sol. Porque existe una creencia en la cual se dice que durante la noche sale el diablo y pervierte al espíritu del muerto. Al entierro nada más van los hombres. Debido a que las mujeres no les es permitido entrar al cementerio, porque son más susceptibles y el espíritu del muerto sufre. Para realizar el entierro se prepara la fosa tapiándola con paredes de aproximadamente un metro de altura, las cuales son recubiertas con cemento, figurando un ataúd.

Una vez que se termina de tapiar la fosa con cemento se llena de arena y ahí es puesto el cadáver¹² con la cabeza mirando al sol, es decir, hacia La Meca que se encuentra donde sale el sol.

Después de colocar el cuerpo, los familiares dan vuelta alrededor de la fosa y cuando lloran se toman de las manos en señal del pésame a los vivos; porque al muerto también se le da el pésame cuando los familiares echan la arena dentro de la fosa.¹³ Vemos que también en este rito funerario se encuentra el temor al contacto con el muerto ya que las personas que tocan al muerto se les considera impuros. Otra cosa que vemos es la sensación de que el muerto sigue presente, pero en espíritu.

¹² Entre los musulmanes no se utiliza el ataúd, debido a que este es hecho con cemento y la cama es hecha con arena.

¹³ Entre los musulmanes son los familiares los que hacen la función de sepultureros, es decir ellos terminan de dar el pésame al muerto cuando lo entierran.

Como cuando se les prohíbe a las mujeres ir al entierro porque el fallecido sufre por ver la tristeza que estas expresan por su muerte, o también la creencia de que se debe de enterrar al muerto antes de que se ponga el sol porque el diablo sale de noche y pervierte su espíritu. Todos estos preceptos del rito Islámico denotan el pensamiento mágico, del temor a que el muerto regrese para causarles daño. Creencias primitivas que continúan prevaleciendo como parte de las religiones.

Estas son las creencias que también se presentaban en Europa, en los primeros siglos de la humanidad, conformando lo que ahora son las religiones, mientras que en América los pueblos prehispánicos también tenían su propia ideología con respecto a la muerte, que en un país como México, da una concepción distinta de la muerte con respecto a los países Europeos, que si bien influyen durante la conquista sobre el pensamiento prehispánico, también se mezclan dando una concepción *sui generis* de la muerte. Por lo que hablaremos de la ideología de la muerte antes y después de la conquista.

I.2.1.6. La muerte en el pensamiento Azteca:

En el pensamiento prehispánico se tenía la concepción de una dualidad vida – muerte, esta dualidad resulta de la observación cotidiana, y del conocimiento empírico de estos pueblos, esto les permitió conceptualizar el orden del universo.

Al observar que había una temporada de lluvias en que todo florecía y una de secas en la que faltaba el líquido vital y todo moría, llevo al hombre a dividir su calendario en esas dos partes presentes a lo largo del año. Las festividades eran dedicadas en especial al dios viejo y del fuego, *Huehuetéotl-Xiuhtecutli*, a *Tlaloc* dios del agua y a *Huitzilopochtli* dios de la guerra.

Creían que del Templo Mayor se podía subir a los niveles celestes o bien bajar hacia el inframundo y de él parten los cuatro rumbos del universo: es el axis mundi, el centro de la concepción universal de este pueblo¹⁴. Esta idea de dualidad lleva al hombre antiguo a la concepción de la vida y la muerte que se ve reflejada en el ritual del entierro, y en los rituales de sacrificios humanos para agradar a los dioses. La forma en que mueren las personas define la forma del ritual del entierro y su destino en la vida ultraterrena. Dentro del *Mictlán* los difuntos pueden ir a tres partes: la primera es el Sol, el paraíso terrenal o *Tlálocan* y los que van al infierno, según Fray Bernardino de Sahagún¹⁵ (1979).

¹⁴ Autores Varios, (1995) "Dioses del México antiguo".(Compilación fotográfica). Editado por el Colegio de San Idelfonso, UNAM, e INAH.

¹⁵ Sahagún, B. (1979). "Historia general de las cosas de la Nueva España". Edit. Porrúa. México, D.F.

Al sol iban aquellas mujeres muertas en el parto y los guerreros muertos en combate o sacrificio. Estas mujeres morían ante de dar a luz, si la partera no obtenía el consentimiento de los padres o marido para despedazar a la criatura, la encerraban y la dejaban morir. Eran llamadas *mocihuaquetzqui*, que quiere decir mujer valiente, ya que se le consideraba una guerra en donde el niño era el prisionero, estas mujeres eran consideradas unas diosas celestiales, por lo que se les bañaba y aderezaba para llevarlas a enterrar. Durante la procesión del entierro había que cuidar el cuerpo hasta que se llegase al templo donde era velado durante cuatro días por el marido. Ellas eran llamadas también *Cihuapiltin*, por el templo de *cu* donde se les enterraba, y se les cuidaba para que nadie hurtase partes de su cuerpo por que se les consideraba mujeres santas y las partes de su cuerpo como el dedo medio de la mano izquierda, era el amuleto para los soldados novicios, mientras que el brazo con la mano izquierda era un amuleto para los hechiceros.

Los parientes de la *mocihuaquetzqui*, no lloraban, sino que se alegraban porque ellas iban al sol, y se les cantaba. Los guerreros muertos en combate o sacrificio, no se sabe cómo los enterraban, pero se dice que también iban a la casa del sol. Ellos habitaban en la parte oriental del sol; y cuando salía el sol, ellos se aderezaban con sus armas y le recibían haciendo estruendo y dando voces con gran solemnidad, iban delante de él peleando, en pelea de regocijo, hasta que llegaban al cenit o medio día (*nepantlatonatiuh*).

De ahí en adelante las mujeres se les unían a los hombres y juntos marchaban con el sol, es decir, las mujeres muertas de parto y las que morían en la guerra. Todas ellas residen en la parte occidental del cielo ó *cihuatalmpa*, hasta la puesta de sol. Ellas llevaban unas "andas" hechas de plumas ricas, que se llaman *quetzalli-apanecáyotl* y se les unen a los soldados dando voces de alegría y dejan al sol donde se pone. De allí salen los del infierno a recibirlo y empieza la noche en la tierra y amanece en el infierno.

Otra de las partes es el *Tlálocan* o paraíso terrenal lugar donde iban las ánimas, es decir, todos los muertos que se relacionaban con el agua como los ahogados, bubosos¹⁶, sarnosos, leprosos, gotosos e hidrópicos y incluidos los que morían por un rayo. Estos muertos junto con los que morían de enfermedades contagiosas e incurables, no eran quemados sino que se enterraban los cuerpos de dichas personas. A la hora de enterrarlos se les ponían semillas de bledos en las quijadas, color azul en la frente, además de papeles cortados en la parte anterior y en el colodrillo (parte posterior de la cabeza), les vestían con papeles, y en la mano una vara. Se le describe como un lugar de eterno verano e intenso verdor donde abunda el agua, ahí reside *Tlaloc* y sus ayudantes los *tlaloques*.

El *Mictlán* o el infierno, era el lugar donde vivía el señor del inframundo llamado *Mictlantecutli*, *Aculnahuácatl*, o Tzontémoc, y la diosa *Mictecacíhuatl* o *Mictlantecutli*. A este lugar iban las ánimas de los difuntos que iban al infierno, estos son los que morían de enfermedades no relacionadas con el agua o de muerte natural, no se aclaran cuales, pero se dice que no importaba su posición social, ni su sexo.

¹⁶Este término hace referencia a la peste bubónica, común en esa época.

Cuando alguien moría, mientras yacía en la cama, se hacía llamar a los maestros de ceremonias fúnebres, que por lo común eran hombres ancianos. Estos entraban a la casa del difunto y le rezaban, pidiéndole: " Oh hijo, ya habéis pasado y padecido los trabajos de esta vida, ya ha sido servido nuestro señor y os ha de llevar por que no tenemos vida permanente en este mundo y como quién se calienta al sol, es nuestra vida [...], al presente ya os llevó el dios que se llama Mictlantecutli, y la diosa Mictēcacíhuatl, ya os puso por su asiento, por que todos nosotros iremos allá, [...] ya os a os fuisteis al lugar obscurísimo que no tiene luz, ni ventanas, ni habéis más de volver ni salir de allí, ni tampoco más habéis de tener cuidado y solicitud de vuestra vuelta. Después de os haber ausentado para siempre jamás, habéis ya dejado a vuestros hijos, pobres y huérfanos y nietos, ni sabéis como han de acabar, ni pasar los trabajo de esta vida presente; y nosotros allá iremos a donde vos estuviéres antes de mucho tiempo"(Sahagún, 1979, apéndice del tercer libro).

Le decían algunas palabras a los deudos del muerto. Posteriormente los ancianos y oficiales eran los encargados de tajar papeles es decir los cortaban. Le ponían una piedra en la boca de color verde, que representaba su corazón, esta piedra era de acuerdo con la clase social. Así como en la actualidad también lo aderezaban y ataban los papeles de su oficio, luego le encogían las piernas, lo vestían y ataban con los papeles, tomaban un poco de agua y la derramaban sobre su cabeza diciendo al difunto:

Esta es la que gozastéis viviendo en el mundo; tomaban un jarrillo lleno de agua, y se lo dan diciendo: Veis aquí con que habéis de caminar y se la ponían entre las mortajas, y así amortajaban al difunto con sus mantas, utensilios, vestidos, comida y papeles que estaban de acuerdo con su posición social, y los ponían ordenadamente ante él cada instrucción por separado, diciendo:

1. Veis aquí con qué habéis de pasar en medio de dos sierras que están encontrándose una con otra;
2. Veis aquí con qué habéis de pasar el camino donde está una culebra guardando el camino,
3. Veis aquí con qué habéis de pasar a donde está la lagartija verde, que se dice *Xochitónal*,
4. Veis aquí con qué habéis de pasar ocho páramos,
5. Veis aquí con qué habéis de pasar ocho collados,
6. Veis aquí con qué habéis de pasar el viento de navajas, que se llaman *itzenecayan*, por que el viento era tan recio que llevaba piedras y pedazos de navaja ¹⁷.

¹⁷ Sahagún, B. (1979). "Historia general de las cosas de la Nueva España". Edit. Porrúa. México, D.F.

Por esta razón de los vientos y frialdad quemaban todas las petacas, armas y muebles del difunto, creyendo que el calor de este fuego le ayudaría a no sentir el frío de aquel terrible viento. También se le hacía llevar consigo un perro de pelo bermejo, atado al cuello con hilo flojo de algodón, decían que ayudaban a los difuntos a cruzar un río del infierno llamado *Chiconahuapan*. De esta manera lograban llegar ante el *Mictatecutli*, y le ofrecían lo que llevan y le enseñaban sus papeles.

Si era necesario se llevaba acabo la incineración del cuerpo en ese momento, si no a los 80 días, y del primero al cuarto año se realizaban un ritual donde quemaban cosas que pudieran servir al muerto y le daban comida y ofrendas. Después de cuatro años el muerto salía del *Mictlán*, era ayudado por su perro a cruzar el *Chiconahuapan*, para ir a lugar que le era destinado.

Posteriormente los rituales pasaron a ser costumbres, y formas de encarar la muerte, las cuales son distintas según la época, las creencias y la cultura como veremos a continuación.

I.2.1.7. La muerte a través de los siglos:

Al paso del tiempo los mitos y leyendas estructuraron lo que ahora llamamos las distintas formas de enfrentar la muerte, así como distintas posiciones ante ella. Philippe Aries (1977) realizan una clasificación en donde se distinguen entre los diferentes tipos de muerte, según las distintas épocas en Europa y que hasta nuestros días se encuentran presentes:

1. La muerte amaestrada: Esta es una interpretación de la muerte y las respuestas hacia ella tuvo lugar, en el continente Europeo durante un milenio. Es aquella muerte que es avisada, dado que los seres humanos están informados de antemano que van a morir. En la antigüedad la actitud para quien moría era algo familiar, cercano, atenuado, diferente a la muerte de nuestros días.

Aprestar a morir era un acto fundamental en la vida de un hombre. Toda su vida se le había enseñado que su ser en el mundo, su esencia misma de ser viviente, su dignidad dependen de la grandeza con que se lleve acabo las ceremonias de despedida; se ansiaba ser protagonista de la propia muerte. Era el momento de pasaje de vivo a muerto, donde se llevaban acabo los rituales de despedida y que serían recordados por los sobrevivientes, que en ese momento, acompañan en la despedida al *por morir*. Era socialmente valorada, donde se contenían las ansiedades de muerte en aras de un bien mayor: morir como el Superyó (la opinión pública) lo estipula, concediendo al por morir prerrogativas narcisistas.

2. La muerte propia: En el siglo XII, la representación de la muerte sufre una modificación importante, ya no es la muerte acompañada, ahora es la representación de una balanza rigurosa donde se pesan las buenas y malas acciones. Ya no cuenta tanto el morir, sino el último día del mundo al final de los tiempos.

Para el siglo XV, en el lecho del agonizante tiene una última prueba: el agonizante verá toda su vida, tal como el contenido de un libro, y se sentirá tentado, ya sea por la desesperación de sus faltas, o por la gloria vana de sus buenas acciones, o por el amor apasionado de las cosas y seres. Su actitud, en la exhalación de ese último momento fugaz, borrará de golpe los pecados de toda su vida si rechaza la tentación, o lo contrario, anulará todas sus buenas acciones si cede. Esta muerte implica un reencuentro con la tumba propia, y con ello surge la idea de que la vida es una desilusión y una sensación de fracaso, la muerte ahora es macabra.

3. La muerte ajena (El Duelo): A partir del siglo XVI, el hombre deja de preocuparse por su propia muerte y ahora se preocupa por la muerte ajena. Ahora se trata de la ausencia del otro cuya añoranza y recuerdo inspiran durante el siglo XIX y XX, el culto de tumbas y cementerios donde los monumentos son fastuosos.

Ahora la cara de la muerte cambia de lo macabro a lo romántico. El sexo y la muerte se alían intensamente y el duelo adquiere un carácter ostentoso. Como la muerte que pinta Shakespeare en Romeo y Julieta.

4. La muerte prohibida: Durante la tercera última parte del siglo XX, está es la muerte más común. La muerte ya no es algo familiar, sino algo vergonzoso que se debe de ocultar. Frecuentemente vemos la mentira en el enfermo acerca de su enfermedad terminal, y el silencio, son cada vez monedas más corrientes en la muerte. Ya no se muere acompañado, sino que se muere en un hospital, en un aislado dentro del mismo, donde el ingreso a los familiares es restringido, solo los especialistas entran y salen con libertad del lugar.

Se esconde la muerte, a los niños se les dicen mentiras blancas sobre ésta. El muerto y sus pertenencias deben de ser evacuadas. En esta sociedad industrializada donde predomina lo vivo, lo natural, lo light, parece que el morir es vergonzoso y se debe de ocultar lo antes posible, ni siquiera hay tiempo para el luto, por que la vida continua hay que regresar al trabajo cinco días hábiles después de que murió un familiar o se descuentan del salario los días que falte la persona.

5. La muerte desorbitada: Esta muerte, es observada en algunas culturas primitivas. Se singulariza por carecer de toda norma, y como su nombre lo indica, presenta características de desborde como: crisis de despersonalización, y efusiones emocionales intensas. En esta muerte los duelos suelen ser trágicos. La sensación de derrota ante la muerte causa una ruptura psíquica.

6. La muerte súbita: Está se da cuando el individuo es tomado por sorpresa sin ningún aviso, no hay rituales de despedida, ni agonía previa. Está muerte imprevista causa estupor en los sobrevivientes, presentándose como una experiencia brusca.

En estos casos se dice que desde un saber inconsciente, poco antes de morir suele iniciar movimientos de despedida sin que las personas entiendan por qué lo hacen, como si presintieran oscuramente (Inconscientemente) que la muerte se acerca. A nivel inconsciente la muerte fue emitiendo señales que llevaron a esta persona a actuar de determinada manera, que luego una vez muerta será resignificada por los sobrevivientes como aviso y preparación para la partida.

Podemos ver que en estas tipologías de la muerte casi siempre está presente lo familiar, por que es un ser querido el que muere, pero también esta lo siniestro que es la muerte, algo que nos espanta nos asusta. Nos referimos a que " Lo Ominoso es aquella variedad de lo terrorífico que se remonta a lo consabido de antiguo, a lo familiar desde hace largo tiempo" (Freud; 1919; 220). Para que se produzca este sentimiento de lo ominoso debe haber una condición favorable, esta es una incertidumbre intelectual acerca de sí algo es inanimado o inerte, y que la semejanza de lo inerte con lo vivo llegue demasiado lejos. (Freud, 1919,233). Sin embargo, el rasgo en común de todas las definiciones del término de muerte es lo que le significa al hombre: La muerte remite a la inexistencia, y el temor que acompaña a ésta, ha seguido al hombre desde los tiempos primitivos, hasta la actualidad, provocándole diferentes afectos, por lo que resulta importante entender la posición del hombre ante la muerte.

I.2.1.8. La posición del hombre ante la muerte:

La muerte afecta no sólo al hombre sino a todo lo que tiene dimensión temporal. El antropólogo Louis - Vincent Thomas, nos explica cuales son los afectos que provoca la muerte y algunos tipos de muerte que él considera:

"Desde una perspectiva específicamente humana, [...] se habla [...] de *muerte física* o caída en lo homogéneo y la entropía que afecta al cuerpo - máquina, de *muerte biológica o física*, que culmina en el cadáver, el cual experimenta una prolongada tanatomorfosis enfriamiento, rigidez, livideces y petequias, putrefacción, estadio final de mineralización. De *muerte psíquica*, la del "loco" encerrado en su autismo; la *muerte social*, por último que se manifiesta en la reclusión carcelaria o psiquiátrica, el paso a la jubilación (*defunctus*) o el caso de los ancianos, (el asilamiento y repudio en el caso de los enfermos terminales). A lo que se podría agregar la *muerte espiritual*, es decir, la del alma en pecado mortal según la doctrina cristiana (ésta se presenta cuando el individuo es rebasado por las circunstancias). O bien si se prefiere, desde las perspectivas de las vivencias humanas se muere para la conciencia lúcida en la demencia senil y para la conciencia simplemente (no siempre en forma total) en el coma prolongado; se muere para la vida plena y vigorosa en la vejez y para la vida misma en el coma sobre pasado (*coma dépassé*), o muerte cerebral; así como se muere para la sociedad en el destierro o en la pena infamante (los enfermos de VIH/SIDA). Se puede también morir para sí mismo y terminar dándose muerte", (1991, Pág. 12, 13).

Este autor nos da una perspectiva de todos los tipos de muerte que hay el habla de cuatro: El primero la muerte física que tienen que ver con un enfoque biológico, el segundo tipo tiene que ver con lo psicológico en donde se refiere a la muerte psíquica, desde la perspectiva cultural tiene que ver con esta necesidad de negar la muerte en una sociedad moderna donde la muerte ha perdido el papel que jugaba en otros tiempos provocando la muerte social, el aislamiento y el rechazo, en consecuencia esto provoca la muerte espiritual.

Freud, trató de dar una respuesta a la posición que tiene el hombre ante la muerte, desde una perspectiva psicológica o psíquica. Esto nos remite a pensar que si todos los significantes de muerte tratan de aminorar lo que ésta nos hace sentir y pensar por qué es algo tan temido, como negado por el hombre, ya que cada uno de nosotros sabe que ha de morir un día, pero "En el fondo, nadie cree en su propia muerte, o, lo que viene a ser lo mismo, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su propia inmortalidad" (Freud, S; 1915, Pág. 290).

Esta cita de Freud nos dice que si nadie cree en su propia muerte, entonces es el *otro* el que muere, no uno mismo. Esto provoca que las personas rechacen tanto la muerte propia como la ajena, por lo que desde el diagnóstico, el tratamiento, el enfermo y su enfermedad no tienen cabida en la sociedad, es por eso que se les recluye en los nosocomios, porque es algo que nos resulta intolerable.

I.3.En la literatura:

En este apartado trataremos de dar una visión de la muerte desde lo literario, ya que sólo los poetas son capaces de expresar estéticamente esta transitoriedad en la que el hombre se encuentra preso. Por lo que pondremos frases célebres que creamos son más representativos, del arte, la literatura, y de la cultura, para ejemplificar lo anterior.

I.3.1. Creaciones literarias sobre la muerte:

Las definiciones literarias de la muerte se relacionan íntimamente con el contexto histórico que vivió el autor, tratando de expresar lo que piensan sobre el tema, ya sea mediante una frase, una elegía, o simplemente un poema. Nos apoyaremos en estos bellos ejemplos para tratar de explicar el concepto de la muerte, vista por los poetas.

Freud en 1915, escribe un artículo llamado "*La transitoriedad*", nos trata de explicar por qué el poeta admira la hermosura que le rodea, sin disfrutar de ella. A él le preocupa la idea de que está destinada a desaparecer, como todo lo humano y lo noble que los hombres pueden crear. Por eso la belleza es carente de valor, porque está condenada a la transitoriedad. (Cfr. Pág. 309). Esta sensación de caducidad de lo bello y perfecto puede derivarse de dos mociones del alma, la primera es la que lleva al dolorido hastío del mundo, y la otra la que lleva a la revuelta contra la facticidad aseverada. Es cierto que algunas cosas son perennes como la belleza de un paisaje, que durante el otoño e invierno cambian su aspecto, pero no todo lo que hace el hombre está destinado a desaparecer, existen algunas obras tanto en la pintura, la escultura y en la literatura donde algunas de las cosas bellas pueden perdurar. ¿El carácter perecedero de lo bello conlleva a su desvalorización?

No, al contrario, ¡es un incremento de su valor! La cualidad de perecedero comporta un valor de rareza en el tiempo. Las limitadas posibilidades de gozarlo lo tornan tanto más precioso. Lo mismo que la vida, porque esta condenada a ser sólo un instante en lo infinito del tiempo, y no por ello no deseamos la vida. Aunque sepamos que "A la hermosura del cuerpo y rostro humanos la vemos desaparecer para siempre dentro de nuestra propia vida, pero esa brevedad agrega a sus encantos uno nuevo" (Freud, 1915, Pág. 310).

Y aún cuando en alguna época en la cual queden reducidos a polvo los cuadros y las estatuas que hoy admiramos: o que nos sucediera un género humano que no comprenda las obras de nuestros poetas y pensadores; o que ocurra en una era geológica que se vea enmudecida toda vida en la tierra, no importa; el valor de todo eso bello y perfecto éste sólo tiene importancia para nuestra percepción; no es necesario que la sobreviva y en consecuencia, es independiente de su perduración en el tiempo.

Parece que los poetas, al captar esta sensación de transitoriedad, se encuentran embargados por un poderoso factor afectivo que enturbia la claridad de su juicio. Sin duda, la revuelta anímica contra el duelo por algo perdido, debe haberles desvalorizado el goce de lo bello. La idea de que toda esta belleza sería perecedera produjo en los artistas, una sensación anticipada de la aflicción que les ocasiona el sepultamiento, y ya que el alma se aparta instintivamente de todo lo doloroso, estas personas sienten inhibido su goce de lo bello por la idea de su índole perecedera.

A lego le parece tan natural el duelo por la pérdida de algo amado o admirado, que no vacila en calificarlo de obvio y evidente. En cambio, para el psicólogo, esta aflicción representa un gran problema, es uno de aquellos fenómenos que resulta ser un enigma, que no se explica por sí mismo, pero que sirven para reconducirnos a otras incertidumbres.

Es por esto, que siempre se encuentra presente el *duelo por la pérdida* de algo que todavía está o que estuvo amado y admirado. La situación del duelo se presenta de la siguiente manera: Cada ser humano posee un cierto grado de capacidad de amor, que para el psicoanálisis es llamada libido que al principio del desarrollo se encontraba dirigida hacia el *yo* propio. Tiempo después, todavía en la infancia, el *yo* pasa por un proceso de extrañamiento en el cual a los objetos se le va incorporando dentro de él.

Cuando los objetos son destruidos, nuestra capacidad de amar queda otra vez libre, por lo que se pueden tomar otros objetos como sustitutos o bien la libido puede volver temporalmente al *yo*. Pero en este caso de la transitoriedad, la libido se aferra a sus objetos y no quiere abandonarlos aunque estén ya perdidos, y tenga un sustituto para estos. Esto es lo que se llama duelo. Este fenómeno que se presenta ante la pérdida de la vida también lo presentan los poemas para tratar de aminorar el sentido de ésta, siempre se trasluce ese sentimiento de incertidumbre y de transitoriedad que es la muerte, la cual es un enigma para el hombre.

Continuamente se elabora el duelo por la finitud de la existencia, de la naturaleza y de las cosas que nos rodean. En el siguiente ejemplo, podemos ver lo perecedero del hombre la tristeza que nos causa el ser seres transitorios, está melancolía porque sólo somos un instante en el tiempo, es lo que nos transmite este poema:

Aunque sea jade: también se quiebra,
aunque sea oro, también se hiende,
y aun el plumaje de quetzal se desgarrar:
¡No por siempre en la tierra:
sólo breve tiempo aquí!
Como una pintura
nos iremos borrando,
como una flor
hemos de secarnos
sobre la tierra,
cual ropaje de plumas
del quetzal, del zacuán,
del azulejo, iremos pereciendo.

Nezahualcóyotl.

Retomando lo mencionado, en este poema de Nezahualcóyotl, la capacidad amorosa llamada *libido*, que está incluida en nuestro *yo*, al darse cuenta de que sus objetos son o fueron destruidos o los ve perdidos, como en este caso, la *libido* al quedar libre, puede buscar sustitutos, o bien retornar transitoriamente al *yo*. En este poema es fácil ver esto, debido a la angustia que sentimos al leer el dolor que vivió este hombre para expresarse así. También percibimos esa melancolía, de tener que aceptar una verdad universal como la muerte, sin quererlo.

Sin embargo, no logramos explicarnos, por qué este desprendimiento de la libido de sus objetos debe ser, necesariamente, un proceso tan doloroso. Sabemos que la libido se aferra a sus objetos y que ni siquiera cuando ya dispone de nuevos sustitutos se resigna a desprenderse de los objetos que ha perdido. Esto es el *duelo*, que lucha por no desvalorizar lo bello y, sin embargo, siente esa inmensa tristeza por la perennidad de la misma.

I.3.2. Frases sobre la muerte:

Como ya mencionamos anteriormente, el hablar de la muerte es una fantasía que los poetas y literatos han tratado de comunicarnos a través de sus creaciones. El hablar de este hecho es algo que nos resulta desconocido y angustiante a la vez.

Es por eso que grandes pensadores, representantes de las culturas más importantes, han sucumbido a la fascinación de lo desconocido y fatal: La Muerte. Podríamos decir que un signo de la profundidad del pensamiento de algunos hombres es precisamente el haberse ocupado de pensar, reflexionar, hasta el punto de escribir y transmitirnos sus ideas, pensamientos y sentimientos con relación a este, nuestro destino compartido por todos los seres vivos.

Esta preocupación por la muerte ha sido compartida tanto en las culturas antiguas, modernas, orientales y occidentales; como lo vemos en las siguientes frases:

- "Cuando eres consciente de la muerte, acabas asumiendo tu propia soledad"

Rosa Regás.

- "Cuando se muere alguien que nos sueña, se muere una parte de nosotros."

Miguel de Unamuno.

- "La muerte nunca es asumida; viene."

Emanuel Levinas.

- "Comenzamos a morir apenas nacemos; y el fin tiene conexión con el principio".

Manilius.

- ¿Es la muerte el último sueño? No, es el final y último despertamiento.

Scott.

- "Estoy ahora listo para embarcarme por última vez; un gran salto a la oscuridad"

Thomas Hobbes

- "La vida es como una leyenda: no importa que sea larga, sino que esté bien narrada"

Lucio Anneo Séneca.

- "La pálida muerte lo mismo llama a las cabañas de los humildes que a las torres de los reyes".

Horacio.

- "La literatura no puede reflejar todo lo negro de la vida. La razón principal es que la literatura escoge y la vida no"

Pío Baroja.

- "El hombre que más ha vivido no es aquel que más años ha cumplido, sino aquel que más ha experimentado la vida".

Jean-Jacques Rousseau.

- "Vivos por breve tiempo, mis hermanos. Sólo por la muerte nos queremos".

Rubén Bonifaz Nuño

- "Frente a la proximidad de la muerte, la necesidad de amar se acrecienta. Muero cada día. No hay nada nuevo en ello"

José Luis Cuevas.

- "Mientras más erótico se es, más se tiene la obsesión de la muerte. Erotismo y muerte van siempre de la mano".

Hugo Gutiérrez Vega.

- "La muerte es intransferible, como la vida"

Octavio Paz.

- "La indiferencia del mexicano ante la muerte se nutre de su indiferencia ante la vida".

Octavio Paz

- "La muerte es un acto infinitamente amoroso"

José Revueltas

- "En tanto las lámparas estén en agonía, aún hay vida. Pero, como los místicos, interesa irse haciendo, con serenidad, a la idea de la muerte".

Luis G. Urbina.

- "La muerte es el instante en que la mariposa escapa de la oruga; en nuestro cuerpo el alma está larvada y es la muerte quien le otorga el ser".

José Vasconcelos.

Estás son algunas de las definiciones de la muerte que expresan un sentido trágico mientras que otras como vemos a continuación expresan un tono de burla hacia la muerte, en una especie de negación:

- "La muerte está tan segura de cogerte, que te deja una vida de ventaja "

Anónimo.

- "Para encontrar gusto a la vida, no hay como morirse".

Enrique Jardiel Poncela

- "No me asusta la muerte pero, prefiero no estar allí cuando suceda".

Woody Allen.

- "Yo no le tengo miedo a la muerte, pero sí al modo como he de morir. Quisiera hacerlo como Don Quijote, cuerdo y con el ánimo sosegado".

Luis González Obregón

- "Ido el placer ¿la muerte a quien aterrera?"

Ignacio Ramírez.

- "Tu cadáver te ha de alcanzar, no tengas cuidado".

Jaime Sabines.

- "La vida es un paso a la muerte, nacimos para morir".

Carlos Trouyet.

Estas expresiones acerca de la muerte nos transmiten el sentimiento ominoso hacia la muerte, hacia lo sorpresiva y enigmática que ésta resulta. Porque finalmente es algo de lo que nadie ha regresado para platicarnos qué se siente morir, es algo a lo que el ser humano le teme, y que siempre lo negamos para poder seguir viviendo. Existen otras creaciones literarias en las cuales podemos ver este sentimiento de tristeza y de transitoriedad de la vida, lo cual nos hace reflexionar en el sentido que tiene la muerte para el hombre desde sus distintas posiciones como lo vemos en el siguiente apartado.

I.4. En la cultura popular:

Dentro de la cultura popular mexicana actual encontramos muchas tradiciones con respecto a la muerte, en primer lugar podemos decir que el día de muertos representa toda una tradición de nuestra cultura, las ofrendas que se les ponen a los seres queridos, que ya partieron, los famosos grabados de José Guadalupe Posadas, los dichos e incluso canciones infantiles.

Todas estas cuestiones nos hablan de la importancia que tiene la muerte para el pueblo de México, la forma en que es vista la muerte, ya sea como algo que se niega y de lo que se puede burlar o bien como una cuestión que nos angustia.

A continuación, nos referiremos a la muerte vista desde la cultura popular, es decir, la forma en que muchas veces nos burlamos de la muerte.

I.1.4.1. Día de Muertos y las ofrendas:

El día de muertos o día de los Fieles Difuntos, el dos de noviembre, es una fecha especial para recordar a los seres queridos que han fallecido. Nada sabemos los vivos sobre aquellas sensaciones, pero sí experimentamos lo que la muerte significa: duelo, dolor por la pérdida de un ser querido, una despedida... Y al paso del tiempo la resignación.

Sin embargo, en la cotidianidad del mexicano, la muerte aparece salpicada de picardía, como si se olvidaran sus secuelas, en tanto más lejos está de las vidas de cada uno. Después de todo, suficientes son los duelos que vivimos a lo largo de nuestra existencia como para todavía tomar muy en serio el día de los fieles difuntos.

La picardía mexicana la reconoce en su lenguaje popular de diferentes maneras: la parca, la calaca, la pelona, la flaca o la huesuda. ¿Acaso la sátira, la burla que hace el mexicano de la muerte es la expresión de los propios temores ante el inevitable fin del camino...? Que son consecuencia natural del desgaste de los organismos o castigo creado por Dios para los pecadores que comieron del fruto prohibido del Edén, la muerte es misterio cuyo velo al paso de los siglos no se ha logrado descorrer. México es escenario colorido de múltiples fiestas y tradiciones que no ha dejado de hacer de la muerte motivo de jolgorio. A pesar de ese algo desconocido que produce temor, se ríe de ella como ríe de sus propias desgracias y de su aflicción.

El dos de noviembre, día de muertos, es de recuerdo luctuoso hacia el ser querido que ha marchado, pero es fecha en que el dolor y el llanto se mezclan con la ironía con que los vivos retan a la muerte con burlas, y hacen mofa de sus propios temores con bromas y juegos de muerte recubiertos de picardía.

Panteones concurridos, tumbas tapizadas de flores y los mejores manjares típicos de la cocina mexicana puestos sobre una lápida.... Es que es el día en que los muertos salen de sus tumbas para disfrutar una vez más del placer que representa degustar un delicioso platillo, aquel que era su favorito en vida.

Ese día, los floreros están repletos de flores, los panaderos elaboran sus panes de muerto, los artesanos construyen pequeños monumentos en homenaje a la muerte y las plumas más ágiles crean las "calaveras", para dar vida a cartones, caricaturas de los vivos, muy al estilo creado por José Guadalupe Posadas. Pero, ¿de dónde viene la tradición?

Haciendo un paso de historia encontramos que se rinde culto a los muertos desde la época prehispánica; así vemos las ofrendas dejadas junto al difunto con todo lo que pudiera serle útil en su viaje para llegar al mundo de los muertos. Consideraban a la muerte como la promesa de una nueva vida anegada en esperanza. Coatlique, por ejemplo, mostraba una máscara de muerte, y era diosa de la tierra y de la vida; Tezcatlipoca, en cambio, era el dios de la fatalidad, y castigaba el pecado y la maldad. La primera era adorada porque prometía vida después de la muerte; el segundo era temido porque procuraba angustia a los hombres, como mencionamos anteriormente, en el apartado de los aztecas.

La llegada de los españoles trajo consigo nuevas creencias con respecto a la vida y la muerte. La muerte producía terror, pues en el juicio final los justos tendrían su recompensa y los pecadores su castigo... Y, al fin y al cabo, ¿quién no podía contarse como pecador? Fueron ellos quienes inculcaron la cultura de la calavera como símbolo de muerte y el concepto del infierno donde los réprobos habían de pagar sus culpas. Este es el principio de las ofrendas actuales, fusión pues pagana-cristiana de nuestras tradiciones.

Sea de cualquier manera, esta fusión de la cultura española y mesoamericana crea un concepto distinto de la muerte que es realidad y misterio en que acaba la vida terrena. Si hay algo en el más allá, sólo quienes cruzan el umbral lo han de saber. ¿Acaso vale la pena saberlo ahora, cuando podemos honrar a nuestros muertos y reírnos a carcajadas de la huesuda calaca, mientras más lejos la creemos de nosotros?

Esta fiesta en todas sus manifestaciones es más pagana que cristiana y siendo los mexicanos casi en su totalidad creyentes, empiezan este día rezando por sus difuntos y acaban por brindar a su salud! Este es el principio de las ofrendas actuales, fusión pues pagana-cristiana de nuestras tradiciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se dice que el espíritu de la ofrenda actual es un rito respetuoso que toda la familia prepara para recordar a los que se han ido y que, según la creencia, regresan este día para gozar lo que en vida más disfrutaban. Esta ofrenda, se le ubica en un lugar principal de la casa, se coloca una fotografía del "muerto", claro que si no se tiene se coloca una calaca de cartón, con el sombrero usado por el difunto y que se guarda para este fin junto a los objetos personales y más queridos como su guitarra, instrumentos de trabajo, los cigarros, la bebida preferida, etc. Sobre una mesa se disponen los platillos populares de nuestra cocina: mole verde y rojo, calabaza de tacha, tamales, aguas frescas, todo esto lo adornan "calaveritas" de azúcar que llevan en su frente los nombres más socorridos de nuestro México. Dulces de alfeñique de diversas formas, animales, canastitas de flores, cruces.

También el campo rinde culto a la muerte, pues en él se han sembrado multitud de semillas de flor de zempoaxochitl que florecen para adornar las ofrendas; estas flores en jarros y floreros simplemente formando guirnaldas son imprescindibles y representativos solo de esta fecha. Un papel muy importante en las ofrendas es el "pan de muerto", bizcocho adornado con formas de huesos hechos de la misma masa y espolvoreado con azúcar; resulta usual encontrarlos todo el mes de noviembre en las panaderías, las que por cierto están adornadas en estos días con pinturas efímeras en sus vidrieras y aparadores, otra expresión que no pasa inadvertida.

No faltan los cirios encendidos en recuerdo de los ausentes y el copal quemándose en los sahumerios; esto es tan importante por la creencia de que son los aromas los que atraen al alma que vaga. Son por supuesto los "muy vivos" los que disfrutaron de todo este festín. La visita a los cementerios se hace de obligación. Toda la familia llega a la tumba de su ser querido, escoba y plumero en mano, ya que hace un año que nadie se ha parado ahí la llenan de flores y juntos comparten la comida pensando: "El muerto al cajón y el vivo al fiestón". De ahí que se hayan creado una serie de canciones, dichos y refranes para burlarnos de la muerte como veremos a continuación.

I.4.2. Canciones, dichos y refranes mexicanos sobre la muerte:

Esta fecha es de luto, alegría, tragedia y diversión, sentimientos del mexicano que tiene miedo a morir, pero que a diferencia de otros pueblos, los refleja burlándose, jugando y conviviendo con la muerte. Esta convivencia ha dado lugar a diversas manifestaciones de arte, sin freno de imaginación o respeto por el luto que debiera tenerse; hasta algunos juguetes son funerarios, los niños juegan y ríen con ellos como con los "entierros": figuritas de cartón vestidas de papel negro, con cabeza de garbanzo que sostienen pequeños ataúdes; que nos recuerdan aquel refrán que dice: "Sólo el que carga la caja, sabe lo que pesa el muerto."

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

También encontramos en esas fechas los grabados del maestro José Guadalupe Posada, que "reanima" a la muerte interpretando los sentimientos populares y convirtiendo en "calavera" lo mismo al presidente que al torero o al catrín.

Año con año se acostumbra las también llamadas calaveras, versos en los que se ridiculiza a cualquier personaje vivo de la política, de la ciencia o de las artes. Las cuales dicen que si alguien se ve mal herido por alguna calavera, no se dé por aludido, eso le pasa a cualquiera. O bien si hay alguna semejanza, que maltrate tu conciencia, no hay "dolo en la semblanza es purita coincidencia".

La muerte es también tema de inspiración de canciones populares:

Quando vivía el infeliz
¡ Si se fundiera!
Y hoy que ya está en el veliz
¡ Que bueno era!

Dentro de las canciones infantiles también existe una especialmente dedicada a la muerte que va así:

"Cuando el reloj marca la una los esqueletos salen de su tumba ¡Chumba, la cachumba, la cachumbambá!
Cuando el reloj marca las dos los esqueletos cantan a una voz ¡Chumba, la cachumba, la cachumbambá!
Cuando el reloj marca las tres los esqueletos mueven los pies ¡Chumba, la cachumba, la cachumbambá!
Cuando el reloj marca las cuatro los esqueletos juegan al teatro ¡Chumba, la cachumba, la cachumbambá!
Cuando el reloj marca las cinco los esqueletos pegan un brinco ¡Chumba, la cachumba, la cachumbambá!
Cuando el reloj marca las seis los esqueletos nombran al rey ¡Chumba, la cachumba, la cachumbambá!
Cuando el reloj marca las siete los esqueletos lanzan un cohete ¡Chumba, la cachumba, la cachumbambá!
Cuando el reloj marca las ocho los esqueletos comen bizcocho ¡Chumba, la cachumba, la cachumbambá!
Cuando el reloj marca las nueve los esqueletos ven como llueve ¡Chumba, la cachumba, la cachumbambá!
Cuando el reloj marca las diez los esqueletos corren una res ¡Chumba, la cachumba, la cachumbambá!
Cuando el reloj marca las once los esqueletos tocan los bronces. ¡Chumba, la cachumba, la cachumbambá!
Cuando el reloj marca las doce los esqueletos se ponen en pose ¡Chumba, la cachumba, la cachumbambá!"

También para este día de muertos encontramos que existen frases apropiadas para este día:

"Los velorios son para el mexicano, en realidad, más que una ocasión de enfrentarse con un futuro inexorable, la oportunidad de holgar, murmurar y divertirse".

María Elvira Bermúdez.

"Hasta a la muerte la tratamos los mexicanos con empalago, la envolvemos como un tamal en las melosas hojas de elote del diminutivo. En los pueblos de México se junta la gente para rezar nueve noches por el alma del difuntito".

Octavio Novaro.

Otras de las manifestaciones más comunes de este día son los dichos, que tienen que ver con la pelona, la calaca o la huesuda, aquí vamos a mencionar algunos y vamos a tratar de explicar el sentido que tienen:

"Al fin que para morir nacimos". En México el respeto y miedo a la muerte es subjetivo, para los mexicanos la muerte es algo irremediable de ahí estas palabras.

"Al vivo todo le falta y al muerto todo le sobra". Es una manera de explicar que algunas veces es mejor estar muerto que vivo

"A mí las calaveras me pelan los dientes" ó "La pelona me pela los dientes". Otra forma de decir que lo más difícil o complicado no nos asusta

"Anda como el diablo en el panteón" Es una forma de expresarse para decir que alguien está muy inquieto.

"A quien Dios quiere para sí, poco tiempo lo tiene aquí" Otra forma de decir que la voluntad de Dios es indiscutible

"Asustar con el petate del muerto". Para el que se asusta con cualquier cosa.

"Cayendo el muerto y soltando el llanto". Cuando me des lo que te pido, te doy lo que quieres.

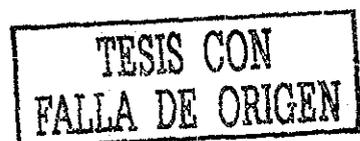
"Consejos y ejemplos que obligan, los que los muertos nos digan" La opinión de nuestros mayores es muy importante.

"¡Cuánto me gusta lo negro, aunque me espante el difunto!". Hago lo que me gusta aunque después me arrepienta

"Al diablo la muerte, mientras la vida nos dure". Necesitamos esperar que las cosas sucedan, es decir negamos la muerte para seguir haciendo cosas.

"El muerto a la sepultura y el vivo a la travesura" El que se fue, se pierde de lo que se quedó

"El muerto y el arrimado a los tres días apestan". No requiere explicación.



"El que ha de morir a oscuras, aunque muera en velería". Si te va a suceder algo, las cosas son irremediables.

Con todo lo anterior queremos ilustrar la forma en que la cultura popular juega con la muerte, como nosotros como mexicano disfrutamos de esta tradición para reírnos de algo que siempre nos ha preocupado y que es una verdad absoluta. Con esto terminamos las perspectivas de la muerte para abordar en el siguiente capítulo la clínica con la muerte desde el psicoanálisis, como una forma de tratar a los pacientes terminales.

Clínica psicoanalítica de la muerte

"La vida es tan corta y el oficio de vivir tan difícil, que cuando uno empieza a aprenderlo, ya hay que morirse"

Ernesto Sabato.

A partir de este siglo se ha prestado de nuevo atención a las necesidades de los pacientes agonizantes y de sus familiares. Por eso a través del psicoanálisis queremos entender ¿Qué pasa intrasubjetivamente, con la persona que va a morir? ¿Qué representa el darnos cuenta que somos seres mortales? Esto implica elaborar un duelo anticipado por nuestra transitoriedad en el mundo.

Desde esta perspectiva se entiende que en la lucha de las fuerzas intrapsíquicas entre la pulsión de vida y la de muerte, por un breve lapso la pulsión de vida tiene asegurada la victoria. Cuando ésta se desvanece la pulsión de muerte continua con su supremacía. Por eso la pulsión de vida sólo le gana a la pulsión de muerte en la brevedad de la vida. Cuando uno enfrenta esta lucha, donde finalmente siempre obtiene la muerte el triunfo, muchas veces el saber lo que padecemos o el no saberlo, puede producir efectos importantes en nuestra psique.

A esto se agrega que el individuo ya no muere en el hogar, sino que se encuentra muriendo en las instituciones hospitalarias, lo que cambia radicalmente la forma en la que se concibe la muerte en lo individual. Porque el morir en casa implica morir acompañado, mientras que en la institución, implica con frecuencia estar angustiado y solo.

Todos estos temas serán abordados en el presente capítulo, por lo que trataremos de explicar de manera accesible todos estos conceptos que serán la base angular del trabajo. Para comprender lo que sucede intrapsíquicamente y posteriormente, cómo esto se refleja en la relación del moribundo con su alrededor.

Estas cuestiones se ven reflejadas como ya vimos, en el miedo a la muerte y desde el aspecto antropológico y cultural, todo lo que el individuo piensa sobre cómo alejarla. Pero esto también tiene un fondo individual al cual nos abocaremos en este capítulo.

II.1. Representación de la muerte:

Como vimos en el primer capítulo, a lo largo de toda la vida, la muerte siempre ha sido intolerable para el hombre, es algo que es rechazado y de lo cual no se quiere saber nada. Todo esto que nos resulta ominoso y hace que el hombre, ante su muerte, accidental o no, tenga miedo, pero también que sea vista como algo que no se puede elegir, es siempre una certeza.

Con respecto a la posición del hombre ante la muerte, la cual es temida y negada, Freud en un artículo muy breve, nos cuenta una clásica historia de Shakespeare llamada "El mercader de Venecia". En esta obra, la hermosa y prudente Porcia está obligada, por voluntad de su padre, a tomar de sus cortejantes por esposo sólo a quien escoja el correcto de tres cofrecillos, uno es de oro, otro de plata y el último de plomo. El correcto es el que encierra su retrato.

Ya han fracasado los dos cortejantes que escogieron oro y plata. Bassanio, el tercero se decide por el plomo; gana así a la novia de quien poseía las simpatías ya antes de la prueba del destino. Cada uno de los pretendientes había justificado su decisión con un discurso de alabanza al material por él escogido y a la vez que de desprecio por los otros dos (Freud, 1913).

La elección del cofre por parte de los pretendientes de Porcia nos revela lo que cada uno piensa que es: El oro es el sol, como lo hace el príncipe de Marruecos; El príncipe de Aragón elige el cofre de plata que es la luna, mientras que Bassanio escoge el plomo, que es el doncel de la Estrella. Estos cofres tienen un significado por el material del que están hechos, pero el cofre tiene el significado simbólico de mujer, como si estuviéramos escogiendo a la tercera y además del material que está hecha de plomo.

Lo primero que nos llamaría la atención son los atributos del material que está hecho el cofre en este caso las características del plomo son: lo pálido, pesado y tiene el color obscuro, como el de la muerte, como el color de las diosas griegas de la muerte llamadas Moiras, a las que su carácter ominoso se ha tratado de borrar atribuyéndole el amor, como la diosa "Afrodita". Así la muerte es sustituida por un contrario. Por lo tanto las leyendas se entremezclan. La leyenda de las moiras se ve incluida en el relato de Paris, cuando tiene que elegir entre tres mujeres hermosas, en donde las dos primeras habían tratado de ganárselo con promesa, la bella Afrodita no dice nada y es premiada por su hermosura (Freud; 1913; 316).

Esta historia nos trata de explicar, que el hombre siempre tiene dificultad para representar a la muerte, por lo que se vale de elementos en la vida anímica como es la transformación en lo contrario o "*Formación reactiva*", como lo vemos en estas dos historias. En donde la muerte es transformada en un sentimiento que siempre está presente en la vida, que es el amor.

Estos relatos nos cuentan como el hombre puede vencer a la muerte. Aunque en realidad la muerte no es ni vencida, ni elegida, es lo único cierto que tenemos en la vida y no lo podemos cambiar. La posición del hombre ante la finitud hace que sea más difícil aceptar la idea de morir que la de vivir.

Luego entonces, en esta historia la idea de vivir implica una constante lucha, en la cual debemos afianzar y comprobar nuestra cualidad de seres vivientes mediante el amor, la lucha y la superación de los obstáculos que la vida nos impone. Mientras que "la muerte es experimentada como una experiencia final mayor, dentro del contexto de la vida, o servir de pretexto para empobrecer la calidad de vida del sujeto". (Alizade, 1996, 14.). Ya que el pensar en nuestra muerte siempre es algo que nos duele, nos da miedo y muchas veces sirve de pretexto para no emprender cosas nuevas, porque si vamos a morir ¿Para qué iniciar nuevos proyectos, aprender nuevas cosas? Es sentarse a esperar la muerte, a que la vida pase, sin vivirla.

La muerte, a pesar de que es maquillada o sustituida por un contrario, siempre es algo que el hombre teme, es negada y sin embargo, nunca es escogida, porque cada uno de nosotros sabe que ha de morir un día, pero "En el fondo, nadie cree en su propia muerte o lo que viene a ser lo mismo, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su propia inmortalidad" (Freud, 1915, Pág. 290). Porque nadie vive su propia muerte e imprime una huella mnémica de este acontecer, es por eso que la muerte, al no poderse constituir como experiencia, queda excluida del universo de las representaciones. Por sustitución metafórica, como diría Lacan, la idea de muerte siempre remitirá a la castración.

Esto concuerda con la definición de representación del Diccionario del Psicoanálisis, de Laplanche y Pontalis (1995), en donde esta es definida como "Lo que uno se representa, lo que forma el contenido concreto de un acto de pensamiento y especialmente la reproducción de una percepción anterior". Lo cual en el caso de la muerte no se puede dar, por la sencilla razón de que no hay percepción de la muerte propia, en el aparato psíquico. En este caso la representación de la muerte que tenemos todos es la de la muerte ajena, cuando muere alguien a quien conocíamos. Pero no tenemos la experiencia de nuestra propia muerte.

La polaridad vivo – muerto, a diferencia de otros pares, no acepta alternancia ya que se está vivo o se está muerto, porque con la muerte no se puede jugar y ningún ser humano se le puede escapar, porque cuando esta nos llega, no hay retorno de ese lugar. La muerte implica un corte, un fin del cual no se sabe qué va a continuar.

