

31921
16



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

DUELO

LA IMPORTANCIA DE UN APOYO PSICOLOGICO A LOS
ENFERMOS TERMINALES Y A SUS FAMILIARES
(PROPUESTA DE INTERVENCION)

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N
NELLY ERIKA BARCO SORIA
LAURA ANDREA SOLIS COLIN

ASESORA: LIC. BERTHA ESTHER GALLEGOS ORTEGA
DICTAMINADORES: DR. MARCO EDUARDO MURUETA REYES
LIC. JOSE ESTEBAN VAQUERO CAZARES



IZTACALA

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

2003

A

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

EN RECUERDO MÍO

EL DÍA LLEGARÁ EN QUE EN DETERMINADO MOMENTO UN MÉDICO COMPROBARÁ QUE MI CEREBRO HA DEJADO DE FUNCIONAR Y QUE, DEFINITIVAMENTE, MI VIDA EN ESTE MUNDO HA LLEGADO A SU TÉRMINO. CUANDO TAL COSA OCURRA, NI INTENTÉIS INFUNDIRLE A MI CUERPO UNA VIDA ARTIFICIAL CON AYUDA DE ALGUNA MÁQUINA, Y NO DIGÁIS QUE ME HALLO EN MI LECHO DE MUERTE. ESTARÉ EN MI LECHO DE VIDA, Y VED QUE ESTE MI CUERPO SEA RETIRADO PARA CONTRIBUIR A QUE OTROS SERES HUMANOS HAGAN UNA MEJOR VIDA. DAD MIS OJOS AL DESDICHADO QUE JAMÁS HAYA CONTEMPLADO EL AMANECER, QUE NO HAYA VISTO EL ROSTRO DE UN NIÑO, O, EN LOS OJOS DE UNA MUJER, LA LUZ DEL AMOR. DADLE MI CORAZÓN A ALGUNA PERSONA A QUIEN EL PROPIO, SÓLO LE HAYA VALIDO INTERMINABLES DÍAS DE SUFRIMIENTO. MI SANGRE DADLA AL ADOLESCENTE RESCATADO DE SU AUTOMÓVIL EN RUINAS, A FIN DE QUE PUEDA VIVIR HASTA VER A SUS NIETOS RETOZANDO A SU LADO. DAD MIS RIÑONES AL ENFERMO QUE DEBE RECURRIR A UNA MÁQUINA PARA VIVIR DE UNA SEMANA A OTRA. PARA QUE UN NIÑO LISIADO PUEDA ANDAR, TOMAD LA TOTALIDAD DE MIS HUESOS, TODOS MIS MÚSCULOS, LAS FIBRAS Y NERVIOS TODOS DE MI CUERPO. HURGAD EN TODOS LOS RINCONES DE MI CEREBRO. SI ES NECESARIO TOMAD MIS CÉLULAS Y HACED QUE SE DESARROLLEN, DE MODO QUE ALGÚN DÍA UN CHICO SIN HABLA LOGRE GRITAR CON ENTUSIASMO AL VER CAER UN GOL Y QUE UNA MUCHACHITA SORDA PUEDA OIR EL REPIQUETEAR DE LA LLUVIA EN LOS CRISTALES DE LA VENTANA. LO QUE QUEDA DE MI CUERPO ENTREGADLO AL FUEGO, Y LANZAD LAS CENIZAS AL VIENTO PARA CONTRIBUIR AL CRECIMIENTO DE LAS FLORES. SI ALGO HABIÉIS DE ENTERRAR, QUE SEAN MIS ERRORES, MIS FLAQUEZAS Y TODOS MIS PREJUICIOS CONTRA MI PRÓJIMO. SI ACASO QUISIÉREIS RECORDARME, HACEDLO CON UNA BUENA OBRA Y DICHIENDO ALGUNA PALABRA BONDADOSA A QUIEN TENGA NECESIDAD DE VOSOTROS. SI HACÉIS TODO ESTO QUE OS PIDO, VIVIRÉ ETERNAMENTE.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



A MI QUERIDO PAPA NICO:

POR EL VALOR CON EL QUE VIVES, POR DARLE SENTIDO A MI IDENTIDAD, POR DEJARME VER ATRAVÉS DE TUS OJOS, POR EL REGALO DE AMOR QUE ME DA SEGURIDAD, PERO PRINCIPALMENTE POR ESTAR PRESENTE EN MI VIDA Y POR COMPARTIR CONMIGO ESTOS MOMENTOS.
GRACIAS PAPIITO.