La continuidad que establecen las religiones es incesante. Ellas proponen que la muerte constituye un cambio de estado, donde habrá una vida ultraterrena, es decir, vida después de la muerte. Estos sistemas representacionales son altamente aliviadores frente a las ansiedades de la muerte, ya que la muerte propia no tiene representación. Es por eso que muchas veces el pensar en que uno va alcanzar el cielo resulta muy tranquilizador, porque existe la promesa de que se va a continuar de una manera distinta. ¿Pero quién nos asegura lo que hay después de la muerte, sea esa continuidad o la nada?. Esta es la incertidumbre con la que el hombre tiene que lidiar toda su vida.

Algo que se ha prestado a discusiones en psicoanálisis, es lo que es una representación con lo que es la experiencia. Pues nadie tiene experiencia de su propia muerte en forma directa, como ya lo dijimos, pero sí en cambio, tiene representaciones del objeto muerte que se inscriben en los sistemas mnémicos. De la misma manera que se tiene representaciones de lugares que no se conocen, se tiene la experiencia de la muerte del otro, en un velorio por ejemplo. Ante la muerte de una persona querida, no podemos decir que sigue viva puesto que estamos experimentando con nuestro dolor la falta que nos hace esa persona, el que ya no esté con nosotros, sin embargo, no nos podemos pensar a nosotros mismos muertos.

Consideramos ahora, en toda su dimensión, la idea que Freud nos expresa de una forma peculiar cuando dice que el sujeto tiene forma de experimentar la muerte ajena y representarla, pero no su muerte. Ya que no es lo mismo, "vivir su propia muerte", porque ya no estaría en capacidad de contarlo. En cambio, experimentar nos remite a la representación anticipada de un futuro inevitable, pero que en ese momento lo vivimos en otra persona. De este modo se entiende la aparente contradicción que hay entre experiencia y representación porque, en base a la representación de la muerte del otro, es como los poetas son capaces de hablar sobre nuestro dolor ante la pérdida. Esto es una manera de experimentar la muerte.

Mientras que en los sueños, va a verse representada la muerte como: la palidez, la mudez, el silencio, soledad, despedazamiento, temor a despertar, pérdida del movimiento, de los sentidos o del mundo aunque cada persona le dará su propia representación. A este nivel puede ser de utilidad incorporar la rica distinción de los tres registros: imaginario, simbólico y real, que Lacan (1954, pág. 119.) aportó al campo del psicoanálisis. Él menciona que ciertas representaciones de la muerte habrán de seguir las vertientes de conformación del orden imaginario como la mudez, silencio, flores cortadas, lo cual en otras leyes de organización del orden de lo simbólico, la muerte como imagen está sustentada en la idea de castración. Esto hace que remita al corte, al límite, al fin. Con lo cual se llega a la ley inapelable de tener que morir. En lo referente a lo real, más allá de la realidad tangible de la muerte expresada por el cadáver, por un dedo separado del cuerpo asoma lo irrepresentable, lo imposible, lo inaprehensible.

Por su parte Le Guen, (1992), nos dice al respecto, que la muerte constituye una representación especial junto con la castración o el vientre de la madre, ya que es lo irrepresentable lo que podemos observar en estas representaciones. Lo irrepresentable se asoma en ciertas representaciones como vacío, temor a no despertar, pérdida del movimiento, pérdida de los sentidos, falta de contacto con el mundo, la incapacidad para pensar. Todas estas representaciones son en la imaginación, vistas como algo absoluto, que no deriva de ninguna experiencia, pero sí sobre la percepción del otro. Además de ser la anticipación imaginaria de un acontecimiento futuro.

En cambio, acerca del acontecimiento de la muerte del otro remite a lo que es intolerable de su representación consciente y a la desmesura de los afectos displacenteros que evocan, dan cuenta de diversas combinatorias. En primer lugar, la muerte emerge como un nombre cuyas letras generan significantes. Los significados que irán surgiendo a lo largo de la vida nos dan combinatorias que se enlazan con múltiples afectos, que van desde el espanto máximo, las vivencias de lo siniestro y la despersonalización, hasta la aquiescencia de la muerte, el sentimiento de heroísmo o simplemente la dignidad y serenidad.

El modo de concebir la muerte va cambiando desde el niño al adulto. El comienzo del conocimiento de la muerte empieza aproximadamente a los dos años y coincide con el inicio de la capacidad de simbolización. En este momento la muerte significa partir. El niño durante esta etapa le teme a los muertos, y teme que regresen por él. Para el niño la muerte es siempre de otros y no de él. Entre el quinto y noveno año de vida la noción de muerte personal apenas aparece. A los diez años la muerte es comprendida como una disolución corporal irreversible y de esa edad en adelante la concepción del niño ya es semejante a la del adulto.

El idealismo Juvenil se vincula con la negación y con la muerte eventual por la falta de reconocimiento de las emociones agresivas. Entre los 35 y 40 años la noción de muerte se transforma de una idea abstracta a un problema personal. Ya que, la vida se reestructura en términos de tiempo por vivir y no a partir del nacimiento. Este proceso implica una dolorosa reelaboración de la problemática humana en general. Este instante dramático es llamado *crisis de la edad media de la vida*. Aquí es cuando se admite y se admite la existencia de limitaciones personales, la finitud de la propia vida y la de los seres queridos. Existe conciencia de que el lapso por vivir se acorta y el tiempo transcurre rápidamente. Después aparece el miedo a la muerte bajo la forma de temor a las enfermedades y a la vejez. (Cerejido, 1997, Págs. 101 - 102.)

Pero cuando la representación de la muerte adquiere carácter traumático, debido a que ésta se anticipa por una enfermedad crónico - degenerativa, el sujeto expuesto a un dolor psíquico intenso destroza espacios internos representacionales y se sumerge en el campo de lo irrepresentable. Hay que entender que existe un puente entre la etapa en la que el paciente se sabe condenado a morir pero se aferra todavía a la vida, y la etapa en que se renuncia a ella porque el sufrimiento lo desborda. Este sufrimiento puede durar un tiempo indefinido.

Este sufrimiento al cual nos referimos se define como la angustia señal, que está articulada con un peligro vital. Freud (1920) en su texto *Inhibición, síntoma y angustia*, define la angustia como algo que sentimos. Como sentimiento, presenta un franco carácter displaciente, pero no es ésta la única de sus cualidades, pues no todo displacer puede ser calificado de angustia. Existen, en efecto, otros sentimientos de carácter displaciente: la ansiedad, el dolor, el duelo.

La angustia es una reacción al peligro de la pérdida del objeto, es una señal. Pero conocemos también otra reacción de este género a dicha pérdida: el duelo y su carácter especialmente doloroso. Debido a que la separación del objeto resulte dolorosa. Así pues, el problema puede ser planteado de la siguiente manera: Cuando al niño de pecho que encuentra a una persona extraña en el lugar de su madre, muestra entonces angustia la cual hemos interpretado como una reacción al peligro de la pérdida del objeto. El niño de pecho experimenta angustia es un hecho indudable, pero además la expresión de su rostro en tales momentos y su llanto hacen suponer que también experimenta dolor. Parece como si fluyeran conjuntamente en él elementos que más tarde habrán de separarse. No puede diferenciar aún la ausencia temporal de la pérdida definitiva. Cuando no ve junto a sí, la figura materna, se conduce como si ya no hubiera de volver a verla y precisa de repetidas experiencias consoladoras para llegar a aprender que tales desapariciones de la madre son seguidas de su nueva aparición. La madre le ayuda a madurar este conocimiento, tan importante para él, jugando a taparse ante él el rostro y destapárselo luego para su gran regocijo. En estas ocasiones experimenta el niño un anhelo de la madre no acompañado de desesperación.

La situación en la cual el niño de pecho echa de menos a su madre no es para él, a causa de su error de interpretación, una situación peligrosa, sino una situación traumática, o más exactamente, una situación que se hace traumática si el niño experimenta en tal momento una necesidad que la madre habría de ser la única en satisfacer; se transforma en situación de peligro si tal necesidad no está presente en ese momento. Así pues, la primera condición de *la angustia, introducida por el mismo yo, es la pérdida de la percepción del objeto, la cual es equiparada a la pérdida del objeto.*

La angustia en este caso es una reacción emergente. Ante las situaciones de satisfacción crean de forma ilusoria el objeto materno que, al emerger la necesidad recibe una intensa carga, a la cual hemos de calificar de carga de anhelo. El niño desea la presencia de la madre que ha de satisfacer sus necesidades. De esta nueva carga es de la que depende la reacción del dolor. El dolor es pues, la verdadera reacción a la pérdida del objeto, y la angustia, la verdadera reacción al peligro que tal pérdida trae consigo y, dado un mayor desplazamiento, una reacción al peligro de la pérdida del objeto mismo.

Para el enfermo terminal, esta angustia señal, se presenta ante la noticia de que va a morir. La cual lleva a que su pensamiento se desorganice, pero también es utilizada como defensa ante la noticia. Mientras que el dolor que presenta es por la pérdida del objeto máspreciado para el hombre: la vida. Es una respuesta ante la verdadera pérdida de esta.

Tanto el concepto de angustia como el de dolor se confunden, ya que en el caso de los pacientes terminales va seguido uno del otro. Debido a que la angustia se presenta ante la posibilidad de la pérdida del objeto y el dolor es la verdadera reacción por la pérdida de este objeto. Esto hace que ambos se fundan en el paciente terminal ante la inminencia de su muerte. El individuo clama por anestesia frente a la intolerabilidad del dolor físico. A veces en el grito de dolor físico esconde ese otro dolor ante la muerte, que sin palabras se expresa. El dolor hace intolerable a la angustia. Por lo que, de ahí en adelante la muerte de cada sujeto será siempre *su posibilidad de muerte*.

Teniendo en cuenta esta dificultad de enfrentar la muerte y aun más la imposibilidad de poder representar nuestra propia muerte nos preguntamos ¿Qué pasa cuando por accidentes, heridas o enfermedades nos percatamos de que podemos morir? las marcas del ser mortal es el siguiente tema que abordaremos.

II.2. Marcas del ser mortal:

Toda vida implica necesariamente toparse con las *marcas de ser mortal*. Estas son todas aquellas situaciones que se aproximan rápidamente al sujeto y que le remiten a la idea de su finitud, a través de experiencias o vivencias directas que le ponen en contacto con su estado viviente de ser perecedero. Las marcas de las que queremos hablar son las *carnales o somáticas*. (Alizade, 1995.)

Dentro de estas marcas carnales o somáticas existen distintas clases. Un tipo de *marcas* pueden ser aquéllas de las cuales se recupera uno rápidamente, es decir, que sólo se presentan durante un tiempo breve y se les denominan, *muertes parciales*, porque son generalmente temporales. Así, una fractura es una muerte parcial, lo que hace que se pueda restablecer la función del miembro de forma íntegra o *ad íntegram*.

En ciertos casos, el individuo atraviesa una experiencia de ruptura con la imago de un cuerpo entero y sano, no importa qué tan niño, joven o viejo sea la vulnerabilidad corporal se manifiesta; ya sea que se apele negando, o bien a otros mecanismos defensivos más variados, pero la marca esta o estuvo en el cuerpo y el psiquismo recibió los influjos de un saber que hierde, pero que obliga dolorosamente a atravesar los senderos psíquicos de la castración, y a la vez, enseña la sabiduría.

Tanto las enfermedades, como los accidentes imprevistos, las disfunciones y el envejecimiento, anudan una trama de marcas que inscriben sobre la carne un discurso difícil de asimilar. Los momentos en que se presentan las *marca de ser mortal* son variados a lo largo de la vida, pero tarde o temprano aparecen.

Ahora bien, existen otras *marcas que son duraderas*, en las cuales un lugar o una función del cuerpo son señalados con la muerte, y el cuerpo finalmente cede a éstas. Se puede hablar de numerosos ejemplos, como la localización de una pérdida cuando se le extirpa un órgano, esto resultan ser una suerte de antesala de la pérdida. En enfermedades como el cáncer, donde se realizan mastectomías radicales, y si el cáncer recidiva, se vuelve a realizar la extirpación de siguiente órgano, así hasta que surgen las metástasis y llega un momento en el que el paciente muere.

Las *muertes parciales*, y los sucesos que llegan a poner en peligro nuestra vida sin ser mortales, emergen en el transcurso de la vida. Obligan al psiquismo a enfrentarlas como las pérdidas, es decir, son pequeños duelos, o ausencias, de las cuales nos recuperamos. Pero estas marcas se graban en el psiquismo, como las *huellas del ser mortal*. Estas huellas no nos hablan de un saber intelectual o de un vivenciar la muerte. Esto no se presenta mediante la mirada del cadáver ajeno o sobre los hipotéticos muertos en los filmes, en los diarios, ni tampoco en la muerte de objetos o en los aconteceres de muerte de la naturaleza. La *marca de ser mortal* siempre se ejecuta sobre la propia carne.

En el caso de los pacientes en fase terminal, se encuentran ahora en presencia de la muerte que toca el cuerpo e imprime su signo de cercanía. Estos signos son vividos como amenazas, despertando como diría Klein (1974, Pág.14) *ansiedades paranoides* debido a que el *yo* recibe un cimbronazo que lo enfrenta a su condición perecedera. Esto puede dar lugar a la elaboración y a la resignificación de la historia vivida, tratando de rescatar al enfermo de está tristeza ante su próxima muerte.

Por eso, *las distintas marcas que recibimos a lo largo de la vida son episodios que nos enseñan nuestra característica de mortalidad, al introducir el principio de realidad*. Este conocimiento, como decíamos, no es un saber intelectual sino que se presenta en un saber materializado en la carne, es decir, en nuestro cuerpo. Este saber del cuerpo propio, que algún día será un despojo que acabará por descomponerse cuando cesen las funciones vitales, debido a enfermedades o al desgaste del tiempo. Esto es lo que en medicina se llama *apoptosis*, que es la muerte programada de las células, cuando dejan de cumplir su función o las funciones para las cuales están programadas. Con el paso del tiempo algunas células se mueren y se regeneran, pero otras nunca se regeneran como en el caso de las neuronas, que su periodo de vida es de 80 años, en cambio las de la dermis es de apenas 8 días (Cerejido, 1997, Pág.23) De alguna manera la apoptosis nos enfrenta a nuestra condición de finitud. Estas marcas pueden llegar a imprimir una nueva dinámica a la cotidianidad de un sujeto cuando este se enfrenta a la muerte.

En la clínica, no hay que apresurarse al considerar siempre como negativo un hecho corporal que ataque la integridad material, como por ejemplo una gripe, ya que afecta la integridad de la materia, es decir al cuerpo pero no te mata. En cambio existen otras enfermedades como el Cáncer, que si te pueden llevar a la muerte.

Por eso trabajar con el sostén - acompañamiento permite tratar de dar al enfermo terminal una integración a nivel psíquico y corporal, al devolverle una mirada de completud. Esto permite tratar de pensar sobre los accidentes del cuerpo con una percepción distinta por parte del paciente que se siente aceptado por el psicoterapeuta. En algunos casos, las muertes parciales pueden actuar como catalizadores enzimáticos cristalizando en determinados momentos cambios psíquicos que hacen que el sujeto se vuelva más cuidadoso con su cuerpo.

Cuando el cuerpo es atravesado por las vivencias de mortandad, se presentan situaciones de despersonalización en la vida psíquica, donde se rompen todas las defensas al percibir los cambios en el propio cuerpo. Ya que, como diría Lacan, el goce pone en juego la pulsión de muerte, dando lugar a la regresión hacia el sueño, el viaje hacia la entrega donde uno se pierde. Por eso hablamos de la dificultad que tenemos como seres humanos de enfrentarnos a nuestra finitud, de aquí que nos cuestionemos ¿Cómo elaborar un duelo anticipado, sobre nuestra propia muerte y lo que implica?, En nuestra propuesta de sostén - acompañamiento resulta sumamente importante tener claro el concepto de Duelo y Melancolía como Freud lo llama, para saber a qué nos vamos a enfrentar con un paciente en fase terminal. Y esto es de lo que hablaremos a continuación.

II.3. El duelo:

En duelo y melancolía (1915), Freud trata de delimitar el concepto de duelo que no ha sido claramente definido, ni siquiera en la psiquiatría descriptiva, y muchas veces se confunde con el término de melancolía. La melancolía entendida actualmente como depresión, muestra diversas formas clínicas, hay algunas que nos recuerdan a algunas enfermedades somáticas, que a las psicógenas. A partir de lo observado, este autor trata de delimitar el concepto y dar algunas de las características que presenta esta patología de origen mental. Tomando como base este texto, hablaremos un poco de la forma en la que los pacientes terminales elaboran un duelo sobre su vida, si es que lo pueden lograr.

M. Manonnoni (1992), dice que el duelo se sitúa en el campo del principio de realidad, donde hay una separación respecto del objeto, puesto que ya no existe. Entonces, nos aclara, el trabajo de duelo consistirá en la desinvertidura de un objeto al que es tanto más difícil renunciar, como en el caso de los pacientes terminales, la renuncia es a la vida.

La nostalgia de este objeto que esta por perderse se reaviva cada vez que se va perdiendo una capacidad, puede ser física o bien una parte de uno mismo. Esto siempre remite al sujeto al apego que tenía por el objeto perdido.

Freud (1915), intenta entender las etapas por las cuales se cursa el duelo como son la angustia, el dolor y el duelo propiamente dicho. A través de la transferencia, procura esclarecer la sensación de dolor en el terreno físico y su relación con el terreno psíquico, y dice que es la investidura nostálgica por lo que se está perdiéndolo que hace posible abstraerse por algunos momentos del dolor físico. Ya que, el principio de realidad, exige al sujeto prepararse para separarse de su objeto que está perdido. Esto lo remite en el plano de lo vivido a una situación traumática, por lo tanto las situaciones de satisfacción que se crearon con el objeto ahora van a hacer falta. Es por eso que en el momento de desaparecer, esa necesidad del objeto es la que da pie al deseo. En el caso de la pérdida, una situación nueva es marcada por el dolor, haciendo que la angustia aumente y se convierta en una señal ante un peligro inminente.

Habiendo aclarado lo anterior, vemos que existe la dificultad de distinguir entre el duelo y la melancolía. Esta reside en lo parecido que se presenta la una de la otra. Por lo que comenzaremos tratando de entender el concepto de cada una y las causas que las motivan.

El *duelo*, es definido por Freud, como la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal. En estas circunstancias, se da el caso de que a algunas personas les atribuimos una predisposición mayor a la melancolía, que al duelo.

Es muy notable que a principios del siglo pasado, cuando se presentaba el duelo, no se le sometía al sujeto afligido a un tratamiento médico, a pesar de que todo mundo percibía las alteraciones en las conductas de quien se encontraba atravesando por un duelo. En cambio, ahora se hace necesario ayudar al sujeto a atravesar por un duelo, ya que se le considera un estado patológico y sobre todo en los casos que nosotros estamos planteando en este trabajo.

Freud, considera *el duelo normal*, como un proceso largo y doloroso que termina resolviéndose por sí sólo al hallar objetos de reemplazo para lo perdido. Aquí, el acento recae sobre la lucha que el hombre tiene día a día para reconquistar la vida, a través de las pérdidas sufridas por una enfermedad crónico - degenerativa. Es por eso, que el narcisismo recibe una de las más grandes ofensas que haya recibido a lo largo de la vida. Ya que estas ofensas muchas veces son irreparables para el narcisismo.

Esto afecta al sujeto de manera tan radical que no encuentra palabras para traducir lo que siente. Por tal motivo los silencios, así como el lenguaje pre-verbal, resultan ser una parte importante del trabajo con el enfermo terminal. Porque, a través de este lenguaje corporal, los pacientes terminales pueden representar lo siniestro que se ha vuelto su vida; porque se borra la frontera entre la realidad y la fantasía. Lo que se había tenido por fantástico se ha vuelto realidad. Entonces, al vivirse el duelo por la muerte próxima, lo siniestro deja de ser extraño y lo inconsciente se vuelve enemigo del enfermo.

Mientras, que la *melancolía* se caracteriza psíquicamente por un *estado de ánimo* profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior; la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones de que el paciente se hace objeto a sí mismo y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo (Cfr. Págs. 241 y 242).

M. Mannoni (1992) dice, durante el tiempo que se cumple el trabajo de duelo, se puede instalar una actitud de rebeldía, que conduce al sujeto a una psicosis alucinatoria de deseo. Ya que es una manera de conservar al objeto perdido. Mientras que en el proceso normal del trabajo de duelo el *Yo* acaba por recuperar su libertad, y en la melancolía eso no sucede, porque la pérdida del objeto ha sido sustraída de la consciencia. Es entonces cuando se dice que el paciente sabe oscuramente a quién ha perdido, pero no lo que han perdido con la muerte del ser amado.

Vemos que en la melancolía aquella ausencia de interés propia del duelo, en donde el *Yo*, se encuentra absorbido por una pérdida que lesiona al mismo sujeto. Porque para el sujeto el mundo se encuentra vacío. Mientras que el *Yo*, se encuentra tan empobrecido y se odia a tal punto que se provoca el autocastigo. Lo que vemos en el melancólico frecuentemente es la falta de vergüenza. Por lo que el necesita hacer oír a quienes le rodean lo malo que es y lo mal que piensa de si mismo.

Porque en alguna parte del aparato psíquico hay una identificación con el objeto perdido; hasta el punto de hacerse uno mismo objeto de deseo, de un objeto desaparecido. Es decir, lo único que satisfacía a ese sujeto era su objeto ahora perdido. Por lo tanto utiliza todos los métodos posibles para recriminarse. Como los autoreproches, por no haber sido cuidadoso con su objeto. Esto es una causa desencadenante de la melancolía, que desborda el problema del duelo y engloba todas las situaciones conflictivas en las que el amor y el odio se mezclan con los prejuicios sádicos que equivalen a un goce sádico, que evidencia en el tormento que se inflinge el melancólico, y que lo pueden llevar a la autodestrucción.

Ahora bien, podemos decir que ambos se presentan en el paciente en fase terminal, lo que nos obliga a tener que hacer una distinción clara para que podamos echar mano de esta herramienta tan importante. Estos cuadros se nos hace más fáciles de entender cuando reflexionamos que en el *duelo* se muestra también las mismas características que en la melancolía, *a excepción de una sola: de la perturbación del amor propio.*

Entonces en *el duelo intenso*, vemos que se presenta una reacción a la pérdida de un ser amado, se integra el mismo sentimiento doloroso al estado de ánimo, la cesación del interés por el mundo exterior en cuanto nos recuerda a la persona fallecida, la pérdida de la capacidad de elegir un nuevo objeto amoroso equivaldría a sustituir al desaparecido. Lo que significa empezar de nuevo.

Pero resulta que el apartarse de toda función no relacionada con la memoria del ser querido, es algo que en este momento el sujeto no puede hacer. Comprendemos que *esta inhibición y restricción del Yo es la expresión de su entrega total al duelo*. Este resulta ser un estado de ánimo, el cual calificamos de doloroso. Cuando Freud da la explicación económica del dolor, dice en que consiste la labor de duelo que se lleva a cabo. Menciona que *el examen de la realidad muestra que el objeto amado ya no existe, y demanda que la libido abandone todas sus relaciones con el mismo. Contra esta demanda surge una resistencia, pues sabemos que el hombre no abandona gustoso ninguna de las posiciones de su libido, aun cuando haya encontrado ya un sustituto*. Esta resistencia puede ser tan intensa que se presenta un extrañamiento de la realidad, lo que obliga a la conservación del objeto, por medio de una psicosis optativa alucinatoria.

En el duelo, el Yo, se encuentra tan inhibido por la pérdida de su objeto amado que trata de retenerlo mediante el recuerdo. Pero existe un momento en que el principio de realidad le hace patente al individuo, la desaparición del objeto. Es entonces cuando se debe de resignar a la pérdida del objeto, mediante la disolución de los vínculos que se mantenían con él. Debido a esto el duelo se debe de situar en el campo del *principio de realidad*, porque se debe de presentar la separación respecto del objeto, puesto que ya no existe.

Aplicado al trabajo con pacientes terminales el duelo consistirá en la desinvertidura de un objeto que en este caso es a su vida a la que es difícil renunciar. Cuando nos vemos enfrentados a la muerte, de esta manera tan prematura, el Yo se entrega totalmente al duelo, pensando en aquellos proyectos que nunca podrá realizar, pensar que la vida fue tan corta que no hubo tiempo de disfrutarla. De tal manera que el *Yo es incapaz de pensar en otra cosa*. Pero como no morimos en partes, sino que el curso de la enfermedad se presenta lento pero continuo y van sucediendo eventos que nos van remitiendo a ciertas pérdidas anteriores, hasta la muerte definitiva. La nostalgia del objeto que se va a perder o bien de lo que se ha perdido reaviva cada vez que la situación que viene a recordar el apego a los seres amados, a la vida, a los logros durante esta.

Esto lo vemos en los pacientes terminales cuando ellos niegan el principio de la realidad, es decir, que van a morir y continúan haciendo planes sobre su vida futura, o simplemente no hablan de la muerte, y por medio de la fantasía siguen asegurando su vida, a pesar de que en la realidad ellos se encuentran deteriorados físicamente.

También puede suceder que el enfermo en fase terminal presente un duelo melancólico, en donde el *estado de ánimo* sea predominantemente doloroso, presentando una falta de interés por lo que sucede a su alrededor, en el mundo exterior, perdiendo la capacidad de amar e inhibiéndose todas las funciones yoicas, así como la disminución del amor propio. Por lo que el sujeto se reprocha y se enoja consigo mismo por tener una enfermedad terminal, esto se presenta sobre todo en el caso de los pacientes que se infectaron de VIH/SIDA, por contagio sexual.

En cambio, cuando solo se presenta el duelo, cabe esperar que la realidad obtenga la victoria. Pero su mandato no es llevado a cabo inmediatamente y se va realizando de modo paulatino, con gran gasto de tiempo y de energía psíquica, continuando mientras tanto la existencia psíquica del objeto. Cuando se presenta una enfermedad que dura muchos años y que poco a poco va incapacitando al sujeto, hay tiempo para elaborar la muerte e incluso esta puede ser muy deseada, ya que es vista como una alivio, sobre todo en pacientes con enfermedad de una evolución lenta, dolorosa e incapacitante.

Existen casos como el anterior donde el principio de realidad está presente y el enfermo es conciente de que pronto va a morir y acepta su destino en este tipo de duelo. Mientras que en el caso de los pacientes terminales, que presentan un duelo patológico, como reacción a una muerte prematura y resulta doloroso enfrentarlos a la realidad cuando preguntan ¿Crees que me vaya a morir?, se les tiene que ofrecer un principio de realidad y contestarle que posiblemente sí.

Por tal motivo resulta de suma importancia, el que Freud haya intentado deslindar las etapas del duelo. Detectando que se presenta la sensación de angustia y dolor, llevándonos al duelo propiamente dicho.

Al esclarecer la relación entre la transferencia de *la sensación de dolor del terreno físico al terreno psíquico. La investidura nostálgica de un objeto amado hace posible abstraerse del dolor físico* (1926, Págs. 107-112). Es cuando muchas veces el paciente terminal, está tan ensimismado en su tristeza por la muerte, que ni siquiera percibe los dolores o estragos causados por la enfermedad.

Si el principio de realidad exige al enfermo terminal la resignación de ese objeto tan amado que es la vida y que se está yendo, esta pérdida de objeto remite, sin embargo, en el plano de lo vivido, a una situación traumática. Por lo que el *Yo se encuentra totalmente arrollado*. Debido a que las situaciones de *satisfacción* que se hubieran podido vivir le van *faltar* en el momento de desaparecer.

De esta forma la angustia pasa a ser entonces, por el desplazamiento, reacción frente al cimbramiento que recibe el *yo*, y le sirve como defensa ante la idea de la muerte. Porque la vida en si, nos trae una satisfacción narcisística importante, porque es algo que nos hace sentir bien al tener recuerdos o esperanzas. Estos constituyen un punto de enlace de la libido con la vida, de tal forma que los recuerdos están sobrecargados en el duelo.

Cuando uno habla con el paciente que esta por morir, se trata de entender estos vínculos que la libido tiene con la vida. No es fácil porqué, al escuchar el dolor que esto produce sabemos que el yo disminuye su sensación de angustia, mas nunca quedara totalmente libre, ni exento de inhibición, como en el trabajo de duelo que plantea Freud.

De esta forma, la diferencia entre el duelo y la melancolía, es observada de la siguiente manera. Cuando en la melancolía se presenta una reacción frente a la pérdida de un objeto amado o de naturaleza ideal; el objeto no ha muerto, pero ha quedado perdido como objeto erótico. El enfermo terminal sabe que pierde la vida y las posibilidades de concretar sus proyectos. Aunque Freud menciona que en la melancolía hubo una pérdida, pero no conseguimos distinguir claramente lo que el sujeto ha perdido y hemos de admitir que tampoco a éste le es posible concebirlo conscientemente. A este tipo de pérdida podría reducirse también aquel en el que la resignación, causa de la melancolía, en la cual se sabe a quién ha perdido, pero no lo que con él ha perdido. Lo que se pierde es el componente narcisista que el objeto le brindaba al sujeto.

Entonces, podemos relacionar a la melancolía con una pérdida de objeto sustraída a la consciencia, diferenciándose así del duelo, en el cual, nada de lo que respecta a la pérdida es inconsciente, como en los pacientes terminales que bien saben que lo que están perdiendo es la vida. La mentalidad narcisista recibe una ofensa con las pérdidas que ha ido sufriendo. Pero se pueden presentar duelos de tipo melancólico, ya que el dolor que se siente ante la muerte es indescriptible. Por lo que el duelo y la melancolía se confunden.

Aunque en *ambos tipos de duelos*, se sabe que se va a perder la vida, como decíamos de los pacientes en fase terminal esto hace que *nos explicamos la inhibición y la falta de interés*. Esta es debida a *la labor de duelo que absorbe al Yo*. También podemos ver que en el duelo el mundo aparece desierto y empobrecido ante los ojos del sujeto, carente de oportunidades para la vida y el *yo* se encuentra resquebrajado ante el cimbronazo que se le da al enfermo, al darle la noticia de su pronóstico mortal.

Luego entonces, en el duelo admitimos que es necesario un cierto espacio de tiempo para la realización paulatina del mandato de la realidad, labor que trata de devolverle al *Yo*, *algo de su estructura y la disminución de la angustia y la melancolía*. Ya que ante la muerte es imposible darle la libertad al *Yo* para que su libido se desligue de la vida, porque finalmente nadie quiere morir y es muy difícil renunciar a lo más preciado que tenemos que es la vida, aunque hay personas que se resignan ante la muerte próxima.

Freud, nos dice que en el duelo no patológico supera también la pérdida del objeto pero mientras dure, absorbe todas las energías del *Yo*, al igual que en la melancolía.

Cuando vemos a un paciente terminal lo vemos agotado y cansado no sólo físicamente por el deterioro de la enfermedad, sino también psíquicamente. Aunque no se sabe por qué medios económicos lleva a cabo el duelo su labor. La realidad representa un papel importante, porque le impone al *Yo*, lo mismo que a cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen, puntos de enlace de la libido con el objeto; su veredicto de que dicho objeto no existe ya.

Por lo tanto el *Yo*, situado ante la interrogación de si quiere compartir tal destino o bien continuar su camino buscando nuevos objetos donde depositar la libido, se decide, bajo la influencia de las satisfacciones narcisista de la vida, a abandonar su ligamen con el objeto destruido que aquí no existe. Podemos pues suponer que éste abandono se realiza tan lenta y paulatinamente, que al llegar a término ha agotado el esfuerzo necesario para tal labor (Cfr. 1917 [1915], Pág. 252).

En el caso de los enfermos en fase terminal, no se presenta la resolución del duelo, ya que el objeto al que se deber renunciar es la vida. Durante la vida, el hombre obtiene un sin fin de gratificaciones, por lo que romper la ligazón con la vida resulta en extremo doloroso para el *Yo*, por este motivo se encuentran todas sus energías absorbidas en este duelo que muchas veces es un duelo melancólico.

Freud consideraba que el duelo no patológico, es un proceso largo y doloroso *que termina revolviéndose por sí solo* al hallar objetos de reemplazo para lo perdido. El acento recae sobre la lucha incesante que debe librar el hombre para reconquistar la vida a través de las pérdidas sufridas, por la muerte, la enfermedad y las guerras (1915, pág. 4 -71). Esta resolución del duelo, si bien en el caso de los pacientes terminales puede no presentarse nunca, o en el mejor de los casos si por lo menos vemos una resignación a morir, y una necesidad de trascender mediante la realización de testamento, la despedida y los consejos a los familiares, lo podemos considerar como una resolución del duelo.

Esto se supondría que es lo que se debe de lograr en la clínica con los pacientes terminales, por eso aquí damos algunas pautas para saber como realizar este trabajo. Ahora bien existe otro elemento muy importante que son las pulsiones de vida y de muerte. Nosotros hablaremos de cómo entendemos este concepto y la forma en que ambas interactúan a lo largo de la vida de los seres vivos. De éstas hablaremos a continuación.

II.4. Pulsión de vida y de muerte:

Para poder entender estos términos tan complejos dentro del psicoanálisis comenzaremos por definir el concepto de pulsión. Por este entendemos que es un "proceso dinámico que consiste en un empuje (carga energética, factor de motilidad), que hace tender al organismo hacia un fin. Según Freud, una pulsión tiene su fuente en una excitación corporal (estado de tensión); su fin es suprimir el estado de tensión que reina en la fuente pulsional; gracias al objeto, la pulsión puede alcanzar su fin" (1993, Laplanche, Pág. 324). Esta es una definición muy general de lo que significa la *pulsión*, es decir, *aquella energía que es fronteriza entre lo anímico y lo somático, y es un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y que alcanzan el alma*, su objeto es aleatorio a diferencia del instinto.

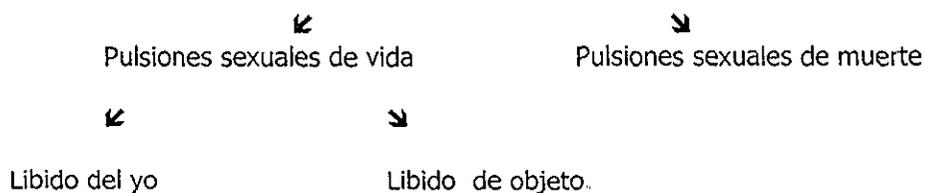
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Esta pulsión de la que hablamos, no actúa nunca como una fuerza de impacto momentánea, sino siempre como una fuerza constante. No procediendo del mundo exterior sino del interior del cuerpo, la fuga es ineficaz contra él. A este estímulo pulsional lo llamaremos *necesidad* y lo que suprime esta necesidad es la *satisfacción*. Ésta puede ser alcanzada únicamente por una modificación adecuada de la fuente de estímulo interna, es decir, satisfacer el estímulo para calmar la necesidad.

Hallamos que toda actividad, incluso la del aparato anímico más desarrollado, se encuentra sometida al *principio del placer - displacer*, o sea, que la necesidad siempre busca ser satisfecha, porque cuando no se satisface el aparato anímico se encuentra en estado de tensión. Entonces, este *principio de placer - displacer*, consiste en que las sensaciones reproducen la forma en la que se satisfacen los estímulos, en el sentido de que la sensación de displacer se halla relacionada con un incremento de la tensión y la de placer con una disminución del mismo. El aumento y la disminución de la tensión es regulada automáticamente por sensaciones de la serie *placer-displacer*. Ahora existen varios tipos de pulsiones de las que Freud, habla a lo largo de su obra. Nosotros nos abocaremos a las *pulsiones de vida y de muerte*. Que es la segunda teoría de las pulsiones de 1919, expuesta en *Más allá del principio del placer*.

Para lo cual recurrimos a Laplanche (1991), quién retoma de Freud la división que él hace, y nos propone un cuadro que consideramos útil para saber de donde surgen las pulsiones sexuales de vida y sexuales de muerte:

Funciones de autoconservación----->---Pulsiones sexuales



Por lo que vemos en este cuadro entendemos que se establecen una franca oposición entre las pulsiones del yo y las pulsiones sexuales, Dentro de las pulsiones sexuales encontramos que se dividen en dos, las primeras tienden a la vida y las segundas a la muerte. Las pulsiones de vida, a la vez, se subdividen en libido del yo que tienen que ver con las satisfacciones narcisistas y libido de objeto, la cual la depositamos en nuestros objetos de amor.

A lo largo del pensamiento freudiano se distinguen dos teorías de las pulsiones, la primera es sexualidad/autoconservación y la segunda pulsiones de vida/pulsiones de muerte. Estas dos teorías se complementan una a la otra.

En la primera teoría de las pulsiones, cuando Freud toca el tema de la autoconservación dice que ésta es presidida por las funciones del organismo que tienden a la homeostasis. Debido a que ella da la apertura inicial a la percepción y la motricidad del organismo hacia su medio, y no interviene el conflicto psíquico, puesto que no está reprimida como la sexualidad. En cambio la pulsión que es pulsión sexual tiene relación con la sexualidad y es objeto de represión.

En 1920, en *Más allá del principio del placer*, si partimos de la idea de que los organismos vivos están conformados tanto por las células como las fuerzas que en ella actúan. Se distinguen dos especies de pulsiones, unas son aquéllas que quieren llevar a la célula viva hacia la muerte y otras, las pulsiones sexuales de vida, que aspiran de continuo a la renovación de la vida y la imponen siempre de nuevo. Queda entonces entendido que sólo bajo esta condición, puede la función sexual prolongar la vida y prestarle la apariencia de inmortalidad. Ahora bien, sabemos que todo ser vivo tiene que morir por diversas causas. Este hecho ha sido aceptado por nosotros, porque más bien se nos aparece como una certeza.

Además, las pulsiones sexuales de vida o Eros, como también se les llama. La contraparte de estas pulsiones sexuales de vida, son las pulsiones sexuales de muerte: ya que son fenómenos vitales que tiene una interacción de manera antagónica. Unas tienden a la vida mientras que las segundas se encaminan a la muerte. Resulta fácil observar aquellas pulsiones sexuales que se dirigen a la vida, ya que sus manifestaciones externas en los pacientes en fase terminal son el cuidarse, tomar los medicamentos, interesarse en seguir haciendo cosas que los hagan disfrutar. Pero no es fácil demostrar la actividad de la pulsión sexual de muerte, porque actúa silenciosamente en lo íntimo del ser vivo, persiguiendo su desintegración y no es observable como las manifestaciones de las pulsiones sexuales de vida o Eros.

Laplanche (1991), retoma este concepto de Freud y teoriza sobre la pulsión de muerte y menciona que algunas veces, parte de esta *pulsión de muerte*, se orienta contra el mundo exterior, manifestándose entonces como impulso de *agresión y destrucción*. De tal manera que la pulsión sexual de muerte es puesta al servicio de Eros, pues el ser vivo destruiría algo exterior, animado o inanimado, en lugar de destruirse a sí mismo, es decir, actúa en forma de sadismo.

Por el contrario, al cesar esta agresión contra el exterior tendría que aumentar, por fuerza, la autodestrucción, proceso que de todos modos actúa constantemente. Al mismo tiempo, puede decirse que ambas clases de pulsiones, es decir de agresión y de destrucción, raramente o quizá nunca, aparecen en mutuo aislamiento, sino que se amalgaman entre sí, en proporciones distintas y muy variables, tornándose de tal modo indiferenciables para nosotros.

En los enfermos en fase terminal las pulsiones de agresión y de destrucción se pueden observar claramente. La primera de ellas es la vemos cuando el paciente se enoja con todas las personas que están a su alrededor, se siente enfadado con la vida porque siente que es injusta porque se encuentra enfermo de algo incurable, piensa en aquellos planes que son irrealizables. Muchas veces está agresión, que se manifiesta al exterior, es volcada contra sí mismo, manifestándose en conducta que son autodestructivas, como fumar y tomar, sabiendo que está prohibido si tienes un infarto al corazón, o bien, no tomarte los medicamentos sabiendo que tienes una enfermedad crónica degenerativa, a sabiendas de que ésta es la única forma de prolongar un poco más de tiempo la vida.

La finalidad de la pulsión sexual de muerte es hacer retornar todo lo orgánico animado al estado inanimado. En contraposición a la pulsión sexual de vida o Eros, cuyo fin es complicar la vida y conservarla así, por medio de una síntesis cada vez más amplia, de la sustancia viva, dividida en partículas. Ambas se conducen en una forma estrictamente conservadora, tendiendo a la reconstitución de un estado perturbado por la génesis de la vida, génesis que sería la causa, tanto de la continuación de la vida como de la tendencia a la muerte. A su vez, la vida sería un combate y una transacción entre ambas tendencias. (Freud, 1923).

Todos estos son aspectos que caracterizan a la pulsión de muerte, ya que la muerte que nos angustia tanto es la propia, también la de los otros porque nos remite a la nuestra. *Ahora cuando la pulsión sexual de vida deja de tener un efecto de empuje, cuando se presenta el principio de Nirvana, que consiste en reducir la tensión al mínimo, o a cero. En ese momento se está muriendo, porque finalmente ya no le interesa la lucha a las pulsiones sexuales de vida y entonces hay ausencia de excitación en el cuerpo, que en el caso de los pacientes en fase terminal, la muerte le gana la partida a la vida.*

Por lo tanto la vida es un momento breve en la eternidad de la muerte, de hecho casi siempre gana la muerte. Y esto ha hecho que el pensamiento del hombre común, de los poetas, e incluso de los pensadores y filósofos, reflejen estas creencias. Freud retoma a Schopenhauer, de manera muy poética dice al respecto: "la muerte es el verdadero resultado y, por tanto, el objeto de la vida y, en cambio, el instinto sexual la encarnación de la voluntad de vivir". Pero, sin embargo, siempre hemos de morir de alguna u otra manera (Freud, 1920).

Además, quizá esto nos haya hecho afrontar el hecho de que no tenemos más remedio que morir y sufrir antes de que la muerte nos arrebatte a las personas que más amamos o bien morir nosotros mismos, esta es una ley natural de la vida. Mas quizá esta creencia de la ley natural del morir no sea tampoco más que una de las ilusiones que nos hemos creado para soportar la pesadumbre del vivir. Porque, como vimos en el primer capítulo, la idea de muerte no es algo que el ser humano vea con naturalidad, ya que desde las épocas primitivas a la muerte de uno de los suyos se le atribuye la influencia de un enemigo o de un mal espíritu.

Nosotros desatacamos la importancia de estas pulsiones, porque en el trabajo con los pacientes en fase terminal, palpamos la lucha entre ambas pulsiones. Aunque finalmente la pulsión sexual de muerte termina por ganar sobre la otra. Podemos concluir que *la pulsión sexual de muerte, por oposición a la de vida, tiene 4 características que considero importante resaltar:*

- La muerte en cuestión es siempre, en principio. *La muerte del individuo mismo, y sólo de manera secundaria la muerte infligida al otro. El destino de la pulsión, en este caso, es retornar contra el objeto, y se habla de pulsión de su Propia muerte. Porque en el caso contrario de que la pulsión de muerte se encuentra dirigida al exterior hablamos de un sadismo.*
- *La pulsión de muerte está estrechamente ligada, en Freud, a la noción de principio del cero de Nirvana (retorno a la ausencia de excitación, por las vías más cortas)*
- *La ausencia de la representación de la muerte propia en el inconsciente.*
- *Tanto la pulsión sexual de vida como la de muerte siempre actúan juntas y en contraposición la una de la otra. Mientras que la pulsión de vida es reconocible, la pulsión de muerte es muda e irreconocible, ya que siempre está persiguiendo la desintegración.*

Menciono las cuatro características de *las pulsiones sexuales de vida y de muerte* porque esto es una herramienta muy útil para el psicoterapeuta cuando trabaja con los pacientes en fase terminal. Ya que ahí vemos como la muerte le va ganando la batalla a la vida. Resulta claro que la relación de las vivencias del hombre, con la muerte genera un complejo campo de representaciones y de afectos. Donde la muerte puede presentar *dos facetas* siguiendo la dualidad pulsional:

Una positiva, constructiva que es la vida, son las que nos ayudan a constituir una compañía psíquica a los obstáculos de la vida que ayuda a sortear y a tolerar las frustraciones, conduce en muchos casos a un aprendizaje. Como cuando los enfermos terminales tratan de cuidarse y seguir las indicaciones dadas por los médicos, aunque estas solo sirvan para retrasar, en la medida de lo posible, el curso de la enfermedad.

La otra negativa, que es destructiva. De esta faceta diremos que es vehículo de destrucción. En este punto se abre el tema de la fascinación por la muerte presente en múltiples experiencias como deportes riesgosos, pasajes al acto que rozan la muerte. En el caso de los pacientes terminales va desde no llevar a cabo el tratamiento tal y como se le indica, no acudir a las consultas, en el caso de los pacientes con problemas cardíacos beber o fumar es mortal, tener prácticas sexuales todas estas son situaciones de riesgo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La otra es la negación terminante de la muerte, por lo tanto no hago testamento, no me preocupo de dejar asegurada a mi familia, no me preocupo de cuidarme, ni tengo una enfermedad infecto contagiosa como VIH/SIDA me dedico a contagiar a más gente. O bien la pulsión de muerte volcada al exterior que se traduce en el enojo contra la vida y el no permitirse poder expresar lo que uno siente aun en estos momentos.

Esta lucha entre ambas pulsiones es tan importante que resulta una herramienta fundamental que se le debe de tener muy clara. En el trabajo con pacientes en fase terminal y la pulsión de muerte es la que nos habla en muchos de los momentos, a través del discurso, de los pasajes al acto y en la transferencia.

Por eso lo que nos interesa, desde la investigación psicoanalítica, es cómo se procesa ese material bruto de saberse alcanzado por la muerte, como incide en la calidad de la vida y en la calidad de la muerte, cómo interactúan en los distintos espacios de intercambio de la vida cotidiana, y si es válido el saber o no que se va a morir.

II.5. El saber y no saber:

El saber o no saber, constituye en el paciente terminal un factor decisivo. Porque tanto del lado del paciente como del medio circundante, en este caso el personal del hospital, los familiares y amistades, el saber siempre esta presente de alguna u otra forma. Por ello constituye un tema que se pone en juego de entrada y a lo largo del proceso de toda enfermedad en forma irremediable y apresurada.

Las preguntas que nos planteamos sobre el saber son: primero, la importancia de saber, ¿De qué saber se trata? ¿Qué sentido tiene? ¿Se trata de un saber entendido ó no? ¿En qué ayuda saber, este puede cambiar la conducta del paciente en fase terminal?. Las respuestas a estas preguntas no son fáciles, ya que cada individuo contestara de acuerdo con sus propias vivencias. Por ello no podemos dar una respuesta definitiva a todos los casos que se nos presenten. Esto es algo que debemos tener en cuenta a la hora de trabajar con un enfermo terminal, entendiendo que cada individuo habla desde su propio lugar.

Así, hablaremos de algunas aproximaciones teórico - clínicas que serán de ayuda para nosotros. Como ya mencionamos anteriormente, todos sabemos que vamos a morir algún día. Pero, cuando se ha acercado el momento en que nos vemos enfrentados a está, nos damos cuenta que siempre hemos pensado a la muerte en forma razonada, es decir, se trata de un saber que es generalmente intelectual.

Tenemos la representación de la muerte de otros mediante, lo leído en un libro o en un periódico, lo visto en una película o los contenidos de las vivencias, como en la muerte de un ser querido. Donde se experimenta una serie de sentimientos, que van desde la angustia, el miedo a pensar en la nada, la rabia, hasta la idealización de la muerte, que es vista como un premio. Todos estos sentimientos nos hacen enfrentarnos a nuestra propia finitud, y provocan que se instauren las defensas dentro del *yo* produciéndose denegaciones de la realidad, y solemos pensar: "eso le sucede a los que están enfermos o que están viejos, no a mí".

Este saber intelectual sobre la muerte, que muchas veces es negado, se parece al saber que el niño tiene de su propia sexualidad, en base a las teorías que el crea. De esta manera el adulto tiene sus propias teorías sobre la muerte. Creo que es importante retomar lo que Alizade (1995) menciona, parafraseando a Freud diciendo: "Y así como los niños no pueden *Saber* de la sexualidad más que lo tolerable y se aferran a sus teorías sexuales infantiles (Freud, 1908) aun cuando les haya sido explicada en detalle la fisiología de la sexualidad adulta, de la misma forma ante la muerte, muchas personas elaboran sus propias teorías causales defensivas que les sirven de protección y disminuyen el flujo de excitaciones provenientes del complejo de la muerte. La pulsión de saber se detiene en su camino y hace un giro engañoso. Se pone al servicio del principio del placer con miras a atenuar el dolor psíquico" (Pág.115).

Sí la representación de la muerte suele ser angustiante para el hombre, a pesar de que tenga el conocimiento sobre este proceso, así como sus propias teorías no desaparece el miedo ante esta. El miedo tan sólo disminuye, como una forma de protección para la psique. *Cuando el cuerpo es perturbado en su funcionamiento, por la presencia de una enfermedad crónico degenerativa, la persona empieza a darse cuenta de que algo le esta pasando, tal vez no sabe que es pero percibe la amenaza a su vida.* Amenaza que es vivida por cada paciente de manera distinta, de acuerdo con su estructura psíquica, su patología, y su historia de vida. Algunos enfermos terminales pueden presentar ansiedad paranoide, o esquizoide, junto con una melancolía. Esto nos habla de la manera en que el sujeto está afrontando esta situación.

El saber se presenta como un contenido de representaciones, afectos y defensas en torno a la idea de la muerte, que va desde la negación, el miedo, la angustia, la tristeza, la melancolía y la ira que están en este pre-duelo.

Posteriormente mediante un apoyo psicológico se buscará tratar de solucionar la situación legal, despedirse de los familiares. Donde si bien no está aceptada la idea de la muerte, se puede decir que por lo menos existe un principio de realidad, que hace al enfermo tener planes para trascender.

Ahora bien, también sabemos que muchas veces el familiar del enfermo terminal o el mismo doliente puede emplear conceptos como la mentira, verdad y certeza, que se van a manejar mucho en esta propuesta de tratamiento. Es necesario tener presente que tanto familiares, como los dolientes cuando oyen la noticia del diagnóstico la pueden aceptar o bien la pueden negar llevando acabo pasajes al acto, de tal forma que son pacientes que si saben la gravedad de su estado continúan con su vida normal sin llevar acabo las prescripciones que el médico ordeno.

Esto nos hace reflexionar en la forma en que se presenta un cambio en la estructura psíquica antes del diagnóstico, ya antes de tener la noticia que lo confirma o lo niega. Lo cual nos hace pensar en la mejor manera de informa al enfermo sobre su diagnóstico. Porque esta incertidumbre que muchas veces se manifiesta en distintas formas como ya lo mencionamos anteriormente y siempre subyace el deseo de que no se confirme lo que se presiente. Puesto que siempre existe un saber obvio, e inmediato, que suele ser inevitable, compartido generalmente, saber burdo, (previo o no a la consulta médica): algo en el cuerpo dice que no anda bien.

El saber que no es dado, se convierte un en mensaje del cuerpo que se vehiculiza a través de alguna señal externa o interna de anomalía, de disfunción, de malestar. La persona que la recibe manejará esta señal de acuerdo con su código de posibilidades, haciendo de entrada funcionar sus mecanismos de defensa frente a la displacentera realidad, que le ayudarán a disminuir el dolor psíquico.

El dolor psíquico, del que nos habla Freud en 1926, en su texto *inhibición, síntoma y angustia*. Este se refiere a la forma en la que se presenta el estado de angustia como una manera de reaccionar ante un trauma. Una vez que el estado de angustia queda como una manera de reaccionar ante el trauma, cada vez que se presente situaciones análogas se responderá de la misma forma. Como si este estado de angustia fuera la solución adecuada. Que pone al yo, en alerta ante una situación peligrosa. En el caso de los pacientes terminales el estado de angustia, sirve para amortiguar el dolor psíquico ante los mensajes que envía el cuerpo y que le son palpables al sujeto, como el deterioro de su imagen física, o la mutilación corporal.

Posteriormente, estos mensajes se convertirán en un saber. Alizade (1995), distingue diversos tipos de saber: *un saber narrativo o discursivo, conciente, manifiesto, concreto; un saber latente, escondido entre las palabras, preconsciente, con aspectos verbales y metaverbales, y un saber inconsciente* que se encuentra estrechamente ligado con la información propioceptivo - visceral que el soma envía al psiquismo y que le cuenta, como en un parte médico, de la evolución de la enfermedad y de su gravedad (Cfr. Pág. 112).

El saber inconsciente, que es recibido en un inicio mediante los mensajes corporales es un informe oculto, es patrimonio del paciente. Pero cuando ya se le confirma o se le da un diagnóstico de enfermedad terminal, esto produce una desestructuración en el psiquismo, que va aunado al saber consciente o manifiesto. Mientras que el saber preconscious, es ese que se asoma entre líneas, donde se sospecha que uno puede estar enfermo y que bien puede ser negado. Muchas veces el médico, por su parte y por la misma angustia que produce la muerte, da un diagnóstico lapidario. La noticia es tan impactante que las ansiedades producidas suelen no ser fáciles de manejar.

Por eso la cautela para diagnosticar y pronosticar por parte del especialista resulta importante, y necesario que conozca un poco mejor a su paciente. Para que tenga herramientas para manejar la forma en que se va a dar el diagnóstico. Ya que el doliente es el que habrá de cursar su enfermedad, con todos los recursos mentales que posea. El *saber preconscious*, que el paciente tiene de su enfermedad, muchas veces puede ser fácil de presentarse en forma consciente. Aunque se presente la coexistencia de dos tendencias en forma alternante en el *yo* defensivamente escindido: la primera sabe la verdad, y que es grave, mientras que la segunda, la deniega defensivamente. Esta diferencia puede ser importante para la intervención psicoterapéutica posterior.

Puede darse el caso de que le paciente niegue la realidad y haga un saber con base de la mentira o saber engañoso, este saber puede adquirir carácter de certeza. Porque va ser construido en la encrucijada de las ansiedades y defensas del *yo*. Aunque en el fondo va a coexistir con el saber de la verdad, profundo, *preconscious o inconsciente*, saber que se podrá ocultar un tiempo, pero el saber de la muerte próxima con todo y sus vicisitudes, se dibuja en torno al paciente. A pesar de que circule la ignorancia, la mentira, y puede haber algo que enfrente al paciente con el principio de realidad. Pueden ser las sensaciones corporales, objetos internos o bien el deterioro corporal externos, que lo confronten a este saber y será de acuerdo con cada caso.

Mientras que cuando un paciente tiene amenazada la vida por una enfermedad, y está consciente de que va a morir, este puede iniciar diálogos importantes con el afuera circundante, y con su mundo interno a fin de lograr equilibrar la situación entre el engaño de los familiares que le dicen: no estas tan mal hombre, a lo mejor te curas y la certeza interna de la muerte.

Por ello es muy importante manejar con reserva los intercambios de información entre el médico tratante o equipo tratante del paciente en el caso de las instituciones, y los familiares del paciente y el paciente mismo. Porque muchas veces se presta a malos entendidos y a que se formen falsas esperanzas con respecto a su familiar, en lo que respecta al diagnóstico como a la evolución pronostica de una enfermedad.

El saber puede despertar una serie de afectos en el paciente tales como la angustia, el temor, el enojo, la estructura melancólica. En algunas ocasiones esto puede ser compartido parcial o totalmente con algunas personas significativas o no. Como en el caso de la propuesta de tratamiento, donde tenemos que estar pendientes porque estos afectos se presentan por instantes, para seguidamente volver a hacer uso de la represión, de la escisión y de la negación.

A veces, este compartir recae precisamente sobre el psicoterapeuta, el cual acompañaba y sostenía a los pacientes. Quiero señalar la importancia de la verbalización del saber del paciente con respecto a su enfermedad, ya que a pesar de que trata de defenderse de la angustia, causada por la situación en momentos, llega a ser insostenible. Por lo que el paciente aún *consiente de su padecimiento no tolera hablar de él más que durante determinados instantes, o bien habla mediante su conducta de silencio*. Muchas veces no sólo es la palabra la que nos transmite un sentimiento, sino también el lenguaje preverbal.

Es por eso que destacamos la importancia de que la escucha que se le preste al paciente, sea la de un profesionalista preparado que lo acompañe, tanto en el esclarecimiento de sus sentimientos como en la comprensión de sus ansiedades ante la enfermedad y la idea de muerte. Muchas veces el psicoterapeuta, en este saber y compartir la muerte con el paciente, tendrá que utilizar todos los recursos que tenga disponibles para contener al paciente en la medida de lo posible ante la muerte.

Porque si no, la muerte puede adquirir un carácter mucho más traumático de lo que ya es, causando un terror sin nombre como dice Winnicott, que es el núcleo de representaciones de afectos intolerables que causan dolores difusos, mutismo, rechazo a los seres queridos, irritabilidad. Todas estas manifestaciones pueden estar asociadas con una intolerancia al saber.

A veces, el diagnóstico de una enfermedad terminal es dado al paciente de manera confusa. Por es necesario explicar en que consiste su enfermedad, tratamiento y el pronóstico de la misma, para que pueda tener la mayor información acerca de su enfermedad. Pedir segundas opiniones profesionales y que se le brinden lecturas médicas para estudiar su enfermedad en caso de que así lo quiera; para que se hagan cargo activamente de su enfermedad. Así, su *saber sobre* la enfermedad determine la elección del tratamiento.

Por eso es importante que cuando la muerte se aproxima, el saber intelectual de ser mortal sea reemplazado por un saber vivencias y un conocimiento amplio sobre la enfermedad, si el paciente lo demanda, para que esta pueda ser vivida en las mejores condiciones posibles y que sea compartida con los familiares. De manera tal que no se excluya a nadie, esto evitará que el paciente se encuentre sólo ante sus angustias, sin una red social que lo ayude a sostenerse. Por eso, a continuación, hablaremos de él morir sólo o morir acompañado.

II.6. Elaborar y construir la muerte:

Como mencionamos, el saber sobre la enfermedad que se padece es una forma de ir elaborando la muerte. Ya que el enfermo será capaz de ir enfrentando las etapas venideras en las que poco a poco verá menguada su capacidad física, así como los cambios corporales que la enfermedad traiga consigo.

Esto es el inicio para la elaboración de la muerte, debido a que es un trabajo que se le ofrece tanto al que va a morir como al aún viviente. Aunque generalmente, este tipo de apoyo psicológico no tiene lugar, ya que poca gente ayuda al moribundo. Así, los enfermos mueren como mejor pueden. Lo cual implica que el papel del psicoterapeuta se deberá centrar en ayudar a estos pacientes a elaborar y entender que en estos momentos, se tiene presente la hora de su propia muerte, se puede preparando para ella. Aulagnier (1979), dice al respecto que nadie sabe cómo se habrá de comportar exactamente en el momento de la muerte, ni cómo será esta. Pero por lo menos, se puede apoyar al enfermo para que no este tan angustiado.

Con frecuencia, tenemos idea de cómo comportarnos para otras situaciones, pero de la muerte nadie ha regresado, para platicar como se siente, ni que sucede, ni cómo es. Sin embargo, y dado que todos vamos a morir, sería de desear que todos lleváramos acabo anticipadamente cierto trabajo elaborativo de nuestra propia muerte. *El estado de salud, la juventud, los mecanismos de defensa tales como la negación, la represión y las murallas narcisistas, que llevan a pensar: "Eso no me sucede a mí sino a otros", impiden que este trabajo se vaya realizando acabo, porque se niega la muerte durante toda la vida.*

Existe en nuestro mundo occidental, tal negación de la muerte que la vida transcurre en gran medida con el rechazo de ésta idea, de aquí que Freud haya confirmado la idea de que no tenemos representación de la muerte. Pero cuando el cuerpo es tocado en su viva materialidad perezcedera, nos aterrorizamos frente al saber de la propia finitud, nos quedamos sorprendidos por la vivencia de ese saber, enfrentados a un accidente o a un diagnóstico que connota la proximidad de la muerte.

No lo podemos creer, ¿por qué a mí?. Morir, una vez más, parece reservado al otro, al semejante. *Dominados por nuestro infantilismo y narcisismo, nunca habíamos fantaseado con la vivencia de ese momento, hasta ahora que la mortalidad del yo aparece.* Por eso, es conveniente distinguir la elaboración de la muerte que no es llevada acabo de la misma forma cuando se esta en una fase inicial de la enfermedad, que terminal; porque los procesos psíquicos que se ponen en marcha cuando una enfermedad empieza a desplegar su curso, es decir, en una fase inicial.

Se encuentran sin tanto daño, que cuando se da el diagnóstico estando la enfermedad muy avanzada. Ya que se sabe que uno va a morir, pero en un estadio inicial de un padecimiento, el tener el diagnóstico de alguna manera puede tener la esperanza de vivir, otra cosa es vivenciar que ese morir está muy cerca, sobre todo cuando se tiene una enfermedad que es detectada en estadios muy avanzados y los doctores no dan ninguna esperanza. Sobre todo cuando hay que soportar el desfallecimiento del cuerpo y sus deterioros.

Este elaborar la muerte implica tomar conciencia, *hacer un insight*, y reordenar las ideas de tal manera que se produzca un cambio en el psiquismo, una nueva forma de ver la realidad y una modificación del vivenciar los afectos. Desde ésta perspectiva, elaborar quiere decir resolver, solucionar un atascamiento o resquebrajadura que sufre el psiquismo y que causa síntomas y malestar al individuo. Se debe tratar de transformar en el marco del vínculo terapéutico cuando hay un tratamiento en marcha.

La palabra elaboración remite a la idea de trabajo, confiere a la elaboración la categoría de esfuerzo, de constancia. Ya que la compleja situación de la muerte por venir requiere de trabajo psíquico para ser metabolizado, aunque no siempre se le acepte. Esto dará lugar a la búsqueda de espacios tales como la trascendencia con los seres queridos, aunque persistirá esta no aceptación sobre la idea de muerte.

Porque la vida es *el motor del deseo, la intensidad, el disfrute*, diríase que es una fiesta maníaca, que nos acompaña hasta el último tramo de la existencia; y a la cual no se quiere renunciar nunca. Mientras que durante las sesiones del sostén - acompañamiento, se presentan las últimas experiencias relaciones con el otro, que forman parte del trabajo de la elaboración del tránsito. El riesgo es que el otro, en este caso el psicoterapeuta, al verse enfrentado a la muerte del paciente puede asustarse ante esta intensidad o no la quiera percibir o no la entienda. Lo cual puede traer consecuencias en estos encuentros con los pacientes en fase terminal, ya que no los puede entender, causándole al psicoterapeuta un gran monto de angustia.

Conjuntamente a la elaboración de la muerte, se presenta la construcción de esta, ya que el morir es una amenaza de muerte inherente al enfermar, lo cual provoca un estado de crisis en tanto es un acontecer de ruptura. La crisis implica un *cambio brusco y decisivo* (Kaës, 1979). Se rompe con el estado de sano, de no inmediatamente amenazado.

El *esquema corporal se fragmenta*: algunas partes funcionan bien, otras andan mal, algún trozo del cuerpo deberá ser amputado quirúrgicamente, o habrá de perderse cabello en la quimioterapia, la disminución masa muscular en el adelgazamiento, causado por una enfermedad infecto contagiosa, como son los ejemplos de los pacientes que serán mencionados en capítulos posteriores.

El golpe del diagnóstico rompe la continuidad imaginaria de su ser. Sobreviene una sorpresa castrófica. Su representación - expectativa del futuro se desmorona sus proyectos pierden sentido a la luz de este saber. Queda a partir de ese momento apartado del grupo de los vivientes sanos que sólo se ocupan en vivir. El paciente en fase terminal se ve enfrentado a morir, a vivir en la experiencia de la proximidad de la muerte, por lo que se le debe ayudar a tratar de elaborar y construir su muerte.

El sistema de apoyo habitual, como son las redes sociales, las cosas que le satisfacen hacer reciben una conmoción, lo mismo que su narcisismo, entendido como el amor a sí mismo. La crisis produce la necesidad de buscar apoyo, de encontrar refuerzo y confortación a la perturbación, a su vez, la necesidad de crear nuevas regulaciones que produzcan placer. Kâes (1979), en el *aparato psíquico grupal*, nos habla sobre como se estructura el psiquismo sobre los espacios fundamentales de apoyo, a saber: las fantasías de su cuerpo, la madre, que en este caso es el psicoterapeuta, y el sí mismo o sobre sus fantasías con respecto a la enfermedad y a la muerte. Todos estos espacios de apoyo son vistos como formaciones psíquicas. Las cuales se verán en el discurso del paciente en fase terminal cuando nos hable de las sensaciones que le produce ver su deterioro físico, el miedo ante la muerte y la demanda de ayuda.

Cuando se presenta el resquebrajamiento de los espacios antes mencionados que a lo largo de la vida sirven de apoyo a este sistema, introducen al sujeto a vivir la crisis para crear dentro de sus posibilidades una respuesta viable, una reorganización, de su vida. El movimiento de catástrofe intenta dar paso a un movimiento de creación, a esto es a lo que llamamos elaborar la muerte.

Ya que se lucha activamente en contra de ella. Esto, por momentos disminuye la ansiedad, ya que el enfermo en fase terminal esta haciendo algo para el mismo. Esta lucha ayuda en algunos momentos al paciente, y si bien no evita la sensación de desesperación ante la muerte, sí por lo menos tiene la sensación de que está luchando en contra de la enfermedad, aunque esta continúe su curso.

El estado de crisis, que presentan los pacientes en fase terminal, provoca que se dispersen los contenidos del psiquismo, también el continente psíquico (según Bion), puede verse desbordado, y el psiquismo, invadido por significantes beta, como veremos en el siguiente capítulo. Estos producen el desorden que impera en este estado psíquico de catástrofe se requiere, como señalara Bion, tratar de dar una nueva regulación. De aquí que se tenga que trabajar con el paciente para que pueda rescatar sus objetos de amor tanto internos como externos. Esta apoyatura múltiple del psiquismo necesita reordenarse. En primer lugar, el cuerpo pierde calidad de apoyo, está herido de muerte y gradualmente se irá hundiendo en el deterioro y la depresión si es que no se le brinda una ayuda a tiempo.

El psicoterapeuta y el paciente van a construir una diada que será privilegiada. Este es un elemento fundamental en esta nueva relación que se establece, porque le sirve de apoyo, y tendrá un espacio para hablar de sus miedos, de sus sentimientos, de sus fantasías. Este "contrato" presenta una asimetría fundamental en tanto, que uno de los sujetos está ante la muerte inminente, y el otro no. Es además, un contrato transitorio, ya que la muerte lo anulará definitivamente. El enfermo en ocasiones se apoyará en este trabajo para despedirse y elaborar, junto con sus seres queridos, la separación.

No se conocen las circunstancias en las que se va a presentar la muerte. Pero la propuesta de un espacio y el trabajo de apoyo, como el del sostén – acompañamiento, ayuda a los pacientes a tratar de entender lo que le está pasando, tratar de reordenar sus ideas y enfrentarse a tener que tener que morir lejos de su hogar, en situaciones imprevisibles. Debido a que la muerte no siempre se anuncia, ni se tiene tiempo suficiente de crear un sistema de apoyo bien fundamentado. Resulta importante garantizar que el trabajo hecho con el paciente en fase terminal le sea útil, esto puede ayudar a una buena muerte, es decir, a reducir la angustia frente a este acontecimiento.

El paciente terminal vive en la antesala de la muerte. Se presenta la crisis de saberse amenazado, y encima se dirige a la crisis de la propia muerte. Se crea espacio *entre dos crisis*. La primera es una muerte parcial, un pre - duelo de sí mismo y de la vida que habrá de dejar en breve, la segunda es el acontecimiento en sí, la muerte real. (Alizade, 1996, Cap. 12).

Construir la muerte quiere decir trabajar con el paciente, en sus múltiples espacios psíquicos, para lograr disminuir la angustia en la medida de lo posible. Para ello es necesario que se arme organizada o espontáneamente un marco de contención útil, un andamiaje en varios niveles que dé apoyo, sostenimiento y acompañamiento, además del alivio que se le puedan proporcionar los médicos a nivel físico, ya que el psicoterapeuta buscara darle al paciente alivio a nivel psíquico.

Si se llega a construir una red de vida así, que ayude a apoyar al enfermo terminal ante la muerte, también posibilitará que la persona *por morir* se encuentre mucho más tranquila ante este suceso. Porque el dolor se encuentra controlado y la agonía acompañada. Aunque finalmente al construir este pasaje entre vida y muerte, es un tiempo crucial entre dos crisis, la primera al pre - duelo y la segunda al camino hacia la muerte. No se trata únicamente del momento del último suspiro sino del tiempo más o menos largo, más o menos abrupto, en que la muerte se va anunciando, e imponiendo. No es sólo el mero hecho de dejar de existir, para precipitarse en el desenfase póstumo de la muerte. Sino también el que el doliente en ese momento se sienta sostenido y acompañado. Por eso ahora, hablaremos de la importancia del morir solo o acompañado.

II. 7. El morir solo o acompañado:

En el morir solo o acompañado, se pueden distinguir varios niveles de soledad, Alizade (1996) propone dos:

- Una negativa, en el cual el sujeto no está acompañado y no existe ningún soporte. Se presenta también el vacío de objetos internos portadores de afecto y confianza. Por lo que el sujeto se siente lleno de coraje y de rabia.
- Otra es positiva, ésta remite a la fortaleza yoica, a la capacidad sentirse protegido, de contenerse, de hacerse acompañar por los objetos internos protectores y tranquilizadores. Esta última soledad resulta ser muy importante.

Tanto para vivir como para morir, existen momentos trascendentes que únicamente se recorren desde la soledad. Esto quiere decir que, por más acompañado que el enfermo terminal esté a la hora de la muerte, hay un lugar donde nadie puede seguir al por morir, ya que es ahí donde éste tramita solo las últimas peripecias de su vida. Este lugar solitario no sólo debe ser comprendido sino también respetado.

Morir acompañado se juega, como decíamos en dos posiciones: la primera es el acompañado en la realidad por seres significativos, o también nos habla del sentirnos acompañados por seres internos, objetos que desde adentro procuran una presencia objetual que tranquilizan al moribundo y atenúan las ansiedades de muerte. En este morir acompañado por seres significativos, se destaca la importancia de la función del psicoterapeuta cuando se presenta una simbiosis del paciente hacia él en los tiempos de la muerte. En este momento el enfermo terminal deja de estar solo para sentirse íntimamente acompañado por la presencia psíquica del otro ser, que se pone a funcionar a su lado, para sostenerlo y acompañarlo. Esto da lugar a que la compañía brindada resulte útil, y positiva.

La segunda posición del morir acompañado tiene que ver con la presencia de las compañías inútiles, que no facilitan la calidad de la muerte, sino que desmerecen el valor trascendente del tiempo de morir. Esto es frecuente en la sala de terapia intensiva de los hospitales, donde los enfermos se encuentran soportados medica y farmacológicamente.

Mientras que psíquicamente se encuentran angustiados porque nadie los escucha, los familiares se encuentran al pendiente de las indicaciones que de el médico, pero no de la necesidad del paciente por tener intimidad, sentirse un ser integro capaz de tomar decisiones hasta el final. Porque el por morir, espera que se le ayude en esta elaboración del transito hacia la muerte; ya que como veremos más adelante el psicoterapeuta funcionara como una madre suficientemente buena

En efecto, mientras los vínculos que lo unen a los demás están a punto de deshacerse totalmente, aparece paradójicamente un movimiento que en ciertos aspectos requiere, de sus objetos de amor, pues estos le son indispensables en su último esfuerzo por vivir. Para entender todo aquello que antes no ha podido hacer en su vida, como si intentara introducirse completamente en el mundo antes de morir.

Quisiera terminar este capítulo retomando un pasaje de P. Aulagnier (1979), quién nos explica la importancia de este momento: "la muerte es en sí un momento mítico. Nadie sabe a ciencia cierta de antemano como se habrá de atravesar este último momento de la vida. En ocasiones el cuerpo entero somete al psiquismo a estados de confusión, de estupor, de dolor, desde que se recibe él diagnostico hasta el momento de morir, la despedida no se puede llevar acabo. En el otro caso, el psiquismo desobedece, al dolor, al estupor, al deterioro del cuerpo y el sujeto anticipa su fin y puede despedirse de sus seres queridos" (Alizade, 1996).

Esto es sin duda alguna, la parte medular del trabajo que debe realizar el psicoterapeuta, ayudarle al sujeto a atravesar este momento mítico de la muerte, a pesar del dolor y la confusión que sufre el cuerpo y el psiquismo. Al lograr que por algunos instantes el sujeto se sobreponga a esta situación se logra que trate de tener una trascendencia con los vivos. Esto puede llevar al moribundo a darle consejos y mensajes que piensa le serán útiles en la vida futura para cuando él ya no esté.

En este caso, se ha aceptado la muerte si se le puede decir así, ya que en este momento el sujeto que está muriendo lo hace con plena consciencia de lo que está sucediendo y con mucha menos angustia de la que siempre se presenta. Es por eso que el morir sostenido y acompañado psíquicamente resulta importante, para que él por morir pueda despedirse de sus seres queridos, dar indicaciones y también a pesar de su angustia y miedo, poder morir en paz.

Estos son algunos de los elementos teóricos, que utilizaremos durante el sostén - acompañamiento, porque son herramienta para entender lo que el paciente nos deposita durante el mismo. Ahora para poder completar el presente trabajo nuestro cuerpo teórico se genera a partir de las teorías del desarrollo infantil dentro del marco psicoanalítico, las cuales sirven como punto de partida para llevar acabo esta propuesta de tratamiento.

Capítulo III.

Sostén Acompañamiento

Mi madre me contó que yo lloré en su vientre,
A ella le dijeron: tendrá suerte.
Alguien me habló todos los días de mi vida
Al oído, despacio, lentamente.
Me dijo: ¡vive, vive, vive!
Era la muerte.

Jaime Sabines.

Desde el siglo pasado, las necesidades de los pacientes agonizantes y de sus familiares, han cambiado dramáticamente debido a que las causas, formas y lugares donde se muere, se han modificado. Anteriormente el agonizante se recluía en su hogar en donde estaba rodeado de sus seres queridos; mientras que actualmente, el proceso se da con frecuencia dentro de una institución hospitalaria bajo la asistencia del cuerpo médico.

Los profesionales de la salud como bien sabemos, se encuentran preparado para atender la enfermedad y combatirla, es un éxito cuando se logra curar a un paciente por medio de los distintos tratamientos como el farmacológico o el quirúrgico. Pero ¿qué pasa cuando los médicos no tienen recursos para luchar contra una enfermedad que es terminal?, esto en algunos casos puede ser vivido como un fracaso, ya que no se logra el objetivo que era eliminar al agente causal de la enfermedad. Tal parece que el médico no ha sido preparado para enfrentarse a este tipo de situaciones.

Es por eso que trabajamos la propuesta de sostén - acompañamiento: para proporcionar al que esta involucrado con los pacientes terminales, una manera de enfrentarse a esta situación de la muerte y que no se sientan tan desprotegidos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Desde el marco teórico del psicoanálisis, surgen algunos conceptos que resultan importantes para poder llevar a cabo este sostén - acompañamiento. Tales conceptos son tomados de autores como Bion (1956) quien habla del continente - contenido, Bowlby (1966) con la teoría del apego, Meltzer y Bick (1968) quienes hablan de la identificación adhesiva, y Winnicott (1958) que postula el sostenimiento o *holding*. Algunos de estos desarrollos teóricos son tomados de las teorías infantiles del desarrollo. La pertinencia de éstos lleva a hacer evidente la paradójica semejanza que se encuentra entre el inicio y el final de la vida.

Esta exportación de conceptos, se debe a que en el inicio de la vida el bebé se está constituyendo como sujeto psíquico, mediante los cuidados que la madre le proporciona. Esta constitución se presenta en forma continua y caracteriza la vida de un sujeto, hasta llegar a la madurez. Mientras que cuando alguien se enfrenta a la muerte, esta continuidad se pierde, la sensación de sentirse confiado, y seguro de sí mismo se desvanece, ya que la personalidad, al entrar en esta fase, sufre resquebrajaduras que antes no se habían presentado. De aquí que al inicio de la vida como al final siempre se necesite de alguien como la madre que les provea de sostén y de acompañamiento en estos procesos.

Con base en estas coincidencias es que a partir de estas teorías del desarrollo infantil, se desarrolla la conceptualización que sirve como marco de referencia a la presente investigación, enfocada al trabajo con los pacientes terminales o en fase terminal. A continuación empezaremos con la revisión de algunos de los conceptos de las teorías mencionadas.

III.1. Teoría del pensamiento (continente – contenido):

Uno de estos modelos es el de la *teoría de las funciones* (1956), en la cual Bion¹ presenta una serie de concepciones muy originales, que pueden ser aplicadas a situaciones analíticas de diversa índole, entre ellas, al caso de los pacientes en fase terminal.

Este autor, considera el *pensar*, como una función de la personalidad que surge de la interacción de una variedad de factores. Utiliza los términos *factor* y *función*, para definir las características de las funciones de la personalidad, sin un sentido estricto, como en la lógica simbólica. Esta característica da lugar a una función llamada *función - alfa*, que incluye procesos de pensamiento tal como se manifiestan en sus productos finales, como son los gestos, palabras, o formulaciones complejas.

¹ Wilfred Bion, fue un psicoanalista inglés que perteneció al grupo que se formó alrededor de Melanie Klein. Miembro destacado y creativo para enfocar problemas nuevos e inventar modelos y construcciones para dar solución a los hechos clínicos.

Esta "opera sobre las impresiones sensoriales y las experiencias emocionales percibidas, transformándolas en *elementos - alfa*. Estos, a diferencia de las impresiones percibidas, pueden ser utilizados en nuevos procesos de transformación, almacenados, reprimidos, etc." (Grinberg y otros, 1972, Pág. 56).

Los *elementos - alfa*, son aquellas impresiones sensoriales y experiencias emocionales transformadas en imágenes visuales, o imágenes que responden a modelos auditivos, u olfativos en el dominio de lo mental. Tanto las impresiones como las experiencias emocionales son utilizadas para la formación de pensamientos oníricos, el pensar inconsciente en la vigilia, sueños y recuerdos.

"Estos elementos son vistos como algo positivo, y nos ayudan a transformar o más bien a canalizar esas sensaciones en material para los pensamientos, sueños, recuerdos. Pero no todo lo que recibe el ser humano puede ser, si se puede expresar así metabolizado de esta manera, debido a que también podemos percibir cosas que nos angustian, que pueden causarnos una impresión sensorial o una experiencia emocional que nos rebase y por lo tanto no ser transformadas. A estos elementos se les denomina *elementos - beta*, que no resultan apropiados para pensar, soñar, recordar o ejercer funciones intelectuales, generalmente adscriptas al aparato psíquico. Estos elementos son vividos como *Cosas - en - sí - mismas* y son generalmente evacuadas (expulsadas del aparato psíquico) a través de la identificación proyectiva" (Grinberg y otros, 1972, Pág. 56 y 57).

Ahora bien, el conjunto formado por la proliferación de *elementos - alfa* se adhieren entre sí para marcar el contacto y la separación entre consciente e inconsciente, creando un pasaje selectivo entre ambos. Esto se llama *barrera de contacto*, la cual se encuentra en continuo proceso de formación, cumpliendo como decíamos, la función de separador entre los fenómenos mentales de los dos grupos.

Además, otorga al aparato psíquico la capacidad de estar dormido o despierto, de estar consciente o inconsciente y de tener noción del pasado y del presente. Esta barrera también puede ser vista como un protector para el acto de soñar en el dormir, evitando que estos estímulos endopsíquicos sean interferidos por la visión realista. Y viceversa en el caso de que protege el contacto con la realidad evitando que sea distorsionada por las emociones internas.

Esta estructura que ayuda a la separación de lo consciente e inconsciente, tiene su contraparte que se llama *pantalla de elementos - beta*, que es utilizada para explicar los estados en los que no existe diferenciación entre estar despierto o dormido, en estados de confusión de eventos, pérdida de la realidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Esta pantalla se encuentra conformada por *elementos - beta*, considerados como *Cosas en sí mismas (representación cosa)*, ellas no tienen la capacidad de establecer vínculos entre sí, por lo que esta pantalla es producto de la aglutinación de estos elementos, al contrario de la integración que presenta la barrera.

Es entonces la *pantalla de elementos - beta*, la base de un vínculo psicótico con la realidad, mientras que la *barrera de contacto* es lo que consideramos una relación normal con la realidad y el mundo interno - externo. Si se da la destrucción de la *barrera de contacto*, en cuyo caso los *elementos - alfa* quedan despojados de sus características y pasan a ser *elementos - beta* a los que se les agregan algunas partículas del *yo* y del *superyó*, se configuran elementos bizarros.

Esta teoría, como vemos, incluye la hipótesis de los *factores*, por medio de los cuales se explica cómo se producen estos procesos que son aplicados al estudio y a la comprensión de los trastornos del pensamiento. Por lo tanto, estos elementos van a ser parte de la *función*.

En el caso de los pacientes terminales nos resulta útil esta teoría del pensamiento porque cuando se recibe la noticia de que se padece una enfermedad terminal, esta *barrera de contacto* de la que hablamos más arriba se rompe, convirtiendo los elementos alfa en elementos beta, que llevan a la persona a llenarse de angustia, a dejar de percibir o bien a negar elementos de la realidad. Esto porque el impacto de la noticia suele no ser fácilmente metabolizado, ya que la idea de la muerte de la nada rebasa nuestra capacidad de pensamiento.

Por esto, la persona se desestructura, si se puede decir así, más no pierde todo el contacto con la realidad, como en el caso de los psicóticos. Su aparato psíquico se resquebraja, mas no se rompe. Niega su muerte, porque finalmente nadie quiere morir pero no por eso dejan de tener contacto en otras áreas, con sus seres queridos, con su trabajo, con las cosas que disfruta.

La teoría del pensamiento propuesta por Bion comienza planteando la existencia de pensamientos y de un *aparato para pensar*. La actividad del pensar fue, en el origen, un procedimiento destinado a librar al psiquismo del exceso de estímulos que lo abrumaban. En esta *conceptualización*, los pensamientos son considerados como genética y epistemológicamente previos a la capacidad para pensar.

En las etapas más tempranas del desarrollo, los pensamientos son sólo impresiones sensoriales y experiencias emocionales muy primitivas llamadas *protopensamientos* que se relacionan con la experiencia concreta de una *cosa - en- sí - misma*. El término *pensamiento* como se mencionó antes incluye los *pensamientos*, las *preconcepciones*, las *concepciones*, los pensamientos propiamente dichos y los *conceptos*.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para entender cómo se forman estas categorías, tomaremos como modelo la relación existente entre la madre y el bebé. Para el bebé, incorporar leche, calor y amor equivale a incorporar el pecho bueno. El bebé se supone que tiene una *preconcepción* limitada del pecho, no tiene consciencia de la necesidad del pecho bueno. Pero cuando es presionado por su hambre experimenta una necesidad no satisfecha, es decir, un pecho malo, del cual intenta deshacerse.

Debido a esto, podemos entender que todos los objetos que cuando se necesitan son objetos malos, porque son necesarios, y no se tienen por eso se consideran malos. De esta frustración es de la que surgen los primeros pensamientos es por eso que estos objetos malos, son importantes para el desarrollo de los pensamientos. Si los poseyéramos, no habría carencia.

Por lo tanto, *los pensamientos primitivos o protopensamientos* son objetos malos de los que el bebé necesita liberarse. Por eso la experiencia real con el pecho presente provee al bebé de una oportunidad para deshacerse de este pecho malo, porque la madre no solamente da el alimento, sino que sirve de continente para los sentimientos displacenteros (pecho malo) del bebé. La eliminación del pecho malo dentro de la madre constituye la evacuación de *elementos - beta* a través, de la *identificación - proyectiva*.

Puede decirse, entonces que una *preconcepción* es la expectativa innata del pecho, que se ha apaciguado con la realización de la experiencia real con el pecho, y de esta combinación nace la *concepción*. Cuando se cumplieron las expectativas, se da una realización positiva.

Mientras que cuando la *preconcepción* no se encuentra con el pecho real, situación que Bion denomina realización negativa, equivale a la combinación de una *preconcepción* con una *frustración*, pero también puede dar lugar a la aparición del *pensamiento propiamente dicho*, a pesar de ser una experiencia negativa. En relación con esto último, es necesario decir que el autor considera la *tolerancia a la frustración* como un factor innato de la personalidad del bebé y, por lo tanto, de gran importancia en el *proceso de formación de pensamientos y de la capacidad de pensar*. Ya que frente a la frustración, la personalidad tiene varias opciones.

Si la intolerancia a la frustración es grande, la personalidad tiende a *evadirla* a través de la *evacuación de elementos - beta ó cosas - en - sí - mismas*, mientras que una adecuada *tolerancia a la frustración* pone en marcha mecanismos tendientes a modificarla que, en el caso del bebé, resultan en la producción de *elementos - alfa* y *pensamientos* que representan a la *cosa*.

Entonces, la capacidad de formar pensamientos dependerá de la capacidad del niño para tolerar la frustración. Si esta capacidad es suficientemente buena, el no pecho deviene un *pensamiento* y se desarrolla un *aparato para pensar*.

En cambio, si su intolerancia a la frustración hace que tienda a evacuarla en lugar de modificarla y lo que debería ser un pensamiento queda como un objeto malo, indistinguible de una *cosa - en - sí - misma, adecuado sólo para ser evacuado*.

Es importante, saber que el término *pensar* de Bion está designando dos procesos que, en realidad, son diferentes:

- El primero es un pensar que da origen a los pensamientos, cuando se da la frustración.
- El otro pensar que consiste en usar los pensamientos epistemológicamente preexistentes. Para que el funcionamiento de este último tipo de pensar se dé, es necesaria la diferenciación dentro del psiquismo de un aparato especial para *pensar los pensamientos*.

Existen dos mecanismos principales que participan en la formación de dicho aparato: el primero es representado por la relación dinámica entre algo que proyecta sobre la madre para el bebé o sobre el psicoterapeuta para el caso de los pacientes terminales como un *contenido y el continente*. El segundo es representado por la relación dinámica entre las posiciones *esquizo - paranoide y depresiva*.

Con la intervención de estos mecanismos, se va formando en la mente del bebé el *aparato para pensar los pensamientos*, porque el bebé introyecta las buenas y repetidas experiencias de su relación con la madre. Esto es, que en la mente del bebé ha quedado internalizada una *pareja feliz* que es constituida por una madre *continente* receptiva y metabolizadora, a través de su *función - alfa*, de los sentimientos proyectados por el niño, y este último, es *contenido* en sus distintas emociones ubicadas por identificación proyectiva dentro de su madre.

En el caso de los pacientes terminales, ellos poseen un aparato para pensar, el cual es dañado por el impacto de saberse con una enfermedad terminal, entonces el psicoterapeuta fungirá como una pantalla donde el pueda proyectar sus sentimientos hostiles. Los cuales serán metabolizados por el psicoterapeuta para que posteriormente se le regresen al paciente en forma de *cosas buenas* como palabras, gestos, y miradas, las cuales el introyectará, formando esta pareja, donde el psicoterapeuta es receptivo y contenedor de las angustias del paciente terminal.

De los destinos posibles de estos contenidos pueden ser, en el mejor de los casos ser evacuados en un pecho externo real. Si en ese momento la madre está para alimentar al lactante y percibe que dentro de ella está necesidad del bebé. Ella funciona como un *continente* efectivo de las sensaciones del lactante, ya que con su madurez logra transformar exitosamente el hambre en satisfacción, el dolor en placer, la soledad en compañía, el miedo a estar muriendo en tranquilidad, como en el caso del paciente terminal. Esta capacidad de la madre de estar cubierta a las proyecciones - necesidades del bebé y ser receptiva ante éstas, se le denomina capacidad de *reverie- (ensoñación)*.

El bebé necesita de esta función de la mente de la madre para poder enfrentar las ansiedades intensas que tiene, éstas se conectan con el sadismo y la pulsión de muerte. Por eso el niño expulsa, las emociones y fantasías que no puede soportar, que lo hacen sentir en peligro de aniquilación y desintegración. El bebé tiene necesidades tanto corporales como psicológicas. Una de éstas es la de contar con un objeto externo en el cual pueda volcar sus ansiedades.

Cuando la angustia es muy intensa, en especial por las fantasías persecutorias, el niño debe poder descargarlas en su madre, o bien en el caso de los pacientes terminales estos descargarán sus angustias en el psicoterapeuta. Que debe tener ciertas capacidades emocionales para absorberlas, metabolizarlas y regresarlas de manera menos angustiante, y por lo tanto más asimilables para ellos. Muchas veces esta función de metabolización y contención se lleva a cabo con una mirada como en el caso de Julieta².

Por eso la madre o el psicoterapeuta son vistos como alguien que calma cuando el paciente se encuentra intranquilo. Muchas veces puede hacer uso o no de las palabras, lo importante es como recibe la angustia y la amortigua. En la vida adulta, en algunas ocasiones buscamos a alguien capaz de escuchar y tranquilizar nuestras preocupaciones, como en el caso de los pacientes terminales.

En cambio cuando la madre se angustia mucho, no es capaz de funcionar como continente, por lo que le devuelve la angustia al niño y este puede caer en el estado que Bion, llama "*Terror sin nombre*", estado en el cual se paralizan las funciones mentales. Esto lo observamos en los pacientes cuando se les da el diagnóstico de la enfermedad, sin que se les dé ninguna explicación, ya sea por exceso de carga laboral del servicio, o por mal manejo, llevando a que caigan en este estado de terror sin nombre.

² Los nombres de los sujetos que son mencionados a lo largo de este capítulo y los subsecuentes, pertenecen al estudio de esta investigación. Posteriormente en los capítulos cinco y seis serán analizados con más detenimiento.

Para poder pensar o tolerar cualquier emoción de cierta intensidad y para que involucre un sufrimiento psicológico, es necesario que la madre haya realizado bien su función continente; por identificación con esa capacidad materna se adquiere la "*pantalla interna*" que permite el proceso secundario, el juicio de realidad y la demora en la descarga de impulsos.

Cuando alguien no tiene esa capacidad continente interna, adquirida en el vínculo con su madre, en cualquier situación de tensión elimina proyectivamente el aspecto ansiógeno sobre un objeto externo. (Bleichmar, 1989, Pág. 299 - 305).

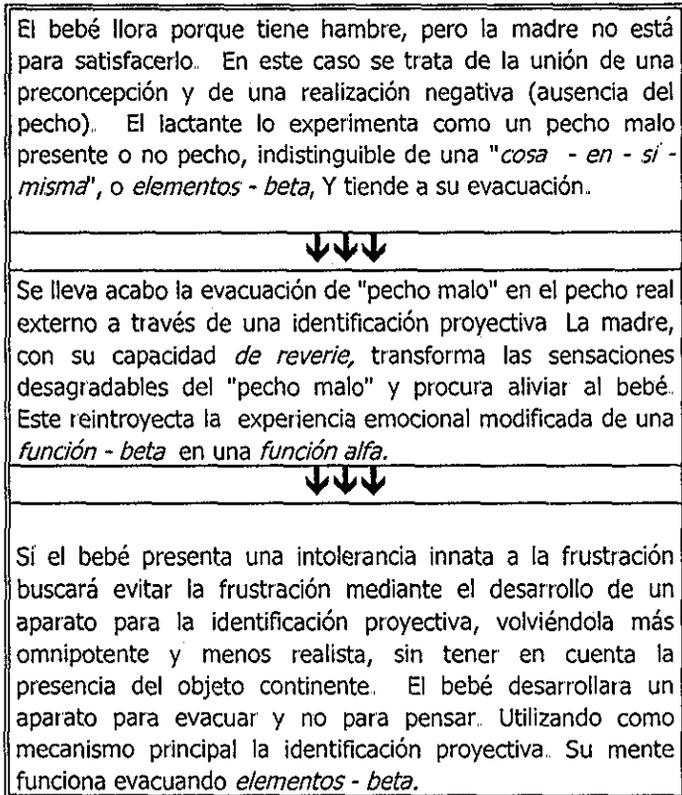
El segundo mecanismo es la interacción dinámica de las *posiciones esquizo - paranoide y depresiva*, que Klein describió. Ella nos define la primera posición como la situación del bebé expuesto al impacto provocado por la realidad externa y la ansiedad provocado por su instinto de muerte.

Los mecanismos de defensa que se utilizan en la *posición esquizo - paranoide* son todos primitivos: disociación, negación, omnipotencia, idealización e identificación proyectiva para defenderse. El resultado de la disociación es que los objetos se convierten en idealizados o perseguidores. Los pacientes terminales suelen primero negar su enfermedad, disociarse evitando acordarse que la poseen, no llevando a cabo los cuidados adecuados hacia su persona, como ingerir el medicamento a las horas indicada. Puede suceder que estos mecanismos, en casos extremos, lleven a situaciones de dispersión y fragmentación del yo y de los objetos llamado *splitting*.

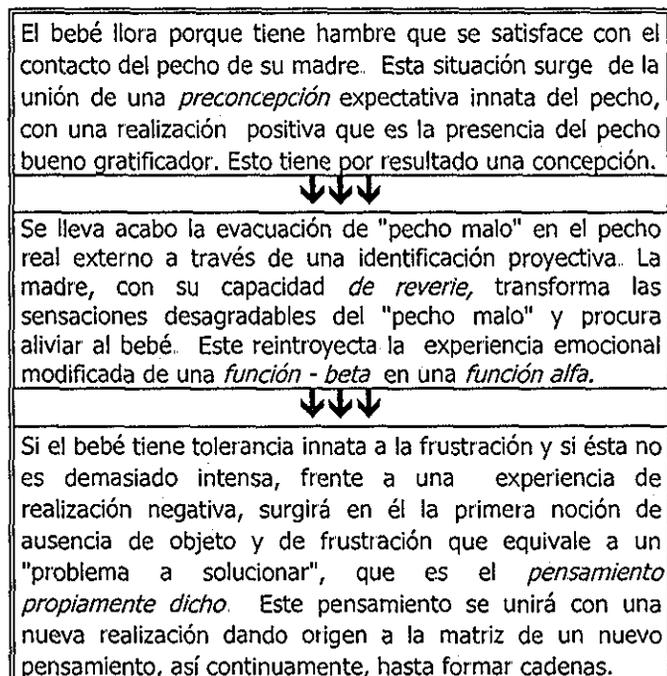
Mientras que la *posición depresiva* constituye el proceso de integración de la disociación anteriormente descrita, con la aparición de sentimientos de ambivalencia. Por lo que en esta etapa existe una aceptación de la enfermedad llevando a cabo los cuidados e indicación que el médico les indica a los pacientes, asistiendo regularmente a sus citas, a los estudios que se les realizan. Obviamente que ninguna de estas posiciones esta desvinculada la una de la otra, puede haber momentos de integración depresiva aun durante la etapa *esquizo - paranoide*.

Para que se logre la posición depresiva, Bion nos habla de una herramienta muy útil que el denomina *hecho seleccionado*. que es una emoción o una idea que da coherencia a lo disperso e introduce un orden en el desorden y es el nombre de una experiencia emocional, de un sentimiento de descubrimiento, de coherencia, y puede traducirse en la denominación de un elemento que es utilizado para particularizarlo. La interpretación que se utiliza en el psicoanálisis ortodoxo puede ser un hecho seleccionado, lo mismo que una escucha que permita ayudar al paciente terminal a ordenar sus ideas.

Para tratar de hacer un poco más sencillo y comprender mejor este modelo de Bion quisiera presentar un cuadro sinóptico, en el cual resumiré las experiencias que conducen a la formación de la capacidad de pensar los pensamientos permitiéndome integrar lo antes mencionado, según lo comprendo, en un sentido negativo:



En cambio, cuando este proceso para crear un aparato de pensamiento tiene una conducta positiva por parte de la madre, entonces asume que pasará lo siguiente:



En los dos cuadros anteriores queda esquematizada la manera en que esta teoría del pensamiento de Bion, junto con sus *funciones alfa y beta*, así como el *mecanismo* que involucran al *continente - contenido y las posiciones esquizo - paranoide y depresiva*, de Klein, nos ayudan a tener un modelo de trabajo que nos proporciona uno de los modos de entendimiento de lo que le sucede al paciente terminal.

En el caso de los pacientes terminales, es de fundamental importancia este modelo que Bion nos presenta debido a que como se ha mencionado, el psicoterapeuta tiene que tratar de ayudar al paciente a evitar que se evacuen los sentimientos, sin que se les pueda nombrar. Es decir, por un lado se tiene que contener estos sentimientos negativos o *elementos - beta*, para amortiguar sus angustias ante la muerte, calmar en la medida de lo posible, para no devolverle un terror sin nombre que el paciente no es capaz de metabolizar y que sólo lo angustia más.

Por el otro, se le devuelve al paciente en fase terminal sentimientos positivos, para rescatarlo de su angustia haciéndole ver las cosas buenas, ayudándole a despedirse de sus familiares; es decir, crear *elementos alfa*, que le ayuden a pensar y si es posible reconstruir la barrera de contacto que se ha ido perdiendo por lo sucedido, mediante el continente - contenido. Estos conceptos expresan de manera clara lo que el terapeuta debe hacer para ser continente de las ansiedades del paciente.

Con base en la explicación que proporciona Bion con respecto a la relación madre e hijo, en donde hay desde el inicio de la vida un vínculo emocional profundo, en el que la madre va ayudándole al niño a estructurar su aparato psíquico o aparato de pensamiento como él le llama. Se concluye que al final de la vida, con los pacientes terminales, de lo que se trata es de evitar la desintegración de estas funciones de pensamiento mediante la contención y la devolución de elementos positivos, que le ayuden a vivir sus últimos días de la mejor manera posible, teniendo plena consciencia de sus actos, si esto es posible.

La importancia de este concepto en el ámbito individual reside en que el psicoterapeuta debe poder contener las ansiedades que presenta el enfermo, con respecto a su padecimiento, el miedo a la muerte, el futuro de sus familiares. El doliente tiene muchas cosas por las cuales angustiarse, por lo que se le debe de tratar de disminuir su angustia en la medida de lo posible. Esta contención fue necesaria en todos los casos que mencionamos en el presente trabajo, pero donde lo podemos ilustrar más claramente es en el caso de Patricia.

El doliente está preocupado por las condiciones legales, económicas y emocionales en que va a dejar a su familia; si está gastando mucho dinero en su enfermedad; o bien, también habla de cómo ve que sus familiares se encuentran tristes y no aceptan la idea de que él vaya a morir por lo que estos momentos son sumamente difíciles para ambas partes.

Es por eso que nos resulta sumamente útil este modelo de la teoría del pensamiento de Bion, para poder estructurar, en la medida de lo posible al paciente. Pero con frecuencia durante esas sesiones o encuentros con los pacientes suceden algunos otros eventos que requieren, para su comprensión y atención de otras herramientas conceptuales como la teoría del Apego, y que revisaremos a continuación.

III.2. Teoría del Apego:

La teoría del apego, propone que *"la madre puede ser sustituida otra persona que se haga cargo del niño, este papel puede ser asumido por una tía, una hermana o hermano mayor, el padre, o por alguna persona ajena al bebé siempre y cuando esta persona se comprometa a brindar afecto y apoyo al niño"* (Bowlby, 1966, 54). Porque que el niño necesita ser protegido de una infinidad de peligros para poder constituirse posteriormente en un adulto.

Para Bowlby, el apego o *attachment*, debe ser una relación cálida y continua con una madre o madre sustituta amorosa. Este vínculo, formado en la infancia, será el antecedente sobre el cual habría de constituirse cualquier otra relación posterior. Porque el apego, como forma de conducta, tiene por resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo quien en un inicio es la madre, y posteriormente son los amigos, la pareja y al final de la vida en este trabajo se sugiere que sea el psicoterapeuta que brinda esa protección psicológica contra los peligros, aunque de ningún modo puede evitar la muerte.

La conducta de apego también cumple con una función biológica, en donde los lazos emocionales internos entre los individuos, están controlados por el Sistema Nervioso Central, que protege y asegura los comportamientos que suscitan mantengan la proximidad entre dos personas en la cual uno funge como un individuo más capaz de enfrentarse al mundo y del otro lado está el que se encuentra más desprotegido y que necesita que le enseñen a enfrentarse al mundo, es decir, la sobrevivencia.

Esto no nada más consiste en la alimentación, cuidados corporales, sino también es la *atención efectiva y sfectiva* que proporciona la madre o el sustituto al niño, promoviendo esta *relación de apego*; ya que el bebé al *recibir señales y contactos* permanentes aprende a diferenciar a unas personas de otras, y comienza a exteriorizar lo que siente mediante miradas, balbuceos, sonrisas, que le dan la posibilidad de una interacción constante, permitiendo su sano desarrollo. Al final de la vida muchas veces estos contactos se manifiestan en tutear a la paciente, o darle un abrazo como en el caso Patricia, o bien acompañar en silencio como en el caso de Alejandro, porque se establece una comunicación basada en los contactos visuales o con la atención efectiva aunque sea en silencio.

Es importante subrayar que el apego es un lazo duradero que el individuo establece para mantener el contacto con la madre o cualquier sustituto de ésta y que manifiesta en conductas que promueven ese contacto, (Bowlby, 1966, Pág. 140) como son el llanto, la comunicación gutural o a través de gesticulaciones como son la sonrisa.