A MI QUERIDA MAMA:

POR TRAERME A LA VIDA CON TANTO AMOR, POR TODO TU ESFUERZO PARA VERME CRECER FELIZ, POR ESTAR SIEMPRE A MI LADO Y TENER LOS BRAZOS ABIERTOS PARA RECIBIRME, POR ENSEÑARME CON EL EJEMPLO A VIVIR CON HONESTIDAD, AMOR, FE Y ACEPTACION DE AQUELLAS COSAS QUE NO PODEMOS CAMBIAR
GRACIAS MAMITA.

A MI HERMANA ELLA:

POR TU INTELIGENCIA Y SENSIBILIDAD, POR TU COMPAÑIA EN EL CAMINO, POR SER PARTE DE MI VIDA Y DARMETU APOYO PARA SALIR ADELANTE.,
"ES NECESARIO ANALIZAR Y SACUPIRNOS LAS CREENCIAS QUE NOS LIMITAN PARA LOGRAR SER UNO MISMO"
GRACIAS NIÑA

A MIS ABUELAS Y ABUELOS:

POR AMARME TAL Y COMO SOY, POR SER EL PILAR FUERTE Y GENEROSO DE MI FAMILIA, POR SUS DETALLES Y CUIDADOS.

CON MUCHO CARÑO A TODOS LOS BARCO Y TODOS LOS SORIA
GRACIAS POR COMPARTIR.

A MI PEQUEÑA DANY:

POR LLENAR A LA FAMILIA DE ENERGIA Y VITALIDAD, POR EL RUIDO, SONRISAS E INGENUIDAD QUE NOS HACEN RECORDAR EL MARAVILLOSO REGALO DE LA VIDA.
TE QUIERO

A ANDY:

POR ATREVERTE A COMPARTIR TU HISTORIA CONMIGO, POR ACEPTARME COMO SOY Y SER AMIGA INCONDICIONAL.
GRACIAS POR TU COMPAÑIA, TOLERANCIA, PACIENCIA, CONTROL, TIEMPO Y POR ESCUCHARME SIEMPRE.
GRACIAS

AL INGE Y LOS GONZALEZ:

POR SU GRAN CORAZON Y GENEROSIDAD, POR SU COMPAÑIA Y APOYO, POR ESTAR DISPUESTOS SIEMPRE A COMPARTIR.

A MIS QUERIDOS AMIGOS Y AMIGAS:

PORQUE HAN COMPARTIDO ETAPAS IMPORTANTES EN MI VIDA.

CON TODA MI ADMIRACION Y RESPETO A AQUELLOS QUE A LO LARGO DEL CAMINO HAN BRIDADO LA OPORTUNIDAD DE APRENDER DE ELLOS, POR ESTAR PRESENTES AUN DESPUES DE TANTO TIEMPO Y MOSTRARME EL SENTIDO DE MI CARRERA.
GRACIAS BERTHA, MARCO Y VAQUERO.

NELLY ERIKA BARCO SORIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A TI, MAMÁ:

PORQUE A LO LARGO DE MI VIDA ME HAS DEMOSTRADO QUE A PESAR DE LAS
ADVERSIDADES QUE LA VIDA TE PRESENTA PUEDES SALIR ADELANTE.
POR TODO TU APOYO, CARÍÑO, COMPRENSIÓN Y PACIENCIA.
POR TRATAR DE CORREGIRME CUANDO LO CREÍSTE NECESARIO
Y POR IMPULSARME A FINALIZAR ESTE PROYECTO.
Y SOBRE TODO POR SER LA MEJOR MADRE Y AMIGA. GRACIAS.

A MI HERMANO:

GRACIAS POR SER MI COMPAÑERO EN LA VIDA DURANTE MUCHO TIEMPO.
POR APOYARME Y ESCUCHARME SIEMPRE QUE LO NECESITE.
CUENTA CONMIGO PARA SIEMPRE.

A EDUARDO:

POR EL GRAN APOYO QUE HE RECIBIDO DE TU PARTE. POR LAS ENSEÑANZAS
BRINDADAS, POR LOS CONSEJOS QUE ME DISTE Y ME SIGUES DANDO, POR
LA GRAN PACIENCIA QUE ME HAS TENIDO, PORQUE JUNTOS HEMOS CRECIDO,
POR LA CONFIANZA Y EL CARÍÑO QUE NOS TENEMOS. PERO SOBRE TODO PORQUE
HAS SABIDO RESPETAR MI FORMA DE SER Y PENSAR. GRACIAS.