Estas conductas le sirven al niño como medios para demandar la atención del adulto, y más adelante se dará la aparición de conductas más activas como son la locomoción o el trepar, que le dan la posibilidad de establecer el contacto con la madre o la persona que lo cuide, experimentando emociones básicas como son alegría, miedo, tristeza, ira, tristeza, desagrado, e interés. Estas emociones, a su vez, sirven como señales de comunicación, ya que permiten conocer y detectar los estados de ánimo del infante; y así procurar el mayor número de experiencias que le den satisfacción.

Mientras que en el paciente terminal, este sistema de señales que ha aprendido, le puede ir siendo transmitido al psicoterapeuta mediante el lenguaje a través del cual expresará sus sentimientos hacia el momento tan difícil que enfrenta, para que se le ayude a tranquilizarse. Por lo tanto, el psicoterapeuta funge como la madre que le presta atención al bebé, estableciendo un contacto que le da la posibilidad de comunicarse, permitiendo crear un estado de tranquilidad.

Resulta interesante revisar cuáles son las fases del apego, sobre las cuales se van a establecer este contacto madre e hijo, porque esta manera de establecer contacto es lo que nos permite a nosotros psicoterapeutas acercarnos al paciente, por esta razón hablaremos de estas fases.

Se dice que en un inicio el niño empieza a atender a las personas, pero sin diferenciarlas a unas de otras, para que se establezca este conocimiento el bebé deberá de pasar varias fases hasta llegar al reconocimiento de la cara de la persona que lo atiende. Este conocimiento, empieza después del tercer mes de vida, es entonces cuando el bebé produce respuestas diferenciadas hacia las personas, debido al aumento de su interacción con los individuos lo rodean.

Posteriormente ya que el bebé logra diferenciar a las personas, entonces se presenta la etapa de la proximidad que se logra mediante el contacto con la madre, en donde si la relación funciona bien, resulta una sensación de seguridad, tranquilidad y alegría en el niño, pero si resulta amenazada esta relación surgen los celos, la ansiedad y la ira, produciéndose una sensación de dolor y depresión en el bebé. Es por eso, que cuando se les propone el sostén - acompañamiento a los pacientes terminales, ellos sienten una proximidad que les da seguridad y tranquilidad, porque hay alguien que los acompaña.

Las relaciones entre el niño y la madre son de gran complejidad, las circunstancias que rodean la relación condicionan los sentimientos que surgen entre ambos. Propiciando situaciones de diversa índole, en donde puede haber tanto cosas agradables, como conflicto dentro de esta relación, dando como secuencia conductas inadecuadas, debido a una serie de emociones que la madre externa, de acuerdo, con sus propias experiencias, y que repercuten en el bebé.

Otros factores que pueden influir para que se presente una mala relación pueden ser el rechazo del bebé, que no fue deseado, cuando el parto fue complicado, o cuando el bebé ha presentado alguna malformación, o si requiere ser hospitalizado.

Otra de las fases más importantes es cuando el bebé logra ya conceptualizar que su madre es un ser independiente de él. Por lo que se establece una nueva relación que le permite identificarla como un objeto independiente, el cual tiene sus propios deseos y necesidades, aumentando la interacción con ella y la seguridad de poder contar con ésta en un momento determinado.

En el caso de los pacientes terminales, estas son las causas por las cuales ven al psicoterapeuta, como una madre, que en el inicio de la vida protegió y que ahora al final también protege. Debido a esto se hace necesario que el paciente en fase terminal desarrollen sus propias experiencias o retomen las experiencias que se vivieron, que al compartirlas con el psicoterapeuta, sirven para que se les pueda apoyar entendiendo sus motivaciones, deseos y sentimientos, y el tipo de convivencia que mantiene con su entorno social.

Cuando el infante es capaz de conceptualizar su propio modelo del mundo, las relaciones que él pueda establecer con los otros, llegan a ser de suma importancia. Ya que, así el niño aprende a saber qué personas están o no disponibles cuando él las necesite. Durante los primeros años de vida forman los apegos con otras personas, siendo los miembros de la familia los primeros en interactuar con él. Transmitiéndole, sus costumbres y valores; además de ser una influencia en las relaciones posteriores que establezca con los otros, porque de esto se echará mano cuando trabajemos con el paciente terminal.

Si, a lo largo de su vida, el individuo forma relaciones duraderas y que le fueron positivas esto creará en él una mayor independencia, seguridad, tranquilidad para despedirse de los familiares al final de la vida, como en el caso de Lourdes. Sí se diera el caso contrario, ya que se presentan dificultades incluso para poderse formar nuevos apegos, tendiendo a ser menos activo, más dependiente, menos sociable, teniendo mala relación con su entorno, presentando conductas de agresividad, disgusto, se dificultaría la interacción con la persona.

Como ya vemos, en el inicio de la vida es importante la formación del apego, ya que el individuo mediante la relación con su madre, empieza a establecer patrones de conducta encaminados a la socialización con otros miembros. Pero también en este proceso, el individuo tendrá que aprender a separarse de cosas que él considera importantes, presentándose la *fase de separación*.

En la vida del niño, la separación con su madre resulta necesaria para que empiece a explorar por él mismo el mundo que le rodea y en el cual vive; por lo que la madre deberá propiciar el momento de la separación, para que ésta pueda realizarse en el momento preciso y de la manera más adecuada.

Por esto, la teoría del apego admite que los acontecimientos que suceden los primeros años son importantes pero no irreversibles, ya que la influencia de una situación puede ser compensada posteriormente. De acuerdo con esto último que mencionamos, cuando más pronto, se corrija una situación desafortunada en el niño como una experiencia traumática o una mala relación, más rápidamente se pueden evitar graves consecuencias.

Para fines didácticos y para entender mejor de lo que hablamos tomaremos de Deval (1994), la división que establece de la teoría del apego, de la que Bolwby habla se pueden establecer tres etapas que son:

1. *Etapas de apego y protección materna:* La madre o su sustituto dan una atención total al bebé, satisfaciendo sus necesidades nutritivas, de contacto e higiene, pero principalmente de afecto; que le provee al de la protección necesaria para poder impedir o anular los posibles peligros a los que está expuesto.

2. *Etapas de transición o ambivalencia:* La madre continúa atenta, pero empieza a permitirle al niño la exploración de su medio exposición a situaciones negativas que tienen como función el inicio de la independencia. Además, constituye una fase que facilita la interacción del individuo con su medio físico y social. Sin embargo, todavía permanece en proximidad con la madre.

3. *Etapas de separación materna:* La madre empieza a manifestar conductas que propician la separación paulatina del niño, pero con la finalidad de que el niño llegue a obtener su individuación, haciéndose necesaria la búsqueda de la compañía e interacción con otros individuos, de manera que éstas nuevas experiencias se transformen en una necesidad vital para él. Para los enfermos en fase terminal esto facilita otros encuentros y muchas veces su despedida.

Las formas de crianza van muy ligadas a la cultura a la cual pertenecen la madre y el bebé ya que cada sociedad marca pautas de educación distinta, además de la historia de cada madre por lo tanto, la evolución del niño a través de todos estos procesos da como resultado la conceptualización del apego y la separación, los cuales puede darse como una relación segura o insegura, de la cual cada persona tiene sus propias experiencias, que lo marcarán para el resto de su vida.

El apego seguro, se refiere a la seguridad y confianza que la madre le enseña al bebé, y las cuales va a introyectar produciendo un autoconfianza para la exploración de su entorno, el desarrollo de la curiosidad, la capacidad de solucionar problemas, el y las relaciones con los otros compañeros, en donde se puede ser más tolerante los demás e incluso comprender mejor las actitudes de otros, lo que le permite relacionarse de mejor manera.

Esto se puede observar en el paciente en fase terminal ya que cuando ha vivido un apego seguro, le es más fácil dar ciertas órdenes o prescripciones para cuando haya muerto; puede comunicar a sus familiares sus deseos e incluso hace un testamento para disponer de sus bienes, como en el caso de Lourdes que mencionaremos más adelante.

En cambio *el apego inseguro*, crea en el niño la presencia de conductas ambivalentes con respecto a las cosas que lo rodean o se encuentran junto a él, creando reacciones hostiles que lo llevan a la desesperación y al rechazo de los otros, debido a sus conductas antisociales.

Mientras que el apego inseguro produce en el doliente una negación de los hechos, una agresión hacia las personas o seres queridos que desean acércasele en este momento o bien se crea una situación de mutismo en los pacientes en el cual el sostén acompañamiento se da solo con la presencia y en silencio, como lo veremos en el caso de Alejandro.

Pero también puede haber casos en donde el psicoterapeuta con el paciente construyan estos espacios juntos, a través de todo un proceso. Es por eso que se retomó la teoría del apego para que en la medida de lo posible, durante el sostén - acompañamiento el psicoterapeuta aprenda como ir construyendo este apego seguro para que el doliente pueda separarse de la manera más tranquila y menos angustiante, para él y su familia.

A continuación hablaremos de otro concepto que también nos va ayudar a construir el sostén - acompañamiento, y el cual también necesitamos entender para poder comprender mejor lo que sucede en éste.

III.3. Identificación adhesiva:

Donald Meltzer (1984), sobre la base del concepto de Esther Bick (1968), estudió la fenomenología clínica de algunos pacientes como en el caso de los autistas. Posteriormente Meltzer como sus colaboradores continuaron estudiando, con la metodología del tratamiento psicoanalítico. No pudieron afirmar resultados pero sí un conjunto de hipótesis y algunas perspectivas de trabajo, las cuales creemos que puede ser útil reflexionar, para nuestra propuesta de tratamiento.

Para que se de este proceso el proceso normal de crecimiento, es necesario hablar un poco del concepto de identificación narcisista³, Solamente en "Duelo y melancolía" (1917), se le da status completo. Para entonces, el fenómeno narcisista, ya era plenamente conocido. " Freud fue capaz de reconocer que el período inicial se marca con un tipo de identificación muy diferente de la que surgía como "heredero" del complejo de Edipo. Y se inclinaba pensar que esta forma primitiva de identificación era previa a la elección de objeto o, en cierto sentido, idéntica a ésta. Los mecanismos mentales de los procesos de identificación permanecen, sin ser descritos, sin embargo, a pesar de la delimitación de la introyección por Ferenczi, hasta el trabajo de en 1946 sobre los mecanismos esquizoides, entre los cuales Bick menciona por primera vez la fantasía subyacente a la identificación proyectiva" (Meltzer, 1984, pág. 201).

El trabajo de sus continuadores consistió en investigar la fenomenología de la identificación proyectiva. La variedad de fenómenos que surgieron con la ayuda del nuevo instrumento conceptual tuvo un gran impacto en la técnica, y la clínica psicoanalítica específicamente en relación con la transferencia psicótica e hizo factible su modificación mediante la interpretación.

Generalmente, se habló del mecanismo de *identificación proyectiva* que es el mecanismo de la identificación narcisista y es la base de patologías como la hipocondría, los estados confusionales, la claustrofobia, la paranoia, la depresión psicótica y algunas perturbaciones psicosomáticas. Por lo tanto la *identificación proyectiva* tiene que ceder su posición exclusiva, cuando se descubren nuevos mecanismos de defensa. Al describir, Esther Bick el segundo mecanismo de la *identificación narcisista*, dice que utiliza la *identificación adhesiva*, como una forma de relación con el exterior además de ser una visión del mundo de manera *bidimensional*, es decir, un mundo donde no hay una separación entre el objeto y el sujeto, donde solo hay cosas concretas, y donde no existe la fantasía.

³ Freud, habla sobre él en Dora (1905), se hace, más notable en las notas del Hombre de las Ratat (1909) y también en El análisis de Leonardo (1910), Schreber (1911) y en el hombre de los Lobos (1918).

Mientras que el mecanismo de la *identificación narcisista* se le relaciona con una visión del mundo *tridimensional*, es decir, un mundo donde existen una separación entre sujeto y objeto, donde hay fantasía, pensamiento u operaciones mentales. Y en la *identificación introyectiva* debería ser considerada como el instrumento que eleva la vida mental fuera de la esfera del narcisismo en específica conexión con la *tetradimensionalidad*, en la cual se incluyen el tiempo.

Sabiendo esto entonces podemos hablar de que la *identificación adhesiva* se da por carecer de un espacio interno de donde poder establecer sus identificaciones, necesitan mantener contacto con personas de las que no pueden separarse. A este fenómeno es el resultado de un fracaso en la función continente de la madre, desde el punto de vista de Bion.

Digamos que teniendo en cuenta esta definición, la podremos aplicar a los pacientes terminales, los cuales dado el impacto que tiene al recibir la noticia de una enfermedad terminal, el espacio interno donde habían establecido sus identificaciones previamente se aniquila, por lo que buscan adherirse ó más bien "pegarse" al terapeuta, para disminuir su angustia. Lo cual, resulta a veces peligroso para el terapeuta.

Otras de las características, que enuncian Meltzer se pueden observar en los niños que estudio los cuales presentan una variedad de fenómenos clínicos que mencionaremos y explicaremos a continuación:

La dependencia: Se presenta de manera distinta en la *identificación proyectiva*, aquí da lugar a una desilusión de independencia debido a la pérdida de la diferenciación entre las capacidades adultas e infantiles. En cambio en la *identificación adhesiva* parece producir un tipo de dependencia adhesiva en la cual no se reconoce la existencia separada del objeto.

El control tiránico no es una descripción muy adecuada puesto que no se concibe la necesidad de coerción. Se dan más bien por sentados los servicios de las figuras parentales, de la misma manera que damos por sentada la obediencia de nuestra mano a nuestras intenciones. En el paciente terminal, se ve cuando depende del psicoterapeuta para poder pensar, ya que sin él siente que no piensa en las cosas, o que no hay quien lo escuche, en ejemplo de esto lo vemos en el caso Patricia, cuando ella sentía que dependía del psicoterapeuta para pensar, en las cosas que debía arreglar y las instrucciones que debía dar a sus familiares antes de morir.

Separación - colapso. Cuando el niño en *identificación proyectiva* experimenta el rechazo de su tiranía como una amenaza a su omnipotencia y duplica sus esfuerzos para no sentirlo, un rechazo similar se da en el caso de la *identificación adhesiva* produciendo colapso, como si el niño se sintiera arrancado y arrojado por el objeto.

Por lo tanto, para el niño *identificado adhesivamente* la negativa por parte del objeto a ser controlado y su desaparición son prácticamente indiferenciables, mientras que el niño en *identificación proyectiva* puede evitar totalmente la experiencia de separación al volver a invadir su objeto interno en ausencia del objeto externo.

La comparación entre los dos parece bastante paradójica, ya que el niño *identificado adhesivamente*, en virtud de una mímica pegajosa y relativamente suave, no aparece tan tiránico ni, en consecuencia, tan obviamente necesitado. La agudeza del colapso es aún más sorprendente si no se lo previene sobre la inminente separación, para que el niño pueda reaccionar con ansiedad. En el caso de los enfermos terminales, este colapso debido a la separación se trata de aliviar en la medida de lo posible hablando de cómo se va a despedir de sus familiares, las indicaciones que va a dejar en un testamento, incluso el consejo que les puede dar acerca de la vida. Otra forma en que lo pudimos ver fue ejemplificado con Patricia cuando al final de tratamiento, en la última sesión ella le dice al psicoterapeuta: "No me dejes aquí, eso significa que estoy más cerca de la muerte".

Vacío en la cabeza (empty - headedness). Esta es otra de las manifestaciones más características de la *identificación proyectiva*, es decir, la delusión de conocimiento ó de claridad de *insight*, parece estar ausente en el caso de la *identificación adhesiva*. Lo contrario puede ser el caso: así como ese sentido de conocimiento delusorio a menudo conduce a sobrestimar la inteligencia de un niño pseudomaduro, del mismo modo se puede fácilmente no estimar suficientemente la del niño con *identificación adhesiva*. Los procesos de identificación se dirigen hacia la mímica de la apariencia y de la conducta superficial del objeto que de sus estados o atributos mentales. Por lo que de modo frecuente parecen ser un poco cabezas huecas, pudiendo observar esto en atletas, artistas, bailarines, actores y modelos. Mientras que en el supuesto de los pacientes terminales se ejemplifica en el caso de Patricia, cuando ella cree que contrajo VIH/SIDA, por que su marido iba al baño en el metro.

Caricatura. Uno de los rasgos caracterológicos de la gente que emplea la *identificación proyectiva*, es el grado con que presentan al mundo una caricatura hostil de sus objetos. La conducta del travestista es un ejemplo extremo, pero puede verse en cualquier caso de pseudomadurez. Y en la mímica de los *identificados adhesivamente* presenta una caricatura también, pero que está muy lejos de ser hostil. Tiene más bien la cualidad de una diminutización (*diminutization*) con todo lo que esto implica.

Cuando nos movemos en el dominio de la conducta inteligente, el niño *identificado proyectivamente* puede causarnos cierto enojo con la pretensión o pomposidad de su porte o vocabulario, o divertirnos por su tosquedad, según la cualidad de su objeto. El niño *identificado adhesivamente*, en cambio, tiende a alarmarnos con su imitación no inteligente de su objeto interno externo. Como en el caso de Leonardo que no podía morirse, porque sin el no iba a saber su familia qué hacer, de alguna manera parecía una caricatura de lo que en realidad, era una preocupación.

O bien el caso de otro paciente con VIH/SIDA del que no se habla en la investigación, porque no hubo una entrevista el cual se encontraba tan enojado con la gente que se dedicaba a sangrarse la mano; para que al despedirse de la gente ésta se contagiara, o tenía relaciones sexuales indiscriminadamente sin protección para contagiar a la gente y que sufrieran lo que él.

Debemos ahora hablar de los esfuerzos compensatorios que se pueden observar en las funciones yoicas cuando aún prevalece la bidimensionalidad y su relación con la *identificación adhesiva*. Bick, (1968) dice que la experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas, en su forma más primitiva las partes de la personalidad se sienten como carentes de una fuerza que las una, y deben entonces reunirse, de una manera que es vivenciada por ellas pasivamente, como la piel que funciona como un límite.

Pero, esta función interna de contener partes del *self* depende en un inicio de la proyección e un objeto externo que se experimenta como capaz de llevar a cabo esta función. Más tarde, la identificación con está función de objeto reemplaza el estado no integrado por dar lugar a la fantasía de espacios internos y externos. Es entonces que el escenario está listo para la disociación e idealización del *self y los objetos*.

Si las funciones continentes no han sido introyectadas, el concepto de un espacio dentro del *self* no pueden surgir. La introyección, es decir, la construcción de un objeto en un espacio interior, está reducida. En su ausencia, la función de la identificación proyectiva continuará necesariamente sin menguar y se manifestarán todas las confusiones de Identidad acompañantes. Es por este motivo que es necesario que en los pacientes terminales se trate de darles contención, ya que ellos sufren con frecuencia confusiones debido al impacto de la noticia y el espacio interno parece no existir, en esos momentos.

El escenario de la original disociación e idealización del *self y los objetos* se apoyan en este proceso anterior en el cual ambos quedan contenidos en su respectiva piel. La diferencia entre la falta de integración como una experiencia pasiva de total desamparo, y la desintegración a través de los procesos disociativos como una operación defensiva activa al servicio del desarrollo. Conducen a ansiedades catastróficas en el estado no integrado, en comparación con las ansiedades esquizo - paranoide y depresiva, que son más específicas.

Por lo tanto, en el estado infantil de falta de integración, la necesidad de un objeto continente ocasiona una búsqueda desesperada del mismo, por lo que cualquier objeto, como la luz, una voz, un olor u otro, pueden servir como unificadores mediante la atención, por consiguiente, ser vivenciado, al menos por un momento manteniendo unidas las partes de la personalidad. Como en el caso de Julieta, la mirada y la escucha la unificaba, ya que su cuerpo está completamente mutilado, desunificado. Porque necesitaba de una piel continente que la ayudara a pensar en lo trágico de su enfermedad, en lugar de evadir hablar del tema.

Ahora también existen otros conceptos también importantes que se relacionan con la identificación adhesiva, para entenderlos iremos hablando de cada uno de estos. Primer hablaremos del *desmantelamiento*, se describe el proceso en el cual la mente parece suspender su funcionamiento, a la manera de un *petit mal* epiléptico. Entonces las actividades mentales pierden coherencia, y pueden concentrarse en un ruido o una actividad sensorial, y no parece haber noción o personas. En palabras del propio Meltzer: la mente cae en pedazos como los ladrillos de una construcción por acción del tiempo. (1975, pág. 12).

De está misma manera decíamos anteriormente, la mente del paciente sufre una ruptura no tan severa como en el caso del autismo, pero por momentos se pierden las actividades mentales mediante la negación sobre el hecho de tener una enfermedad terminal. Por lo que prefieren hablar de planes y cosas que finalmente nunca se van a cumplir o muchas otras veces el dolor no les deja pensar, que cosas se tienen que hacer llegado este momento. Como en el caso de Patricia, cuando recuerda el momento en que le confirmaron que estaba infectada de VIH/SIDA, ella no lo podía creer y dice: "Pasaron cerca de unos 8 meses antes de que yo pudiera creer que tenía está enfermedad a pesar de que acudía a consulta, no entendía. ¿Por qué está enfermedad?".

Se trata de una falla en el desarrollo. Se dice, que se puede deber a que la madre no dio el contacto necesario de calor, proximidad e interés emocional al bebé; a veces esto puede deberse a que deprimida, como en el caso de Patricia. Porque el pecho materno sería, en la normalidad, un centro de estímulos para concentrar el interés y unir la personalidad.

El pecho (madre) no funciona como integrador y estimulador de la función mental, que entonces cae, se *desmantela*, se suspende. Pueden ocurrir fenómenos compulsivos, de tipo obsesional, donde repiten acciones una y mil veces. Cómo cuando se preguntan una y otra vez los pacientes ¿Cómo me contagie de está enfermedad? ¿Cómo la contraí? o ¿por qué me dió a mi esta enfermedad?. Tratando de entender ¿Qué sucedió y cómo?

Por lo que en estos momentos el psicoterapeuta tiene que actuar como la madre quien al comienzo de la vida trata de unir las partes de la personalidad están separadas y la piel funcionaría como una suerte de envoltura. La función continente de la madre, como ya vimos en apartados anteriores es la que da unidad al bebé. Si esto fracasa, se produce un tipo de identificación que llama *adhesivo*. El sujeto copia, reproduce miméticamente, pero no puede internalizar en forma adecuada. Son los eternos imitadores, superficiales, necesitados de contacto para aumentar su precario *self*. Si falta el objeto, sobreviene el desmoronamiento.

En estos dos fenómenos mentales, *desmantelamiento* y trastornos de *identificación adhesiva*, falta un espacio interno para sostener las identificaciones. No hay "bolsa" donde meter las cosas introyectadas.

Por lo que el psicoterapeuta tiene que funcionar como la piel - contenedora, donde ayude al paciente a ir guardando sus objetos introyectados, el lugar de quedarse en la superficialidad y sin pensar. A continuación abordaremos lo que es otro pilar importante de este trabajo que es el holding, a partir del cual surgió la propuesta de sostén - acompañamiento.

III. 4. Sostenimiento o *holding*:

Winnicott,⁴ se interesó por el desarrollo temprano del ser humano. A partir de las observaciones que hacía en su práctica hospitalaria con madres y niños pequeños, advirtió que buena parte de los problemas emocionales parecían encontrar su origen en etapas tempranas del desarrollo. Destaca que el medio ambiente representa un papel importante en la etiología de los distintos cuadros psicopatológicos.

Uno de sus principales conceptos es el de sostenimiento o *holding*, por este entendemos; la compañía tenedora de acciones de otra. Este implica el sostener, contener y acompañar al bebé jugando el rol de "*La madre suficientemente buena*", que le ayuda a integrarse⁵ funcionando como un *yo alterno*. Con los pacientes terminales el terapeuta funciona como un *yo alterno*, que le ayuda a integrarse y a disminuir su angustia, a concebir el mundo como real, además de ayudarle a organizar su ideas y reforzar el sentimiento de sí mismo.

Ya que según Winnicott, el niño nace indefenso, como un ser desintegrado que percibe de manera desorganizada los estímulos que provienen del exterior. Además de estas características innatas, el bebé nace provisto de una tendencia al desarrollo que es llamado "*yo autónomo*", éste abarca funciones perceptuales que son de gran importancia en los comienzos de la vida, también se relaciona con la motilidad y los instintos. La tarea de la madre es brindar un soporte adecuada para que las condiciones innatas logren un óptimo desarrollo, como con los pacientes terminales a los cuales se les brinda el sostén - acompañamiento a manera de soporte durante las sesiones que tenemos para que puedan resurgir las condiciones necesarias para elaborar su duelo.

⁴ Donald Winnicott, nació en Inglaterra a fines del siglo pasado. Practicó la pediatría, y posteriormente combino está con el psicoanálisis. Se relaciono con figuras importantes de su época como Ernest Jones, James Strachey, y Melanie Klein.

⁵ Existen estados de la salud mental o física que tienen cualidad sintomática y se ven cargados con el miedo o la negación de la locura [a causa de la enfermedad terminal]. Esto hace que el individuo se vea no integrado, despersonalizado y de sentir que el mundo es irreal. (Winnicott, 1958, Págs. 209,210).

En el sostenimiento o *holding*, hay una función fisiológica e incluso física. Debido a que "el sostenimiento protege contra la afrenta fisiológica toma en cuenta la sensibilidad epidérmica de la criatura - tacto, temperatura, sensibilidad auditiva, sensibilidad visual, sensibilidad a las caídas (acción de la gravedad), así como el hecho de que la criatura desconoce la existencia de todo lo que no sea ella misma; incluye toda la rutina de cuidados a lo largo del día y de la noche, sigue así mismo los cambios casi imperceptibles que día a día van teniendo lugar en el crecimiento y desarrollo de la criatura, cambios tanto físicos como psicológicos. El sostenimiento comprende en especial el hecho físico de sostener a la criatura en brazos y que constituye una forma de amar". (Bleichmar, 1989, Pág. 264).

Aunque el psicoterapeuta no sostiene, ni acuna al paciente físicamente, sí lo hace de manera simbólica, mediante la mirada como en el caso Julieta, y con la escucha. Mientras en el caso de Patricia que ella misma pide que la tutee el psicoterapeuta, como una necesidad de pedir un cuidado especial de manera simbólica o bien cuando pide un abrazo, esto es un sostenimiento de manera real en el abrazo.

Este término que describe la conducta emocional de la madre respecto a su hijo en torno a los éxitos o fracasos del sostenimiento. Lo ideal es lograr una personalización satisfactoria ayudando a la contención de sus angustias. Ya que esto las ayudo a sostenerse y sostener la situación.

Este autor nos dice que hay tres procesos que se desarrollan muy pronto y son:

- La integración
- La personalización
- La apreciación del tiempo y del espacio y de las demás propiedades de la realidad, en resumen la comprensión

En el caso de los pacientes terminales es necesario que se den estos tres parámetros en cada encuentro ya que de estos depende que se reintegre la personalidad y dar un juicio de realidad, para que el paciente pueda hacer algo con este proceso final de su vida. Por ejemplo, cuando el paciente le pregunta al psicoterapeuta: ¿Crees que me voy a morir? A lo que uno para dar juicio de realidad debe contestar con la verdad, un sí, para permitirle al enfermo pensar en lo que va hacer.

Cabe deducir que, en su principio teórico, la personalidad no está integrada y que en la desintegración regresiva existe un estado primario al que conduce la regresión. Lo que postula Winnicott, es una no integración primaria. Entonces si la desintegración de la personalidad constituye una afección psiquiátrica cuya psicopatología resulta sumamente compleja.

El examen analítico de estos fenómenos, demuestra que el estado primario no integrado forma una base para la desintegración y que este retraso, o ausencia con respecto a la integración primaria. Predispone a la desintegración como forma de regresión, o como resultado de algún fracaso en los demás tipos de defensa (Winnicott, 1958, Pág. 209).

La desintegración cuando se presenta en los pacientes terminales es resultado de una regresión, mientras que al desencadena el proceso de muerte en el cual, se ira solo. Pero sí, se muestra como fracaso en la psicosis. Y es importante en la integración, el desarrollo del sentimiento de que la persona se halla en su cuerpo, es decir, que se presente un sentimiento de sí mismo. Porque en casos muy graves, como el autismo y psicosis esta sentimiento no se da. Ahora las experiencias instintivas, las repetidas y tranquilas experiencias del cuidado corporal, lo que gradualmente van construyendo lo que podemos llamar una *personalización satisfactoria*, de la personalidad del bebé.

Para lograrlo, es necesario que la protección y cuidados que proporcione la madre a su hijo no sólo se piensen como algo que asegura la supervivencia, sino darnos cuenta que va más allá de esto, ya que también estamos formando a este bebé psíquicamente. Es por eso, que en la medida en que los cuidados son provistos adecuadamente y con amor, el niño logrará integrar tanto los estímulos como la representación de sí mismo y de los demás adquiriendo un yo sano. Luego entonces, la madre funciona como un *yo auxiliar* hasta que el bebé logre desarrollar sus capacidades innatas de síntesis, de integración. Para el niño esto es vivido como una continuidad existencial, que le ayuda a una personalización satisfactoria.

Conociendo que es el sostenimiento, podemos decir que en la protección que la madre da al bebé, lo cual le ayuda a irse conformando como individuo, para que pueda en un futuro desplegar todas sus capacidades. Al final de la vida también es necesario que se lleve a cabo esta función de sostenimiento, no para constituir al individuo, sino para reconstruirlo. Porque todo aquello que se había construido se rompe ante el impacto de una noticia semejante, y más aun ante la muerte inminente. Por lo que el psicoterapeuta debe actuar como una madre suficientemente buena, dando cobijo a este bebé paciente para que disminuya su angustia, y que pueda retomar esas partes integradas de su personalidad. Para que pueda despedirse de sus familiares, y pueda seguir siendo capaz de dar y recibir afecto.

A continuación, definiremos la propuesta de sostén acompañamiento en cuanto al los objetivos ya que esta ha sido definida teóricamente, en este apartado. Sólo nos resta aclarar cual fue el trabajo que se realizó con los pacientes, utilizando esta propuesta.

III.4.1. Definición y objetivos de la propuesta de Sostén - acompañamiento:

En este trabajo se define al sostén - acompañamiento como, el proceso en el cual el psicoterapeuta actúa como una *madre suficientemente* buena, que a través de la escucha y el diálogo va a contener la angustia del paciente en fase terminal y se le va a devolver metabolizada, y lo va a sostener en un sentido simbólico mediante el acompañamiento.

Esta definición aunque parece muy simple, en el caso de los pacientes en fase terminal se vuelve una situación compleja. El hecho que observamos es debido a la situación en la que se encuentran, se promueve la desintegración regresiva. Ciertas cuestiones van a ser revividas, a cada momento en este proceso donde el paciente puede expresar lo que siente. En algunos momentos, cuando se trabaja alrededor de sus sentimientos hacia su situación de pre-muerte, alrededor de su enojo e impotencia ante esta. Se necesita la contención por parte del psicoterapeuta, para calmar en la medida de lo posible estos sentimientos, tratando de ayudarlo a integrarse, para que pueda pensar de una manera más coherente.

Si el paciente es invadido por la angustia, el miedo y la negación, se encuentra no integrado, despersonalizado, y viviendo una irrealidad. Por lo que se vuelve necesario dar, o más bien tratar de procurar la integración, la personalización, y la apreciación del tiempo y del espacio que son las propiedades de la realidad, en resumen la comprensión de su entorno. Ya que el paciente, a pesar de contarnos muchos sucesos y hablar de su vida antes de la enfermedad y después de ésta, puede que no se sienta integrado, que sienta que "está en pedacitos". Lo cual hace necesaria la ayuda del psicoterapeuta para ayudarlo a que se empieza a integrar en la medida de lo posible, o al menos mantenerse confiado.

Estos fenómenos de desintegración en la clínica se relacionan comúnmente con la psicosis o con psicopatologías muy graves, lo cual no siempre es así. Ya que un tipo de despersonalización normal es el sueño.

De esta explicación acerca de lo que el sostén - acompañamiento involucra, pasaremos a los objetivos que se desprenden de la definición y de la situación misma, con base en los cuales se trabajó esta propuesta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- El primer objetivo es, determinar el grado de conocimiento o desconocimiento del paciente acerca de su padecimiento, y su deseo de saber, y hasta que punto el paciente en fase terminal desea saber.
- Explorar las fantasías que le despierta la enfermedad.
- Entender la problemática del enfermo, a la vez que se llevara a cabo el acompañamiento terapéutico (Holding, según Winnicott). Se le brindará apoyo mediante la escucha analítica, para que pueda disminuir la angustia y el sufrimiento del paciente en la medida de lo posible, ayudándole a buscar soluciones a la problemática de cada uno de ellos, para que logre despedirse de la familia.
- Detectar las reacciones transferenciales, que son todos aquellos deseos inconscientes que se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de la relación psicoanalítica y son repeticiones de los prototipos infantiles vividos con un sentimiento de actualidad. (Laplanche, 1993, Pág. 473) y las reacciones contratransferenciales, que son el conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y especialmente frente a la transferencia de este (Laplanche, 1993, Pág.84). Que si bien aunque es un número reducido de encuentros, se presentan ambos fenómenos que son necesarios para ayudar al paciente. Debido a que a través de la transferencia el paciente le deposita al psicoterapeuta una serie de sensaciones, que siente que lo invaden masivamente.

Estos objetivos cubren, en lo que cabe la mayoría de los fenómenos que se presentan durante el sostén - acompañamiento, tomando en cuenta que dentro del *holding*, que insertada la contención de la que habla Bion, en su teoría del pensamiento. El apego de Bowlby, se presenta mediante el cuidado que brinda simbólicamente el psicoterapeuta.

La *identificación adhesiva*, fenómeno que se presenta como una depositación masiva sobre el psicoterapeuta. El *continente - contenido*, que es la capacidad que tiene el psicoterapeuta de recibir las angustias del paciente en fase terminal y metabolizarlas para regresárselas en forma de palabras, gestos y miradas. Procurando, que su angustia disminuya en la medida de lo posible, y logrando que el sujeto sea sostenido y acompañado. Desde estas teorías del desarrollo infantil, que ahora utilizamos al final de la vida, finalmente se llega a la conclusión de que en todas debemos ayudar al paciente, a pensar en la pre - muerte y ayudarlo a enfrentar la muerte a la cual siempre se va sólo.

Por eso, la muerte es en sí un momento mítico (Aulagnier, 1979). Nadie sabe a ciencia cierta de antemano cómo se habrá de atravesar este último momento de la vida. En ocasiones el cuerpo entero somete al psiquismo a estados de confusión, de estupor, de dolor, desde que se recibe el diagnóstico hasta el momento de morir, la despedida no se puede llevar a cabo. En el otro caso, el psiquismo desobedece al dolor, al estupor, al deterioro del cuerpo y el sujeto anticipa su fin y puede despedirse de sus seres queridos. (Alizade, 1996).

Ya que hemos hablado, de lo que sucede intersubjetivamente, en la relación que se entabla entre los participantes. Recordemos lo que menciona Aulagnier (1979) que *el fin de la vida es un momento mítico porque nadie puede saber cómo el yo lo vivirá ni en qué forma encontrará su muerte*. Este mito se desvanece cuando se escucha a un paciente por morir, pero, aun así, queda un margen amplio para las vivencias secretas, intrasmisibles, propias de ese sujeto, únicas e íntimas. Porque la escucha que brindamos al paciente, no confronta a nosotros acompañantes del paciente terminal a la finitud de nuestra vida

Nos queda claro también, que los conceptos que hemos exportado de las teorías del desarrollo infantil, son indispensables para poder ayudar a los pacientes terminales. Con esto pasaremos ahora a hablar sobre la forma en la que trata la institución de salud pública a la muerte.

Perspectivas de la calidad de vida del paciente terminal en algunos hospitales del estado.

Para encontrar gusto a la vida,
no hay como morirse.

Enrique Jardiel Poncela.

Los capítulos anteriores son el preámbulo de conceptos desde una visión general, pasando por la postura del psicoanálisis ante la muerte, y completamos con la forma en la que las teorías infantiles son exportadas para conformar la propuesta de sostén -acompañamiento. Ya que se han revisado los conceptos, ahora surge la necesidad de fundamentar el por qué surgió esta propuesta de tratamiento.

Para lograr este fin, trataremos de hablar de las perspectivas en el ámbito general de la calidad de vida del paciente terminal en algunos hospitales del estado. Por lo que abordaremos temas que si bien son médicos, tienen una incidencia importante en la psicología clínica.

Habiendo aclarado lo anterior, pasaremos a hablar del contenido de este capítulo empezaremos definiendo lo que es la salud pública, y la forma en la que está misma surge en nuestro país, las funciones que tienen instituciones públicas en México, la manera en que enfrenta a la muerte además de la calidad de vida brindada al paciente en fase terminal y la tarea del médico ante la muerte.

Debido a esta necesidad revisaremos lo que es la salud pública, y la calidad de vida del enfermo en fase terminal en la institución pública¹. Ya que fue en este ámbito donde se desarrollo la investigación que se reporta.

IV. 1. Definición e historia de la salud pública

La salud pública es definida como el área de la medicina que proporciona el servicio a nivel institucional. Estas instituciones de salud corresponden en su mayoría a los gobiernos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) este servicio debe ser proporcionado cumpliendo tres elementos:

¹ Aunque también se puede hablar del mismo tema en las instituciones privadas nosotros, nos enfocaremos al área pública.

El primero es que exista un sector de salud, en donde existan unidades médicas como centros médicos de alta especialidad, hospitales regionales, hospitales regionales, de zona, clínicas y centros de salud comunitaria.

El siguiente es que debe haber recursos humanos capacitados, es decir, médicos de todas las especialidades, enfermeras, terapeutas físicos, inhaloterapeutas, biomédicos, y personal administrativo.

El tercer elemento con lo que debe de contar la institución son los servicios no humanos relacionados con el tratamiento, es decir, el lugar donde va estar el hospital, y la maquinaria como los laboratorios, los aparatos de rayos X, los respiradores artificiales, electrocardiógrafos y demás material que se requiera en la institución. (Goldberg, 1995).

Habiendo revisado la definición de lo que es la salud pública, que proporciona la OMS, comprendemos que su función primordial es de brindar protección, así fuese mínima, a toda la población sin excluir a los grupos más necesitados por motivos de edad o incapacidad que siempre han estado presentes en la historia de este país.

Es interesante revisar la historia de este siglo en materia de la salud o medicina pública, de manera muy breve simplemente para entender el cómo surge. Durante la primera revolución social del siglo XX, en 1917 se inicia una nueva era con la Constitución Política de Querétaro, cuyo Artículo 73 confía la salubridad general de la República a los poderes nacionales y se crean el Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General.

La Constitución agrega los derechos sociales a los derechos individuales y en su Artículo 123 se establecen las bases fundamentales de la seguridad social de los trabajadores. En la fracción XXIX, consideraba "el establecimiento de cajas de seguros populares". Con base en estas disposiciones el 12 de agosto de 1925 empieza a funcionar la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, creada por la ley del mismo nombre y que proporciona a los empleados públicos la jubilación, protección durante la vejez y préstamos a corto plazo e hipotecarios. Las pensiones se otorgan, entonces, por vejez, inhabilitación, muerte o retiro a los 65 años (después de 15 años de servicio).

En 1934 entra en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, la cual promueve convenios entre el Departamento de Salubridad Pública y los Gobiernos de los Estados para la creación de los Servicios Coordinados de Salud Pública, órganos regionales para lograr la unificación técnica de los servicios y sumar los esfuerzos de los dos niveles de gobierno. Mientras que durante 1937, se crea la Secretaría de Asistencia, la cual se fusiona en 1943 con el Departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia con facultades legales para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud, la asistencia y la beneficencia públicas. En ese mismo año se confía a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

Para 1947 la Dirección de Pensiones era un organismo descentralizado, con personalidad jurídica y de servicios de patrimonio propios. Se ampliaron los seguros de vejez, invalidez, muerte, orfandad y viudez, y se redujo la edad para recibir las pensiones a 55 años y con un mínimo de 15 años, de servicios. Por estos años comienza a funcionar el IMSS. En 1954 se crea la Comisión Nacional de Hospitales para orientar los programas de construcción de unidades hospitalarias.

En el año de 1959, el presidente Adolfo López Mateos presentó al Congreso de la Unión la iniciativa de ley para la creación del ISSSTE. Su aprobación fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre. Por lo que en enero de 1960 la nueva institución comenzó sus actividades. El ISSSTE, de acuerdo con su ley, amplió las áreas de sus servicios, cubriendo tanto prestaciones relativas a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, y extendiendo estos beneficios a los familiares de los trabajadores y pensionistas. Las personas protegidas por el Instituto comprenden a trabajadores al servicio de la Federación y del Departamento del Distrito Federal, trabajadores de Organismos Públicos que por Ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal sean incorporados al régimen, así como a los pensionistas de dichos Organismos. Estas mismas leyes son utilizadas en el IMSS, con la única diferencia de que este instituto es para los trabajadores de empresas, en las cuales el patrón se ve obligado a proporcionales este servicio de salud².

El ISSSTE, el IMSS y los hospitales de la Secretaría de Salud protegen a la mayoría de los mexicanos. Los hospitales de la Secretaría de Salud, atienden a personas de escasos recursos y no derecho - habientes, de los dos primeros servicios médicos mencionados.

Durante el año de 1977, se establece el Sector Salud con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, entendido como el agrupamiento administrativo de entidades paraestatales bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con el fin de asegurar la coordinación operativa y el control de las entidades que actúan en el campo de la salud. Ya para 1978 se instituye la Comisión Intersecretarial de Saneamiento Ambiental, como instancia de apoyo a la coordinación de las acciones que en materia de mejoramiento del ambiente llevan a cabo distintas dependencias y entidades. Este periodo está caracterizado por la centralización de los servicios de salud.

En 1981, se crea la Coordinación de los Servicios de Salud, dependiente directamente del Presidente de la República, con el fin de realizar estudios conducentes al establecimiento de un Sistema Nacional de Salud que diera cobertura a todos los mexicanos. En 1982 se conjuntan los trabajos de la Coordinación de los Servicios de Salud y los planteamientos recogidos en consulta popular, con el fin de expresarlos en iniciativas de ley, en programas y en estrategias.

² López Antuñano (1993) Evolución de los servicios de la salud de la secretaría de salud. Salud Pública. [En Red] Septiembre - Octubre de 1993. 35 (5). Consultado en <http://www.gobierno.federal.de.los.estados.unidos.mexicanos.com>, 16 de Mayo del 2000.

En ese año se somete al Congreso de la Unión la reforma de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, para otorgar a la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia la atribución de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general.

Además, se presenta la iniciativa de elevar a rango constitucional la nueva garantía social del derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos. El Ejecutivo Federal formula el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, consolida la conformación del Sector Salud e instruye la operación del Gabinete de Salud para propiciar la acción sinérgica y comprometida de las instituciones que prestan servicios de atención médica, salud pública y asistencia social.

En el periodo se impulsa una reforma jurídica, estructural y operacional de los servicios públicos de salud del gobierno de la República, con el fin de avanzar con celeridad y firmeza en el cometido de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, mediante un Sistema Nacional de Salud armónico y coherente y con un esquema de compromisos sociales bien establecidos en el Programa Nacional de Salud 1984-1988. La nueva concepción de organización y funcionamiento de los servicios a la población lleva a cambios de fondo en la infraestructura administrativa, con el fin de sustentar el cumplimiento de las nuevas facultades y responsabilidades.

Este proceso de redefinición deriva en el cambio de denominación de Secretaría de Salubridad y Asistencia por el de Secretaría de Salud. La actual etapa de desarrollo entre 1989 y 1993 se caracteriza por el propósito de establecer y consolidar el Sistema Nacional de Salud, apoyado en la descentralización y sectorización conducidas por la Secretaría de Salud. Esta etapa se identifica también por el uso intensivo de la programación sectorial como ejercicio participativo, democrático y ordenador que permite el uso eficiente de los recursos y la adopción de medidas necesarias para el ejercicio del derecho a la protección de la salud.

Asimismo, esta etapa se caracteriza por el esfuerzo descentralizador de los servicios a la población abierta, y en materia de modernización administrativa y legislativa de la salud. Se hacen importantes adelantos en el control y eliminación de enfermedades transmisibles, así como en la prevención de enfermedades no transmisibles, y se avanza en la evaluación de riesgos en los estilos de vida y en el ambiente con el propósito de desarrollar métodos, medios e intervenciones para la promoción y protección de la salud (López A. 1993).

Toda esta historia se ve reflejada en la manera en que se ha organizado el aparato de salud pública y en sus funciones, como veremos a continuación.

IV. 2. La organización y función de las instituciones públicas.

Uno de los principales objetivos de la política social actual es ampliar al máximo la cobertura de los servicios de salud y lograr una mejor calidad en la atención; para lograrlo, se ha considerado su provisión mediante varias estrategias que incluyen al sistema de seguridad social y a los servicios de salud a población abierta.

Una gran parte de las inversiones recientes en este campo se han destinado a la construcción de servicios de salud, en particular para segmentos de la población que hasta hace algún tiempo estaban desprotegidos. La atención médica, para lograr esto se encuentra organizada en tres niveles:

- El primero comprende consulta externa y atención a los programas de medicina preventiva en las más de mil unidades de medicina familiar distribuidas en toda la República.
- El segundo nivel imparte medicina de especialidad en sus modalidades de consulta externa y hospitalización, a través de las más de ochenta clínicas - hospitales.
- El tercer nivel de atención médica lo forman los once hospitales regionales que proporcionan servicios médicos de alta especialización.

El Sistema Institucional de Servicios de Salud, se organiza en los tres niveles anteriores y opera por niveles de atención, a través de Delegaciones Regionales y Estatales distribuidas a nivel nacional. La caracterización de cada unidad, permite identificar la capacidad física instalada, el equipamiento, la dotación de insumos y la asignación de personal particularmente médicos y enfermeras, que garanticen la atención a la demanda de los derecho - habientes con servicios modernos y de alta calidad técnica y humana.

El marco general para la clasificación de las unidades médicas del Sector Salud en general, está representado por el planteamiento de la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) para estructurar los servicios en tres niveles de atención, como los vemos a continuación:

Primer nivel: Representa el primer contacto del derecho - habiente con el sistema; proporciona servicios básicos y ambulatorios; atiende los padecimientos de mayor frecuencia y de menos complejidad de resolución; resuelve el 85% de la patología general. Este incluye:

- Consultorios auxiliares (C.A.): Cuentan con un consultorio, instalados en centros laborales gubernamentales y en unidades habitacionales; no tienen población adscrita y sólo otorgan consulta externa de medicina general.
- Unidades de medicina familiar (U.M.F.): De uno a cinco consultorios; proporcionan consulta externa de medicina familiar y odontológica, en algunos casos agregan a su infraestructura física módulos resolutivos que comprenden servicios de urgencias médico - quirúrgicas, ginecología y obstetricia, laboratorio y rayos "X".
- Clínicas de medicina familiar (C.M.F.): Unidades con mayor capacidad resolutiva de ocho a veinte consultorios, de uno a dos consultorios de odontología general, uno de epidemiología y medicina preventiva, dos secciones de laboratorio y una sala con equipo fijo de rayos "X"; además de estos servicios se agregan planificación familiar, trabajo social, así como ultrasonografía, nutrición y gerontología. Proporcionan atención ambulatoria de problemas de salud comunes y de mayor frecuencia. El diseño médico - arquitectónico actual de éste tipo de unidad, mejora y dignifica especialmente el servicio, configurándola en módulos de cuatro consultorios con un ámbito de mayor privacidad, independencia y atención personalizada al paciente.

Segundo nivel: Conformado por las clínicas de especialidades, clínicas hospital y hospitales generales; proporcionan atención ambulatoria y de hospitalización para solucionar problemas de mediana complejidad; resuelve del 10 al 12% de la patología general.

- Clínicas de especialidades: Se trata de unidades que realizan diagnóstico automatizado del estado de salud del derecho - habiente, así como atención ambulatoria de medicina de especialidades y otras de cirugía ambulatoria para pacientes que requieren de estancia postoperatoria en recuperación, no mayor de 8 horas, funcionan como apoyo a la consulta externa de especialidades y atienden a pacientes enviados por las clínicas de medicina familiar y los refieren a su vez, a las unidades hospitalarias de Segundo y Tercer Nivel.

- Clínicas hospital: Unidad hospitalaria con servicios de consulta externa de Medicina Familiar y de las cuatro especialidades básicas (pediatría, ginecología, medicina interna y cirugía general), hospitalización, urgencias, quirófanos, salas de expulsión y apoyo de anestesiología, radiología y laboratorio clínico. A las de mayor capacidad resolutive, les asignan tres especialidades de apoyo: otorrinolaringología, oftalmología, ortopedia y traumatología. Los pacientes son referidos de las unidades del primer nivel para continuar su diagnóstico y tratamiento, y éstas a su vez refieren a hospitales generales y regionales.
- Hospitales generales: Unidad médica hospitalaria concentradora delegacional, que dispone de mayor capacidad resolutive en materia de especialidades, número de camas y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Cuenta con las cuatro especialidades básicas; además de 26 Especialidades médico - quirúrgicas, odontología especializada y 15 servicios de apoyo. Servicio de urgencias médico - quirúrgicas, obstetricia y traumatología; unidad de terapia intensiva, cirugía y tococirugía; anestesiología, radiología, laboratorio clínico, ultrasonografía, banco de sangre, servicio de anatomía patológica y de medicina de rehabilitación en algunos casos. También realiza actividades de enseñanza con entrenamiento y capacitación en medicina familiar, cirugía general, medicina interna, gineco - obstetricia, pediatría, anestesiología, y desarrolla investigación clínica y de servicios de salud. Recibe pacientes del primer nivel de atención, de las clínicas de especialidades y clínicas hospital. Canaliza pacientes al tercer nivel de atención.

Tercer nivel: Se integra por hospitales regionales, proporciona atención médica de alta especialidad, para la atención de padecimientos de mayor complejidad y dificultad en su diagnóstico y tratamiento. Resuelve del 3 al 5% de la patología general.

- Hospitales regionales: Apoyan la atención de la demanda de tercer nivel; recibe pacientes enviados por las clínicas hospitales y hospitales generales, para la solución de problemas que requieren de procedimientos de diagnóstico o tratamiento sofisticados. Tiene capacidad resolutive para procedimientos complejos de 34 especialidades médico - quirúrgicas. Presta servicio de hospitalización, medicina de especialidades, epidemiología, medicina crítica, banco de sangre, unidad de electrodiagnóstico y endoscopías. Cuenta con equipos de rayos "x", tomógrafo axial computarizado, ultrasonido de alta resolución y hemodinamia. desarrolla procedimientos en el área de trasplantes de órganos, cirugía cardiovascular y maxilofacial, entre otras. Forma recursos humanos en especialidades médicas y quirúrgicas y se realizan investigaciones básicas, clínicas y de servicios de salud³.

• ³ Disponible en: [Http: www. Gobierno de la república / instituciones de salud pública. com](http://www.gobierno.de.la.republica/instituciones.de.salud.pública.com) ; 15 de mayo del 2000)

La función de la institución de salud, en todos estos niveles que inician desde el centro comunitario hasta los hospitales, son el de la atención al derecho - habiente, y mejorar la calidad de vida del mismo. Este término calidad de vida (*quality of life*), surge de la psicología organizacional y de la rama ambientalista. Esta ha aparecido frecuentemente en discusiones acerca de técnicas para facilitar el cambio en la empresa, y resolver el problema de mejorar las instalaciones para que exista un mayor rendimiento en la empresa. Aumentar la productividad de los recursos humanos para hacer más eficiente el servicio al cliente. Además de evaluar la productividad de la misma.

Sin embargo, casi siempre es difícil determinar lo que exactamente significa el término⁴. Nosotros aplicaremos el término de calidad de vida, como sinónimo calidad en la atención y será centrado en la institución pública, ya que se ha intentado mejorar el grado en que los miembros de una organización son capaces de satisfacer las necesidades, de atención a los derecho - habientes, mediante programas que enfatizan la solución a todas las quejas que se reciben de los usuarios (Ruiz de Chávez, 1990, 156-169). En una organización efectiva, los programas de calidad de vida, pueden perder de vista su objetivo o bien traslaparse. (Bronfman, 1997, 546 - 553). Las metas de los programas de calidad de vida en la salud son estrictamente para mejorar la calidad de los servicios; y la efectividad de la organización.

Frecuentemente se argumenta que mejorando la calidad de los servicios mejorara la calidad laboral esto conducirá a incrementar la efectividad de la organización; sin embargo, cualquier mejoramiento en la efectividad de la organización es solo definitiva por producto. Por otra parte, Dutton y colaboradores en 1966, mantienen que el enfoque de los programas de calidad de vida, deben mantenerse vinculados a los objetivos que buscan incrementarla. Ellos mantienen que no hay una incompatibilidad inherente entre el interés de los usuarios y los intereses de la institución.

El programa de calidad de vida, centrado en la buena atención médicas, debe ser sustentada en las ciencias médicas, es decir, en la formación académica del personal. También se debe enfatizar la prevención de las enfermedades coordinando los diferentes servicios médicos, pero no solo implica curar la dolencia, sino que se vea al enfermo como un todo. Es decir, un ser bio-psico-social, que esta inmerso en el medio ambiente, en contacto con otros seres vivos. No dejando del lado que la atención médica esta basada en una relación entre dos individuos, en el que uno funge como el especialista y el otro el paciente. (Lee, 1990, Pág. 245 - 247).

⁴ La frase *quality of life* fue introducida primeramente en los años sesenta. Su uso original se refería a la calidad de las relaciones entre trabajadores y el medio ambiente laboral considerado como un todo, y estaba intentando enfatizar la dimensión humana del trabajo. (Taylor, 1996, Cap. 13).

Por eso se dice que en la mejora del servicio ofrecido al usuario, mediante un programa específico, con una medicina moderna científica, a todos los niveles. Para lo cual se hace necesario que las instituciones cuenten con un adecuado número de empleados, es decir, de médicos de diversas especialidades, enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos, terapeutas físicos, inhaloterapeutas, personal administrativo para un hospital, personal de intendencia, laboratoristas, todo esto en conjunto permite mejorar la calidad del servicio y por ende la calidad en la atención médica, procurando la satisfacción de una amplia gama de personas. Esto es pues el objetivo primordial de la calidad de vida. Lo cual, generalmente no sucede en las instituciones, ya que por falta de presupuesto no hay personal suficiente para atender a los pacientes, y en el caso de los pacientes terminales muchas veces nadie les hace caso, o frecuentemente se atiende los otros porque tienen mejor pronóstico en la evolución de la enfermedad, mientras que los primeros no. (Bronfman, 1997, Pág. 546 -553).

El tiempo, en el que el paciente es canalizado del centro de salud al hospital general de zona es tardado, debido a los trámites burocráticos. La pérdida de este valioso tiempo en el transcurso de la enfermedad, es la causa de la inadecuada atención médica. Ya que, cuando el enfermo llega por primera vez a la consulta con el especialista ya está desahuciado. El primer problema que surge en la calidad de la atención médica al derecho - habiente, es la falta de personal que atienda al enfermo, de lo anterior se traduce en el exceso de tiempo en la canalización del paciente, y su muerte.

El segundo problema que se motiva es que cuando se cubren estas necesidades surgen otras, como es la de que exista el equipo necesario, junto con los materiales que se utilizan para el funcionamiento del equipo. Es decir que existan máquinas de rayos "x" y además que exista el papel fotográfico para revelar la placa, lo mismo con los tomógrafos, las resonancias magnéticas, y que las computadoras a través de las cuales son manipuladas sirvan, y se cuente con el material seguridad que se necesita para impedir los efectos de la radiación.

Se han presentado casos en los cuales, el enfermo y los familiares están conscientes de que el médico hace todo lo que está en sus manos para atenderlo. Pero se dan cuenta que muchas veces esta el aparato en la institución y no funciona, o no hay el material. Esto hace que la calidad del paciente terminal se vea afectada, ya que si necesita un estudio de urgencia, y el aparato con el que se realiza el estudio esta descompuesto, el enfermo muere, sin que se le pueda hacer nada (Bronfman, 1997, Pág. 546-553). También en este rubro vemos que se deteriora la calidad de la atención médica por la falta de material y mantenimiento de los aparatos.

Por otra parte, como ya mencionamos anteriormente de manera muy detallada, también la forma en que se encuentra organizada la institución pública junto con la infraestructura, los recursos humanos y el equipamiento tecnológico con las que cuentan. Forma parte de la calidad de vida que se le brinda al usuario

Con la finalidad de brindar un servicio médico integral en el cual existan todas las especialidades que existen en la medicina, incluso las más específicas o con mayor grado de especialización, el equipo y los materiales, lo mismo que la construcción.

El tercer punto que tocaremos en lo referente a la construcción del hospital y el diseño del mismo. Vemos comúnmente, desde la psicología ambiental que la forma en la que están construidos los hospitales gubernamentales, tiene un carácter monótono y despersonalizado. (Fernández - Ballesteros, 1983, Cap. 16). Esto no hace otra cosa que empeorar la enfermedad, si a esto le agregamos que los cuartos son compartidos, y muchas veces no tienen separación alguna. También se produce ruido que hace un paciente le sea molesto al otro, y si éste tiene una enfermedad terminal, resulta ser más caótico. Porque muchas veces los compañeros de cuarto ven como muere. Esto les genera ansiedad, depresión, tensión y miedo, ya que eso les puede pasar a ellos.

También se relaciona con la calidad de vida del paciente, el deterioro en el que se encuentran muchos de los hospitales del estado, debido a que están en una situación deplorable. Ya sea por que la construcción se encuentra muy dañada, o bien por la antigüedad de la misma, lo cual hace que necesite muchas reparaciones. Que también causan ruido. Esto hace que el paciente y más el que se encuentra en fase terminal se sienta incomodo por el ruido de las reparaciones, así como el ruido ambiental, la luz prendida toda la noche, el continuo ir y venir de los médicos y enfermeras, más el ruido inherente de una habitación compartida, como ya lo mencionamos. Todo esto influye en el estado de animo del paciente y en el encarecimiento de la calidad en la atención médica. Es por eso, que muchas, de estas personas que pueden acceder a la medicina privada, lo hacen buscando una mejor atención por parte del médico, y una mejor calidad de vida. (Ruiz de Chávez, 1990. Pág. 156 - 169).

En el caso de los pacientes terminales con VIH/SIDA, se encontraban en un aislado a lado de la residencia médica, y de la oficina de algún servicio. Por lo que toda la noche oían portazos, a los médicos tecleando en sus maquinas, y siempre la luz prendida de los pasillos. Por otra parte, en el afán de atenderlos bien pero con una excesiva carga de trabajo, las enfermeras y los médicos les pasan visita a los pacientes lo mismo a las siete de la mañana, que en el transcurso de la madrugada, lo cual impide al enfermo un descanso adecuado.

O bien en el caso de los pacientes con otras enfermedades terminales como cáncer, ellos se encuentran en terapia intensiva. Esta se encuentra en forma de herradura y en medio se encuentra el control de enfermeras. Lo malo es que se encuentran un enfermo terminal, con un paciente en coma, y sin un biombo o sabana que divida cada cama. Entonces cuando muere un paciente los que están graves pero todavía conscientes están presenciando la muerte del otro, lo cual les causa una angustia terrible, y por ende creo que no se puede hablar de calidad de vida ofrecida al enfermo terminal. (Bronfman, 1997, Pág. 546-553).

La atención médica, tiene como finalidad llegar a todos los niveles de la población. Mediante el manejo de distintos programas como son: la prevención de enfermedades, campañas de vacunación, y la cura de las enfermedades mismas. Estos tratamientos son dados desde el primer nivel hasta el tercer nivel. Por lo tanto la institución de salud pública se preocupa porque haya todo tipo de servicios para restablecer la salud y salvar la vida de los pacientes⁵.

Por lo tanto, los propósitos que tiene la institución de salud en primer lugar como vemos, es impartir atención médica en todos sus aspectos a los derecho - habientes. Mientras que la segunda esta dirigida a la enseñanza, capacitación y centro de formación de médicos, enfermeras, técnicos, en todas las especialidades médicas.

Pero muchas veces la realidad no concuerda con los objetivos presentados por los programas de mejoramiento de calidad de vida al usuario, porque el personal es reducido en número, ya sea porque no hay plazas o porque no hay dinero para pagarles. Esto hace que un solo médico tenga que atender en un día de consulta alrededor de 30 a 40 pacientes en escasas 5 horas, lo cual hace que no tengan tiempo de revisar adecuadamente al paciente, y que se de en 5 minutos una consulta, lo cual hace que disminuya la calidad de la atención hacia el paciente que se había planteado en los programas. (Bronfman, 1997, Pág. 546 - 553).

Esta falta de tiempo para atender al paciente, por exceso de carga de trabajo, suele traer consecuencias, tales como no dar un diagnóstico certero del padecimiento. Debido a que se pasar por alto datos clínicos, que el paciente ofrece, y que en algunos casos puede terminar en la muerte del enfermo, porque no se intervino a tiempo.

Posteriormente surge otro problema, que Bronfman y colaboradores han estudiado como: es el bajo salario que perciben los médicos adscrito (que tienen base en la institución), lo cual hace que tengan que conseguirse dos o tres empleos, trabajando así lo tres turnos seguidos. Esto hace que disminuya su capacidad tanto física, como mental. Mientras que en el caso de los médicos residentes (aquellos que están haciendo su especialidad), aparte del sueldo bajo, las jornadas de trabajo o las llamadas guardias son 36 horas continuas de laborar, y esto cada tercer día se repite.

En estas condiciones tan críticas, los especialistas pueden ser las personas más capaces, pero también las más explotadas. Lo cual hace que la atención que se le brinde al derecho - habiente se vea muy encarecida, no sólo por parte de los médicos, sino también de las enfermeras, y todos los especialistas que laboran en la institución pública. En el caso específico de la calidad en la atención brindada al enfermo terminal, muchas veces ya nadie se ocupa de su calidad de vida. Es decir, de escuchar de tomarlo en cuenta o de pasarle visita, porque ya se va a morir y se requiere tener tiempo para los otros pacientes que tienen mejor pronóstico.

⁵ Disponible en: [http://www. Gobierno de la república/ calidad en el servicio publico/.. com](http://www.Gobierno.de.la.republica/calidad.en.el.servicio.publico/.com); 12 de mayo del 2000.

Por otro lado, aparte de las deficiencias que presenta el personal, debemos agregar las deficiencias que existen en el equipo, si bien el gobierno promueve que las instituciones de salud, tengan los mejores equipos haciendo la inversión en esto, lo que no hacen es darle mantenimiento, y forzar las maquinas a trabajar a un nivel superior al de su capacidad.

Por poner un ejemplo, en un hospital general, se compran dos tomógrafos para una población de 30,000 usuarios, no todos la utilizan pero sí por lo menos unos cien al día, cuando en el instructivo dice que la maquina podrá realizar de manera optima alrededor de 65 tomografías con un alto nivel de resolución y sin sobrecalentarse. Cuando estás se sobre calientan el personal de mantenimiento no sabe que hacer con un aparato tan especializado, porque nunca los capacitaron sobre como arreglar el aparato. Aunado a esto suele suceder que se termina el papel para imprimir el estudio.

Esto hace que el servicio se vuelva poco eficiente, reduciendo considerablemente la eficacia de la atención porque se atrasan los estudios, o bien se tiene que buscar en que otro hospital en donde se les realicen, lo cual lleva mucho tiempo y a veces el paciente no se da la atención oportuna y el enfermo fallece antes. (Reyes Zapata, 1990, Pág. 232-242).

Queda entendido también que el objetivo primordial es curar, pero ofreciendo calidad en la atención del servicio brindado y a la vida del usuario. Pero como vemos muchas veces no se cumple, no por falta de recursos sino porque los recursos no están empleados adecuadamente.

Por lo tanto, los tres grandes problemas que vemos en la institución de salud pública del estado son: el primero es la falta del recurso humano, el otro la excesiva perdida de tiempo por la cantidad de tramites a realizar para la canalización del enfermo, y por último la falta de mantenimiento y reparación de los aparatos y la construcción de la institución.

Pero pasemos ahora a cuestionarnos sobre lo que sucede ¿Con los casos de pacientes en fase terminal?. Este ¿será visto como un fracaso, el cual a pesar de haber todo tipo de recursos no se cura?. ¿Existen programas y recursos para enfrentar la muerte? Y aquí surge la duda de ¿cual es la función de la institución ante la muerte?, por eso a continuación trataremos de dilucidarla.

IV.3. La función de la institución de salud ante la muerte:

La función de la institución de salud es brindar a atención medica a todos los niveles de la población, que va desde la aplicación de programas para la prevención de las enfermedades hasta la cura de las mismas.

Como lo vimos en el apartado anterior. ¿Pero cual es el papel de la institución ante la muerte, si el objetivo principal es conservar la vida?. El papel de la institución de salud ante la muerte resulta complejo, debido a que el concepto de curación o reversibilidad es muy variable para categorizar las enfermedades. Los padecimientos con mayor prevalencia en la sociedad son ciertamente incurables como por ejemplo el asma, la enfermedad broncopulmonar crónica, la hipertensión arterial, la diabetes, la enfermedad coronaria, cáncer, VIH/SIDA.

La palabra curación significa el final cierto de una enfermedad, como producto del tratamiento (por ejemplo una neumonía) o en forma espontánea con o sin ayuda médica (por ejemplo hepatitis por virus A). Las enfermedades prevalentes que hemos citado conviven con el paciente muchos años, en general toda la vida.

El gran progreso de la medicina ha sido no su curación sino atender a su prevención cuando fuera posible, a su detección diagnóstica precoz y al cuidado de sus complicaciones lo que en conjunto ha mejorado su pronóstico, su evolutividad, y la calidad de vida de los pacientes afectados por la enfermedad. (Blanco, 1998, Pág. 34 - 40).

Otro concepto importante que debemos conocer es la reversibilidad, está indica la posibilidad de volver a la situación anterior. Lo que en medicina se refiere fundamentalmente a eventos que se generan en la evolución de una enfermedad conocida. En estos casos, por ejemplo una infección respiratoria ocurrida en el transcurso de una enfermedad neurológica incapacitante, desaparecido el evento agudo queda la patología anterior aunque en muchas situaciones con un grado de mayor deterioro. La irreversibilidad suele indicar que, aunque una descompensación o insuficiencia pueda ser manejada transitoriamente, por ejemplo, con asistencia respiratoria mecánica. La enfermedad agravada por dicha complicación conducirá inevitablemente a la muerte.

En ambos casos, de la curación y la reversibilidad son conceptos que corresponden a la medicina asistencial en situaciones completamente definidas y la predicción por parte del médico de los mismos es a menudo equívoca y opinable. Aunque la sociedad no lo haya internalizado suficientemente, el aumento en la expectativa de vida no depende del conocimiento exacto de la causa, del origen de cada enfermedad y de su eventual curación sino de las posibilidades de atender a sus síntomas y evolución proporcionando una calidad de vida razonable para cada uno.

La expresión *estadio terminal*, según Gherardi (1996), se refiere a la última fase de una enfermedad, donde se considera una calificación de la condición evolutiva de una enfermedad. Aquí la enfermedad misma que ya se ha determinado será incurable e irreversible, a pesar de que se proporcione el tratamiento necesario, y con toda la reserva del médico, la enfermedad sigue su curso y el paciente fallece.

Con lo anterior, sabemos que estadio terminal se refiere a la última fase de la enfermedad, sea cual fuere esta. Mientras que la palabra de *enfermo terminal* (Jonsen, 1992) se refiere generalmente a aquel portador de una enfermedad letal en que la muerte es posible en un breve periodo de tiempo medido más bien en días o semanas que en meses o años. En cambio la palabra *moribundo*, que literalmente se refiere a la muerte, se aplica a aquellos en que la insuficiencia de los órganos vitales preanuncia la muerte en horas, como vimos en el primer capítulo.

Todas estas palabras, que se utilizan como indistintamente para hablar de los pacientes en fase terminal. Todas en el fondo hablan de la terminalidad, como una condición evolutiva muy difícil de determinar con precisión. Aunque parece razonable aceptar que se instala cuando se presenta la expectativa de muerte, como consecuencia directa de la enfermedad, aparece en la mente del paciente, de la familia y del médico. Cuando se intenta colocar la terminalidad en una dimensión temporal la experiencia indica que los límites de tiempo de la irreversibilidad clínica son siempre discutibles e imprecisos.

Lo que se ha expuesto trata de indicar que la palabra terminal es tan difusa y no objetivable como la afirmación de que *razonablemente y en condiciones normales se producirá la muerte*. En este caso cuesta imaginarse qué quiere decir "en condiciones normales": ¿Que no se le hará nada al paciente? ¿Que no ocurrirá un milagro? ¿Cuánto tiempo demandará esta normalidad? Cómo se podría diferenciar la enfermedad progresiva letal, del paciente crítico, del estado terminal, del paciente moribundo, del período de agonía, si todos ellos se vinculan con la muerte?

Dentro de la institución de salud comúnmente se llevan a cabo los análisis necesarios para el diagnóstico y más tarde se confirma el diagnóstico del médico tratante respecto de que se trata de una enfermedad incurable, irreversible y terminal. Resulta por lo menos objetable que deba confirmarse un diagnóstico efectuado por un profesional legalmente habilitado para el ejercicio de la medicina, aunque el objetivo final de este proceso sea el derecho de oposición y rechazo al tratamiento ofrecido. (Blanco, 1998, Pág. 34 - 40).

Resulta grave el ignorar, la calificación de irreversibilidad y terminalidad de una enfermedad que trata de ser eliminada lo antes posible. Esto se logra mediante el encarnizamiento de tratamientos paliativos para prolongar la vida, y evitar en la medida de lo posible el desarrollo de la enfermedad. Es frecuente oír al médico hablar de haber intentado cuanto tratamiento farmacológico o quirúrgico sea posibles para lograr las perspectivas de mejoría. Que en muchos casos no se logra. Y aunque en la mayoría de los casos *"produzcan dolor y/o sufrimiento"*. (American Thoracic Society, 1991). Por lo que cada paciente será la persona indicada para determinar si el quiere o no someterse al tratamiento y si el es capaz de aguantar y soportar el dolor que este implique. Sólo desde la propia enfermedad se puede considerar el dictamen de un tratamiento ya que entra en juego el concepto de calidad de vida siempre distinto para cada uno y para cada situación. Lo mismo que la consideración del balance del beneficio de lo particular respecto de las medidas terapéuticas según las preferencias del paciente

La aplicación de procedimientos superfluos y excesivos además del prolongado e innecesario mantenimiento de las funciones vitales generan frecuentemente formas indignas de muerte con sufrimiento, aislamiento y desfiguración. El encarnizamiento terapéutico, al que siempre se alude, es el resultado de un fenómeno cultural muy complejo y multifactorial derivado de la aplicación de la tecnociencia al ámbito médico, de las desmesuradas expectativas de curación que la medicina ha inculcado en la sociedad, del requerimiento de preservar siempre la vida biológica como un valor sagrado, de la desprotección jurídica del médico y de la falta de coraje para asumir la existencia de límites en las acciones médicas (Gherardi, 1995).

No nos ayudará hacer una discusión contra el encarnizamiento terapéutico, sino más bien analizar ¿cómo instrumentar el establecimiento de disposiciones de no resucitación a través de la no interrupción, de soportes vitales como los ventiladores, los medicamentos?, ¿Cómo permitir el uso de drogas analgésicas en dosis que para aliviar el sufrimiento pudieren deprimir el centro respiratorio?, y ¿cómo evitar la aplicación de procedimientos superfluos o excesivos?. Muchas veces el médico para evitar caer en las cuestiones que hemos mencionado arriba, hacha mano de los medios que existen en la institución para ayudar al enfermo en fase terminal. Si bien los recursos no son para salvar su vida, si para que en los últimos momentos esta tenga una mejor calidad. Algunos de estos recursos son:

- La *clínica del dolor*. Esta consiste en aliviar y disminuir el dolor mediante procedimientos anestésicos locales (Diccionario de Terminologías Medicas, 1995). Estos van desde analgésicos locales, hasta los tratamientos en situaciones clínicas específicas. Los tratamientos ofrecidos en la clínica no son solamente para los enfermos en fase terminal, sino también para aquellas enfermedades donde se padecen dolores terribles. Su objetivo principal es permitir que los pacientes durante el curso de la enfermedad tengan la aplicación de los procedimientos analgésicos, que pueden ir desde la aplicación de un medicamento para aliviar el dolor, hasta la resección de la raíz de un nervio o bien, en casos muy severos, la extirpación del ganglio parasimpático.
- El servicio de *tanatología*: Aquí se agrega otro enfoque, dirigido al sujeto que muere. Hace poco más de treinta años empezó el desarrollo sistemático de esta nueva tanatología, que se ocupa de la atención de los enfermos terminales. Los cuales padecen una enfermedad incurable, por la cual posiblemente va a morir en un tiempo relativamente breve. La tanatología, está basada en el principio de "*cuidar más allá de curar*", se propone disminuir los sufrimientos de los pacientes (*cuidados paliativos*), mejorar su calidad de vida, ayudar a que se preparen para la muerte. Que logren si es posible un aprendizaje de esta experiencia trascendente, que se reconcilien con la vida, si es el caso. Se ocupa, asimismo, de la familia del enfermo terminal durante el proceso de la enfermedad y muerte, de los duelos, y de la reestructuración necesaria de la familia ante el hueco dejado por quien ha fallecido.

- También de la atención del equipo, sometido frecuentemente a un fuerte *estrés*. Tiene una base interdisciplinaria: medicina, enfermería, psicología, asistencia social, espiritualidad y religiones, justicia, ética. Los integrantes deben cumplir su función específica en equipo. La tanatología, que encara aquellas situaciones en que es imposible la curación, requiere ineludiblemente la utilización de cuidados paliativos, que forman parte inherente y fundamental de esta disciplina. Esto implica mejorar la calidad de la vida que aún les queda a aquellos pacientes cuya enfermedad no puede ser eliminada, para quienes ya no es posible seguir luchando por la curación.
- Otro de los métodos para aliviar al paciente terminal, con el que cuenta la institución, sin ser propiamente contratado por ella. Es el *capellán de los hospitales, es decir, un representante en este caso de la iglesia católica que ayuda al paciente a bien morir. Aunque este representante eclesiástico, también puede ser de otras religiones y trabaja como colaborador* o bien acude en auxilio del enfermo terminal, cuando es llamado por los familiares.
- Lo mismo sucede con el caso de *las rezadoras de la buena muerte*. Ellas acuden a rezar junto al paciente terminal cuando ya está en coma, para pedirle a la muerte que recoja al moribundo.

Estos son los recursos que existen en la institución para ayudar al paciente terminal, en los dos primeros casos, estos se llevan acabo por sugerencia del médico. Mientras que los dos últimos, casi siempre es porque el tanatólogo, el enfermo terminal o sus familiares lo piden, porque siente que ya no hay nada que hacer.

Los medios con los que cuenta la institución de salud pública en México no son suficientes, ni pueden ser brindados a todos los pacientes, por el exceso de volumen de trabajo que existe en dichas instituciones. Tal parece que la muerte si bien es considerada como algo inherentes, a la institución de salud pública, las tentativas para afrontarla son pocas.

Por eso los recursos con los que cuenta la institución para enfrentarla resultan ser escasos, ya que en los hospitales generales de zona existe la clínica del dolor que es un mero recurso analgésico, y dos o tres tanatólogos para atender a una población de 1,000 enfermos en fase terminal, pero como ya dijimos, el recurso humano con el que cuenta la institución es insuficiente para afrontar la muerte, lo que hace que se deteriore la calidad en la atención medica al derecho - habiente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En todas las cuestiones que hemos revisado, se debiera incluir la participación en cada caso del juicio de los médicos, si hay o no algo que hacer científicamente al respecto y del acuerdo del paciente o del familiar cuando corresponda; para proporcionar una *muerte digna*. Esta no será nunca el resultado de una garantía individual o de una ley o un acto de caridad. Pareciera existir cierto temor en analizar de frente a la sociedad conceptos y acciones que ponen en juego severos dilemas morales por parte del médico tratante cuyo análisis y debate será imprescindible para dignificar y humanizar las formas del morir, como lo veremos a continuación.

IV.4. La función del médico ante la muerte:

La función del médico ante la muerte, resulta compleja de analizar, puesto que involucra una serie de factores de los cuales muchas veces no se habla. Uno de ellos es la vocación de curar, que aparece como *incuestionable* en la investidura profesional del médico y que se convierte en una condición suficiente, desde la perspectiva de muchos médicos, para garantizar la calidad de la atención. Por ello, se dice que la calidad profesional de los médicos es la misma en cualquier institución, ya sea pública o privada: *el médico de cualquier institución hace lo mejor que puede con lo que tiene a la mano, con las restricciones que le marcan las condiciones de la institución.* (Bronfman, 1997, Pág. 546 -553). Y no por falta de capacitación, ya que muchas veces se desean hacer muchas cosas por los pacientes, pero no hay los medicamentos, o no hay el material necesario o los aparatos están descompuestos, para ayudarles de la manera que se debiera.

Otra cuestión importante es la de la enseñanza al médico a quién se le ha inculcado, que tiene que hacer todo lo posible para erradicar la enfermedad del cuerpo del doliente. En muchos casos se logra mediante la administración del tratamiento indicado a esa patología; Pero, frente a una enfermedad incurable ¿Qué debe hacer?. El médico estudia para salvar vidas, curar enfermedades, pero cuando se está ante un paciente terminal, la posición de los médicos ante la muerte resulta en extremo difícil, debido a que la muerte en cierto sentido, es un resultado inaceptable que equivale a un fracaso (Cfr. Goldman, 1993, Pág. 89.)

Actualmente la muerte es vista como un fenómeno irreal, lejano, por que en la medicina contemporánea donde debiera tener una vía común con la filosofía para abordarla, y, sin embargo, es excluida, rechazada, negada. Esta es finalmente su desaparición como producto de la modernidad. Incluso en la formación médica poco se habla de ella, aunque es inherente a esa carrera. (Krauz, Periódico La Jornada, 21 de julio de 1999.). Incluso durante la formación médica, y en los avances tecnológicos que hacen todo lo posible para retrasarla, pero jamás podrá ser evitada. Ya que lo único cierto que el hombre tiene en la vida es la muerte.

Durante la escolarización, se enseña al médico que ante situaciones dramáticas y difíciles, siempre va a haber tres premisas que no se deben olvidar, y que siempre deben estar conciliadas. La primera son las exigencias de la verdad, la segunda es prudencia y la última los intereses legítimos del enfermo en peligro de muerte.

En cuanto a la primera de estas tres premisas se le exige al médico que no debe mentir, pero también menciona que no siempre debe decir toda la verdad. Esta verdad está condicionada por la prudencia ante la situación, así es como se presenta la segunda de estas premisas.

Se dice que existen circunstancias en las que el médico tiene que callar esta verdad ante el enfermo pero no ante la familia, pero que en otros momentos cuando el enfermo requiere con seriedad, conocer el estado de su situación para poder tomar las precauciones necesarias en relación con sus intereses temporales y espirituales, entonces debe decirse la verdad. (Roldán, 1984, Pág. 69, 70.)

Estas premisas éticas del médico ante un enfermo por morir nos hacen pensar, que la situación no es del todo clara, porque cuando una situación lo requiere, se hablará con el enfermo, es decir, cuando necesita saber su estado de la enfermedad, y en otros se habla con la familia sobre la gravedad de la enfermedad, esto se limita sólo a dar un diagnóstico pero ¿Qué pasa cuando el galeno no puede encarar esta situación de hablar abiertamente del diagnóstico?. Esto nos lleva a pensar en un serio problema ético sobre como decidir ¿A quién dar la información?, Sí se le habla al enfermo terminal con franqueza, quizás pueda tomar las medidas pertinentes para arreglar su testamento, dar disposiciones para su funeral o bien salir de ese consultorio y tratar de suicidarse, ¿Ordenar el internamiento del enfermo o permitirle morir en casa al lado de sus seres queridos? Todas estas cuestiones generan incertidumbre en el médico, que debe tomar una decisión difícil al respecto.

Nos parece claro que la función asistencial que cumple el médico frente al paciente y sus familiares, y ante la sociedad toda le obliga a que, de alguna manera, informe sobre el estado del paciente, en el momento en el que lo está atendiendo, acerca de su diagnóstico, su pronóstico y sus posibilidades terapéuticas, teniendo en cuenta las peculiaridades propias de la enfermedad de que se trate.

Es por ello que, según dicho rol, en general, podemos clasificar la información que el médico debe suministrar de la siguiente manera:

- a. Información suministrada al paciente.
- b. Información suministrada a los familiares (o personas a cargo) del paciente.
- c. Información suministrada a otros médicos y demás profesionales de la salud (terapeutas, enfermeras) que atiendan al paciente.
- d. Información suministrada a las instituciones que intervienen en el tratamiento del paciente, u a otras a las que se les deba brindar.

Entendemos que el deber deontológico (secreto médico) y ético de confidencialidad que es también un imperativo legal. Impide que se revele tal información a otras personas o instituciones fuera de las recién referidas, respetando siempre la dignidad, privacidad e intimidad del paciente.

Ello así, desde la óptica del código ético profesional, se postula que la información que se le brinde al paciente debe ser fidedigna, tal como lo requiere este deber de veracidad, el cual se fundamenta en el debido respeto a las personas (a su dignidad de tales). También es proclamado por el principio bioético de autonomía, o bien, como *metanorma ética*, en la fidelidad y en la confianza que debe presidir toda relación médico - paciente.

Asimismo, siempre desde tal cosmovisión, la revelación de la información conforma el primer elemento de la regla del consentimiento informado proceso comunicacional que, en muchos países y en diversas materias, es también una fórmula legal, general o particular. Elemento según el cual, para poder prestar libre y esclarecidamente su anuencia, porque no se puede tomar decisiones en la ignorancia. *El interesado debe indefectiblemente contar la información pertinente, completa y detallada, la que debe referirse, en particular, a su estado de salud, la naturaleza del tratamiento médico propuesto, sus consecuencias previsibles, riesgos eventuales de su debida comprensión, la información debe ser comunicada en un lenguaje accesible y comprensible para el paciente, conforme a su posición sociocultural y demás condiciones personales y fácticas particulares.* (Blanco, 1997).

En el terreno de la información, *se dice comúnmente que el médico explica al enfermo y/o a sus familiares*, por ejemplo, acerca de sí el paciente tiene o no un tumor. La comunicación médico - paciente incluye diversas situaciones que pueden analizarse así:

a. El médico *informa* cuando suministra un conocimiento racional respondiendo a una pregunta definida del paciente. Por ejemplo:

Paciente: "Doctor, ¿qué es lo que tengo?"

Médico: "Ud. tiene un tumor benigno en la mama, del tamaño de una uva".

b. El médico *interpreta* cuando, ante la demanda del paciente, no responde a la formulación racional, sino a lo que ella alude: a su pregunta inconsciente. Por ejemplo:

Paciente: "Doctor, ¿qué me irá a suceder?"

Médico: "Ud. teme por su futuro, y especialmente por el de su familia, si a Ud. le llega a pasar «algo malo»".

c. El médico *transmite una ideología* propia o del grupo social al cual pertenece, cuando el paciente solicita algún tipo de alivio a su mal. Por ejemplo:

Paciente: "Doctor, no puedo soportar al paciente que está en la cama de al lado"

Médico: "Debemos ser tolerantes, ya que los médicos hacemos todo lo posible para ayudarlos". La respuesta en la cual se utiliza una ideología de tolerancia, en lugar de otra diferente, por ejemplo, una ideología egoísta, que determina no soportar lo que molesta.

La Pregunta surge en algún momento del contacto con el enfermo, con sus familiares, con otros profesionales del arte de curar, con las instituciones. El médico sabe que *La Pregunta* está siempre, y que en algún momento va a *aparecer*. Esta pregunta puede referirse a:

1. El diagnóstico; en resumen, se trata de *si el paciente tiene una enfermedad maligno o no*.
2. El pronóstico terapéutico, que en concreto alude a *si hay posibilidades o no de curación*.
3. El pronóstico (estimación) de *sobrevida* que, en sustancia, atiende a *cuanto tiempo (más) va a vivir el paciente*.
4. Las condiciones de *sobrevida* que, en definitiva, versan acerca de *las consecuencias de la enfermedad misma*.
5. Las condiciones de la terapéutica, que, en suma, se refieren a *las consecuencias de la quimioterapia, medicamentación, amputación y cirugía*.
6. El dolor (sufrimiento) y sus *posibilidades de combatirlo o no*.

Ante ello, resulta indefectible señalar aquí que *La Pregunta*, según los conocimientos psicoanalíticos, tiene un contenido manifiesto y otro latente, lo que quiere decir que la demanda del paciente se refiere al mismo tiempo a dos cosas: a una concreta y racional, y a otra que alude (implícitamente) y es afectiva. E inconsciente. Por ejemplo, si el paciente dice: "Doctor, ¿cómo me encuentro hoy?", por un lado, se refiere a algo concreto, médico; si el tumor está "más hinchado" o no, si subió la fiebre, si tal o cual análisis *salió bien*, etc. Y por el otro lado, alude a si el médico se acordó de él, si se preocupa, o realmente ocupa por (o de) él, si está haciendo *todo lo posible*.

Recordemos que *La Pregunta* más angustiosa para el paciente, sus familiares, el médico y la institución, se refiere a *la muerte*. Pero señalemos que esta pregunta constituye también una representación por un lado concreta, referente al tiempo de vida y a la forma de la finalización de la vida, pero que también alude al abandono, a la separación de los seres queridos, al destino de los que quedan (Lain, 1984).

Con base en las preguntas que el paciente le hace al médico, Freud nos dice que elaboración del duelo anticipado; es un proceso tan angustiante para la instancia psíquica del yo que tiene dificultad para procesar la información sobre su propia muerte, por que "la muerte es un concepto abstracto, de contenido negativo para el cual no nos es posible encontrar nada correlativo en lo inconsciente" (Freud, 1923, Pág. 58).

Debemos considerar que con el paciente siempre hay un *aquí y ahora*, es decir, una situación de vida. Esto no sólo es válido para el paciente y sus familiares sino también para el médico. Se ha visto que a los médicos ante el resultado arrojado por los estudios solicitados, donde se confirma el padecimiento, les resulta angustiante comunicar el diagnóstico. Por lo que dan una explicación al paciente corta, confusa, en términos médicos que le es incomprensible al propio paciente.

Con esto queremos resaltar que la deficiente capacidad para poder comunicar un diagnóstico al paciente puede provocar serios problemas a nivel del psiquismo. Sobre todo en los casos en los que el médico debe comunicar al paciente que está en peligro inminente de muerte. El galeno sabe que tiene que hablar sobre el riesgo fatal al paciente que le han encomendado. No tiene dudas de que es su deber comunicarle la noticia para que el paciente pueda hacer algo por su vida; esto también crea conflictos, miedos, horror, y dudas como: ¿A quién debo darle la noticia, al enfermo o a los familiares?, ¿Cómo va a tomar el enfermo esta noticia? ¿Podrá resistir el impacto que está implica, o bien llevará acabo un pasaje al acto como el suicidio?.

Estas cuestiones hace que se torne mucho más difícil comunicar una noticia de esta naturaleza. Porque el médico, por su parte, siente angustia y miedo para comunicar el diagnóstico, y por el otro lado como saber la forma en que el paciente lo va a tomar. Lo que el paciente necesita se refiere a un *timing* en *La Respuesta a La Pregunta*. (Etchegoyen, 1993). Es claro que el médico tiene un alto conocimiento intuitivo del trato con el paciente, y que, después de años de ejercicio de su profesión, adquiere una determinada habilidad para el diálogo con el enfermo. De cualquier manera, las precedentes consideraciones nos llevan a la conclusión de que es necesaria una cierta preparación psicológica de los médicos referente a la relación médico - paciente. Y, además, que numerosos casos de pacientes graves ó crónicos requieren ser derivados al especialista: el psicólogo, el psicoanalista o el psiquiatra, así como también, en su caso, al tanatólogo.

Es frecuente que el médico adscrito que tiene una tarea específica que cumplir y el médico de guardia o residente se vean abrumados por diversas preguntas que pueden provenir de distintas fuentes: lo que pregunta el paciente; el hartó comprensible asedio de sus familiares y amigos de uno y otros; también, las preguntas de otros colegas, la carga de trabajo en las instituciones de gobierno, las largas horas de las jornadas.

Incluso M. Mannoni (1997) habla de que la resistencia del medio hospitalario es proporcional a la impotencia que siente el médico, al darse cuenta que no se puede prolongar la vida de sus pacientes, por más esfuerzos que haga. Por lo que es frecuente que cuando ya se acerca la hora del fallecimiento del paciente los médicos se escabullan. Debido a que como hemos mencionado, la muerte siempre ha estado excluida del saber médico, así pues los médicos al no estar preparados en absoluto a ayudar a los enfermos en el final de su vida.

Ya que la muerte del paciente es el fracaso del médico y la primera reacción inconsciente que presentan es el ignorarlo o bien emprender la fuga (M. Mannoni, 1997, Cfr. Pág. 40.) Tal como en una sesión psicoterapéutica, el profesional debe responder al punto de urgencia o la muerte esto es, al cuestionamiento relacionado con el mayor monto, y momento de angustia.

La relación médico - paciente, el psicoanálisis lo ha estudiado como la transferencia y contratransferencia (Etchegoyen, 1993). En el caso del paciente terminal, lo que se transfiere o bien deposita en el médico son contenidos altamente destructivos, que resultan, como tales, muy difíciles de elaborar. De pronto, debemos saber que está relación siempre es muy traumática y es muy difícil de sostener. De allí que sea aconsejable una preparación previa del profesional en contacto con estos enfermos.

El proceso psicoanalítico consiste en *hacer consciente lo inconsciente* y, en cierta medida, es una puesta en claro de *lo oculto muchas veces, siniestro* y, por lo tanto, lleva al paciente al conocimiento de la verdad. Una de las dificultades en la relación médico - paciente de que tratamos es *si debe decirse al paciente la verdad*. En este caso, se opone la verdad a la mentira, es decir, si debe engañarse al paciente. Es por ello que la información consiste en un proceso al que llamaremos educativo. (Freud, 1913, Págs. 122 - 144). Y en este aspecto, le cabe a las instituciones brindar la información necesaria para que el doliente pueda sentir menos temor ante la enfermedad. Y el médico pueda disminuir su angustia ante la posibilidad la muerte del paciente.

Se ha dicho ya que el enfermo muchas veces no está preparado para recibir la noticia que podría serle contraproducente y, en consecuencia, se le oculta la realidad del mal. Es decir, se acepta en principio que todo enfermo tiene derecho a estar informado de su dolencia; pero, como en la práctica se sabe o se supone que en bastantes ocasiones la desnuda y cruda verdad resulta perjudicial, sobre todo, cuando es dicha sin contemplaciones, se opta por no dar la información.

Ahora bien, es claro que decir la verdad al paciente *sólo constituye problema cuando es negativa: incurabilidad, sufrimiento progresivo, muerte*. Por ello insistimos, el médico tiene que estar preparado para decirla y saber cómo decirla muchas veces, no se sabe decir, o se tiene temor en hacerlo, y el contenido de la información cuya adecuada comunicación es fundamental.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ello así, es de recordar que, en rigor, *en este tema no se pueden dar reglas fijas (...) puesto que la reacción frente al hecho de la enfermedad terminal y de su conocimiento es diferente en cada enfermo y existen todas las actitudes posibles: desde el que «exige» conocer en cada momento toda la verdad, hasta la de quien jamás hace preguntas porque prefiere «no enterarse» del mal que padece⁶.*

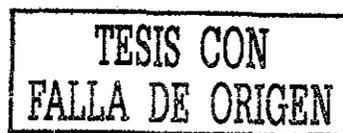
Pero puede afirmarse que la actitud a adoptar ha de ser el reconocimiento de este derecho del paciente. Sin embargo, el deber de informar no ha de entenderse en términos absolutos: el bien del enfermo inspirará las soluciones concretas. Por supuesto, *el planteamiento de informar o no al paciente no puede prescindir del acompañamiento posterior al mismo. Muchas veces se pregunta por la conveniencia o no de dar una información al enfermo sin tener suficientemente prevista la ayuda que se le ha de prestar ante sus posibles reacciones, acompañamiento y ayuda que, según lo antes expuesto, muchísimas veces debe ser psicoterapéutico.*

A todo este respecto, debe tenerse muy presente el concepto evaluativo de *calidad de vida*, el cual, referido al ámbito médico, atiende en esencia a las actuales condiciones de vida de un paciente determinado, comparadas con las que él juzga aceptables o deseables, *en situación*, o bien, con las que resulten efectivamente posibles, en función de su propio bienestar.

Cabe distinguir que entre los enfermos en fase terminal que intuyen la gravedad de su situación y que están llegando al final de sus vidas confirmando sus impresiones y proporcionando los cuidados del caso; los enfermos que, en igual situación, fingen desconocer su estado que deben ser adecuadamente informados, inclusive por amigos o parientes, y los enfermos graves incurables, pero con una cierta perspectiva de vida donde no existe una respuesta única, considerándose prudente darles a conocer poco a poco la realidad de su mal. (Alizade, 1996, Págs. 111 -124).

Queda así cuestionado el derecho del paciente a su propia vida y a su propia muerte, bordeando este tema la filosofía y la religión, más allá de la medicina y de la psicología, presentándose auténticos dilemas *éticos*. *La función del médico es conservar la vida, y hacer el dolor y la muerte lo menos traumáticos posibles. Pero no está "escrito" en qué forma debe hacerse: ¿Le debe crear al paciente falsas ilusiones o no? ¿Puede decidir el médico por sí mismo? ¿Debe dar participación al paciente y/o a sus familiares? Puede ser que no haya una regla general. Los principios y postulados éticos sólo son pautas axiológico - deónticas operativas para la toma de decisiones concretas, válidos, correctos y eficaces, pero toda decisión debe ser tomada de acuerdo a cada situación, pero nos permitimos entender que, en estas circunstancias, la conducta a adoptar en cada caso concreto, es distinta.*

⁶ Disponible en: Gherardi, Periódico La Nación, 13 de septiembre de 1995/ Octubre del 2000 /<http://www.periódico.la.nación.com>.)



Recordemos en este punto que el proceso de la enfermedad de que tratamos lleva a situaciones que podemos considerar como un cambio de identidad. Por ejemplo, *de repente el paciente se queda sin una parte de su cuerpo una mama, una pierna; es decir, se queda con un cambio como es la castración genital como la extirpación de un testículo; o se desfigura por la caída del pelo durante la quimioterapia; o queda inválido o transformado en "un monstruo" por una cirugía de cabeza y cuello, etc.* Y ese cambio que esta enfermedad significa es vivido con terror por el enfermo. Es por ello que la información a suministrarse debe ser cuidadosamente dosificada en un ser altamente sensibilizado.

Y en este drama que constituye el padecimiento terminal debemos reconocer las escasas posibilidades terapéuticas, que se le pueden ofrecer la paciente llevando al profesional a ir más allá de lo que esta realidad nos presente, entrando en el juego del paciente, familiares y sociedad, enganchándose en preguntas que no puede responder y que pueden llevar a una suerte de omnipotencia sin salida.

La sociedad impone a los médicos la obligación de curar, generando, o pudiendo generar en el profesionista sentimientos de culpa intensos al *no poder* cumplir adecuadamente con sus exigencias. Lo cual tampoco debe llevar al profesional a desesperar en esa lucha tan difícil que de común produce abandono del enfermo o una conducta fatalista. Por ejemplo, cuando el médico, ante un paciente terminal, piensa que debe dejarlo tranquilo; y así, el paciente muriente pierde uno de los pocos vínculos que lo ligan con el mundo.

Por último, señalaremos que, la medicina ha cambiado en cuanto no sólo nos preocupa (y ocupa) lo que le pasa al enfermo, como un hecho concreto, sino lo que significa lo que le sucede. Y por ello, *La pregunta* remite a una que consideramos básica y que podría formularse de la siguiente forma: ¿Por qué me sucede lo que tengo? ¿Soy culpable?, y en tal caso, ¿de qué? Y si no lo soy, ¿por qué este castigo? ¿Por qué este sufrimiento? ¿Por qué la vida es así? Doctor, ¡contésteme a esta Pregunta!

Ante esta pregunta del paciente hacia el médico, lo que subyace a nivel inconsciente es la devolución de su vida. En esa demanda que se le hace a la madre suficientemente buena, que ocupa en ese momento el médico. Pero ante esto no hay nada que pueda hacer el médico, ni ningún otro especialista. Ya que, también a ellos la muerte les genera un sentimiento de angustia, y miedo, por lo que la muerte es vista desde su área profesional como un fracaso. Mientras que como ser humano, la forma en que haga frente a la muerte de sus pacientes dependerá de su estructura psíquica, y del soporte emocional que tenga para ayudarlo a contender la angustia de trabajar con lo innombrable y lo irrepresentable para el inconsciente, como es la muerte.

De esta manera queda claro que el papel que juega la institución pública con todos sus integrantes, hace que la atención que el enfermo terminal se vea disminuida, por las problemáticas de la institución misma, y muchas veces no por el personal que labora. Es por eso que pensamos en la utilidad de la propuesta de sostén - acompañamiento, para brindarles al equipo de salud un soporte mediante el cual ellos se sientan protegidos, para poder dar esta noticia tan difícil tan enfermo terminal.

Con esto completamos lo que vendría siendo el marco teórico, por lo que ahora continuaremos en el siguiente capítulo, que es el método que se utilizó en la presente investigación.

Método

"La muerte no es más que un accidente de la vida universal; la inmortalidad la han inventado los hombres para consolarse de lo efímero de sus vidas"

Doctor Atl.

En este capítulo se hablará sobre las preguntas de investigación que se consideraron como directrices del trabajo del sostén - acompañamiento. También hablaremos de los casos clínicos primero se dará una explicación de cómo fue constituida la muestra, cómo se contacto con cada paciente, y después hablaremos caso por caso. En esta propuesta de tratamiento se contempla tanto los sentimientos del paciente en fase terminal, como aquellos, de la psicoterapeuta que le acompañaba. Debido a la importancia que ambos participantes tienen en el establecimiento de este vínculo, fue que se decidió plantear dos preguntas de investigación que van una de la mano de la otra.

V.1. Preguntas de Investigación:

¿Qué elementos subjetivos aparecen y cuáles trabajar en un sostén - acompañamiento psicoterapéutico en pacientes terminales?

¿Cuáles son las reacciones contratransferenciales que despierta el material del paciente en el psicoterapeuta que le atiende?

V. 2. Escenario:

Hospital del sistema de salud del Estado, de tercer nivel, que cuenta con más de treinta especialidades y subespecialidades. Una de estas es la de psiquiatría donde se atiende a un gran volumen de pacientes de diversas edades, y con diversos diagnósticos que van desde enfermedades mentales hasta el apoyo a otras especialidades. Esta última actividad consiste en proporcionar atención, en casos de ser cirugías mayores, amputaciones de miembros, extirpaciones de órganos, y enfermos en fase terminal.

V.3. Muestra:

La muestra estuvo constituida por siete pacientes en fase terminal, que fueron canalizados de marzo de 1998 a abril de 1999, en este hospital del sistema de salud del estado.

Se trabajaba mediante este sistema que consiste en que cuando los pacientes de un servicio requieran la de otro tipo de valoración, se les canaliza a otro servicio en el caso de cita en consulta externa. Cuando son pacientes hospitalizados, el servicio tratante, es decir, aquel que se hace cargo del paciente, se pide interconsulta a otro servicio si lo consideran necesario dado el estado del enfermo. En los casos que presentamos se siguió el procedimiento antes mencionado, de ingresar al paciente y pedir la interconsulta en este caso al servicio de psiquiatría el cual valoró a los pacientes en ocasiones anteriores que habían sido ingresados al hospital, sólo se le dio tratamiento farmacológico a estos pacientes. Cuando hubo en el hospital un psicoterapeuta que ayudara a los pacientes, se empezó a requerir su apoyo.

La muestra estuvo constituida por siete¹ pacientes en fase terminal, que fueron canalizados de marzo de 1998 a abril de 1999², en un hospital del sistema de salud. En el siguiente cuadro se presentan los datos generales:

Nombre ³	Edad	Sexo	Estado Civil	Padecimiento Médico.	Número de sesiones	Mortalidad
Alejandro	53 años	Masculino	Casado	Infarto al miocardio.	2	Sí
Julieta	62 años	Femenino	Soltera	Cáncer in situ en la tiroides extirpación del músculo esternocleidomastoideo Perdida del ojo izquierdo, Cáncer en el estómago y colón se practica una hemicolectomía, Cáncer en la matriz también la extirpación, Cáncer en el riñón izquierdo.	7	Sí
Leonardo	35 años	Masculino	Soltero	VIH/SIDA, Pneumosis Carinni.	1	Sí
Lourdes	50 años.	Femenina	Casada	Tumor cerebral, aracnoidecele.	1	Sí
Patricia	44 años	Femenino	Casada	VIH/SIDA	20	No

¹ En dos casos los pacientes mostraban supresión de las facultades mentales superiores, por lo que no fue posible proporcionar un sostén - acompañamiento.

² Duración del programa que aquí se reseña.

³ Los nombres de los pacientes son ficticios.