A MI HIJA, FERNANDA:

AL GRAN AMOR DE MI VIDA. PORQUE TU PRESENCIA, CARÍÑO Y SONRISA
ME IMPULSAN DÍA A DÍA PARA HACER MEJOR LAS COSAS.

A NELLY:

POR LA GRAN AMISTAD QUE ME HAS BRINDADO A LO LARGO DE TODO ESTE
TIEMPO, POR LOS MOMENTOS QUE ME HAS SOPORTADO DE ALEGRÍAS Y
FRUSTRACIONES Y SOBRE TODO POR HABER COMPARTIDO CONMIGO UNA
DE LAS MEJORES ETAPAS DE MI VIDA. ESPERO QUE ESTA AMISTAD SEA
PARA SIEMPRE. GRACIAS.

GRACIAS A TODAS LAS PERSONAS QUE DE ALGUNA MANERA CONTRIBUYERON
PARA QUE CONCLUYERA SATISFACTORIAMENTE MI CARRERA Y EL PRESENTE
TRABAJO.

LAURA ANDREA SOLIS COLIN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

POR ULTIMO VAMOS A DEDICAR
EL PRESENTE A NOSOTRAS
POR TODO EL ESFUERZO Y TRABAJO
QUE NOS COSTO HACERLO Y TERMINARLO.
ADEMAS DE QUE SIN NOSOTRAS
NO HUBIESE EXISTIDO, Y POR LO QUE
SIGNIFICA YA QUE ES UNA DE LAS ALTAS
QUE HEMOS LOGRADO CON MUCHO ESFUERZO.
ASI QUE NOS FELICITAMOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EN PAZ
MUY CERCA DE MI OCASO, YO TE BENDIGO, VIDA
PORQUE NUNCA ME DISTE NI ESPERANZA FALLIDA
NI TRABAJOS INJUSTOS, NI PENA INMERCICIDA:
PORQUE VEO AL FINAL DE MI RUDO CAMINO
QUE YO FUI EL ARQUITECTO DE MI PROPIO DESTINO:
QUE SI EXTRAJE LAS MIELES O LA HIEL DE LAS COSAS,
FUE PORQUE EN ELLAS PUSE HIEL O MIELES SABROSAS:
CUANDO PLANTÉ ROSALES COSECHÉ SIEMPRE ROSAS...
CIERTO, A MIS LOZANÍAS VA A SEGUIR EL INVIERNO:
¡MAS TÚ NO ME DIJISTE QUE MAYO FUESE ETERNO!
HALLÉ SIN DUDA LARGAS LAS NOCHES DE MIS PENAS
MAS NO ME PROMETISTE TÚ SÓLO NOCHES BUENAS:
Y EN CAMBIO TUVE ALGUNAS SANTAMENTE SERENAS...
AMÉ, FUI AMADO, EL SOL ACARICIÓ MI FAZ
¡VIDA, NADA ME DEBES! ¡VIDA, ESTAMOS EN PAZ!

AMADO NERVO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5

CAPITULO 1

Antecedentes históricos y conocimientos sobre la muerte.....	7
1.1 Concepciones de la muerte.....	9
1.1.2 Filósofos: Platón, Aristóteles, Epicuro.....	9
1.1.3 Místicos: Sto. Tomás de Aquino, Sta. Teresa de Avila.....	10
1.1.4 Culturas prehispánicas: Aztecas, Mayas, Toltecas, Nahuas.....	10
1.1.5 Otros conceptos: Materialismo científico: Heidagger, Satre, Tresfontaines.....	12
1.2 Conocimientos de la muerte.....	13
1.3 La muerte como un proceso de vida.....	15

CAPITULO 2

El moribundo: fase terminal y muerte.....	19
2.1 Fases en la vivencia dramática del moribundo.....	20
2.2 Estadios de la muerte.....	21
2.2.1. Muerte aparente.....	21
2.2.2. Muerte relativa o clínica.....	21
2.2.3. Muerte orgánica absoluta.....	22
2.3 Necesidades del moribundo.....	22
2.4 Síndrome terminal de enfermedad.....	23
2.4.1. Aspectos psicosociales.....	24
2.4.2. Tratamiento y cuidados médico-psicológicos.....	24
2.4.3. Organización de cuidados continuados.....	25
2.4.4. Los derechos del Paciente Terminal.....	26
2.5 Miedos del moribundo.....	26
2.5.1. Temores más comunes del moribundo.....	27