V. 4. Procedimiento:

La recolección de datos se siguió teniendo presentes los siguientes puntos. Para facilitar su lectura, se les dividió en etapas, aunque en realidad se daban simultáneamente y en cada encuentro que tenían el paciente y el psicoterapeuta.

Los tópicos que se trabajaron en las sesiones de sostén – acompañamiento, son los siguientes:

1era. Etapa:

- A) Ofrecimiento del sostén acompañamiento.
- B) Presentación del terapeuta y paciente.
- C) Motivo de consulta, historia familiar y del padecimiento⁴. ¿Quién le da el diagnóstico? ¿Cómo le dan el diagnóstico? ¿Acepta o niega este diagnóstico?
- D) Encuadre.

2nda. Etapa:

- A) Grado de conocimiento o desconocimiento de su padecimiento.
- B) Explorar las fantasías acerca de la enfermedad.
- C) Comprensión de la problemática, a la vez que se lleva acabo el acompañamiento terapéutico. (Holding, según Winnicott).

Simultáneamente y por parte del psicoterapeuta:

- D) Detectar las reacciones contratransferenciales, por parte del psicoterapeuta.

La manera en que se llevaba acabo este procedimiento era la siguiente, primero se le realizaba acabo al paciente una valoración médica general en urgencias, posteriormente se solicitaba la interconsulta con la especialidad o subespecialidad correspondiente, de ahí se le ingresaba a piso. Una vez que el paciente se encontraba internado se le realizaban estudios de laboratorio, o le tomaban radiografías en caso de requerirlo, en esta etapa se perdían horas o incluso días que eran importantes, para la valoración de los pacientes.

⁴ La evolución del padecimiento, es revisada previa a la sesión, en el expediente clínico del paciente.

Posteriormente si los exámenes de laboratorio arrojaban algunos resultados de los cuales el servicio tratante consideraba que necesitaban ser valorados por otro servicio. En el caso específico de las interconsultas a psiquiatría estas resultaban ser un poco más complejas porque si nadie percibía que los pacientes tuvieran conductas anormales o lo vieran deprimido en extremo no se solicitaban las interconsultas.

Todos los pacientes fueron canalizados por las otras especialidades que se encuentran en este hospital al servicio de psiquiatría, a través de una interconsulta. Ellos fueron entrevistados por el Jefe del servicio de psiquiatría, quien realizó la primera entrevista, posteriormente se decidió cual de los cinco psiquiatras que laboraban, en el servicio los iba a atender. Posteriormente eran canalizados con la investigadora, quien se encargaba de realizar el sostén - acompañamiento.

Este largo proceso trajo como consecuencia una reducción del tiempo en el se brinda atención a cada paciente. El sostén - acompañamiento que se proporciono también dependió de la situación en que se encontraba el paciente, así como la urgencia de cada caso.⁵

Muchas otras veces sucedió que sólo se informaba al paciente de su diagnóstico previo, lo mismo que a los familiares se les decía que la persona se encontraba en una fase terminal y que iba a fallecer. En ese momento se pedía la ayuda. En un principio, este hospital sólo contaba con una tanatóloga, una trabajadora social y con el psiquiatra. Posteriormente, como estas personas estaban muy saturadas de trabajo, fue incluida la psicoterapeuta que realizó esta investigación. En algunos casos, las interconsultas a veces tardaban tanto que el paciente se encontraba muy deteriorado neurológicamente o bien moría antes de que se llevara a cabo el apoyo profesional, como en los dos casos que sólo se mencionan en la muestra.

Se decidió integrar al psicoterapeuta a este grupo para ayudar a los pacientes y aminorar la carga de trabajo de la tanatóloga, la trabajadora social y la psiquiatra. Cuando llegaron a mis manos las interconsultas de estos pacientes por lo menos tenían un mes de atraso, ambos pacientes provenían de diferentes servicios y ya contaban con una estancia prolongada dentro del hospital. Cuando se realizaron ambas interconsultas ya los pacientes se encontraban sumamente deteriorados en sus funciones mentales superiores, en coma y el paciente Pedro se encontraba mucho más deteriorado neurológicamente que Braulio, pero en ambos pacientes se encontraban privados de la palabra, es decir, no tenían ya la facultad de hablar, se encontraban en terapia intensiva⁶.

⁵Debido a esto, el número de sesiones que fue atendido cada paciente fue variable.

⁶La importancia de hablar de estos pacientes se debe a que muchas veces por tramites burocráticos, y por exceso de trabajo muchos pacientes mueren sin ser atendidos y en el más completo abandono psicológico. Como en este caso que no se pudo llevar a cabo el sostén - acompañamiento.

Tal parece que la institución ejerce una violencia hacia los trabajadores del área de salud mental y en este caso del psicoterapeuta cuando, a sabiendas de que los pacientes se encontraban en terapia intensiva, no se suspendió la petición de interconsulta. Y pareciera que a falta de contención de los médicos, y del personal de enfermería, se le llama al psicoterapeuta con la esperanza de que haga algo o por lo menos que ayude al paciente a que se vaya en paz, cubriendo así la función del sacerdote y dándole al personal la oportunidad de sentir que el paciente no murió sin ayuda, cosa que les tranquiliza a ellos, pero que resulta muy impresionante para quien no esta en contacto directo con la muerte corporal.

Los pacientes, que son contados dentro de la muestra es importante mencionarlos por la problemática intrínseca que presentaban de antemano. Por lo que ahora nos abocaremos a hablar de ellos, con los cuales fue posible una mayor interacción y los elementos que cada uno de ellos aportó, para mejorar el trabajo con el subsecuente paciente. Una vez que fue ofrecido a los pacientes terminales abriéndoles la opción de elegirlo o no. En caso de aceptarlo, se concertaron las citas. Posteriormente se procedió a informarse sobre el tipo de padecimiento que tuvo la persona, obteniendo la información del expediente clínico.

Llegado el día de la sesión, se llevaba acabó la presentación formal entre paciente y psicoterapeuta. Simultáneamente, y aunque no se diera al paciente un encuadre fijo, el psicoterapeuta lo tenía presente para apoyarse sobre el conocimiento teórico. Debido a que muchos de estos pacientes no sobrevivieron a más de un encuentro.

Después en este encuentro se exploró lo antes mencionado en la recolección de datos. A la par que uno preguntaba o bien los temas solos iban surgiendo uno se percató de las fantasías que les surgieron acerca de la enfermedad. Si eran percibidas como castigo por alguna mala acción, si se les importaba o no padecer esta u otra enfermedad, si les apenaba tener la enfermedad, si tenía claro que padecieron. Mientras uno escuchaba esto se trato de entender la problemática, a la vez que se lleva acabo el acompañamiento, que consistió en brindarle apoyo mediante la escucha analítica, disminuir la angustia y el sufrimiento del paciente en la medida de lo posible. Ya fuera explicándole lo que no entendió sobre su padecimiento, tratando de sugerir que se despidiera de la familia, valorando las cosas que hizo durante su vida. Finalmente, tratar de rescatar lo bueno de la vida del paciente.

Adicionalmente, en algunas ocasiones el paciente no pudo acudir a sesión porque se tuvo que someter a otros estudios; en otros casos, porque recibió algún tratamiento en otro servicio que llevaba a cabo un seguimiento de su padecimiento. La propuesta de sostén – acompañamiento se estructuró de acuerdo con las condiciones existentes en la institución.

Muchas veces durante la sesión, sin poder evitarlo, se tomaban notas que sirvieron de guía, ya que al finalizar se transcribió la sesión casi en su totalidad, que estas notas servían para la reflexión, entendimiento y poder articular con la teoría lo que sucedía.

Es decir, las notas tomadas durante la sesión sirvieron primeramente para reflexionar desde la vivencia del propio psicoterapeuta, lo que escuchaba. Y tratar de entender que decía en su discurso el paciente, lo que encontraba en este trataba de ser explicado en el ámbito teórico, como por ejemplo mecanismos de defensa, frases que sirvieron de contención, elementos alfa y beta, que tipo de identificaciones se jugaban, los silencios, la mirada, la escucha⁷.

Simultáneamente y por parte del psicoterapeuta, mediante el apoyo de análisis didáctico se trató de entender en el ámbito personal las reacciones contratransferenciales, por parte del psicoterapeuta, durante estos encuentros. Tratando de obtener en dos planos muy distintos una comprensión de algo que causa angustia y que a la vez, tenía que tener un marco teórico que me ayudara a sentirme apoyada.

Aquí quisiera retomar algo que considero encierra el significado de esta experiencia, cuando somos la escucha de estos doliente en su último recorrido, sentimos y pensamos muchas cosas que generalmente nos son displacenteras, citó a Alizalde que explica esto: "La muerte como broche de la vida da testimonio acerca del alma del sujeto que la vive. Vivir la muerte es un arte especial que solicita un montaje de creatividad. [...] Si bien la muerte sumerge al hombre [paciente o psicoterapeuta] en la universalidad de un suceso inevitable, su inserción como sujeto hablante le otorga un amplio margen desde donde hacer con su muerte un poema o un acto cobarde. Respetar los límites del otro forma parte de la tarea de quien habrá de acercarse a escuchar y acompañar la travesía hacia el otro mundo. No es fácil asistir a la propia desintegración material del cuerpo. Se tiene derecho al miedo y a la pusilanimidad" (1996, Pág. 35).

De todo esto resulta esta experiencia tan rica que incidió en la clínica. Dando paso a este tipo de propuesta de tratamiento, que poco a poco se fue formando de lo sucedido durante este programa que se realizó en el hospital de salud. Por lo que la aportación permitió si se puede decir así, que se llene un vacío teórico muy importante para las personas que trabajan con los pacientes moribundos o bien en fase terminal, desde el marco psicoanalítico.

⁷ Todos estos temas eran discutidos en un seminario de supervisión donde se compartía con un psicoterapeuta o psicoanalista con mayor experiencia, que me ayudara a articular lo aprendido con lo que se escuchaba en el discurso del paciente. Este grupo de supervisión también sirvió para reflexionar de manera teórica lo que estaba sucediendo con los pacientes y darme apoyo con la lectura.

Por eso en el siguiente capítulo hablaremos de cada uno de los pacientes, cómo se llevaron acabo las sesiones y lo que cada uno aportó para la creación de esta propuesta. Posteriormente, veremos los elementos que tuvieron en común enlazándolos con la explicación teórica, y se finalizará ahondando en la experiencia subjetiva del psicoterapeuta.

Capítulo VI

Resultados e interpretación

"No os toméis la vida demasiado en serio; de todas maneras, no saldréis vivos de ésta".

Bernard de Fontenelle.

El propósito que este trabajo persigue, es el de comunicar la experiencia durante el sostén - acompañamiento que se brindó a los pacientes en fase terminal. Por ello, hablaremos de los elementos en común que se detectaron en los pacientes para afrontar su muerte próxima; y por otro lado, de aquéllos que tienen que ver con características individuales, lo que le depositan en el psicoterapeuta, es decir, la transferencia.

Con los pacientes terminales o en fase terminal, a pesar de que se tienen pocas sesiones, el vínculo se vuelve intenso. La transferencia por parte de ellos hacia el psicoterapeuta, se presenta de manera masiva. Esto hace que la contratransferencia, sea igual de intensa, ya que, como tratantes de la salud y como parte de un equipo interdisciplinario, también reaccionamos a este vínculo tan intenso con el paciente. De ahí que, hablaremos de los miedos, expectativas, frustraciones que sentimos durante esos momentos. Abordaremos las maneras en que cada paciente afronta su muerte, la manera en que se le apoyó, las reacciones transferenciales y las contratransferenciales, que se suscitaron durante el sostén - acompañamiento.

También se retomará lo que se ha presentado en la sección teórica, por lo que comentaremos lo acontecido con cada paciente desde la teoría psicoanalítica, cuáles fueron los conceptos que nos ayudaron a sustentar la propuesta de sostén - acompañamiento en cada paciente. Para que en un futuro pueda ser ampliada, utilizada y mejorada, en su aplicación en el trabajo con enfermos en fase terminal.

La intervención psicológica, es decir, el sostén acompañamiento que se realizó con cada paciente, tiene matices distintos por lo que se hablará, en primer lugar, de los datos generales de cada paciente, a manera de presentación. Posteriormente, plantearemos los puntos que toca el sostén - acompañamiento, y los explicaremos de la forma más detallada y didáctica posible. Para después presentar los casos específicos, en cuanto a lo que el paciente pidió, y lo que el paciente le dio al psicoterapeuta. Engarzando esto, por último, con las reacciones contratransferenciales.

A continuación, presentaremos los datos generales de los pacientes. Cabe aclarar que en algunos casos los datos son escasos, debido a que con algunos pacientes sólo fue posible tener una sesión.

VI.1. Descripción de casos clínicos:

VI.1.1. Alejandro:

Alejandro tiene 53 años de edad, su estado civil, es casado. De ese matrimonio tiene dos hijos, profesa la religión católica. El había cursado previamente con un infarto al miocardio. Su edad cronológica no corresponde con su aspecto físico; se ve mucho mayor, de lo que es. Es un hombre sumamente delgado, pálido, presentaba cianosis en las puntas de los dedos, en los pies, en los labios y algunas partes de su cuerpo incluso se veían amoratadas. Tiene tez blanca, pelo negro desaliñado, complexión delgada, al parecer es una persona alta. Se ve sumamente demacrado y tienen un rostro muy anguloso.

De los datos que obtenemos de su vida, lo resumimos a continuación, para conocerlo mejor. Sobre su infancia nos dice que es el segundo hijo y el menor del matrimonio de sus padres. Alejandro tiene un hermano mayor que siempre fue el consentido de la abuela, mientras que a él lo rechazaba mucho. Mientras que sentía que sus padres los consentían a él y a su hermano por igual. Refiere que su hermano siempre fue muy exitoso.

Sobre su vida ya de adulto, comenta que él estudió contaduría pública y se queda como pasante, no se sabe cuándo contrae matrimonio, pero se sabe que de éste tiene dos hijos a los que quiere mucho. Comenta que con su esposa tiene una pésima relación casi desde el inicio del matrimonio.

Durante algunos años trabajó en el área de la banca privada, pero en 1996 lo despiden junto con sus compañeros de equipo, de ahí que curse con una depresión. Durante 1997 sufre un primer infarto, y en 1998 sufre el segundo infarto por el cual es internado. En la segunda ocasión que es cuando se lleva acabo el sostén acompañamiento.

VI.1.2. Julieta:

Ella tiene 62 años de edad, su estado civil soltera, tiene un hijo, profesa la religión católica. Es una mujer, cuya edad cronológica no corresponde a su fisonomía. Es de tez blanca, pelo negro y lacio, compleción media, estatura baja. Siempre se encuentra muy acicalada, con las uñas pintadas, al igual que su rostro. El aspecto de Julieta es impactante debido a las múltiples mutilaciones que tiene en el cuerpo. Ella sufre la pérdida del ojo izquierdo en el cual trae una prótesis, además, debido al cáncer sufre la pérdida de un músculo en el cuello, lo que le hace tener la cabeza inclinada del lado izquierdo. En su vientre posee múltiples cicatrices.

El motivo por el cual se pide la interconsulta con psiquiatría es porque tiene un tic en la boca. Debido a este, entenderla resultaba difícil, ya que se tenía que jalar la comisura de los labios hacia el lado derecho para poder hablar.

Lo que nos comenta Julieta, sobre su vida es lo que presentamos a continuación. Ella es la tercera de seis hijos, aunque se considera la mayor. Porque siempre fue el brazo derecho de su madre, desde que su padre falleció. Julieta comienza a trabajar a la edad de 14 años.

Posteriormente, los dos hermanos mayores que ella fallecen, y con mayor razón se ve obligada a trabajar para sacar a las hermanas menores adelante, después dos de sus hermanas se quedan viudas, y regresan con sus hijos a vivir con ella. Por lo que ahora tiene que sacar adelante a las hermanas y a los sobrinos.

Durante varios años trabajó como secretaria en diferentes oficinas gubernamentales, ella se describe como excelente en el desempeño de su trabajo. A la edad de 34 años conoce al padre de su hijo, y decide que no se quiere casar, pero tiene un hijo. La relación con el padre del niño es de apenas dos o tres años, nunca vivieron juntos, hasta que deciden terminar, y nunca se vuelven a ver.

Así transcurre durante muchos años la vida de Julieta, hasta que comienzan sus enfermedades. Esto la ha hecho estar muy enojada y ansiosa, por las presiones que siempre tuvo del trabajo. Actualmente también está ansiosa, molesta y dice que deprimida porque a raíz de que no trabaja, sus familiares le dan dinero, situación que no le gusta. Julieta, parece no darle la importancia debida a las enfermedades cancerosas, ya que las menciona poco. Pero el tic que tiene en la boca, parece preocuparle mucho, ya que dedica bastante tiempo a hablar de ello y de los pleitos con sus sobrinos.

VI.1.3. Leonardo:

Leonardo tiene 35 años, su estado civil soltero, su preferencia sexual es de tipo homosexual. El es un hombre que está muy delgado, pálido, su cráneo se encuentra cubierto por una pelusa de color castaño, los rasgos de su cara se ven muy finos, su corte de cara es largo y tiene una estatura media. Se encuentra lleno de úlceras en los ojos y con muchos derrames. En la boca también tiene muchas úlceras, y dificultad para hablar ya que tiene *Pneumocystis Carinni*, que es un tipo de neumonía. Esto hace que se vea muy avejentado por los síntomas del VIH/SIDA. Su edad cronológica no corresponde con su estado físico ya que, como lo mencione se encuentra muy deteriorado.

Al momento de la sesión Leonardo lleva 7 años con VIH/SIDA. Además tenía mucha dificultad para hablar por las llagas en la boca y la neumonía que padecía. De su vida realmente se sabe muy poco, de lo que él habla principalmente es del teatro, él estudia arte dramático en una universidad pública, y piensa que ya no va a poder terminar su carrera.

El tema que predomina es su familia, la preocupación porque sus padres no saben qué hacer sin él, ya que Leonardo, siempre ha tomado las decisiones importantes en su casa. También comenta que tiene un hermano, no se sabe el lugar que ocupa, pero refiere que es muy rebelde y que cuando él muera, no va haber quién ponga orden en su casa.

El también habla sobre su homosexualidad, y dice que cuando él iba a nacer, su madre deseaba tener una niña, por lo que cuando era pequeño lo vestía como niña y lo hacía comportarse como tal, piensa que eso determinó su homosexualidad. También comenta que la relación con su madre es agresiva y no se lleva bien con ella. Con Leonardo sólo nos reunimos una vez ya que después entro en coma y murió

VI.1.4. Lourdes:

Lourdes es una mujer de 50 años de edad, estado civil casada, tiene 3 hijas, religión católica. Lourdes es una mujer que presenta un sobrepeso importante. Tiene pelo corto teñido de color rojizo oscuro, tez morena, cara redonda, con un rictus de tristeza. Debido a su padecimiento la mirada no la mantiene fija, y sin embargo, se ve bien. Su edad cronológica, sí corresponde con su edad física.

Ella tiene un tumor cerebral a nivel del quiasma óptico el cual le impide tener una visión completa en los cuatro cuadrantes visuales, por lo que ella sólo ve en dos cuadrantes. Este tumor es del tipo llamado aracnoidocele, consiste en que oprime la parte superior del cerebro medio. A pesar de ya haber sido operado y mejorar, recidiva. Una reoperación del mismo se hace imposible porque aumentó su tamaño y actualmente se encuentra comprimiendo casi todo el cerebro.

Comenta que uno de sus principales síntomas es la falta de equilibrio. Cuando está parada, siente que se va hacia atrás, le da una sensación de que va a caer, debido a la pérdida del equilibrio, aunado a la dificultad de la visión. Esto hace que Lourdes se pegue o se caiga, cuando intenta caminar, por lo que no le gusta moverse cuando se encuentra sola.

VI.1.5. Patricia:

Patricia, es una mujer de 44 años de edad, cuya edad cronológica corresponde con la física. Es casada y tiene 2 hijos. La religión que profesa es la católica. Ella es una mujer de tez morena, pelo rizado, negro y muy corto, de estatura mediana, de complexión delgada, cara redonda, bien conservada tenía una piel muy tersa, ojos negros grandes, boca grande.

Es una mujer muy acicalada en su arreglo, de buen talante, y bien vestida, generalmente con conjuntos de saco con falda. Ella padece de VIH/SIDA, se encuentra en el segundo estadio, y aunque tiene algunas llagas en la boca, no se le nota todavía ningún deterioro físico. Incluso su conteo celular bimestral es muy bueno.

Es hija del primer matrimonio de su madre quien es oriunda del D.F. Su padre oriundo de Oaxaca, y él fallece cuando ella tiene 13 o 14 años de edad. Tiene una hermana 5 años menor que ella. Su ocupación actual es la de secretaria, sólo terminó la secundaria. Se casa a los 18 años, actualmente tiene 25 años de casada, tiene dos hijos de este matrimonio el mayor tiene 24 años, se encuentra cursando la carrera de matemáticas aplicadas a la computación y el menor 19 años, está terminando la preparatoria. Ambos muchachos trabajan para ayudar con los gastos de la casa.

El marido es 10 años, mayor que ella, y trabaja de taxista, aunque últimamente ya casi no lleva dinero a la casa. El también padece de VIH/SIDA, pero se resiste a cuidarse y se encuentra más deteriorado que Patricia. La relación entre ellos es muy mala, ya que no se hablan, sino para lo indispensable.

Ella tiene una muy buena relación con sus hijos, ambos son responsables y procuran estar al pendiente tanto de la madre como del padre, debido a que ambos están enfermos. Patricia gusta mucho de hacer ejercicio, por lo que dos veces por semana acude a clases de baile, cosa que disfruta mucho. También gusta de los eventos culturales por lo que trata de asistir a la mayoría de ellos.

La madre de Patricia todavía vive, con ella tiene una relación difícil, ya que aquélla se volvió a casar. Esta segunda pareja de su madre, no es del agrado de Patricia, porque toma mucho. Por lo que ella se ha distanciado de su madre. Con su hermana consanguínea, tiene una relación buena y comparten muchas cosas, excepto que padece VIH/SIDA. Tampoco su madre sabe nada al respecto.

Una vez presentados los datos esenciales de cada uno de los pacientes, procederemos a hablar primero de la propuesta de sostén - acompañamiento implementada de forma detallada describiendo en qué consiste cada paso, y posteriormente de lo que se logró con cada paciente. Con esto se busca ofrecer una perspectiva más amplia de esta propuesta de tratamiento.

VI. 2. El proceso de Sostén - Acompañamiento:

Comenzaremos hablando de cómo se dio este proceso de sostén - acompañamiento. Para ello explicaremos en qué consiste cada etapa de esta propuesta de tratamiento. Posteriormente se presentará un análisis más detallado, y analizaremos caso por caso.

VI.2.1. El proceso de Sostén - Acompañamiento de forma general:

Este proceso consiste en dos etapas, que a su vez se subdividen en puntos específicos a realizar, y se interrelacionan uno con otro. Estos puntos de los que hablamos sirven de guía al psicoterapeuta, para ayudarlo durante este abordaje con los pacientes en fase terminal. Además, sirve como un apoyo teórico importante, para entender qué es lo que sucede con los enfermos en fase terminal.

Los tópicos que se trabajan en las sesiones de sostén – acompañamiento, los mencionamos a continuación:

1era. Etapa: Es el establecimiento del rapport y el inicio de la relación terapéutica.

A) Ofrecimiento del sostén acompañamiento: Este resulta importante porque aunque muchos pacientes se encuentren en una etapa terminal, y se haga necesario el apoyo psicológico, no todos lo aceptan. Nosotros partimos del supuesto de que había que consultar al enfermo sobre si aceptaba o no la ayuda que se les brindaba.

Este ofrecimiento dura tan sólo unos minutos, ya que generalmente cuando se pide la interconsulta a psiquiatría, se brinda el tratamiento farmacológico, y es ahí cuando el psicoterapeuta les ofrece el apoyo psicológico. Para que esta propuesta resulte útil, es necesario que el paciente desee recibirlo¹.

B) Presentación del terapeuta y paciente: Es importante que ambos integrantes de la pareja terapéutica se conozcan, para establecer lo que comúnmente conocemos como rapport, y que posteriormente se establezca el encuadre.

En algunas ocasiones puede intervenir alguno de los médicos tratantes del paciente, para facilitar el proceso, como por ejemplo, en las instituciones de salud pública, donde no solamente un médico trata al paciente sino que es tratado por el servicio. Esto se lleva a cabo con la finalidad de que el paciente vaya familiarizándose con los miembros del servicio tratante.

C) Motivo de consulta, historia familiar y del padecimiento²: ¿Quién le da el diagnóstico? ¿Cómo le dan el diagnóstico? ¿Acepta o niega este diagnóstico?: Vemos que este punto es de vital importancia para conocer la historia del paciente. Aunque antes de la sesión el psicoterapeuta tenga la información necesaria sobre el padecimiento médico del enfermo, siempre debemos de oír su versión, cómo percibe él todo lo que le está sucediendo, porque cada persona se enfrenta de manera distinta a la enfermedad. Estas son las cuestiones individualizadas que hay que explorar con cada uno de los pacientes.

¹ Freud (1912), nos habla de la necesidad de que exista una demanda de tratamiento por parte del paciente, ya que es una de las principales herramientas para que se establezca la neurosis de transferencia y posteriormente que se llegue a la cura del paciente.

² El padecimiento, lo que significa, su pronóstico, formas de diagnóstico, y tipos de tratamiento, se buscan en libros médicos en caso de dudas al respecto. Mientras que la evolución del padecimiento es revisada, antes de la sesión, en el expediente clínico del paciente.

También resulta importante saber cómo se enteran los pacientes de su diagnóstico, puede ser que sea por boca del médico, o bien de otra persona. En algunos casos no se puede amortiguar el shock, que produce saber que se tiene una enfermedad incurable durante algún tiempo. Esto depende del tipo de enfermedad que se tenga ya que según la persona y el tipo de padecimiento, éste será enfrentado.

Con esto nos referimos a que si bien es cierto que nadie quiere morir, el aceptar que se tiene una enfermedad, inicia siempre con una negación. Se puede pensar en que el diagnóstico está equivocado, por lo que, por lo regular se pide una segunda opinión. También se busca tratar de comprender cuáles son los síntomas durante el curso de la enfermedad, si es que aun no se presentan, así como sus alcances. Esto implica seguir las indicaciones que el médico proporciona, observen determinadas pautas de autocuidado, de llevar a cabo el tratamiento de la mejor manera posible, someterse a los estudios o tratamientos que el médico considere necesarios.

En el caso de negación de la enfermedad, donde no queremos darnos por enterados, o no llevamos a cabo las indicaciones que el médico nos brinda, evadimos todo lo tocante al tema e incluso, se continúan haciendo planes a largo plazo, que no se cumplirán nunca.

Otro punto de suma importancia, es la manera en que la familia le hace frente a la noticia. Ya sea por medio del apoyo al enfermo, o también puede darse el caso de que los familiares nieguen la enfermedad, o bien el rechazo por parte de la familia, hacia el enfermo.

D) Encuadre: Este concepto es tomado del psicoanálisis, y se refiere a las reglas que se observan durante las sesiones. El encuadre se realiza con el interesado; se hace un contrato verbal con la persona en donde se fija la hora, el lugar y la duración de las sesiones.

Este es el marco dentro del cual se va a desarrollar la situación terapéutica. Este nos sirve secundariamente a los terapeutas, como una forma de protección que nos ayuda a disminuir nuestra angustia. Nosotros tuvimos que modificar este encuadre clásico, en cuanto a lugar, debido a que en la mayoría de las ocasiones, las sesiones eran llevadas a cabo junto a una cama de terapia intensiva. La duración de esta propuesta de tratamiento, llamada sostén acompañamiento, era de número de sesiones variables, debido a que los pacientes eran sometidos a otros estudios, por lo delicado de su condición, esto llevó a que se hicieran modificaciones en la programación de las sesiones. Y ocurrió que en ocasiones los pacientes fueron vistos sólo una vez o dos veces, debido a su precario estado de salud.

La manera en que el encuadre, nos ayuda a nosotros disminuir la angustia como psicoterapeutas, se debe a que es una herramienta que nos sirve de soporte interno, para llevar a cabo las sesiones con los pacientes en fase terminal.

Es decir, cuando el paciente habla de un tema, éste será visto como material de la sesión y en función de la realidad psíquica del enfermo. De esta manera, el material puede ser considerado desde dos puntos de vista: el interno, que es la contratransferencia, y el externo, cuando se revisa en la supervisión, el material brindado por el paciente. Esto ayuda a que el impacto emocional disminuya.

2a. Etapa: El sostén - acompañamiento, propiamente dicho.

- A) Grado de conocimiento o desconocimiento de su padecimiento:** Durante el desarrollo de la sesión, estos temas van apareciendo. Empezar a hablar del diagnóstico, y de la situación en la que se entera de éste, nos da la pauta para explorar este punto. En ese primer momento sólo escuchamos la historia médica que entiende, no importa si tiene o no que ver con la realidad, lo importante es explorar cuál es la realidad psíquica del paciente, ya que nadie sabe más de su vida y de su enfermedad que el paciente mismo, desde su lugar.

Después, podemos cuestionar la información que el paciente nos brinda en caso de que no entendamos lo que el nos trata de decir. Hay que preguntar lo que piensa de la información recibida, la idea que tiene de su enfermedad, ya que de esta manera se puede ir orientando al enfermo, sobre los distintos pronósticos de la enfermedad, las posibilidades y tipos de tratamientos, según el padecimiento. Se puede preguntar de dónde obtuvo la información, si cree por ejemplo, que le vaya a ayudar en algo someterse a una cirugía a un paciente con la Enfermedad del Parkinson, donde se desconoce el porcentaje en el que esta intervención pueda ayudar a disminuir el temblor. ¿Qué quiere el paciente hacer al respecto?, Puede decidir asumir el riesgo o quedarse como está. En este momento se busca la forma en la que el saber puede ser utilizado como una manera de hacer frente a la enfermedad, como en este caso, del Parkinson. Aquí se le escucha, se le contiene el malestar y se le ayuda a metabolizar la angustia en la medida de lo posible y si el paciente está dispuesto a hacerlo, y se deberá estar con el paciente de la manera que el lo solicite, con el habla, con los silencios, o la mirada.

En el caso de que un paciente no tenga idea acerca de su padecimiento, habrá que incitarlo a que le pregunte a su médico tratante acerca de la literatura al respecto de su padecimiento, si es que el paciente lo desea. De manera que sepa cuales son los tratamientos que existen, sus pros y contras, así como ayudarlo a pensar cual será el tratamiento más indicado en su caso. Esto porque el saber que el paciente tiene acerca de su enfermedad determina su actitud ante ésta, aunque algunas veces este saber causa malestar.

B) Explorar las fantasías acerca de la enfermedad: Aunque los pacientes tengan información sobre su padecimiento, siempre surgen las fantasías. Estas deben de ser escuchadas con mucha atención, porque ellas son el reflejo de la realidad psíquica que vive el paciente que se encuentra enfrentado a la muerte. Estas fantasías pueden referirse al enojo por tener una enfermedad, el pensar que gracias a esto su vida acaba. También puede ser que sea tan dolorosa la situación que no se le quiera enfrentar. Aquí también debemos explorar el motivo por el cual los pacientes piensan que enfermaron. Por ejemplo, algunos piensan que fue por descuido en su salud, el resultado de haberse mal pasado durante mucho tiempo, otros porque fue un castigo por haber obrado mal en su vida. Lo esencial, es escuchar las explicaciones mágicas que el paciente tiene acerca de su enfermedad, es decir, el ¿Porqué surgió su enfermedad? también sobre la evolución de la enfermedad. En algunos casos el paciente recurre a las opciones esotéricas o a la medicina, pensando que eso lo va a curar. Esto también es importante escucharlo, para hacerle ver al paciente que tal vez esa cura no le sirva. Estas fantasías no sólo ocurren con los pacientes terminales, sino también en otros ámbitos de la vida, pero nosotros lo aplicaremos a este caso en particular.

C) Tratar de entender la problemática, a la vez que se lleva a cabo el sostén - acompañamiento terapéutico: Llevado a cabo lo anterior, este punto se resume en tratar de entender la problemática desde el lugar del paciente. Aquí también entra lo que llamaremos la trascendencia; que el paciente sea capaz de construir su muerte, mediante la realización del testamento, y la despedida de su familia, como lo mencionamos en el capítulo dos. Esto es lo que nosotros entenderemos como un principio de realidad, dentro de la problemática del paciente.

Este punto también consiste en brindarle apoyo al paciente, llevando a cabo el papel de la madre suficientemente buena, que contiene, sostiene y acompaña mediante la escucha analítica y la comprensión para disminuir la angustia y el sufrimiento del paciente en la medida de lo posible. Este paso se lleva a cabo desde el inicio y está presente siempre, involucrando a todos los incisivos anteriores, en la medida en que atendemos las necesidades o requerimientos que van surgiendo

Simultáneamente y por parte del psicoterapeuta:

D) Detectar las reacciones contratransferenciales: Este aspecto del trabajo es el más difícil, la supervisión realizada por un experto, ayuda a diferenciar y metabolizar los sentimientos generados con respecto al paciente. Muchas veces estos sentimientos se relacionan con el deseo de abandonar al paciente, de no quererlo atender.

El apoyo y el continente del psicoterapeuta, son la supervisión de casos clínicos y el análisis didáctico, es el que llevan acabo los psicólogos, con otro psicólogo de mayor experiencia, para yudarlos a conocer sus puntos ciegos. En estos espacios, se puede hablar libremente de los sentimientos que nos despierta el paciente. En el primero, trataremos de entender qué sucede tanto en la clínica como en la teoría. Mientras que en el segundo hablaremos de lo que nos toca internamente como seres humanos, como rechazo, culpas, miedos, en fin, todo aquello que sentimos, y que se relaciona con nuestra vida.

Como el horror que despierta ver a un paciente en terapia intensiva, o que tiene un aspecto deteriorado por múltiples mutilaciones causadas por su enfermedad, o el ver a un paciente que se encuentra a punto de morir lleno de llagas, conectado con tubos por todos lados. Y el tener que devolverle una mirada que no sea de espanto, sino de completud, incluso de cariño.

Estos son pensamientos o ideas que no podemos decirle al paciente, y que necesitamos expresarlo, entenderlo e incluso caer en cuenta del porqué, ya que son experiencias impactantes, y que le pueden cambiar la vida al psicoterapeuta.

De manera muy general y explícita, hemos presentar la propuesta de tratamiento de sostén - acompañamiento en cada una de las etapas y sus subdivisiones. A continuación hablaremos de cómo se llevó a cabo este proceso con cada paciente.

VI.2. 2. El proceso de sostén - acompañamiento, en cada paciente:

Ahora, hablaremos de proceso de sostén - acompañamiento, que se dió con cada paciente. A pesar de ser una propuesta concreta, los rasgos personalidad, y la historia de cada paciente hicieron de cada tratamiento, un caso único.

VI.2.2.1. Alejandro:

Con Alejandro, el sostén acompañamiento resultó muy difícil, ya que no pudimos pasar del encuadre. Él acepta el ofrecimiento de este apoyo psicológico, somos presentados por la psiquiatra encargada del caso y de ahí en adelante comenzó el enojo, el rechazo, la molestia.

Tuvimos dos sesiones, que se llevaron a cabo junto a su cama en terapia intensiva, él presentaba dificultad para expresarse. Esta situación no tenía que ver con el deterioro físico, sino con el aspecto emocional. Durante el sostén - acompañamiento que se le brindó, él se veía enojado, molesto, e incluso agresivo. Este último rasgo se manifestaba por un silencio que parecía de molestia, con él casi no se pudo platicar, ya que daba poca información. Lo que se hizo fue acompañarlo mediante el silencio, para tratar de contener su enojo frente a la muerte.

Como ya mencionamos, durante las dos sesiones se le veía mal encarado, su rictus facial se encontraba tenso, los sentimientos y la actitud que transmitía eran de rechazo, a través de mostrarse enojado, molesto, e incluso agresivo. Como lo vimos anteriormente, esto es la expresión muda de la *pulsión de muerte* que, volcada al exterior, se traduce precisamente en este enojo contra la vida, no permitiéndole al sujeto expresarse ni aún en esos últimos momentos.

La importancia de la verbalización, se debe a que mediante ésta el paciente nos da a conocer su realidad psíquica, lo que vive y como lo vive. Este saber del paciente con respecto a su enfermedad, porque ponerlo en palabras puede ayudar a disminuir su angustia, que es causada por la situación.

En este caso la angustia llegó a ser tan insostenible, que el paciente aún conciente de su padecimiento no tolera hablar de él. Sólo durante determinados instantes tocaba el tema, o bien habla mediante *su conducta de silencio*. Porque Alejandro no necesitó de las palabras para expresar lo que sentía. En este caso, lo hizo mediante el lenguaje preverbal.

En el caso de Alejandro, el morir solo, es decir, no acompañado y sin ningún soporte, nos habla del vacío de objetos internos portadores de afecto y confianza. De ahí que el sujeto se sienta lleno de coraje y de rabia. Con Alejandro, poco se pudo lograr durante el sostén - acompañamiento, ya que se encontraba molesto, no resignado a morir. Enojado con la vida porque se le está yendo de las manos, por lo que la única forma de compartir con Alejandro, fue estar con él, contener su malestar y respetar su silencio. Esta fue una forma de sostenerlo, y acompañarlo.

Bion (1956), en su teoría del pensamiento. Dice que *los pensamientos primitivos o protopensamientos* son objetos malos de los que el bebé necesita liberarse. Por eso la experiencia real con el pecho presente provee al bebé de una oportunidad para deshacerse de este pecho malo, porque la madre no solamente da el alimento, sino que sirve de continente para los sentimientos displacenteros (pecho malo) del bebé. La eliminación del pecho malo dentro de la madre constituye la evacuación de *elementos - beta* a través, de la *identificación - proyectiva*.

Alejandro trataba de eliminar estos elementos - beta, mediante las proyecciones al exterior que son expresadas como el enojo, la angustia, la rabia, el rechazo. No pudo aceptar algún elemento positivo de los que se le ofreció la psicoterapeuta, que trató de funcionar inicialmente como una madre en la que son proyectados los elementos - beta, y que le regresa al bebé el elemento - alfa, que lo ayudan a integrarse.

También, de acuerdo con la teoría del Apego de Bolwby (1966), Alejandro presentó, un apego negativo, que se expresaba a través de la inseguridad. Esto lo vemos en las dificultades que se dieron para poderse formar nuevos apegos. Debido a que estaba pasivo, más dependiente, menos sociable, teniendo mala relación con su entorno, presentando conductas de agresividad y disgusto.

Esto dificultó la interacción con la psicoterapeuta. También mostró conductas ambivalentes como aceptar el sostén - acompañamiento, y por otro lado rechazarlo con reacciones hostiles que lo llevan a la desesperación y al rechazo de los otros, debido a sus conductas antisociales.

Por eso, lo que se trató de hacer fue acompañarlo mediante el silencio, para tratar de contener su enojo frente a la muerte. Porque fue imposible mediante el habla, sólo se expresaba mediante los silencios. Alejandro no se encontraba dispuesto a conversar. Todo lo que le había sucedido en su vida había ocurrido alrededor del rechazo al que él fue sometido de forma pasiva, y por lo tanto era lo único que podía expresarnos, y lo hacía de una manera activa.

La psicoterapeuta trató de ser la madre suficientemente buena, que intentó integrarlo, disminuir su enojo y ansiedad ante la muerte. El sostén - acompañamiento que se llevó a cabo con este paciente, fue mediante el silencio, ya que éste también es una forma de acompañar a la persona que está por morir. Con el siguiente paciente veremos que existen otras maneras de llevar a cabo este proceso.

VI.2.2.2. Julieta:

Con ella, el sostén - acompañamiento, también quedó en la primera etapa, pero en este caso, sucedieron cosas distintas. Julieta aceptó este ofrecimiento de apoyo psicológico, posteriormente se concertó una sesión en la cual fuimos presentadas, por la psiquiatra tratante.

Se trabajaron siete sesiones, ella tenía un motivo de consulta que en realidad nada tenía que ver aparentemente, con su estado terminal. Ella decide aceptar este apoyo debido al tic que tenía en la boca, éste consistía en que su boca tendía a irse del lado izquierdo, y le resultaba muy molesto.

Este tic hacía que se dificultara entender lo que ella quería decir. Resulta muy interesante el trabajo con Julieta, porque, a pesar de haber sido tantas sesiones, ella nunca mencionó la posibilidad de morir, aún sabiendo que tenía cáncer en el único riñón que le quedaba. Con ella, el del sostén - acompañamiento tomó otro matiz, ya que la manera de contenerla e integrarla fue mediante la mirada, es decir, devolviéndole una mirada de completud a su cuerpo mutilado y no una mirada de horror.

Revisando su historial médico, supimos que en otras ocasiones había padecido de Cáncer y que había sido operado, pero que había hecho metástasis a distintas estructuras anatómicas, y que le habían extirpado distintos órganos debido su enfermedad. Estas marcas del ser mortal, que son duraderas en los distintos lugares de su cuerpo, así como las funciones de diversos órganos fueron señalados con la muerte. Finalmente, su cuerpo estaba cediendo a ellas. La mutilación parcial del cuerpo resulta ser una suerte de antesala de la pérdida y llega un momento en el que el paciente muere.

Esto aparentemente pasaba desapercibido para ella, ya que denegaba la realidad. Julieta niega el principio de la realidad, que va a morir y continuaba haciendo planes sobre su vida futura, y simplemente no hablaba de su muerte. Lo que hacía era, que por medio de la fantasía aseguraba su vida, a pesar de que en la realidad ella se encontraba físicamente deteriorada. Mientras que por otro lado, ella disfrutaba contar sobre sus operaciones, lo que habían extirpado y mostrar sus heridas, no como algo que le motivara a pensar que le sucedía, más bien esta conducta mostraba un componente sádico con el cual sometía al personal del hospital y a la psicoterapeuta. Había en Julieta una negación terminante de la muerte, a nivel preconsciente que era reprimido, por lo tanto no podía plantearse una trascendencia para con el hijo, los sobrinos, y las hermanas.

Julieta se negaba a aceptar la realidad. A pesar de tener información sobre el su padecimiento de cáncer, crea un saber con base en la denegación. Este saber adquirió carácter de certeza, porque fue construido en la encrucijada de las ansiedades y defensas del *yo*, aunque coexiste con el saber de la verdad. Este saber, se pudo ocultar un tiempo pero, finalmente, el saber de la muerte próxima con todo y sus vicisitudes, se dibuja en torno a la paciente, a pesar de que circulaba junto con la ignorancia, la mentira, y no hubo nada que hiciera que Julieta se enfrentara con el principio de realidad. La confrontación de este saber, en el que ella pretendía ignorar y trataba de horrorizar, espantar al personal médico, en este juego que a ella le resultaba divertido, y perverso.

Desde la teoría del pensamiento de Bion (1966), los *elementos - beta*, no resultan apropiados para pensar, soñar, recordar o ejercer funciones intelectuales, generalmente adscriptas al aparato psíquico. Estos elementos son vividos como *Cosas - en - sí - mismas* y son generalmente evacuadas o expulsadas del aparato psíquico, a través de la identificación proyectiva, como cuando Julieta busca despertar en la psicoterapeuta, el horror que ella sentía por su propio cuerpo. La única forma de ayudarla era tratar de mirarla como devolviéndole la completud de su cuerpo, evitando el horror y el miedo que ella causaba a los otros.

El impacto de la noticia de que se padece cáncer y que se va a morir, no suele ser fácilmente metabolizado, ya que la idea de la muerte, de la nada, rebasa nuestra capacidad de pensamiento. Esto causa que la persona se desestructure. En el caso Julieta, ella no pierde todo el contacto con la realidad, sino que su aparato psíquico parece resquebrajado, mas no roto.

Niega su muerte, porque finalmente nadie quiere morir. Pero no por eso dejan de tener contacto en otras áreas, como por ejemplo, con sus seres queridos, con su trabajo, con las cosas que disfruta.

Como la angustia era muy intensa, en especial por las fantasías persecutorias, no pudo ser descargada por la psicoterapeuta. En este caso, se debía mostrar una gran capacidad de contención para poder absorber las angustias de ella, metabolizarlas y regresarlas de manera menos angustiante, para que fueran más asimilables. Muchas veces esta función de metabolización y de contención se lleva a cabo con una mirada como con Julieta. Además de tratar de entender cómo se sentía dentro de ese cuerpo mutilado, ¿Qué sentimientos le despertaba el mirarse en un espejo, el que la gente le mire y perciba su espanto?, También traté de entender qué sucedía psíquicamente con ella, cómo lograba resolver esta situación.

Este caso abre la posibilidad de pensar sobre la desestructuración o resquebrajamiento a nivel psíquico, la forma en que las marcas del ser mortal enfrentan al hombre ante la muerte. Estas marcas están presentes en el cuerpo de Julieta; Producen un cambio en las relaciones intersubjetivas, y estos movimientos psíquicos afectan tanto a la personalidad, que se prefiere denegar.

Como consecuencia, el sostén - acompañamiento, consistió en tratar de devolverle a Julieta una mirada de completud, de aceptación, aunque su cuerpo resultara sumamente monstruoso. También se trató de que ella adquiriera consciencia sobre la gravedad de su estado físico, haciéndole preguntas encaminadas a que hablara de su enfermedad, de cómo se sentía, qué pasaba cada que le anunciaban que tenía metástasis. Ella evadía estas preguntas.

En cuanto a la conducta de horrorizar a su interlocutor mostrando las cicatrices de sus heridas, se podía hacer entender que era una conducta sádica, porque no había tiempo para interpretar sobre esta línea. Además, ella no lo veía como algo perverso, sino como un tema más del que se podía hablar. Por lo tanto, esta información se dejó pasar de largo, aunque se le tenía presente. Aquí, el apoyo brindado a esta paciente fue considerado marginal, debido a que Julieta se negaba aceptar la realidad.

VI.2.2.3. Leonardo:

Con Leonardo, el sostén - acompañamiento queda en la segunda etapa, ya que al inicio, se tuvo que trabajar con el enojo ante la muerte inminente. Posteriormente él habla de su historia familiar, en la cual él funge como el centro de la familia. El es el que toma las decisiones por eso no puede morir, porque si lo hace, nadie va a saber qué hacer. Esto es una forma de negar que la muerte le está ganando la batalla a la vida. Ya que en el fondo, nadie cree en su propia muerte, o, lo que viene a ser lo mismo, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su propia inmortalidad (Freud, 1915, Pág. 290).

En este caso, Leonardo tampoco cree en su propia muerte a pesar de llevar siete años con el diagnóstico de seropositividad. Este es un ejemplo de cómo los hombres no creemos en nuestra propia muerte, porque no tenemos una representación de ella. Esta creencia de inmortalidad también pudo ser incrementada debido al tiempo que Leonardo, lleva luchando contra la enfermedad.

Él ha negado las marcas del ser mortal, estas marcas que a pesar de no ser vistas, van consumiendo poco a poco las células del aparato inmunológico, y que pueden ser detectadas mediante los análisis del laboratorio. Estas marcas, que son duraderas se imprimen tanto en la carne, como en la psique, remitiéndonos a la propia finitud. Estas marcas que se infligen en el cuerpo de Leonardo mediante úlceras bucales y oftálmicas, la pérdida de más del veinte por ciento del peso corporal, el proceso de envejecimiento acelerado del cuerpo y la *Pneumosis Carinni*, lo han obligado a atravesar los senderos de la castración, ya que, por sustitución metafórica como diría Lacan, la idea de muerte siempre remitirá a la castración.

Ahora bien, si Leonardo se conservó en la medida de lo posible y con muchos cuidados durante siete años, es porque el saber acerca de la enfermedad y también de que es importante para la familia fue decisivo. El fue partícipe de que en su cuerpo algo no funcionaba bien, porque padecía una enfermedad infecto - contagiosa. Aquí, no se tiene el dato, pero se infiere que se le dio toda la información necesaria para que pudiera luchar contra este padecimiento, lo que determinó que pudiera conservarse en el mejor estado durante el mayor tiempo posible.

Por otro lado, Leonardo trata de elaborar su muerte cuando él habla de sus preocupaciones sobre lo que va a pasar con su familia, cuando el ya no estuviera. Pudo expresar el enojo que le causaba la situación de su familia y su rechazo a morir, porque ellos se van a quedar sin dirección, sin una guía. Esto le permitió elaborar la muerte tratando de hacer un *insight*, en el cual intentaba reordenar las ideas, y pensaba dejar instrucciones para un futuro. Aunque esto fue algo sobre lo que él reflexionó, como una forma de elaborar y construir la muerte dejando una trascendencia, no implica que no haya habido una crisis, un resquebrajamiento psíquico, debido a que se estaba dando cuenta de que ya no había más tiempo por delante.

Desde la teoría del pensamiento de Bion, encontramos que la psicoterapeuta, ayuda a Leonardo para crear una barrera de contacto, es decir, que con todas las cosas agradables que le sucedieron en su vida. Esto permitió, que se le pudiera rescatar en la medida de lo posible de esa angustia ante la muerte, ya que al inicio, él sólo se dedicaba a hablar de su enojo, por haberse contagiado de VIH/SIDA, de los tratamientos psicológicos previos que consideraba como fallidos, es decir, expulsaba cosas mediante su odio. En la medida que progresaba, la sesión se le cobijaba y se le tranquilizaba mediante la contención, para poderlo ayudar a enfrentar sus angustias.

Por eso se necesitó buscar apoyos en las antiguas vivencias, para encontrar un refuerzo y confort ante la perturbación de la muerte, para tratar de reorganizarse de alguna manera. Es por eso que Leonardo habla de lo que ha sentido y vivido al padecer el VIH/SIDA, de la manera en que es rechazado por las personas, al saber lo que padece. Mencionaba cómo él había logrado salir victorioso de estas batallas que había librado, pero a sabiendas de que en esta última no iba a ser posible, lo cual le enojaba.

Construir la muerte con Leonardo, implicó hablar de sus múltiples espacios psíquicos en un marco de contención útil para lograr disminuir la angustia en la medida de lo posible: de su familia, lo que significó para él estar enfermo de VIH/SIDA, hasta la relación con su madre. El apoyo, sostenimiento y acompañamiento, proporcionaron alivio a nivel psíquico.

Durante el sostén acompañamiento llevé a cabo el *holding*, en el sentido de acompañar y contener todo el odio y la agresión que Leonardo sentía por todo lo que le había sucedido en la vida. Se procuró tranquilizarlo mediante la escucha, y se intentó calmar su angustia ante la muerte en la medida de lo posible. Aunque en un principio él se encontraba tan enojado porque iba a morir, que difícilmente podía escuchar lo que la psicoterapeuta le decía.

Este paciente nos lleva a reflexionar en la manera en que se debe tratar de elaborar el duelo y construir la muerte. Debe procurarse una muerte en la que no predomine el enojo y el odio, porque en lugar de buscar salidas a los problemas, lo único que sucede entonces, es un estancamiento en esta situación. Desde la perspectiva de Bowlby, esto denota un apego inseguro. Se hace necesario brindarles a los enfermos terminales una atención eficiente promoviendo la sensación de apego, de seguridad, mediante la interacción entre el paciente y la psicoterapeuta durante la sesión.

VI.2.2.4. Lourdes:

En Lourdes, el sostén - acompañamiento toma un matiz distinto debido a las características de su personalidad, ya que se pudo trabajar la propuesta de atención en su totalidad. Con ella, sólo se trabajó una sesión en la cual realmente se adelantó mucho, porque no presentó ninguna dificultad para hablar, ni física, ni emocional, debido a que la idea de la muerte no era tan inesperada para ella.

Sobre su vida, nos cuenta que a los 15 años ya padecía de depresión y que, además, le practicaron una craneotomía, no sabe por qué motivo. Posteriormente, ella a lo largo de su vida ha buscado apoyo psicológico, y mucho tiempo estuvo yendo a terapia.

Lourdes tiene tres hijas y cuatro nietos. Pero su mayor preocupación es que su hija menor padece de Lupus, enfermedad que le resulta limitante y a la larga incapacitante, por lo que es difícil que llegue a tener una vida independiente de alguien que se haga cargo de ella.

Como ya mencioné anteriormente, con Lourdes realmente se pudo trabajar mucho. Debido a que ella estaba muy consciente de lo que su enfermedad significaba, de que le habían dado un diagnóstico no muy favorable. El médico, en aquella primera vez que la operó le habló de una alta probabilidad de que recidivara el tumor llamado aracnoidocele, ya que es una de las complicaciones más comunes de este tipo de tumor y que una segunda operación no la iba a resistir. Considero que el duelo por el cual pasaba Lourdes, era normal. Este proceso largo y doloroso que no se puede resolver porque no hay objetos de reemplazo para lo que se esta perdiendo, la vida. Vida, que para ella ya no resultaba placentera puesto que la calidad de ésta se encontraba muy deteriorada debido a los síntomas causados por el tumor.

Lourdes, a lo largo de su vida, sufre una serie de eventos tales como padecer depresión, una operación en la que no logra ubicar el motivo. Ha pasado el tiempo tratando de reconquistar la vida a través de las pérdidas sufridas, por la enfermedad de su hija, la enfermedad de ella y ahora, su muerte. Aquí, no hay resolución del duelo, lo que vemos es resignación y plena conciencia de que ya no hay más que hacer, que se le proporcionó el tratamiento adecuado, pero que podía no funcionar.

La información que tenía Lourdes acerca de su padecimiento, las probabilidades de cura y de que el tumor recidivara, le permitieron elaborar un duelo anticipado. Esto le brindó a Lourdes el tiempo para aceptar la muerte y resignarse a que no había cura para su enfermedad, vemos en que en ella, el saber jugó un papel fundamental, ya que su médico tratante le dio la información necesaria sobre el tumor que tenía, y acerca de lo que sucedería en caso de que la primera operación no funcionara.

Ella estaba consciente de que una segunda operación le iba a acelerar la muerte; también tenía perfectamente detectados cuales eran los síntomas a medida que el tumor se desarrollaba. Los síntomas eran la disminución de los cuadrantes de la visión, el mareo constante, la sensación de que se iba a caer hacia atrás. En este caso, el médico tratante le había dado suficiente información, la cual si no era alentadora, por lo menos sí tranquilizante, por que ella sabía lo que le sucedía. Esto le permite a Lourdes ubicarse de una manera distinta ante su enfermedad, para encararla sabiendo lo que podía esperar.

Así, Lourdes sabía de antemano que tenía amenazada la vida por una enfermedad, y estaba consciente de que iba a morir. Pudo iniciar diálogos importantes con el afuera circundante y con su mundo interno a fin de lograr equilibrar la situación entre el engaño de las hijas que le decían: ¡Mamá no estás tan mal, a lo mejor te curas! ¡Ya ves la otra vez saliste muy bien del hospital! Pero ella siempre tuvo la certeza interna de la muerte y el saber suficiente para saber que no iba a sobrevivir.

Lourdes fue capaz de elaborar su muerte, a través de la metabolización que había hecho su psiquismo a lo largo del tiempo que padeció el tumor. Esto redundó en que ella pudo trascender con sus seres queridos mediante la realización de testamento, la despedida y los consejos a los familiares

Desde el planteamiento de Bion, podemos decir que ella se sintió contenida, al momento en que se da cuenta que puede trascender por una serie de vivencias, consejos para los que vienen, los elementos alfa. Mientras que los elementos beta, que se presentan no son tan significativos como para romper esa sensación de *reverie* o ensoñación, que le proveía seguridad.

También vemos que Lourdes es capaz de presentar un apego seguro, el cual se refiere a la seguridad y confianza que la madre le enseña al bebé, y las cuales va a introyectar, produciendo una autoconfianza para la exploración de su entorno, el desarrollo de la curiosidad, la capacidad de solucionar problemas, y las relaciones con los otros compañeros, en donde se puede ser más tolerante los demás e incluso comprender mejor las actitudes de otros.

Aquí se puede observar que esta paciente en fase terminal, vivió un apego seguro anteriormente con su madre. Como consecuencia, el sostén - acompañamiento, le permitió a Lourdes hablar de cosas que nunca le había dicho a nadie: como el que su segunda hija no era hija de su marido, el miedo que siente de morir y pensar en qué va a pasar con su hija menor que tiene Lupus, en la angustia y la sensación que tiene con respecto a su enfermedad.

Esto lleva a que las cosas se le hagan menos difíciles, dándole herramientas para dar órdenes o prescripciones para cuando ella ya no estuviera. Pudo comunicar a sus familiares cosas que deseaba se hicieran, dispuso hacer un testamento para legar sus bienes y finalmente, se despidió espiritualmente, cuando ella pide un sacerdote para confesarse.

Con ella se trabajaron los miedos y las ansiedades, para que ella pudiera pasar sus últimos momentos de la mejor manera posible. Ya que con ella, a pesar del corto tiempo, se lograron trabajar las dos etapas completas del sostén - acompañamiento. Esto hizo que ella pudiera dejar un balance a favor en la vida, despidiéndose de cada una de sus hijas, dejando disposiciones legales, morales y afectivamente contenida por una psicoterapeuta y por un sacerdote.

VI.2.2.5. Patricia:

Con ella se trabajaron las veinte sesiones, ella no tenía ninguna dificultad física para expresarse. La dificultad era de tipo emocional, ya que ella no podía aceptar que tenía VIH /SIDA. Ella acudía al servicio de psiquiatría para sus sesiones. Fue la única paciente capaz de caminar. Para ella era una enfermedad que la hacía pensar en algo vergonzante, como que era muy promiscua sexualmente. En este caso hubo que empezar desde el impacto que le causó la noticia. Ella comentaba que durante un año, a pesar de que iba al doctor, no podía creer que era seropositivo.

En un primer momento se presentó una negación rotunda para aceptar la enfermedad, a pesar de presentar ciertos trastornos, como las úlceras en la boca, la dificultad para tolerar el alimento, y la lenta disminución de las células inmunológicas cada tres meses, para lo que ella tomaba alrededor de veinte pastillas al día. Estos datos implican muertes parciales que con Patricia actuaron como aceleradores para promover los cambios psíquicos. En este caso aunque ella no aceptaba la idea de padecer esta enfermedad, sí seguía las indicaciones dadas por el médico para su autocuidado.

En Patricia podemos ver que existe una denegación con respecto a la idea de padecer VIH/SIDA, porque por un lado sólo la gente promiscua padece esa enfermedad y ella no lo es pero, por el otro sigue las indicaciones del médico. Estas son conductas que se contraponen pero también podemos decir que su Yo, a pesar de haber recibido el impacto de la noticia, es capaz de tener la función de juicio de realidad, de observación y de razonamiento. Estas funciones yoicas estaban al principio del sostén - acompañamiento muy disminuidas, pero, en la medida que va avanzando, logran salir a flote de modo paulatino, con gran gasto de tiempo y de energía psíquica.

Aunque en ciertos momentos Patricia pasó por la fantasía de que en realidad no estaba enferma, como una forma de denegación había que darle un juicio de realidad cuando ella preguntaba: "¿Crees que me vaya a morir?", y se le contestaba que sí, a pesar de lo duro y doloroso que era. Porque el enfermo tiene que ser situado en ese momento crítico donde tiene un diagnóstico de enfermedad terminal, pero que todavía tiene todas sus capacidades y funciones físicas y emocionales para hacer frente a la problemática que le rodea.

Fomentar que el paciente niegue la realidad, no le va a ayudar en nada; simplemente, va a perder la oportunidad de poder llevar a cabo una trascendencia con sus seres queridos, no se va a realizar el autocuidado necesario para prolongar su vida un tiempo más. La denegación es construida en la encrucijada de las ansiedades y defensas del *Yo*, aunque en el fondo siempre esté presente el saber de la verdad, ya sea de manera preconsciente o inconsciente, a pesar de los esfuerzos del *Yo*, para mantener la represión.

Por algún tiempo, en Patricia triunfó la denegación. Pero llegó un momento en donde los datos de la realidad le indicaban que ella iba a morir próximamente. Esto ayudó a que con todos los problemas que implica el aceptar la muerte, pudo ella empezar a hablar con sus hijos y comunicarles que tenía VIH/SIDA, que su padre también padecía la misma enfermedad y que ambos tenían que ayudarlo al cuidado de este último porque se encontraba muy deteriorado psíquicamente, ya que una de las consecuencias del SIDA, es la demencia. Cuando ella vuelve a adquirir este juicio o principio de realidad, cambia su situación externa a su favor, ya no está llena de miedos, ni temores y es capaz de hacer frente a los embates de la vida.

Para llegar a este punto, primero se construyó entre la psicoterapeuta y la paciente una relación, donde el elemento fundamental, es que Patricia tuvo un espacio para hablar de sus miedos, de sus sentimientos, de sus fantasías, estando primero contenida, sostenida y acompañada, mientras ella iba elaborando y construyendo su muerte. Se le apoyó para rescatar todas aquellas cosas que había hecho en su vida y las cosas que aún podía hacer antes de llegar a una situación incapacitante, lo que ayudó a disminuir las ansiedades de Patricia.

Bion dice, con respecto a la relación madre - hijo, que desde el inicio hay un vínculo emocional profundo, en el que la madre va ayudándole al niño a estructurar su aparato psíquico o aparato de pensamiento. Aquí, con Patricia sucedió lo mismo: se estableció un vínculo emocional profundo que le permitió evitar la desintegración de las funciones de pensamiento mediante la contención y la devolución de elementos positivos, que le ayudaban a vivir de la mejor manera posible, teniendo plena consciencia de sus actos.

Este vínculo, se estableció de una forma muy *sui generis*, ya que Patricia mostró una identificación adhesiva con la psicoterapeuta, que se caracterizaba por una marcada dependencia durante todo el apoyo psicoterapéutico.

Esta dependencia se originó por el impacto de la noticia de padecer VIH/SIDA, porque su marido fue violado. En un momento donde ella perdió la capacidad de diferenciar entre sus capacidades adultas e infantiles, reproduciendo en la relación terapéutica un tipo de dependencia adhesiva o pegajosa, en la cual no se podía reconocer como distinta de la psicoterapeuta.

La dependencia hacia la psicoterapeuta era tal, que sin ella no sabía ni qué sentía, ni qué pensaba acerca de las cosas que le habían ocurrido a lo largo de su vida. Entonces, Patricia, sentía que dependía de la psicoterapeuta para pensar, en las cosas que debía arreglar, cómo encarar el tener VIH/SIDA ante los hijos y la forma de reorganizar las cosas en su casa, en su vida.

Este vacío en la cabeza (*empty-headedness*), como lo llama Meltzer era algo muy característico en Patricia, ya que durante las primeras sesiones ella no era capaz de hacer un *insight*. Los procesos mentales parecían no tener una lógica coherente como cuando ella decía que creía haber contraído VIH/SIDA, porque su marido iba al baño en el metro. Pero en la medida que se fue desarrollando el sostén - acompañamiento, ella fue capaz de empezar a pensar y hablar que llevaba años padeciendo enfermedades venéreas. Recordó qué: "En alguna ocasión ella se había molestado mucho, porque un doctor le preguntó si trabajaba como prostituta, porque esas enfermedades eran comunes en esa población". Con esto ella se da cuenta que el marido la engañaba, que mantenía relaciones sexuales con otras personas y sin el mayor cuidado. También habló de que el marido le dijo que lo habían violado, y que por eso el cree haber adquirido el VIH/SIDA.

Otra característica de la identificación adhesiva que presentaba Patricia fue que durante las separaciones de vacaciones ella se colapsaba, aunque la más difícil fue la separación definitiva. Ya que ella se sentía como si la psicoterapeuta la hubiera arrancado y arrojado de la situación privilegiada del sostén - acompañamiento. Patricia al final de tratamiento, en la última sesión le dice a la psicoterapeuta: "No me dejes aquí, eso significa que estoy más cerca de la muerte".

Durante el tiempo que trabajé con Patricia realmente se logró aplicar el sostén - acompañamiento en su totalidad, y además, se realizó un trabajo de contención, de insight, de reflexión, ella pudo ser capaz de pensar sobre muchos aspectos de su vida; se preparó para la orquestación de la muerte del marido y la de ella, e incluso su trascendencia como hacer el testamento, y buscar con quién iban a vivir los hijos. Se logró que ella aceptara que tenía que vivir con este padecimiento, y que tenía que disfrutar la vida lo más que pudiera. Realmente se llevó a cabo un trabajo completo que ayudó a la paciente, porque había tiempo para que el proceso se diera.

VI.3. Descripción de la experiencia de la psicoterapeuta:

VI.3.1. Alejandro:

Con Alejandro, a pesar de lo difícil que fue ese encuentro, entendí que nadie desea morir, y que él estaba enojado por esta situación, por las circunstancias, lo profundo del deseo de no hablar, o mejor dicho, los silencios como factor resistencial en estos encuentros.

Este primer encuentro con un paciente terminal, fue impactante porque a pesar de ser ofrecido y aceptado el que se le acompañara con un apoyo psicológico, la psicoterapeuta se encuentra con la situación de que el paciente no desea hablar, que lo poco que menciona lo hace con tal enojo que se sienten ganas de salir corriendo. Existe, sin embargo, algo que a uno lo detiene y se ve en la obligación de optar por acompañar en silencio, y simplemente es estar para devolverle la mirada, y contenerlo mediante el silencio, y entendiendo e intentado imaginar lo que sentía en estos momentos.

Con este paciente, lo que pude entender es que no sólo con la palabra y la mirada y los gestos se dicen cosas, sino también con los silencios. Por ende, como primer paso de esta propuesta de tratamiento empecé a acompañar al paciente de la forma en que él lo necesitara. Esto resultó útil en la atención del siguiente paciente, porque ya había un inicio, que era tratar de acompañar, en silencio, tratando de entender qué sucedía y cuál era la mejor forma de ayudar.

VI.3.2. Julieta:

Con ella hubo un mayor número de sesiones que con Alejandro, pero ella se encontraba lejos de estar enojada, de estar triste o deprimida por algo. Decidí acompañarla con mi escucha, ya que ella necesitaba hablar del tic que tenía y que no le permitía verse bien para comunicarse con los demás³.

³ El tic consiste en que se le tuerce la boca al momento en que quiere hablar.

Cuando la oía hablar, empecé a notar en su cuerpo una serie de anomalías, es decir, percibo un cuerpo mutilado del cual trato de averiguar, a lo que siempre me enfrente con la misma respuesta: "Esto no es lo importante sino mi tic, porque me veo mal para hablar". A ella lo que le importunaba era eso, por lo que no obteniendo de ella ningún dato sobre sus antecedentes médicos en un principio, recurrí al expediente y traté de escuchar, tal vez ella decía algo que yo no podía entender.

Cuando, después de varias sesiones de balbucear y de yo poder entender muy poco, retoma la plática y empieza a enseñarme su cuerpo mutilado y a platicarme por qué le habían extirpado tal o cual órgano, ella necesitaba que la acompañara y que le devolviera una mirada de completud y no del horror que causaba ese cuerpo mutilado. También entendí que, para ella, el acompañarla era escucharla hablar, ser una interlocutora que hiciera preguntas pertinentes relacionadas con el tema que ella quería hablar, en un primer momento.

Posteriormente, cuando ella decidió hablar, empezó a contarme sobre las múltiples operaciones que habían mutilado su cuerpo debido al cáncer, y a enseñarme las cicatrices de las heridas mientras ella platicaba con total tranquilidad, sin enterarse de que el cáncer había vuelto a crecer en otro órgano, como fue el único riñón que le quedaba. Ella nunca quiso enterarse de que se iba a morir, siempre prefirió negar la muerte aun en la cama de un hospital.

Cuando uno se enfrenta a este tipo de situaciones, y se ve sometido a tener que observar un cuerpo mutilado, es tal el impacto que causa, que muchas veces uno deseaba que el paciente en esa ocasión no estuviera para la sesión. Uno terminaba con dolor de cabeza, con ganas de salir corriendo, con dolor de estómago, y con ganas de no regresar. Pero siempre había algo durante las sesiones de la supervisión que me contenían y me hacía pensar en por qué debía regresar. Aunque con Julieta especialmente fue muy difícil por como se veía físicamente, para mí era un triunfo sostenerle la mirada, y no poner cara de susto. Con el siguiente paciente ya no era la mirada, sino que se jugaron otros factores, como lo vamos a ver.

VI.3.3. Leonardo:

Teniendo en cuenta lo aprendido anteriormente, cuando recibí esta hoja de interconsulta y supe que era un paciente con VIH/SIDA, que tenía *Pneumosis Carinni*, me imaginaba su aspecto físico. Cuando llegué a verlo iba ya preparada de antemano, para cualquier eventualidad, como si quería o no hablar, incluso llevaba algunas preguntas preparadas.

Tenía en la cabeza la idea de no espantarme y tratar devolverle una mirada de completud, que lo tranquilizara, y no regresar una mirada de horror que produce un cuerpo que sé esta descomponiendo poco a poco. Porque la experiencia previa ya me lo había enseñado.

Con Leonardo, la sesión fue muy curiosa porque se realizó el día en que él cumplía siete años de haber contraído el VIH/SIDA. Por una parte se encontraba entusiasmado porque estos años le había permitido estudiar la carrera de actor, para él era su mayor logro y aunque sabía que no iba a tener tiempo de ejercerla.

También se jactaba de que él había recorrido las primeras instituciones que se formaron en México para los pacientes con VIH/SIDA, y posteriormente se fue enojando en la medida que empezó a hablar de que todas las instituciones lo habían corrido o se hacía correr. El sentía que tenía que luchar para obtener un lugar donde no se le rechazara. Cuando le pregunté por qué luchaba para ser rechazado él decía que no concebía que hubiera horarios para las terapias, que la ayuda al enfermo con VIH/SIDA debía ser continua y que, si lo citaban a una hora, él se daba el gusto de no llegar y de perder la consulta.

Logro demandar a los médicos por su maltrato hacia él, porque lo segregaban aunque, mostraba un odio impresionante hacia lo que le rodeaba y se encontraba enojado con el mundo, por otra parte cuando habló de su familia pude percibir que él se encontraba preocupado y que esta preocupación iba creciendo porque, si bien había vivido todo este tiempo, pensaba que él no podía morir porque sus padres lo necesitaban, y si él moría, ellos no iban a saber qué hacer. Su hermano, era muy rebelde según Leonardo. Durante la sesión trataba de hablar sobre sus preocupaciones sobre lo que iba pasar cuando el ya no estuviera con su familia.

Pudo expresar el enojo que le causaba la situación de su familia y su rechazo a morir, porque ellos se van a quedar sin dirección, sin un guía. Esto le permitió elaborar su muerte, e irse aligerado, ya que tenía muchas cosas guardadas y que sentía que no las podía compartir con su familia. Aquí principalmente, él trató de reordenar las ideas, trataba de dejar instrucción para un futuro. Después me volvió a mostrar lo indefenso y lo molesto que se sentía, debido a que se estaba dando cuenta de que ya no había más tiempo por delante.

Tenía miedo de morir así, solo. Su pareja anterior había muerto. Actualmente, tenía otra pareja hombre, ya que él era gay. Con esta pareja llevaba un tiempo viviendo juntos. Su pareja hacía la función de enfermero, ya que se hacía cargo de cuidarlo y procurarle todas las atenciones posibles. Leonardo le exigía que tuvieran relaciones sexuales y su pareja se negaba por miedo a contagiarse, cosa que lo hacía enojar.

Me comentaba que él tenía deseos de hablar con alguien, pero que estaba molesto con la vida porque ésta era injusta y que odiaba a todos aquellos que estaban sanos. Se le notaba un rencor, que en el fondo guardaba angustia pero también algo muy destructivo, de mucho resentimiento.

Mientras terminaba esta sesión única, yo observaba cómo se transformaba su rostro en la medida que hablaba sobre su vida. Con él aprendí que si bien el odio se expresa con silencio, también mediante palabras y actos, pero que si el no odiaba, no podía seguir viviendo. Tal parecía que lo único que lo sostenía, era el odio hacia todo lo que le rodeaba, y que no podía pensar más que en eso y lo que iban a hacer sus padres cuando él no estuviera presente, lo cual le despertaba coraje.

Mientras tanto a mí, me surgía una sensación de dolor por tener que acompañarle en estos últimos momentos. Fue necesario calmar su angustia, diciéndole que dejara instrucciones a sus familiares de las cosas que él creía que se les iban a dificultar. Por otro lado, tuve que tratar de entender que parte de él me quería poner en el lugar de que lo odiara, lo rechazara, lo maltratara, y que de tal forma lo llevara a odiarse a sí mismo.

VI.3.4. Lourdes:

Con Lourdes, ya tenía yo mejores más bases para enfrentarme ante un paciente en fase terminal. En esta única sesión, ella se encontraba triste, porque ya la había sido operada dos veces de un tumor cerebral llamado aracnoidecele, este es un tumor que acumula líquido en su interior. Lo que le producía es que al ir presionando el quiasma óptico iba perdiendo los cuadrantes de la visión. El único logro de la cirugía, era descomprimirlo, pero sin recuperar la visión totalmente. Se le práctico, esta primera cirugía, pero el tumor recidivó, que es una de las complicaciones más comunes en este tipo de tumor. Por lo que, ya no había otro tratamiento viable, pues una segunda cirugía podía ser mortal, cosa que le había dicho ya los médicos tratantes.

Lourdes me comentaba que ella hace mucho tiempo que se había resignado a morir porque se sentía que ya no era útil, porque de ser independiente económicamente paso a depender económicamente de sus tres hijas. Hacía menos de un mes que se había pensionado por enfermedad, comentaba que ya llevaba más de año y medio sin trabajar constantemente y que pedía muchas incapacidades o se las daban porque frecuentemente tenía accidentes en el trabajo. Ella tenía ya varios años sin pareja, por lo que empezó a trabajar.

Si bien ella estaba aceptando de alguna manera que ya le estaba costando vivir porque había perdido la visión, también sufría de vértigo asociado al tumor, dificultad para mantener el equilibrio. Había perdido la capacidad de su autonomía, cosa que para ella le resultaba muy difícil. Lourdes al ir perdiendo su autonomía, se sentía inútil y prefería morir. Pero tenía una preocupación, que era su hija menor la cual padece de Lupus. Eso era algo que a ella le preocupaba, porque era una chica joven la cual no podía trabajar.

Con ella entendí lo que significaba el aceptar que muchas veces, uno ya no quiere vivir. Y aunque haya muchas cosas en la vida que se aman, como eran sus hijas ella prefería morir, porque ya no se sentía útil, ya se sentía como una carga. Muchas veces es difícil aceptar que alguien ya desee morir, pues usualmente se enfrenta uno a la situación contraria, que se remiten también a los deseos propios de no morir.

Con esta experiencia, aprendí que las personas sí pueden morir en paz, con un balance a favor en la vida. Lourdes, se pudo despedir emocionalmente, a través del apoyo psicológico. También fue capaz de pedirme que le ayudara a conseguir un abogado para hacer su testamento, lo único que había en el hospital fue un Ministerio Público que le ayudó a realizar su testamento y le dio validez legal. Otro favor que me pidió, fue que consiguiera un sacerdote para que se pudiera confesar y descansar moralmente.

Muchas veces el sostén - acompañamiento, involucra cosas como éstas, que no se hacen únicamente porque la teoría lo marca, sino por compromiso personal con la actividad profesional que se desempeña, que mueve a ayudar al paciente hasta el final.

VI.3.5. Patricia:

Con Patricia, me enfrenté a vivir una serie de sentimientos que no me hubiera podido imaginar en un encuadre ortodoxo. Ella fue la segunda paciente que traté, cuando llevaba mes y medio de prácticas en la institución. Para este entonces, ya había muerto Alejandro, y me encontraba con un mal sabor de boca.

En un principio, cuando me pidieron que la viera, yo no tenía ánimo de hacerlo, pero era apremiante que fuera atendida, no quedó otra más que me la presentaran y empezar a trabajar con ella. Lo único que me consolaba era que esta paciente si podía caminar, pero no me agradaba la idea de ver a otro paciente en fase terminal. En un principio sentí mucho rechazo, porque no quería repetir la experiencia con un paciente que muriera.

En un inicio, esperaba que la paciente no llegara a las sesiones, pero eso nunca sucedió. Por el contrario iba muy contenta, lo cual me hacía sentirme peor, porque no la quería ver, porque me generaba intensos sentimientos de culpa. Después, me pidió que la tutelara y que la llamara por su nombre en diminutivo, que esto la hacía sentirse con mayor confianza, cosa que yo hice por pedido de Paty.

Poco a poco, ambas fuimos construyendo una relación donde yo dejé de sentir el rechazo, y empecé a encariñarme con ella, es decir, la veía como una paciente especial, y me esforzaba por leer acerca del VIH/SIDA, y por efectuar lecturas psicoanalíticas que me ayudaran a entenderla. Este cambio, me ayudó a apreciar la forma en la que se iba desarrollando el proceso. Ella siempre fue muy respetuosa para conmigo, llegaba puntual a sus sesiones, y dado el caso, cancelaba con una semana de anticipación.

En varias ocasiones, me mostró su aprecio llevándome regalos. En un principio no supe si aceptarlos o no, pero finalmente los acepté, por la situación que se estaba presentando. El primer regalo que me dio fue una chambrita, cosa que a mí me llamó la atención, y no comprendí bien su significado hasta que lo comente en la supervisión. Ella pensaba en que yo tenía la posibilidad de dar a luz, de engendrar una vida; mientras que la de ella se estaba extinguiendo. Este regalo en especial me hizo llorar mucho porque fue el primero y porque fue cuando entendí que ella iba a morir, y que yo la tenía que acompañar.

El segundo regalo que me dio fue para diciembre. Me regaló unos calcetines que ella misma me había tejido. Cuando me los entregó me dijo: "Estos son para que no se te enfríen los pies". Y me pidió que la abrazara, a lo que yo respondí con el abrazo. Este segundo regalo me espantó mucho porque entendí su significado: a ella pronto se le iban a enfriar los pies mientras que a mí me faltaba tiempo. Este segundo regalo me espantó y recuerdo que me dolió el estómago.

Posteriormente, me dio el tercer regalo, éste fue por el día de San Valentín. Esta vez me dio una crema para las manos. Y me dijo: "Tienes unas manos muy bonitas es para que te las cuides, porque ya a mi edad no es lo mismo". Ella a través de estos regalos simbólicos, me hablaba de cómo ella se iba deteriorando poco a poco, de cómo Patricia presentía que se iba cada día acercando al final. En esa ocasión me quedé francamente helada, con dolor de estómago y muy nerviosa. Estuve angustiada todo el día al grado que cuando llegué al seminario de supervisión, la Terapeuta me hizo un comentario que difícilmente podré olvidar, me dijo que parecía que tenía 20 años más encima, que hasta las pestañas se me había caído, y que me veía fatal. En efecto, así me sentía, fatal. Cuando platiqué lo sucedido, mis compañeros y la Terapeuta entendieron lo que me sucedía y me apoyaron conteniéndome.

En otra ocasión, cuando se percató de que yo traía puesta mi argolla de matrimonio a pesar de que durante todo el tratamiento la usé, y por esta época ya llevábamos muchas sesiones trabajando juntas, me felicitó por mi matrimonio. Ella apenas se daba cuenta que me había casado. Creo que fue la primera vez que Patricia se fijaba en mí, su interlocutora, que ella podía pensar por ella misma y que coincide con el momento en que ella se da cuenta de que su marido la engañaba por las enfermedades venéreas que padeció. Para mí eso fue importante porque me estaba demostrando que ella sí, podía empezar a pensar por sí misma.

En esta misma época, pudo hablar con sus hijos. Ella les dijo a los muchachos que tenía VIH/SIDA, y les explicó por qué no había podido decírselos. Pudo escriturar su casa y hacer su testamento. En realidad, se dieron muchos cambios juntos. Cosa que a mí me daba gusto por ella. Cuando iba a terminar mis prácticas profesionales, también iba a terminar del tratamiento. En ese momento empecé a sentirme mal porque ahora no quería separarme de mi paciente. Pasé mucho tiempo trabajando en cómo me iba a despedir de Patricia y me dolió mucho tener que dejarla. Yo estaba nerviosa, incluso hasta me sentía culpable de tenerla que dejar, la madrugada previa a la sesión tuve pesadillas, y amanecí con dolor de estómago. El día de la última sesión llegó, yo no quería que llegara el momento de separarnos, en esta última sesión Patricia lloró mucho, yo no pude llorar en la sesión pero después lloré, porque a mí también me dolió la separación, porque también para mí significaba que Paty iba a estar más cerca de morir.

VI.4. Reflexión general:

Creo que para mí todo lo que sucedió en ese año vivido con estos pacientes, marcó mi vida, aprendí mucho a nivel emocional. Una de las principales cosas que recuerdo con frecuencia, es que la vida no regresa y que la tengo que disfrutar lo más que se pueda. Como persona me ayudó a valorar lo que tenía físicamente al estar sana y tener tiempo para vivir, intelectualmente el haber podido aprender de ellos y explorar algo que para mí era nuevo. También empecé a valorar de una forma distinta mi vida, haciendo cosas que me agradaran, como ir al cine, y compartir más cosas con mi pareja.

Pero también, en carne propia viví las consecuencias psíquicas y físicas de lo que implica el trabajar con pacientes terminales. Ya que durante esos meses padecía amenorrea, cosa que retrasó mis planes personales de tener familia. Esto, me hizo valorar mucho la maternidad y concebirla en un plano totalmente distinto.

Creo que lo más importante es hablar de esta experiencia, y continuar investigando y ampliando esta área de la psicología que casi nadie quiere trabajar. Este fue uno de los motivos para realizar esta sección de la tesis. Para que se conozca qué siente uno cuando trabaja alrededor de la muerte.

El paciente en fase terminal es totalmente diferente al individuo que acude a consulta, porque mientras el primero tiene como único deseo vivir, el segundo sabe que tiene una vida que continuar y quiere cambiar para mejorarla. Desde este momento se plantea una relación distinta con el paciente en fase terminal, ya que tiene sobre ellos una sentencia de muerte que difícilmente pueden olvidar. El impacto de saber que se tiene una enfermedad crónica - degenerativa, que le va a llevar en un corto o largo plazo a la muerte, es una situación que genera diversos sentimientos, tanto en el paciente como en el psicoterapeuta.

Por eso, es necesario buscar en estos pacientes en fase terminal, los rasgos comunes. Para hacer mas comprensibles y didácticos estos hallazgos, los iremos definiendo uno a uno de acuerdo con el momento en el que van apareciendo.

Los rasgos que definen a los pacientes terminales, empiezan desde el momento en el que se les da la noticia de padecer una enfermedad terminal. En un principio se sienten **paralizados ante el impacto de la noticia. Esto hace que se sientan incapacitados para pensar o reflexionar sobre lo que sucede a su alrededor, debido a que se encuentran en shock.** En algunos casos buscan segundas opiniones, pensando en que el diagnóstico puede estar equivocado, cosa que rara veces sucede. Sin embargo, aun se guarda la esperanza de no tener una enfermedad crónica - degenerativa que los lleve a la muerte. En el caso de Patricia esto se ve claramente cuando ella, después de varias sesiones, dice: "Yo no creía tener esa enfermedad [refiriéndose a VIH/SIDA], yo durante meses no pude creerlo, hasta que me lo confirmaron tres doctores. Siento que no puedo pensar en otra cosa, más que en eso y aun no lo creo."

Pero, una vez que se ha confirmado el diagnóstico, los enfermos terminales **se encuentran sometidos a una gran ansiedad, debido a que no saben cuanto tiempo más van a vivir**, no saben si al día siguiente continuarán vivos o morirán. Esta cuestión los asedia todo el tiempo. Finalmente nadie quiere morir, y siempre estamos negando la muerte para poder seguir viviendo.

Otro rasgo que encontramos en estos pacientes, es que **se deprimen frecuentemente porque conforme va avanzando la enfermedad, su capacidad física se deteriora**, ya no son capaces de poder disfrutar el comer algo que les guste, como los pacientes con VIH/SIDA; no son capaces de moverse libremente como Lourdes, con el tumor cerebral que le hacía perder el equilibrio.

El enfermo, al ver que va disminuyendo su capacidad de ser un individuo autónomo y de ejercer su libre albedrío, se deprime. Ya no son capaces de decidir por ellos mismo, sino que ahora dependen de alguien que lo haga por ellos. En algunos casos es el médico, con las prohibiciones que impone, para que las medidas paliativas funcionen y se alargue un poco más la vida; en otros casos también el familiar que se ocupa del enfermo. Este proceso es el más difícil de todos, porque el paciente terminal ve disminuida su calidad de vida.

Aunado, con la depresión va el miedo porque no saben qué va a pasar, de ahora en adelante con ellos. Miedo porque temen no ser entendidos por las personas que les rodean como los pacientes con VIH/SIDA, que sienten que padecen una enfermedad vergonzante asociada a la promiscuidad sexual. Miedo a verse cada día peor, y observar frente al espejo los cambios físicos que van teniendo. Como las mutilaciones del cuerpo, en el caso de los pacientes con cáncer, o las úlceras en los ojos y en la boca, o un *sarcoma de Kaposi* de los pacientes de VIH/SIDA.

También se presenta el miedo a no querer morir, ya que finalmente nadie ha regresado de la muerte a decirnos qué se siente, o como se presenta esta y cómo debemos transitar por este momento. El miedo también se ve reflejado en la manera en como los pacientes mueren. Ya que una forma de demostrar esto es una ansiedad excesiva, que se trata de disminuir en la medida de lo posible, ya que se encuentran sometidos a una gran presión, debido a la muerte inminente. **Esta ansiedad, también les impide pensar que tienen que solucionar ciertos asuntos, como el testamento, el despedirse de sus familiares, dar instrucciones acerca de lo que ellos consideren importantes, que llevan una trascendencia para ellos y para sus familiares a fin de no dejar a sus familiares con la culpa de no haber hecho lo necesario para su enfermo.**

En este momento, que fue cuando se ofrecieron las sesiones de apoyo psicológico. **Encontramos que los pacientes se encontraban con el aparato psíquico resquebrajado, es decir, que les costaba trabajo hilar sus ideas, que no eran capaces de pensar por sí mismos, y sólo expresaban sentimientos hostiles hacia los demás.** En el caso de Alejandro, el se encontraba muy enojado y su manera de expresar su ansiedad y miedo ante su muerte era el presentar una ira, que le impedía hablar de lo que el sentía e incluso para despedirse de sus familiares. Otro ejemplo de esta situación, pero con distintos matices, se presenta en Leonardo. El se encuentra también enojado, porque piensa que sus familiares no van a saber qué hacer cuando el muera.

Otro de los rasgos que encontramos es la negación, que va de la mano con lo anterior. **La negación, es un mecanismo de defensa primitivo, que trataba de dar unidad al aparato psíquico, sin lograrlo, a pesar del gasto económico que representa.** El caso de Julieta es muy notorio, ya que para ella el apoyo psicológico que se le brindó era para solucionar el problema del tic, que tenía en la boca. Jamás habló del cáncer que tenía y debido al cual le había extirpado diversos órganos e incluso había sufrido mutilaciones en su cuerpo. También con Patricia se presenta la negación, cuando le dan el diagnóstico y ella tarda meses en creerlo.

En todos los pacientes encontramos que, de distintas formas, ellos necesitaban de la función de una madre *continente* receptiva y metabolizadora de sus angustias y miedo ante la muerte, a través de su *función - alfa*, de los sentimientos proyectados por ellos. El paciente, es *contenido* en sus distintas emociones ubicadas por identificación proyectiva dentro de su madre, que en este caso era la psicoterapeuta. En Alejandro esta necesidad se presenta a través de los silencios donde se realiza la función de continente – contenido, donde es acompañado y sostenido de esta forma. Con Julieta es mediante la devolución de una mirada de completud ante su cuerpo mutilado, lo mismo que en el caso de Leonardo. En el caso de Lourdes y de Patricia esta función se lleva a cabo mediante la escucha y el acompañamiento.

Unido a la necesidad de *continente – contenido*, también encontramos en todos los pacientes la **identificación adhesiva, es decir, esa necesidad que tienen de no separarse del objeto, que en este caso era la psicoterapeuta. Se adherían a ella de manera pegajosa, y con una demanda masiva que era la vida**, la cual no se les podía regresar de ninguna manera. En donde observamos esto más claramente es en Patricia, sobre todo cuando venían las interrupciones a las terapias, donde ella decía: "Qué voy a hacer sin usted, no voy a poder pensar, ni voy a saber qué hacer". Ya que la psicoterapeuta funcionaba como *Yo alterno*, que le ayudaba a pensar y a ordenar sus pensamientos. Por ello se sentía perdida sin ella.

Estos son todos los rasgos que conforman el perfil del paciente terminal, ya que todos se encuentran presentes en mayor o menor grado. Los matices con los que se presenten dependerá de cada enfermo ya que aunque estas son generalidades, cada uno de ellos lo manifestara de forma distinta. Esto es una pequeña guía de lo que uno va a encontrar al trabajar alrededor de la muerte. Ahora quisiera presentar lo que aprendí a nivel teórico y lo que concluyó de todo esto.

Discusión y conclusiones 102

Las plantas eran como las personas: tenían necesidad de cuidados para vivir, para sobreponerse a las enfermedades y para morir en paz.

Anónimo.

La propuesta de sostén - acompañamiento para pacientes en fase terminal, nos abre la posibilidad de un campo de trabajo, que ha sido poco explorado, debido a la dificultad que implica enfrentarse a trabajar con personas que se encuentran al borde de la muerte.

Esto requiere encarar una serie de eventos que cambian la perspectiva que se tiene acerca de las cosas. Es decir, se transforma la concepción que se tiene acerca de la vida, las metas y los planes a futuro. Por eso, consideramos importante teorizar sobre esta experiencia, así como engarzar la teoría con la práctica. De esta manera, se trató de comentar cómo fue que se aplicaron los conceptos que se retomaron del psicoanálisis y de las teorías del desarrollo infantil, desde las cuales fundamenta la propuesta para pacientes en fase terminal.

La muerte, como ya se ha dicho, es un concepto que siempre ha estado presente en la historia del hombre. El proceso de muerte no es sólo el momento en que acontece el deceso, sino desde que se diagnostica una enfermedad crónica - degenerativa. Desde ese momento, la idea de finitud aparece en el hombre porque se encuentra enfrentado ante un padecimiento incurable. Los tratamientos que se le brindan sólo son paliativos, pero de ninguna manera curativos. Ya desde este momento están sucediendo una serie de fenómenos psíquicos entre los actores de este drama, primero el paciente, después el médico quien da el diagnóstico y por último, el psicoterapeuta. Cada uno de ellos va a vivir la muerte desde distintos lugares.

La importancia de la muerte en la vida del hombre, desde el lugar que se viva es y ha sido un evento impensable e irrepresentable en el inconsciente como lo dice Freud en 1915. Por lo que se le ha tratado de darle un sinfín de explicaciones, desde las científicas, las mágicas, las culturales, hasta las religiosas, todas ellas se mezclan en el psiquismo del hombre, para tratar de explicarnos este fenómeno tan angustiante.

En la medicina, la muerte es vista como un proceso fisiológico, desencadenado por distintas causas, tales como un accidente, una enfermedad, una falla en el funcionamiento de un sistema, o aparato. Nosotros centramos el trabajo en la muerte accidental, es decir, aquella que es causada por una enfermedad terminal en plena madurez de la vida, donde el sujeto muere relativamente joven. Cuando está en pleno desarrollo de sus proyectos de vida. Partimos desde el momento en que al enfermo se le da el diagnóstico. En ese momento el médico, a pesar de tener el conocimiento del proceso crónico - degenerativo del padecimiento, y que no hay más que hacer. También su aparato psíquico es confrontado ante la muerte, así como su conocimiento sobre medicina. Esto le genera impotencia, angustia, miedo, temor, e incluso ganas de huir en ese momento, ya que el dar una noticia de esta naturaleza no resulta para nadie algo deseable.

Esto sucede tanto en el ámbito de la institución privada, como en el de la institución de salud pública. Con la problemática de que en la institución pública, aunado a lo anterior, se encuentra la excesiva carga de trabajo a la que se ven sometidos los médicos. Lo cual, en determinado momento, sirve como una defensa al Yo, para escapar de la escena. Ya sea en el momento de dar el diagnóstico, porque hay otros muchos pacientes que atender, y se busca canalizarlos algún servicio; entre ellos al servicio de psiquiatría, como en los casos que se presentan. Este es un primer momento del cual se busca alejarse.

Otro momento, en el cual también el médico busca huir es en la visita médica y cuando el enfermo terminal entra en el coma y posteriormente se presenta la defunción, sobre todo en las especialidades en las que los pacientes tienen mal pronóstico, como oncología, hematología, neurocirugía donde el índice de fallecimientos es casi del 85%. Esto tiene una serie de implicaciones éticas y morales para el médico. Porque, éticamente no curaron la enfermedad, por eso se presenta la muerte. Moralmente esto les hace sentirse deprimidos, angustiados y buscan escapar de la situación. La situación se agrava ya que no se enfrentan a una muerte por jornada laboral, sino a varias, lo cual para cualquier aparato psíquico es insostenible. Esto los lleva a buscar una serie de conductas que son autodestructivas. Donde el problema más común es el de farmacodependencia, ya sea a sustancias que les ayuden a mantenerse despiertos tales como las anfetaminas, o bien a drogas, que les ayuden a evadir el problema, tales como alcohol u otro tipo de sustancia como cocaína, heroína, marihuana o alguna otra droga de tipo químico, y la promiscuidad sexual. Todo esto se presenta como una manera errónea de buscar una salida ante el constante contacto con la pulsión de muerte.

La formación de los médicos incluye conocer, a nivel teórico, cómo diagnosticar la muerte, pero ¿qué se hace con los sentimientos que esto despierta? Es cierto que el cuerpo de conocimientos ayuda al sostén en determinados momentos pero después ¿qué sucede? Esto puede ser un fenómeno a explorar, aquí no lo tratamos en profundidad, pero resulta interesante investigar los efectos psíquicos que causa el trabajar con la muerte y compararlo con otras especialidades que trabajan alrededor de la vida, como la ginecología o la neonatología. Esto desde el punto de vista del prestador de los servicios de salud.

Para entender lo que sucede con los enfermos terminales, utilizamos como referencia el cuerpo teórico psicoanalítico, desde el cual tomamos conceptos que nos permitieran dar una explicación a los procesos psíquicos que observamos durante el sostén - acompañamiento. Primero partimos de tratar de entender ¿Qué es la muerte, como proceso desde la medicina? Aquí entendimos que es un proceso que se da desde que se diagnostica la enfermedad, la muerte como tal con el cese de las funciones vitales como cese de la respiración, el cese del latido cardiaco y de la actividad cerebral y termina con el proceso de putrefacción. La muerte en la medicina, ha sido un fenómeno que ha sido ampliamente estudiado.

Por otro lado, también revisamos desde lo antropológico, la muerte que siempre ha estado presente en la vida del hombre y en todas las culturas desde la antigüedad hasta la actualidad. Debido a que morir es un acontecimiento cierto en el futuro del hombre que incide manifiesta o subrepticamente en el acontecer de la vida. Es un hecho que siempre ha estado presente a lo largo de la historia del mundo. Las ideas y creencias sobre ésta son determinadas por la época. De aquí que la posición del hombre ante la muerte, haya ido cambiando a través de los siglos. Así, la manera de considerar a la muerte va a depender enormemente de los aspectos sociales, culturales, e históricos. Todos estos elementos se van a mezclar en las creencias de los pacientes.

Desde el psicoanálisis, Freud (1913), busca dar una explicación antropológica al vínculo que hay entre los vivos y los muertos, tratando de entender el porqué se le da tanta importancia a los mitos de la muerte. Descubre que estos se llevaban acabo como una medida preventiva para evitar la ira de la persona fallecida, y que no regrese a llevarse a algún vivo. En culturas tales como la egipcia y la griega, que son las más representativas del mundo occidental. Encontramos que la primera ve a la muerte como la continuación de la vida, pero ahora de forma ultraterrena. Mientras, que para los griegos la muerte pasa a ser algo ominoso, el dios Hades es el que representa a la muerte y su aspecto es reflejo del miedo que el hombre siente ante ésta. Esto, porque finalmente no sabemos qué hay después de la vida, y tratando de dar una explicación a la muerte surge la figura del Hades, junto con la descripción del mundo de los muertos.

Tres de las religiones más antiguas del mundo como son, la judía, la judeo - cristiana y el islamismo, asimilan los mitos, y las creencias para crear los ritos funerarios que en cada una de ellas se utiliza, así como dar una explicación desde su propia perspectiva, formando un mosaico de las distintas ideologías, que tienen como finalidad común realizar una serie de actos a fin de evitar la ira del fallecido regrese para llevarse a algún vivo. Aunque ahora se dice que se pide por el alma del difunto, en realidad siempre subyace el temor a las apetencias del finado.

En México, se da una mezcla entre las costumbres prehispánicas y las del catolicismo, a raíz de la conquista, dando lugar a una serie de rituales muy peculiares. A pesar de estos rituales que se han vuelto costumbre en algunos casos, en otros la forma de morir ha cambiado. La muerte, al igual que la vida también ha cambiado.

Así, durante en el milenio pasado, la muerte resultaba ser un evento importante, además de un acontecimiento familiar, ya que el que estaba por morir protagonizaba su propia muerte, era el acto más esperado a lo largo de la vida. La familia se reunía en torno del por morir y éste se despedía de cada uno de los miembros.

Con el pasar del tiempo se llega a la muerte prohibida, que es la muerte que vivimos en la actualidad. El enfermo es recluido en un nosocomio, porque morir resulta vergonzoso. Ahora se muere lejos de casa, lejos de los familiares, en medio de un ambiente estéril, carente de afecto, de contención, de calor humano. El enfermo terminal es tratado como una enfermedad y no como el sujeto que la padece. Incluso el tiempo del duelo se ha acortado de tal forma, que parece mejor negar la muerte que afrontarla. Ya que el empleador sólo autoriza unos cuantos días para recuperarse de la pérdida de un ser querido. ¿Pero cómo se presenta es resolución del duelo? Será negándolo, la manera de solucionarlo, evitando en pensar en el deceso de un ser querido y retomando la rutina diaria.

De tal manera que la posición del hombre ante la muerte siempre es de rechazo, porque aunque todos sabemos que un día moriremos, nadie cree en su propia muerte. Pero aunque este evento nos sea familiar, por representaciones de muertes ajenas, siempre es algo ominoso. Porque nadie sabe lo que hay después de la muerte. Nos imaginamos un sin fin de cosas, pero nadie a regresado de ella para decirnos en realidad que es lo que hay. La muerte como tal, es una certidumbre, lo incierto es lo que hay después de ésta.

Entonces, se han tratado de buscar explicaciones a lo que sucede antes, durante y después de la muerte. En la literatura se ha escrito mucho sobre el tema, retratando distintos tipos de muerte. Desde las épocas más antiguas en forma de mitos y leyendas, hasta la novela contemporánea donde la muerte del personaje nos mueve sentimientos tales como la tristeza, el dolor, el duelo, porque no puede terminar lo que inició. A este tipo de muerte es al que nos referimos.

Esta muerte, retratada por la literatura, como con Shakespeare en Romeo y Julieta, los amantes de Verona, donde la muerte es una salida para poder gozar del amor, cosa que no se logra debido a la muerte de uno de los amantes, y después del otro. Esta puede ser una muerte llena de erotismo, que termina en una tragedia. Nos enseña que hay distintas formas de llegar y enfrentar a la muerte. Mientras que Hamlet es atormentado por el espíritu de su padre muerto, encerrado en su autismo. Como decía Thomas (1991), desde una perspectiva humana, la locura o muerte psíquica, atormentado por sus pensamientos también es un tipo de muerte, antes del fallecimiento biológico.

El relato de León Tolstoi, llamado "La muerte de Ivan Ilich", narra la agonía física y moral de este personaje, logrando hacer una reflexión filosófica sobre la vida y la muerte. Describe momento de la agonía, en que se tiene conciencia de que la vida se va sin habersele ido aún del todo. La aproximación de la muerte, como única realidad auténtica, donde el dolor es una tortura.

En esta obra, se relata la angustia de pensar que la vida no ha sido lo que tenía que ser, que se ha pasado la vida dedicado a las banalidades y que no se ha vivido como es debido: el objetivo de la vida siempre fue falso. Sólo se puede morir bien si se ha vivido tranquilo. Esta es la muerte que Thomas llamaría la muerte espiritual.

En la novela, llamada "La Montaña mágica", Mann relata la historia de un hombre que, a causa de una enfermedad, es llevado a una muerte en vida donde se muere para la vida plena, estando atado a una enfermedad que limita, y castra, haciendo sentir impotente al paciente, porque no puede lograr completar el proyecto de vida que se había planeado.

Este fue el tipo de muerte que nosotros encontramos en los pacientes de este trabajo. La sentencia de muerte cambia la vida en todos los aspectos, ya no hay más planes de largo plazo. Todo lo que se hace es en el aquí y ahora, porque no se sabe cuánto tiempo más se tiene; sólo se sabe que siguiendo las indicaciones del Médico se prolongará por un tiempo más la vida y/o la calidad de la misma. Esto produce un resquebrajamiento del aparato psíquico, causando un dolor intenso con el que es difícil luchar.