CAPITULO 3

El duelo de los sobrevivientes.....	30
3.1 Definición.....	30
3.2 Tipos de duelo.....	32
3.2.1. Duelo anticipatorio.....	32
3.2.2. Duelo normal o propiamente dicho.....	33
3.2.2.1. Etapas según Kübler-Ross.....	34
3.2.2.2. Etapas según Igor Caruso	35
3.2.2.3. Etapas según Reyes-Zubiría.....	35
3.2.3. Duelos especiales.....	38
3.3 Pérdida y muerte: miedos y ritos.....	38
3.4 Amor y duelo.....	40

CAPITULO 4

4.1 El papel que el psicólogo desempeña dentro del proceso de duelo.....	43
4.2 Una propuesta de intervención psicológica como un apoyo a los enfermos terminales y a sus familiares.....	45

CONCLUSIONES.....	49
--------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA.....	52
--------------------------	-----------

RESUMEN

La muerte es un aspecto inseparable de la vida y ha desconcertado y sorprendido al hombre desde los tiempos más remotos. La muerte es un tópico inmenso, pero puede considerarse la existencia de la muerte como un posible instrumento terapéutico de desarrollo psicológico.

Se puede analizar este tema desde un enfoque clínico-social que implica el enlace de categorías conceptuales provenientes de diferentes disciplinas: la psicología social, psicología clínica, sociología, antropología, medicina y tanatología. Este enfoque multidisciplinario permite abordar problemas sociales complicados en donde se trabaja en la relación de las estructuras sociales e individuales.

Se adoptan varias perspectivas, se parte de problemáticas fundadas en diversas teorías con el fin de iluminar el campo a estudiar.

Es necesario considerar el conflicto al que se enfrentan los familiares de personas que padecen una enfermedad terminal, que trae como consecuencia un desequilibrio emocional, conductual y laboral que conlleva a un estado de crisis dañando factores de su vida diaria, así como el conflicto al que se enfrenta el paciente que se sabe poseedor de una enfermedad terminal, por lo tanto, creemos que la intervención y el apoyo psicológico alivia el sufrimiento de la familia, dando como resultado una elaboración y superación de la crisis de manera favorable, que redundará en ayuda y apoyo del familiar a su enfermo terminal.

DUELO:

LA IMPORTANCIA DE UN APOYO PSICOLÓGICO A LOS ENFERMOS TERMINALES Y A SUS FAMILIARES (PROPUESTA DE INTERVENCIÓN). (INTRODUCCIÓN)

El único hecho del que todo ser humano puede estar seguro, aunque no sepa cuándo, dónde, ni cómo, es que, algún día morirá.

Heidegger describía al hombre como un ser para la muerte "el niño que nace lleva en sí una promesa de muerte", aunque podría argumentarse que esta característica de la mortalidad es común a todos los seres vivos, la capacidad de ver en la muerte del otro es un presagio de su propio fallecimiento es, hasta nuestro conocimiento actual, una particularidad exclusivamente humana.

La conciencia de la muerte es un hecho con el que todo ser humano tiene que vivir y que representa para él un profundo reto emocional, cuyas repercusiones pueden encontrarse en todos los aspectos de su vida social, cultural y, principalmente, en todos sus grandes sistemas de pensamiento: un conflicto parecido se vive cuando quien fallece es un familiar. Se considera que la pérdida de un ser querido trae como consecuencia un desequilibrio emocional, conductual, interpersonal, afectivo y laboral que impide la reestructuración de la personalidad en alguna de las áreas antes mencionadas, con un desequilibrio entre lo que cotidianamente y antes de la pérdida le demandan tanto al paciente en la fase terminal como a los familiares de éste, y lo que ellos pueden lograr con sus recursos, los cuales se encuentran dañados.

Es por lo anterior que la pérdida de un ser querido, tanto para el paciente enfermo, el cual pierde su propia identidad ante la enfermedad, con la consecuente pérdida de su imagen exteroceptiva y el deterioro de la familia trae consigo una etapa de crisis.

Primeramente se amplían los antecedentes históricos de la muerte, pasando por la época griega hasta la actualidad. Se describen los conceptos de la muerte que han ido evolucionando a través del paso del tiempo y se analizan los conocimientos acerca de ésta desde varias perspectivas científicas y sociales.

Posteriormente, en el capítulo 2 analizamos las fases y los estadios de la muerte por las que atraviesa el enfermo terminal; además de sus necesidades físicas, psicológicas y los temores más frecuentes.

En el capítulo 3 profundizamos la definición de duelo así como sus etapas. Se tomará en cuenta la relación entre duelo y amor, y de pérdida y muerte, y de las implicaciones que dicha relación tiene tanto para el paciente terminal como para sus familiares.

Por lo tanto, se tiene como finalidad conocer teóricamente las fases por las que atraviesa el enfermo terminal y las etapas que afrontan sus seres queridos para superar el duelo; para así, posteriormente en el capítulo 4 proponer un taller en el que los familiares del paciente afronten el proceso y el curso del padecimiento, y en un momento dentro de éste, afronten el duelo y superen la pérdida de su familiar, además de conocer el papel que el psicólogo desempeña dentro de este proceso.

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y CONOCIMIENTOS SOBRE DE LA MUERTE

A través de los tiempos, desde las más antiguas civilizaciones que caminaron en esta tierra, la muerte ha sido un misterio que seriamente ha ocupado un lugar importante en la vida del individuo y de la sociedad. Especialmente en las civilizaciones antiguas, la muerte ha sido objeto de extensos estudios.

Buscando los misterios de la muerte, el hombre se encuentra delante de dos únicas posibilidades: la existencia de una vida después de la muerte, o nada. Esto determina de una manera muy significativa nuestra vida. Consideramos que estas posibilidades en gran medida dependen de la religión, siendo la persona creyente o no.

Desde las civilizaciones más antiguas como la egipcia, china, mongólica, tibetana y otras, como los pueblos "primitivos" en África, los indios del continente americano, los hindúes y otros pueblos de Asia, el hombre ha concebido la muerte como otro aspecto de la vida. En estas culturas encontramos un concepto general, es decir, que uno ha vivido muchas vidas antes de la que se está viviendo ahora, y que muchas vidas vendrán después de ésta; la muerte es tratada como una parte muy importante de la vida, como un amigo precioso. A partir de este contexto se han desarrollado varias técnicas psicológicas en las que la existencia de la muerte es usada efectivamente como un instrumento terapéutico de desarrollo del hombre aquí y ahora. Más adelante haremos referencia de esto.

En occidente, el hombre moderno generalmente concibe la muerte como una separación y frecuentemente como una repentina desaparición de él mismo, como algo destructivo que hay que evitar a toda costa.

El historiador Philippe Ariès se dedicó a estudiar los cambios de actitud por los que ha pasado el hombre occidental ante la muerte. Su ensayo comprende desde la Edad Media hasta nuestros días y se apoya en documentos literarios, litúrgicos, testamentarios y artísticos. Investigó el material basándose en la hipótesis de que

los cambios de actitud ante la muerte están determinados por la evolución de la conciencia que tiene el hombre de sí mismo y de su destino.

Su estudio señala que durante mucho tiempo lo habitual era que las personas supieran con anticipación que iban a morir. De esta manera podían prepararse: dejar en orden sus asuntos, despedirse de los demás y pedir perdón a Dios para esperar la hora de la muerte. No sólo se trataba de que el enfermo participara del acto de morir, en tanto que era el último acontecimiento social que vivía, sino que era importante que él mismo fuera quien dirigiera todo el ritual. Cuando una persona no advertía que se encontraba cerca de su fin, había que decirse para que no quedara privada del acto previo a la muerte. Se consideraba "maldita" y completamente indeseable la muerte repentina que llegaba sin dar tiempo para percatarse de ella y despedirse de esta vida.