Mientras que la muerte de la que hablan los poetas, como Nezahualcóyotl vemos que abarca desde la tristeza por la muerte de lo bello, que es algo transitorio, perenne de la naturaleza, de los animales y del hombre que no dura para siempre. Parece ser que ese espíritu melancólico y bohemio del poeta le permite tener un entendimiento distinto y mucho más profundo de lo que es este momento. Esto le lleva a estar siempre en duelo por la pérdida de algo amado y admirado que está, pero que va a desaparecer o bien, ya no está. Esta libido siempre es depositada en objetos perecederos, retornando siempre al Yo. Por lo tanto, los poetas esta continuamente en duelo, transmitiéndonos por medio de sus escritos el dolor que esto les produce. Esta es otra forma de ver a la muerte, sin padecer una enfermedad terminal.

Por otro lado, este tema también ha sido retratado, por distintos pintores sobre todo en los temas religiosos, en los cuales se ve la muerte, como en la pasión de Cristo, o los frescos de la capilla sixtina, en el juicio final y también en aquellos retablos de las iglesias donde se da cuenta del sufrimiento de los santos mártires. Aquí la muerte es venerada, siendo presentada como una forma de expiar las culpas, que hace gozar al mártir con el sufrimiento. Esta circuncelión aunque es una manera masoquista de morir es venerada, también es otra perspectiva para enfrentar a la muerte. Esta es muy frecuente en países sumamente católicos, como es el caso de México, donde si te portaste bien durante tu vida, tendrás una buena muerte, y si sucedió lo contrario Dios, te castigará con enfermedades largas para que pagues los pecados cometidos.

Pero, a pesar de que la muerte está presente en la religión fungiendo como un castigo ominoso; en México, sucede otra cuestión, que nos llama la atención que es la tradicional fiesta del día de muertos. En ella, el mexicano se burla de la muerte, como en las calaveras de Posadas, donde nos reímos de nuestro miedo ante ella.

De ahí se desprenden, como parte de la cultura popular, versos y canciones que tratan de restar el impacto que tiene la muerte sobre nuestro psiquismo. Sin embargo, la muerte no tiene representación en el aparato psíquico, ya que ninguno de nosotros, como hombres, creemos en nuestra muerte. Siempre tenemos la creencia de que es a los otros a los que les llega la muerte: a los enfermos, a los ancianos, a cualquiera menos a nosotros. Sin embargo, porque a lo largo de nuestras vidas hay accidentes, enfermedades que nos hacen acercarnos, de pronto, a la muerte.

Estas marcas del ser mortal, nos remiten a la idea de que podemos fallecer. Pero como en algunos casos éstas son temporales, como por ejemplo las fracturas o una cirugía de amígdalas volvemos a negarla. Ahora bien, existen otras *marcas que son duraderas*, en las cuales un lugar, una función del cuerpo son señalados con la muerte, y el cuerpo finalmente cede a éstas. Se puede hablar de ejemplos como la localización de una pérdida cuando se le extirpa un órgano vital, esto resultan ser una suerte de antesala de la pérdida. Como en el caso de Julieta en la cual el cáncer, se presenta en varias partes de su cuerpo como en la tiroides, donde también se le extirpa el músculo esternocleidomastoideo, en el ojo izquierdo, en estómago y colon, posteriormente en la matriz y finalmente en el riñón izquierdo, el cáncer recidiva, en el riñón derecho y debido a esto muere. Con Julieta, lo que sucedía era que cada vez que aparecía el cáncer, se realizaba la extirpación de siguiente órgano, así hasta que finalmente ella fallece por la metástasis, en sus otro riñón. Cuando las marcas del ser mortal llegan a ser duraderas, como en el caso de los enfermos terminales, cuando un órgano es señalado con la muerte, se empiezan a crear huellas en el psiquismo, que nos confrontan con un duro juicio de realidad donde cabe la posibilidad de morir, nos damos cuenta de que no somos eternos.

En el trabajo clínico, con Julieta se consideró como factor importante el daño a su integridad corporal. Puesto que era muy llamativo el número de extirpaciones que había padecido a consecuencia del cáncer. Trabajar el sostén – acompañamiento con ella, nos permitió darle una integración a nivel psíquico y corporal, al devolverle una mirada de completud. Retomando lo que dice Lacan (1949) en *El estadio del espejo*, "La forma total del cuerpo, gracias a la cual el sujeto se adelanta en un espejismo a la maduración de su poder no le es dada sino como *Gestalt*, es decir en una exterioridad donde sin duda esa forma es más constituyente que constituida" (Lacan, 1966, Pág. 87 – 88). Esto permite tratar de pensar sobre las marcas del cuerpo con una percepción distinta por parte del paciente que se siente aceptado por el psicoterapeuta, quién le devuelve una mirada que lo constituya y le dé integridad a ese cuerpo que está totalmente mutilado.

Con Julieta, el sostén – acompañamiento tomó un matiz distinto porque ella negaba su muerte a pesar de que el cáncer se había presentado en distintas partes de su cuerpo. Esto le lleva a negar una realidad. Niega las marcas de su ser mortal, concentrando su atención en otro tipo de asuntos, porque para ella fue tan fuerte el impacto que recibió su psiquismo que no desea saber nada de la muerte, y jamás se presenta el pre – duelo.

En otros casos, cuando se da el diagnóstico de una muerte a futuro, muchas veces el paciente en fase terminal puede realizar un pre - duelo, por su futura muerte. Porque ya no le queda más tiempo para vivir, la amenaza de morir está presente y no hay nada que la pueda revertir, como en el caso de Patricia. Tanto su marido como ella están infectados de VIH/SIDA, por lo tanto ella realiza un doble pre - duelo, primero por la próxima muerte de su marido y después por su propia muerte. Donde desde la muerte de su marido, ella aprende a orquestrar su propia muerte.

El duelo, en Patricia, consistió en la desinversión de dos objetos, en este caso primero la muerte del marido y después su propia muerte, es decir, la renuncia a su propia vida. Cuando nos vemos enfrentados a la muerte, de esta manera tan prematura, el *Yo* se entrega totalmente al duelo, pensando en aquellos proyectos que nunca podrá realizar, pensar que la vida fue tan corta que no hubo tiempo de disfrutarla. De tal manera que el *Yo es incapaz de pensar en otra cosa*. Por eso cada vez que Patricia habla de su futura muerte, y como se iba deteriorando físicamente, ya que como no morimos en partes, sino que el curso de la enfermedad se presenta lento pero continuo como el VIH/SIDA, suceden eventos que nos van remitiendo a ciertas pérdidas anteriores, hasta la muerte definitiva. Por esta razón su capacidad *yoica*, se iba deteriorando poco a poco, y ella iba perdiendo interés en las cosas que le rodeaban. Ya que su estado de ánimo es predominantemente doloroso y se culpa por tener una enfermedad terminal. En este caso el sostén - acompañamiento se basó en tratar de reconstruir su capacidad *yoica*, para que ella pudiera seguir disfrutando de sus hijos y de las cosas que aun era capaz de hacer.

Mientras que en el caso de Lourdes, el pre - duelo tiene una resolución distinta, ya que se resigna a morir, porque finalmente ya habían hecho los médicos todo lo humanamente posible para salvarla y aunque el tumor recidivó, y ya no había más que dejar que la enfermedad continuara su evolución natural. Pero ella sí pudo trascender su propia muerte mediante la realización del testamento y la despedida de sus hijos. Claramente, vemos en ambos casos, cómo la pulsión de muerte de manera silenciosa va actuando sobre ellas.

Es cuando decimos, desde el psicoanálisis, que la pulsión de vida sólo es capaz de ganarle un breve instante a la eterna pulsión de muerte. Nuestra vida es un pequeño instante en una eternidad donde se presenta la inexistencia, lo inorgánico, donde no hay vida. Este es el principio de Nirvana del que habla Freud (1919, Pág.54)

La pulsión sexual de muerte, o pulsión de muerte siempre es negada por el hombre. Esta tiene su par antitético que es la pulsión de vida, la cual hace funcionar en las personas el autocuidado, los instintos para sobrevivir, para la continuidad de la vida.

La pulsión de vida se refiere a todos aquellos procesos vitales de los que echa mano el hombre; en oposición a la pulsión de muerte cuyas manifestaciones son silenciosas a lo largo de la vida, como las fracturas, una caída de la que sólo queda una contusión y enfermedades tales como gripe, dolor de estómago, una gastroenteritis, hasta que se presenta el momento final, cuando se presenta una enfermedad mortal para la cual no hay cura.

Esto se pudo ver en todos los casos que presentamos, pero con mayor claridad en Patricia que procuraba cuidarse y seguir las indicaciones que el hematólogo le ordenaba para prolongar un tiempo más su vida. Aunque de manera silenciosa, la pulsión de muerte iba ganando terreno cada que disminuía el conteo de sus células T4, que pertenecen a los leucocitos, y su sistema inmunológico se iba deteriorando. También lo observamos en el caso del marido de Patricia, donde la pulsión de muerte retorna contra el objeto, como dice Laplanche (1991), y se habla de la pulsión de su propia muerte, ya que está dirigida contra sí mismo, ya que es la parte destructiva y autopunitiva, que este hombre ejercía contra sí mismo, no acudiendo a las consultas, no tomando los medicamentos, y dejándose morir, no sólo físicamente sino psíquicamente ya que empieza a presentar deterioro neurológico que lo lleva a demenciarse. En otro de los casos donde la pulsión de muerte toma otro sentido, es con Alejandro. Esta se expresa mediante un enojo contra la vida, que no le permite expresar lo que siente en esos momentos. Por lo que muere sin poder reconciliarse consigo mismo.

Es por eso que planteo la importancia de que el paciente sepa desde un inicio ¿Qué padece?, ¿Qué posibilidades si las hay, tiene de salvarse?, Si no ¿Cuáles son los medicamentos, los cuidados que debe llevar a cabo para prolongar la vida unos años más? ¿Cuál es la calidad de vida que va a tener el enfermo en fase terminal? El tener este conocimiento de las enfermedades crónico - degenerativas, si bien no cambia el curso, porque finalmente el doliente muere; permiten al enfermo dar una lucha en contra de los estragos que la enfermedad le pueda ir causando, siendo esto una manera más sana de encarar este proceso patológico que nos va a conducir a la muerte. Como en el caso de Lourdes, que la primera vez que la operaron del aracnoidocele, le dijeron que había una alta probabilidad de que el tumor cerebral recidivara. Por lo que, una segunda operación de su tumor cerebral en su caso era imposible y por más cuidados que ella tuvo, éste recidivó. Esto le hacía tener una percepción totalmente diferente de su muerte, puesto que se le dio una segunda oportunidad y pudo prolongar la vida unos años más.

Si bien, la representación de la muerte suele ser angustiante para el hombre, a pesar de que tenga el conocimiento sobre este proceso, así como sus propias teorías, no desaparece el miedo ante ésta. El miedo tan sólo disminuye, como una forma de protección para la psique.

Cuando el cuerpo es perturbado en su funcionamiento, por la presencia de una enfermedad crónica - degenerativa, la persona empieza a darse cuenta de que algo le está pasando, tal vez no sabe qué es, pero percibe la amenaza a su vida. A este saber, como ya lo mencionamos, es un saber inconsciente que es recibido mediante los mensajes corporales. Pero cuando se confirma la enfermedad terminal, este saber se vuelve manifiesto o consciente.

En el momento en que un paciente tiene amenazada la vida por una enfermedad, y está consciente de que va a morir, puede iniciar diálogos importantes con el afuera circundante, y con su mundo interno a fin de lograr equilibrar la situación entre el engaño de los familiares, que le dicen "no estás tan mal, hombre, a lo mejor te curas" y la certeza interna de la muerte. En el caso de Patricia, antes de saber que su marido era seropositivo, ella percibía que en su cuerpo algo andaba mal. Debido a que ella nota que empieza a adelgazar, y su boca se llena de úlceras. Cuando recibe el diagnóstico de VIH/SIDA, estos síntomas que ella nos relata adquieren un significado distinto. Ella ahora está consciente de su propia muerte aunque no lo puede creer.

En el caso de Julieta sucede lo contrario. Aunque está ese saber inconsciente o preconscious, debido a que su cuerpo ha sufrido múltiples mutilaciones por el cáncer, ella niega este saber, aun cuando su deterioro físico es palpable.

Con Alejandro este *saber no es verbalizado, como una forma de defenderse ante la angustia*. Para él llega a ser *insoportable* la situación, al grado de que no tolera que le hablen de la posibilidad de otro infarto al miocardio. Por unos momentos tolera que el médico tratante se lo recuerde, pero después, él habla mediante sus silencios, y su rictus de enojo. Es decir, en un lenguaje preverbal.

Para Lourdes, este saber de su propia muerte le era familiar, ya que había pasado por una primera cirugía. En esta ocasión se le explicó que una de las consecuencias era el que el tumor recidivara. Cuando esto sucede, y la familia le dice que se va a curar. Pero ella sabía que no era cierto. Por lo que, ella logra comunicarles a sus familiares lo que deseaba que hicieran cuando ella faltara, se despide de sus hijos e incluso hace un testamento y se confiesa. En este caso el saber le ayuda expresar lo que piensa y siente en esos momentos, sin quedarse ella angustiada o triste.

La manera de empezar a elaborar la muerte, de no sentirnos impotentes ante nuestro destino. Es negando la muerte mediante la lucha que le presentamos para ganar un tiempo más de vida aunque sea breve. De ahí que se presenten movimientos en el aparato psíquico, para hacer un *insight*. Que nos hagan buscar en esos últimos momentos el espacio de trascendencia, que dejemos huella en los otros, dejando hecho el testamento, dejándoles indicaciones, despidiéndonos de nuestros seres queridos, esto cuando se va elaborando y construyendo la muerte. Aunque no se acepte la idea de morir, del todo y siempre se guarde la esperanza de vivir. Como en el caso de Lourdes, que construye su propia muerte.

Con Patricia, el sostén – acompañamiento, consiste en ayudarle a construir su propia muerte. Porque ella todavía tiene tiempo para hacer los arreglos y disposiciones que se necesitarán antes y después de fallecer. Aunque no se conocen las circunstancias en las que se va a presentar la muerte, la propuesta de un apoyo, como el del sostén - acompañamiento ayuda a los pacientes a tratar de entender lo que le está pasando, tratar de reordenar sus ideas, y enfrentarse a tener que tener que morir lejos de su hogar, en situaciones imprevisibles. Debido a que la muerte no siempre se anuncia, ni se tiene tiempo suficiente de crear un sistema de apoyo bien fundamentado. Por lo que, resulta importante garantizar que el trabajo hecho con el paciente en fase terminal le sea útil, esto puede ayudar a una buena muerte, es decir, a reducir la angustia frente a este acontecimiento.

El trabajo psicológico que se realiza con el paciente, se hace tanto para la vida como para la muerte. Ya que, en este caso el paciente va a morir acompañado y sostenido por todos los elementos que se trabajaron durante este apoyo. Nadie puede seguir al por morir, este es el momento donde se transita hacia la muerte.

Pero cuando la muerte no se presenta como parte del proceso de la vida, es decir, que uno muere prematuramente, cuando la sentencia de muerte llega en plena madurez de la vida, como en los casos presentados en este trabajo. La idea de tener una enfermedad terminal, devasta al sujeto, provocando un estado de crisis tal, que los espacios psíquicos que sirven de apoyo dejan de funcionar, provocando que se presente una fase esquizo - paranoide. Donde todos los contenidos del psiquismo son negativos, no integrados, no elaborados, causando que éste se halle disperso, incapaz de concentrarse; es esa sensación de sentirse ido, de no poder creer lo que sucede.

Ante ello, se necesita llevar a cabo un proceso donde se pueda rescatar al sujeto. Por eso planteamos que si tomamos de las teorías del desarrollo infantil, algunos conceptos y los aplicamos al enfermo terminal, se podrá contar con herramientas para ayudar al doliente a morir acompañado, contenido y sostenido.

Las herramientas teóricas mencionadas resultan útiles por la semejanza que se encuentra entre el recién nacido y el paciente terminal. Al inicio de la vida, el bebé se está constituyendo como sujeto psíquico, mediante los cuidados que la madre le proporciona. La constitución se presenta forma continua hasta llegar a la madurez. Mientras que cuando uno se enfrenta a la muerte, esta continuidad se pierde, la sensación de sentirse confiado, y seguro de sí mismo se desvanece, porque la personalidad, al entrar en esta fase, sufre resquebrajaduras que antes no se habían presentado.

De aquí que al inicio de la vida, como al final, siempre se necesite de alguien como la madre que les provea de contención formando en la mente del bebé el aparato para pensar los pensamientos, porque el bebé introyecta las buenas y repetidas experiencias de su relación con la madre.

Esto es, que en la mente del bebé ha quedado internalizada una pareja feliz que es constituida por una madre continente receptiva, tranquilizadora y metabolizadora de las angustias, a través de su función - alfa, de los sentimientos proyectados por el niño. Mientras que el contenido es la ubicación de las distintas emociones por identificación proyectiva dentro un objeto externo que es la madre.

De manera semejante, el psicoterapeuta debe de ser capaz de contener las ansiedades del enfermo terminal, y permitir que su contenido sea proyectado en él. Para así poder hacer una devolución del material proyectado, en forma de elementos alfa, para que las introyecte el paciente y se forme esa pareja feliz. Como lo ilustra el caso de Lourdes y el de Patricia.

En el caso de que se presente una angustia extrema por parte del psicoterapeuta, este no será capaz de funcionar como continente, por lo que le devolverá la angustia al paciente. Este puede caer en el estado llamado Terror sin nombre, en el cual se paralizan las funciones mentales, lo cual es común observar en los pacientes cuando se les da el diagnóstico de la enfermedad que les remite a la idea de muerte, ya sea que se les dé o no una explicación. Entonces, el caer en el estado de terror sin nombre, trae consigo la paralización de las funciones mentales, la desintegración lenta y continua de la personalidad del individuo. Llevando a que el apego formado por el psicoterapeuta y el paciente sea inseguro, porque no le está protegiendo de los peligros como en este caso la muerte, provocando que se presente la angustia de separación. Como sucede con Alejandro, que no se permite formar un apego con el psicoterapeuta, para ayudarlo a metabolizar sus angustias y formar un apego seguro.

Al inicio de la vida, la formación del apego se presenta mediante la relación del niño con su madre, empieza a establecer patrones de conducta encaminados a la socialización con otros miembros. En este proceso, el individuo tendrá que aprender a separarse de cosas que el considera importantes, presentándose la fase de separación. En el caso de los pacientes terminales, la fase de separación causa una angustia, depresión, miedo y sentimientos hostiles. Debido a que la separación implica el morir, esto lleva a que los pacientes presenten, en la mayoría de los casos, apegos inseguros, porque finalmente es claro que esta separación no es para ganar algo, sino para perder lo más preciado, que es la vida.

Por eso cuando el paciente ya en fase terminal logra establecer vínculos importantes, como con el psicoterapeuta, se presenta un fenómeno muy curioso donde la sensación que se tiene es que el paciente te demanda en exceso, como si se adhiriera al psicoterapeuta. Este mecanismo de la identificación narcisista, que es la identificación adhesiva, explora el concepto en relación con la visión con el mundo de manera bidimensional, es decir, un mundo donde no hay una separación entre el objeto y el sujeto, donde solo hay cosas concretas, y donde no existe la fantasía.

Por lo tanto, el paciente no es capaz de mantenerse separado del terapeuta, debido a que su espacio interno está colapsado, lo mismo que sus identificaciones y necesita del contacto con las personas, es decir, que se está presente en forma física y no simbólica. Ya que sus figuras previamente introyectadas se encuentran desaparecidas. Como con Patricia, que se sentía amenazada ante la más mínima separación del psicoterapeuta.

Es por esta situación que al trabajar con los pacientes en fase terminal, se tiene que contener, sostener y acompañar. ¿Cómo se logra esto? Funcionando como la madre suficientemente buena, que trabaja como un *Yo alterno*, que le ayuda a disminuir la angustia, a organizar todos los estímulos que lo alteran, a concebir el mundo como real, reforzar el sentimiento de sí mismo. Esto, para que se pueda ir integrando su aparato psíquico, que, al estar en la antesala de la muerte, se encuentra resquebrajado. Estas condiciones son necesarias para ayudar al doliente a recuperar un poco de la coherencia que se ha perdido en estas circunstancias.

Con esto se busca que la persona se sienta dueña de sí misma hasta el final de su vida. Por ende, su calidad de vida, mejora notablemente. Porque se está actuando en función del enfermo y de sus deseos, ya sea para bien o para mal. Esto tendría un mayor impacto si se conjuntara con lo que la institución de salud pública tiene que es la infraestructura, los recursos humanos y los recursos materiales.

Desgraciadamente, aunque a nivel, de programa institucional queda definido de manera muy clara que la calidad de vida involucra varias cosas como: la atención al derecho - habiente, la calidad en los servicios, la efectividad de la organización, la infraestructura necesaria, los materiales y el recurso humano. Pero cuando esto se lleva a la práctica, encontramos que el recurso humano, no se encuentra preparado para lidiar con la muerte, porque no tiene una preparación que les ayude. Ya que como lo he mencionado en diversas ocasiones, para el médico la muerte es vista como un fracaso, porque la enfermedad evolucionó pero de la persona que la padece nadie sabe nada. Este es el caso de miles de pacientes que son recordados por el número de cama o por lo que padecían, no por su nombre o por que se le conociera más a fondo.

De esta forma, el paciente es visto como una enfermedad que no se curó, no se puede establecer el vínculo médico paciente, es decir, que la relación tiene que ser fría y limitada a las circunstancias que se viven en el momento. Si hubiera una interacción mayor entre el enfermo y el médico, este último no contaría con los elementos para encarar su angustia al ser portador de la noticia que le anuncia la doliente que va a morir pronto, y encarar la angustia del otro, que no quiere morir.

Teniendo en cuenta lo anterior, partimos de los elementos que encontramos en la teoría psicoanalítica la cual nos permitió el conocimiento del funcionamiento inconsciente del aparato psíquico. Estos son elementos que explican en detalle los mecanismos que operan a intrasubjetivamente y facilitan el entendimiento del comportamiento de un paciente terminal.

De manera tal que, entendiendo los mecanismos que operan en el intrapsíquicamente, podremos enfrentarnos a este trabajo mucho más preparados, sustentando los actos en la teoría, para engarzarlos con la práctica. Esto hará que se cubra el área intrapsíquica. Mientras que el área intersubjetiva, se apoya en la utilización de las teorías del desarrollo infantil, que nos ofrece la teoría psicoanalítica. Con lo anterior el terapeuta tiene una herramienta sólida para entender a ese otro, para poderlo ayudar en este pre - duelo por su muerte.

Entonces, las preguntas de investigación que se plantearon al comienzo se fueron contestando en cierta medida, mientras se iba avanzando la investigación. Estas se responden a lo largo del trabajo, ya que encontramos cuáles son los elementos subjetivos que se aparecen en esta etapa, como son la angustia, la negación, el miedo, desde el enojo hasta la ira que son sentimientos que nos despierta el vernos enfrentados a algo que no tiene representación en el psiquismo.

También vemos que, al encontrarnos inmersos en esta situación, nos confronta ante nuestra propia muerte y nos desorganiza psíquicamente. Ya que si bien cada persona matizará de manera distinta la muerte, encontré que los elementos subjetivos, como ya los mencioné van desde los sentimientos que se juegan en ese momento hasta la desorganización psíquica un papel importante en fenómenos tales como la despersonalización, la identificación adhesiva del paciente hacia el psicoterapeuta.

Pero tal como lo hemos comentado, muchos de estos elementos se encontraban destruidos en el aparato psíquico, por lo que recurrimos a las teorías de desarrollo infantil. Estas nos permitieron ayudar a reestructurar al individuo en la medida de lo posible, partiendo de las generalidades para llegar en las particularidades de cada paciente.

Esto hizo que el enfrentarnos a ayudar a los enfermos terminales, mediante la propuesta de sostén - acompañamiento fuera un reto. Ya que cada persona es única y distinta de todas las demás. De tal manera, tuvimos que adaptar este esquema a las necesidades que tenía cada enfermo, y según el tiempo en el que se pudiera trabajar con él. Porque muchas veces fue tan sólo uno, o dos veces las que se tuvo contacto con el doliente.

Ocurrió que con cada paciente se trabajó el mismo esquema de la propuesta de sostén - acompañamiento, pero mientras que con algunos, en un encuentro, avanzamos mucho, es decir, cubrimos las dos etapas; que con otros, en dos encuentros no llegamos más que a la primera etapa. Ya que se paso desde no poder entablar una conversación y tener que acompañar al paciente en silencio, hasta el morir contenido y en paz emocionalmente. Finalmente esto también es lo que esta propuesta de sostén - acompañamiento quiere para el enfermo en fase terminal. Es por eso, que quisimos hablar de esta experiencia que consideramos sumamente rica, para otros psicoterapeutas que deseen trabajar en esta área de la clínica.

Recomendaciones:

A continuación presentamos, algunas recomendaciones que sería pertinente tomar en cuenta para mejorar la atención para el enfermo en fase terminal.

La primera recomendación, es que la problemática en las instituciones prestadoras de servicios de salud y las de educación superior, a pesar de coexistir en los mismos espacios de servicio, no mantienen una comunicación congruente respecto a los fines de la formación de recursos humanos para el área de la salud. Por lo tanto es necesario que haya un mejoramiento de los programas académicos con base a las necesidades actuales de sistema de salud pública. Esto se ha traducido en una desintegración docencia - servicio, que se ha hecho manifiesta en el sentido de no responder a las necesidades reales de la población. La educación del profesional de la salud debe planearse sobre la base de la enfermedad que soporta la población y la disponibilidad de intervenciones efectivas, que se hagan en el momento justo y no a punto de fallecer el enfermo.

Abordar el proceso Salud - Enfermedad de manera integral. Dado que los factores que intervienen en el proceso Salud - Enfermedad implican aspectos biológicos, psicológicos, ambientales y sociales, así como las características en la organización de los servicios de salud, y toda vez que estas áreas son abordadas por distintos tipos de profesionales, es necesario establecer un lazo de unión que permita conceptualizar integralmente este proceso, a fin de solucionarlo desde su raíz.

Establecer un puente de unión entre los profesionales de la salud. Para esto, es necesario investigar, por un lado, todos aquellos factores que están ligados a la conservación de la salud dentro de los grupos sociales y, por otro, conseguir que los profesionales (psicólogos, médicos, epidemiólogos, sociólogos, antropólogos, economistas, enfermeras, trabajadores sociales, etc.) identifiquen estos factores conjuntamente. De manera que se logre establecer una buena canalización del paciente al servicio que requiera, sin dejar pasar más tiempo del necesario.

Trabajar con la comunidad en los grupos identificados como de alto riesgo, en este caso de enfermos en fase terminal. Esto plantea la posibilidad de identificar grupos de alto riesgo con los cuales es factible instrumentar estrategias de acción bajo un enfoque preventivo (programado y anticipatorio); es decir, desarrollar opciones de solución que incidan directamente sobre aquellos factores de riesgo de alto valor predictivo, modificándolos o cancelándolos para controlar su influencia en el desarrollo de un daño a la salud, programando las acciones que se aplicarán antes de que éste pueda presentarse.

Para llevar a cabo lo anterior, se exige en grado máximo la participación de la comunidad, tanto en la identificación de los factores de riesgo como en la definición y realización de acciones para su manejo. Es por eso necesario que se promuevan este tipo de trabajos entre los empleadores y empleados de las instituciones prestadoras de servicios de la salud, para que el paciente pueda tener una atención adecuada a sus necesidades y enfermedades. Pudiendo así, incidir en la comunidad en el momento que sea pertinente.

Siempre que se piense trabajar con los enfermos en fase terminal será necesario, brindar la atención oportuna. Es decir, desde que el paciente es diagnosticado con la enfermedad terminal de tal manera, que exista el tiempo suficiente para ayudar tanto al enfermo como a sus familiares. Ya que trabajamos con individuos que forman parte de un entorno social. En este trabajo el tiempo es un factor determinante, que puede cambiar la forma en el que los pacientes con enfermedades terminales encaren su padecimiento y mueran contenidos, sostenidos y acompañados.

Dentro de este aspecto del apoyo psicoterapéutico, también es importante ayudar a los familiares del enfermo en fase terminal. Para que ellos puedan entender cual es la mejor forma de ayudar a su familiar. Así como también contener sus angustias de perder al ser querido y puedan despedirse, y que la muerte del paciente sea menos angustiosa tanto para ellos como para él

Es por eso que en este trabajo, decidimos hacer énfasis en que la necesidad prioritaria del sistema de salud pública, debe ser la atención a los pacientes, incluyendo a aquellos que van a morir para que mueran en las mejores condiciones posibles y con toda la red de apoyo que se les pueda brindar, a ellos y a sus familiares. Para esto es necesario que sepan que existen personas que se dedican a trabajar con los enfermos terminales desde un enfoque teórico como es el psicoanálisis, y que su preparación es de muchos años antes de empezar a trabajar con los enfermos terminales. Ya que, el trabajo con personas es sumamente delicado. Es por eso que necesitamos trabajar de manera conjunta con el personal médico, para ofrecer una ayuda que de opciones y soluciones a los problemas que presenta la comunidad.

En cuanto a lo teórico, existe un vasto campo en el trabajo con los pacientes en fase terminal que ha sido poco explorado. Este campo, debiera de ampliarse investigando con mayor las necesidades psicológicas de los enfermos en fase terminal. Para que se produjeran propuestas de tratamiento. Ya que aun al final de la vida el ser humano necesita de otros seres humanos que lo ayuden y apoyen para llegar hasta el final de forma digna y con una mejor calidad de vida. Ante esto, única y exclusivamente el enfermo en fase terminal es el único que decidirá de que forma va a terminar su vida. Siempre y cuando existan diversas investigaciones que ayuden al personal interdisciplinario, así como al psicoterapeuta a tener herramientas para trabajar con sus enfermos.

Conclusiones:

El primer punto que me gustaría destacar, es la preparación del cuerpo médico asistencial. Durante la enseñanza tanto de los médicos, como de las enfermeras se cursan materias en las cuales se les enseña ética médica. Esta asignatura toca el tema de la muerte, presenta un esquema rígido y apartado de la realidad de cómo se debe comportar el médico ante el paciente en fase terminal. Mientras que, por otro lado, la enseñanza cubre varios cursos sobre la patología de los distintos sistemas que conforman el cuerpo. Esto hace que se presente una escisión en el cuerpo de conocimientos que se les da en las escuelas de medicina, porque separan al ser humano del cuadro patognómico.

Entonces, el médico hace todo lo posible por curar el proceso crónico - degenerativo, mediante una serie de tratamientos que va desde lo farmacológico, hasta lo quirúrgico. Pero el portador de la enfermedad, es decir, la persona como tal, resulta ser lo menos importante.

Una segunda conclusión que va de la mano con la primera es, que si bien el personal asistencial médico está preparado teóricamente para enfrentar las complicaciones de los procesos crónico - degenerativos. No lo está para la dura responsabilidad de la muerte, ya que el curar una enfermedad es un logro y la muerte ¿Es el fracaso?

La tercera conclusión con respecto a este tema es, que son los médicos quienes cargan, con la responsabilidad de informar al paciente acerca de su próxima muerte. Cuando esto resulta igualmente angustiante para el enfermo que para el médico, ya que el Yo de ambos se cimbra ante la posibilidad de hablar de algo que ni siquiera tiene representación en el inconsciente.

Con respecto a la organización de las instituciones de salud pública, nos percatamos que la carga de trabajo que tienen los servicios médicos, así como los residentes en las guardias. Hacen imposible que se le pueda tener una perspectiva de ayuda, de continente tanto al médico que tenga un apoyo psicológico, como al enfermo terminal. Porque existe un número irrisorio de médicos para un servicio, que tiene que atender mínimo unos 70 pacientes en consulta y otros tantos internados.

También vale la pena mencionar, el poco peso que las instituciones de salud pública le ha dado a los programas de apoyo psicológico a los enfermos, por falta de presupuesto. Se prefiere medicarlos, a brindarles un apoyo como el que presentamos en esta tesis. Porque es mucho más barato el medicamento, que contratar personal y capacitarlo.

Teniendo lo anterior en cuenta, cuando se presentan ante la institución de salud pública, no importa si el estudiante tiene los conocimientos necesarios, si es capaz de enfrentar situaciones que lo rebasen. La institución ejerce una violencia sobre los practicantes, cuando por falta de personal que realice el trabajo, los ponen a trabajar con sectores de población que como en el caso de los pacientes terminales, que resultan ser muy complejos.

Esto conlleva a que, la institución de salud pública aparte de ejercer una violencia contra el practicante, también lo someta a una serie de daños psicológicos, como el enfrentarse sin herramientas a la muerte, la depresión y angustia que provoca el contacto con estos pacientes. Con frecuencia surge el deseo de abandonarlos por miedo, por angustia, porque se es estudiante no sabe qué hacer, debido a que es una situación que rebasa en todos los sentidos. Estos son los daños que no se ven pero que se empiezan a percibir en el estado de ánimo, aunados a los físicos que se presentan síntomas como gastritis, colitis, pérdida de peso, dificultad para dormir, dolores de cabeza, y trastornos hormonales como amenoreas, que son causadas por la tensión inherente a esta práctica.

Cuando el practicante que es enfrentado a esta situación, logra mediante su análisis y los seminarios de supervisión, tener herramientas de soporte psíquico y teórico para trabajar con los pacientes terminales. Muchas veces surge el deseo de abandonar al enfermo terminal, dando cualquier cantidad de pretextos, pero todo se resume a esta frase de Lacan, que dice: " Las resistencias no son del paciente sino del analista". Por eso, resultan necesarios los soportes psíquicos y teóricos, para que la nuestra parte sana del yo nos ayude a trabajar con ellos.

De lo anterior surge la necesidad de que los psicólogos en formación que acudan a las instituciones de salud pública sean correctamente supervisados y apoyados, con lecturas, con su análisis didáctico. Pero, además, tener una formación especial para hacer frente a este tipo de pacientes en fase terminal, teniendo en cuenta que se trabaja alrededor de la muerte.

Una vez que se han sentado las bases, para que se le brinde la oportunidad al enfermo terminal de apoyarlo mediante el sostén – acompañamiento, éste debiera darse a tiempo a los pacientes, y no como último recurso, es decir, que se les dé a tiempo el apoyo si es necesario, desde el momento en que se informa al paciente del diagnóstico. Como en el caso de los dos pacientes para los cuales se pide la interconsulta, cuando ya tiene deterioradas sus funciones mentales superiores, y en coma. Es por eso, que hago hincapié en que este apoyo psicológico sea brindado a tiempo, cuando aun ahí oportunidad de trabajar con un paciente en pleno uso de sus facultades, cuando todavía se pueden cambiar muchas cosas.

Si se brinda el sostén - acompañamiento, es necesario que no se limiten el número de sesiones. Sino, que se acompañe al paciente durante todo el proceso, es decir, que se le acompañe el tiempo necesario, no importando si es una sesión o un año de trabajo.

Entonces, si el sostén - acompañamiento es brindado a tiempo y sin número limitado de sesiones, puede darse el caso de que el diagnóstico que es reservado al paciente pronosticado para la muerte, cumpla con este pronóstico en circunstancias distintas. Logrando retrasar los efectos de la enfermedad, manteniéndose en mejores condiciones tanto físicas como anímicas. Por eso es necesario explicar al paciente en que consiste su tratamiento, para que el pueda informarse acerca de su enfermedad. Pedir segundas opiniones profesionales y que se le brinden lecturas médicas para estudiar su enfermedad en caso de que así lo quiera. Para que se hagan cargo activamente de su enfermedad, y que su saber sobre la enfermedad determine la elección del tratamiento.

A lo largo de todas estas conclusiones es posible observar, que el sostén acompañamiento tiene un cuerpo teórico bien definido y sustentado, como es el psicoanálisis, pero muchas veces nos preguntamos: ¿Por qué se llega a una etapa con un paciente y a otra con otro? Una respuesta puede ser que así como hay vocación para la carrera, también la hay para ser paciente. Ya que aunque existan muchos pacientes que se les diagnostiquen enfermedades terminales, no todos tienen la misma personalidad, la capacidad y el interés para trabajar.

Con esto no quiero decir que todos debamos resignarnos a morir, sino más bien quiero dar a entender que con el tiempo a nuestro favor en el sostén -acompañamiento podremos llevar al paciente de la mano en un proceso que le ayude a crecer internamente. Para que acepte su enfermedad, posteriormente que tenga la información sobre los distintos tratamientos que existen, para que finalmente elabore y construya su muerte. Me parece que esta oportunidad es realmente valiosa, porque ayuda al paciente y a sus familiares a despedirse sin tanta angustia, dolor y culpa. Haciendo que este proceso sea mucho más sano, y dándole la oportunidad al paciente de ser el dueño de su propio destino, hasta el final de su vida.

Otro punto importante es la aportación que hacen las teorías psicoanalíticas del desarrollo infantil que se utilizaron para el trabajo con el paciente en fase terminal. Porque de la misma manera que el bebé necesita de su madre para que lo contenga, lo tranquilice, metabolice sus angustias y se las regrese en forma de gestos, palabras y miradas que lo tranquilicen. De esta misma forma, el enfermo en fase terminal necesita al psicoterapeuta, para que lo sostenga, contenga y acompañe al final de su vida como una madre suficientemente buena.

BIBLIOGRAFÍA

Adams, V. (1993) Principles of Neurology. U.S.A. Edit. MacGraw Hills.

Alizade, A. M. (1995) Clínica con la Muerte. Buenos Aires, Argentina. Edit. Amorrortu.

Aliaga, J.; Baños C.; Barutell, J.; Molet, A.; Rodríguez de la Serna, M.; (1998) Dolor y Utilización Clínica de los Analgésicos. Bogotá, Colombia. Edit. Menarini.

Anderson, R. A.; (1984). A behavioral model of families use of health services. Centre for Health Administration Studies 25, University of Chicago. Accessibility and utilization. Geographical perspectives on health care delivery; Cambridge, United Kingdom. Edit. Harper and Row Publishers.

Anzie, D.; Bejarano, A.; Kaës, R.; Misernard, A.; Pontalis, J. B.; (1978) El trabajo psicoanalítico en los grupos. México, D.F. Edit. Siglo XXI.

Ariés. P.; (1999). El hombre ante la muerte. Barcelona, España Edit. Taurus.

Autores Varios. (1985) Diccionario de Terminología de ciencias médicas, Barcelona, España. Edit. Salvat.

Autores Varios. (1995) Dioses del México antiguo. México, D.F. Editado por el Colegio de San Idelfonso, UNAM, e INAH.

Autores Varios. (1978) Enciclopedia Barsa Escalpe, Barcelona, España. Edit. Barsa - Scalpe.

Autores Varios. (1982) Enciclopedia El nuevo tesoro de la juventud. México, D.F.; Edit. Grolier.

Blanco L.G.; Wainer, G.; (1997) Muerte Digna. Reflexiones acerca de la información que se le suministra al paciente oncológico. Cuadernos de Bioética. Buenos Aires, Argentina. Edit. Ad Hoc.

Bellak, L; Siegel, H.; (1986). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México, D.F.; Edit. Manual Moderno.

Bettelheim, B; y Rosenfeld, A.; (1994). El arte de lo obvio. Barcelona, España. Edit. Drakontos y Crítica.

Bick, Esther; (1968) The Expierience of the skin in the early object - relations. The international Jornal of Psycho-analysis; July of 1968, 49 (484), United Kindom.

Bion, W. R. (1974) Atención e interpretación. Colección Psicología profunda. Buenos Aires, Argentina. Edit. Paidós.

Bleger, José; (1985). La entrevista psicológica. Buenos Aires, Argentina. Edit. Nueva Visión.

Bolwby, J. (1985). La separación afectiva. Colección Psicología Profunda. Barcelona, España. Edit. Paidós.

Bolwby, J. (1993). El vínculo afectivo. Colección Psicología profunda. Barcelona, España. Edit. Paidós.

Bowlby, J. (1961). Processes of mourning The international Journal of Psycho-analysis; October of 1961, XLII. (4 -5) United Kindom.

Bronfman, Mario, y col. (1997). Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. Salud Pública. Mayo - Junio de 1997. 39.(3). P.p.546-553, México, D.F. Editorial del IMSS.

Buendía, L; Colas, P; Fuensanta, P. (1997). Métodos de Investigación en psicopedagogía. Madrid, España. Edit. Mc Graw Hills.

Cahn, P. Casiro, Goodkin, Maglio, Maldavsky, Mangone, Noguero, Pagano, Prez, Soriano, Sumay. (1992). PSIDA. Buenos Aires, Argentina. Edit. Paidós.

Castoradis, Aulagnier Piera; (1963) Observaciones sobre la estructura psicótica. Carpeta de Psicoanálisis. Vol. I.

Castoradis, Aulagnier Piera; (1979) Los destinos del placer. Barcelona, España. Edit. Petrel.

Cerejido, M.; Blanck – Cerejido, F. (1997), La muerte y sus ventajas. México, D.F. Edit. Fondo de Cultura Económica.

Cerejido, M.; Blanck – Cerejido, F. (1998), La vida, el tiempo y la muerte. México, D.F. Edit. Fondo de Cultura Económica.

Creswell, J, W; (1998). Qualitative Inquiry and research desing, Choosing among five traditions U.S.A. Edit. Sage Publications.

Cormack, H. D., (1988). Histología de HAM. 9ª. Edición. México, D.F. Edit. Harla.

Cotran, R.S.; Robbins, S.L.; (1987). Patología estructural y funcional. 3ª. Edición. México, D.F. Edit. Interamericana.

Díaz Portillo, I. (1989). Técnicas de la entrevista psicodinámica. México, D.F. Edit. Pax.

Di Bastiano, M. y col. (1987) Reflexiones sobre el vínculo co-terapéutico. Buenos Aires, Argentina. Edit. Cinco.

Diccionario (1969) Pequeño Larousse ilustrado. México, D.F. Edit. Larousse.

Dolto, F. (1999). Psicoanálisis y pediatría. México, D.F. Edit. Siglo XXI.

Dupond, Marco A.; (1988). La práctica del psicoanálisis. México, D.F. Edit. Pax.

Dutton, D. (1966). Financial, Organizational and professional factors affecting health care utilization. Society Science Medicine. U.S.A. 23 (7) P.p.721-735.

Etchegoyen, R, H. (1993). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires, Argentina. Edit. Amorrortu.

Favéz G. (1976). La cita con el psicoanalista. Etre Psychoanalysis. París, Francia. Edit. Dunod.

Fernández Ballesteros, (1983). Psicología ambiental. .. México; D.F. Edit Harla.

Freud, S. Obras Completas. Edit. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.

(1893 - 1895) Estudios sobre la histeria. Vol. II

(1905) Tres ensayos de la teoría sexual. Vol. VII.

(1911) Sobre la iniciación del tratamiento. Vol. XII.

(1913) El Motivo de la elección del cofre. Vol. XII.

(1913) Tótem y Tabú. Vol. XIII.

(1914) Pulsión y destino de pulsiones. Vol. XIV.

(1915) De guerra y de muerte. Vol. XIV.

(1917) Duelo y melancolía. Vol. XIV.

(1919) Lo Ominoso. Vol. XVII.

(1920) Mas allá del principio del placer. Vol. XVIII

(1923) El ello y el yo. Vol. XX.

(1924) Introducción al problema económico del masoquismo. Vol. XIX.

(1925) La negación. Vol. XIX.

(1926) Inhibición, síntoma y angustia. Vol. XX.

Garibay, A. (1999). "Mitología Griega" (Dioses y Heroes). Colección sepan cuántos. México, D.F. Editorial Porrúa.

Gay, Peter. (1990). Freud, una vida de nuestro tiempo. Barcelona, España. Edit. Paidós.

Gherardi, C.R., (1999). La dignidad de la libre decisión de los pacientes terminales. A propósito del análisis de proyectos que limitan la autonomía a través de su regulación. [En red] Disponible en: <http://www.bioetica.org>. consultado: Julio del 2000.

Gherardi C.R., (1995). Los límites de la atención médica en el paciente crítico. Periódico La Nación 13 septiembre de 1995. [En red] 6ta. Sección pág. 2-3. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://www.lanacion.org>. consultado: Julio del 2000.

Gherardi C.R., (1996) La humanización de la muerte. Periódico La Nación, 24 de mayo 1996. pág.16. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://www.lanacion.org>. consultado: Julio del 2000.

Green, A. (1993) Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. Buenos Aires, Argentina. Edit. Amorroutu.

Greenson, R. (1991). Técnica y práctica del psicoanálisis. México, D.F. Edit. Siglo XXI.

Grinberg, L., Sor. D., Tabak E. (1972) Introducción a las ideas de Bion. Buenos Aires, Argentina. Edit. Nueva Visión.

Grinberg, Langer y Rodrigué. (1974), Psicoterapia de grupo. Su enfoque psicoanalítico, Buenos Aires, Argentina. Edit. Paidós.

Goldberg, (1995) Manual of the general questions in public health. Boston; Massachusetts, U.S.A. Edit. NFER. Publishing. Co.

Goldman, H. (1993). Psiquiatría general. México, D.F. Edit. Manual Moderno.

Grotjahn, M. (1980) El arte y la técnica de la terapia grupal analítica, Buenos Aires, Argentina. Edit. Paidós.

Guarner, E. (1984) Psicopatología Clínica y tratamiento analítico, México, D.F. Edit. Porrúa.

Guyton. (1986). Tratado de fisiología medica, 7ª. Edición. México, D.F. Edit. Mac Graw Hills e Interamericana.

Harrisons; (1993) Principles of Internal Medicine. 12th. Editions. U.S.A. Edit. Mac Graw Hill Inc.

Hein, Digeronimo. (1989). AIDS: Trading fear for facts. Vermon, New York. Edit. Consumers Union.

Hulka, B.S.; Wheat J.R.; (1985). Patterns of utilization. The patient perspective, Medical Care, 23 (5). P.p. 438-460. U.S.A.

Infraestructura de las Instituciones de salud en México. [En red] Disponible en: <http://www.instituciones.de.salud.pública.com>. Consultado en: Agosto del 2000.

Jonsen, A.; Siegler, M; Winslade, W.; (1992). Clinical Ethics. 3rd. Edition. U.S.A. Edit. Mc Graw Hill Inc. U.S.A.

Kaës, R. (1977) El aparato Psíquico Grupal. Barcelona, España. Edit. Garnica.

Kaës, R. (1979). Crisis, ruptura y superación, Buenos Aires, Argentina. Edit. Edit. Cinco.

Kaplan, H, I; Sadock, H. (1994). Compendio de psiquiatría. México, D.F. Edit. Salvat.

Klein, M. (1974) Envidia y gratitud. Tomo III. Barcelona, España. Edit. Paidós.

Krauz, Periódico la Jornada, 21 de Julio de 1999. ¿Morir en casa o en el hospital?

Kolatch, J. A. (1995) ¿El libro judío del porque?. Santafé de Bogotá, Colombia. Edit. L.B. Publishing Co.

Lacan J. (1954-1955) El deseo, la vida y la muerte, Libro 2. Buenos Aires, Argentina. Edit. Paidós.

Lain Entralgo, P. (1984). La relación médico enfermo. Buenos Aires, Argentina. Edit. Alianza Universidad.

Laplanche, J; Pontalis, B. (1993). Diccionario de Psicoanálisis. Zaragoza, España. Edit. Labor.

Laplanche, J. Green, Ikonen, Rechart, Segal, Widlöcher, Yorke. (1984). La pulsión de muerte. Buenos Aires, Argentina. Edit. Amorrortu.

Lee, R.I, Jones L.W., (1990) The fundamentals of good medical care. Salud Publica. Marzo - Abril de 1990. 32 (2). P.p.245-247. México, D.F. Editorial del IMSS.

Lepp, I. (1967). Psicanálisis de la muerte. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Carlos Lohlé.

Lewis, J.R. (1994), Patient views on quality care in general practice: Literature review. Society Science Medicine, 39 (5). P.p. 655-670. U.S.A.

López Antuñano (1993) Evolución de los servicios de salud de la secretaría de salud. Salud publica, Septiembre - Octubre de 1993, 35 (5). P.p. 58 -69. México, D.F. Editorial del IMSS.

Mann, T. (1998). La montaña mágica. Barcelona, España. Edit. Plaza Janés.

Mannoni, M. (1994). La primera entrevista con el psicoanalista. Barcelona, España. Edit. Gedisa.

Mannoni, M. (1997) Lo nombrado y lo innombrable (la última palabra de la vida), Edit. Buenos Aires, Argentina. Nueva Visión.

Mechanich, D. (1961), The concept of illnes behavior. Journal of Chronical Disiease. 15 (1). P.p. 189-194. U.S.A.

Meltzer, D.; Bremner J.; Hoxter, S. Weddell, D; Wittenberg. (1984). Exploración del autismo. Colección psiquiatría, psicopatología y psicosomática. Buenos Aires, Argentina. Edit. Paidós.

Parsons, T. (1993); El sistema social. Madrid, España. Edit. Alianza Universidad.

Racker, H. (1966). Estudios sobre técnica psicoanalítica. Biblioteca de psicología profunda. México, D.F. Edit. Paidós.

Reyes Zubiría, A. (1991). Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y su familia. 1ª. Edición. México, D.F. Edit. Alzira.

Roldán, J. (1984) Ética médica. México, D.F. Edit. Universidad La Salle.

Ruíz de Chávez, G. y cols. (1990). Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. Salud Pública, 32 (2). P.p. 156-169. México, D.F.

Sahagún, B. (1979). Historia general de las cosas de la Nueva España. México, D.F. Edit. Porrúa.

Soberón, G; Martuscelli, J; Alvarez Manilla, J.M; Frenk, J. Loria, M; (1988) Building Brindges betwee care and medical education: The Mexican espirience. Conferencia Presentada en: Medical education and cost - effective health care. Bellagio, Italia. [En red] Disponible en: [Http: www .salud publica.conferencias.com](http://www.salud publica.conferencias.com). consultado en: Marzo de 1988.

Soustelle, J. (1994). La vida cotidiana de los aztecas en visperas de la conquista. México, D.F. Edit. Fondo de Cultura Económica.

Taylor, R. (1996) Psicología Organizacional. México, D.F. Edit. Mac Graw Hills.

Thomas, Louise -Vincent. (1991) La muerte. Barcelona, España. Edit. Paidós Studios.

Tolstoi, L. (1993). La muerte de Iván Ilich. Santiago de Chile, República de Chile. Edit. Andres Bello.

Winnicott, D.W. (1981). Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona, España. Edit. Laia.

Winnicott, D. W. (1996). "Sostén e interpretación" Fragmento de un análisis. Colección psicología profunda. México, D.F. Edit. Paidós.