"Evidentemente -dice Ariès- el descubrimiento del hombre de su fin próximo, siempre ha sido difícil, pero uno aprendía a sobreponerse a él". En esto, el grupo social tenía un papel fundamental que representaba compañía y apoyo seguros, tanto para quien sabía que iba a morir como para quien perdía a un ser querido. Cada muerte era entonces asunto de interés público que detenía la vida de la comunidad y por ello el dolor se distribuía y aminoraba. Se daba tiempo para el duelo general hasta que poco a poco se iba recuperando el curso normal de la vida. La muerte era un acontecimiento cercano y cotidiano que se aceptaba como parte natural de la vida; desde que uno era niño veía morir tanto como nacer. (Alvarez, Asunción. 1995)

Entre los pueblos orientales y las civilizaciones "primitivas" encontramos rituales complejos y manuales (ej. El libro Egipcio de los muertos y el libro Tibetano de los muertos), usados para guiar al muerto en su jornada. Estos manuales eran también utilizados para enseñar al vivo cómo usar la muerte como un instrumento psicoterapéutico.

Innumerables son las prácticas que estos pueblos usaron y usan aún para facilitar al hombre el encuentro con la muerte.

Entre otras funciones, estas prácticas o rituales son métodos psicológicos que facilitan al ser humano la vivencia de transición de todo; además de ser una forma de socialización.

Esta vivencia despertará en el individuo la conciencia del valor del momento presente y considerará a la muerte como parte integral de la vida.

1.1. Concepciones de la muerte

Hemos elegido diversos conceptos que han existido desde la antigüedad de algunos filósofos, historiadores y místicos, en torno a la muerte, también se incluye el concepto de muerte en el mundo prehispánico.

1.1.2. Filósofos:

La muerte se puede considerar como un deceso, o sea, un hecho natural como todos los otros y no tiene para el hombre un significado específico.

LA MUERTE EN PLATÓN: "Los que realmente se aplican al conocimiento de la filosofía están por su voluntad preparándose a sí mismos para morir y para la muerte (prepararse significa entrenarse para el momento final), aceptando la absoluta distinción entre el alma y el cuerpo: quién se identifica con su cuerpo ya no tiene control de sí mismo, y queda dominado por su contraparte; el alma no solamente está separada del cuerpo, si no que está hecha de distinta substancia. Morir es abandonar el cuerpo, vivir es alcanzar el verdadero conocimiento." (Helmult, T. "Vivir con la muerte")

Platón no considera la dualidad cuerpo-mente en su concepto ya que para él mientras el cuerpo se prepara para morir, tiene que estar separado del alma.

LA MUERTE EN ARISTÓTELES: Rechaza la teoría de la inmortalidad, para él "la casualidad no es trascendente, sino inminente. El hombre es un cuerpo animado por el alma. Si el cuerpo muere, el alma deja de animarlo: el hombre deja de existir".

LA MUERTE EN EPICURO: "Nada nace de la nada. La vida es simplemente un accidente. La muerte es el punto en el que la vida llega a su fin. Lo importante de la vida es expulsar el sufrimiento: vive el presente, vive en el presente".

Para Epicuro solo hay dos deseos necesarios: satisfacer el hambre y la sed. "La muerte tiene un inflexible poder pero no vamos a temerle si vivimos en el presente. No es importante cuánto tiempo viviremos como cuerpo, lo verdaderamente importante es qué tan bien viviremos como cuerpo".

1.1.3. Místicos:

SANTO TOMAS DE AQUINO: "La unión del alma y cuerpo es algo substancial de tal manera que al ocurrir la separación, lo que queda visible, el cuerpo, no es ya el hombre, es solamente un cadáver. La muerte es el fin de esta vida la que obliga al hombre a aprender a vivir, si somos conscientes de que vamos a morir y lo aceptamos realmente, nos exigimos vivir a plenitud".

SANTA TERESA DE ÁVILA: "La relación del místico o religioso con Dios no es sino una verdadera y profunda relación de amor. Por lo cuál se busca no tanto la inmortalidad, sino la perfección con Dios. Ante la perspectiva de dicha unión, la muerte biológica carece de sentido".

1.1.4. Culturas prehispánicas:

"Para los antiguos mexicanos la oposición entre muerte y vida no era tan absoluta como para nosotros. La vida se prolongaba en la muerte. La muerte no era el fin natural de la vida, sino la fase de un ciclo infinito. Vida, muerte y resurrección eran estadios de un proceso cósmico, que se repetía insaciable. La función de la vida era desembocar en la muerte por medio del sacrificio." (PAZ,O. 1986)

LOS AZTECAS: Eran tan poco responsables de sus actos como de su muerte. La religión y el destino regían su vida. Se dedicaban a investigar la no siempre clara voluntad de los Dioses.

Para ellos lo esencial era asegurar la continuidad de la creación; el sacrificio no entrañaba la salvación ultraterrena, sino la salud cósmica; el mundo, y no el individuo, vivía gracias a la sangre y la muerte de los hombres. Creían en la continuación de la vida por medio del sacrificio. Para ellos la vida adquiría así un carácter eterno y cósmico.

LOS MAYAS: Elegían las plataformas de sus templos como lugares para el "descanso eterno" (centros ceremoniales). Cuando el gobernante moría era honrado y se le enterraba sentado sobre un ataúd de madera, acompañado de otros jóvenes sacrificados. Su creencia era la de que el alma debe ser nutrida en la otra vida. La vida de los mayas estaba impregnada de fuertes sentimientos religiosos; el ritual daba un sentido de seguridad a todos los individuos de las diversas clases sociales (se aseguraba el destino de su alma).

LOS TOLTECAS: Se conoce la historia de la costumbre que tenían de arrojar en los pozos de los sacrificios a hombres vivos como regalo a los dioses en tiempo de sequías. Hay que saber que los mayas temían a la muerte porque no se garantizaba el paraíso. Morir era algo misterioso, temible, pero tan sagrado que los muertos merecían templos y altares, ritos y sacerdotes. Sabían que la muerte no era el fin, sino que había una continuación de la vida.

LOS NAHUAS: Para esta cultura, los cuerpos de los individuos muertos tenían que ser incinerados o enterrados, para que así la tierra (gran diosa madre) los recogiera en su seno.

Para estas culturas la muerte era algo más que un simple sentimiento religioso, tal vez le daban un sentido de amor a la vida, de manera que la muerte ponía fin a una vida muy apreciada.

1.1.5 Otros conceptos:

MATERIALISMO CIENTÍFICO: Su dogma principal era "Nada se crea, nada se pierde. Todo se transforma". Holbach, siguiendo a Empédocles, afirma que no hay cosas tales como nacimiento o muerte, dado que solamente existen mezclas y separaciones de elementos.

HEIDEGGER: "Ve la muerte como la última y máxima posibilidad del "ser", para él forma el centro de su visión filosófica. El ser no es estático, siempre tendrá la posibilidad de ser más. Cuando uno se enfrenta a la muerte sobreponiéndose a la pena, adquiere por lo mismo una nueva libertad. Sólo el libre puede morir. El ser humano es un ser para la muerte." (HELMUT, Vivir con la muerte.)

SATRE: Para él, Dios simplemente no puede existir. Se ve a la muerte como una frontera. Pero una frontera, mira siempre hacia dos direcciones, una hacia afuera (hacia lo desconocido), otra hacia adentro (hacia lo conocido). El sentido de la vida está precisamente en su libertad y la muerte es nada más algo dado "el hombre es una pasión inútil".

TRESFONTAINES: Ve a la muerte como la ruptura total, rompe con la naturaleza, el tiempo y los seres queridos; él describe dos curvas en la vida humana, una es la física que comienza en cero y que va subiendo conforme la vida va llegando a su plenitud pero que alcanzada comienza a descender hasta volver al cero, es decir, a la muerte, la otra curva igualmente comienza en cero pero desciende conforme se viven las crisis de vivir, pero al comenzar la decadencia física se eleva hasta alcanzar la plenitud espiritual, la muerte esta siempre presente y siempre ausente, su presencia es continua, pero su ejecución será hasta el fin de la vida.

1.2. Conocimientos de la muerte

Al remontarnos en el tiempo, se recuerda que las personas se encontraron con la muerte en sus domicilios, rodeados de sus familiares y amigos, dando las últimas ordenes y disponiendo sus últimas voluntades; estas personas llegaban al final viviendo la última etapa según sus costumbres, creencias y forma de ser. El entorno donde transcurría este proceso final era poco técnico, pero la calidad de vida, vivida humana y socialmente en los últimos meses, semanas o días, hacía superar el dolor, el temor y las incomodidades a sabiendas de que el momento final se aproximaba.

La actitud del hombre occidental ante la muerte funciona como un tipo de mecanismo de control psicológico colectivo que hace al hombre enfocar su atención en los aspectos de cantidad de la vida, frecuentemente ignorando los valores de calidad humana.

Indudablemente, en las sociedades más desarrolladas ha aminorado considerablemente el apasionamiento con el que determinados grupos humanos mantuvieron antaño que únicamente su propia fe sobrenatural y su ritual podían proporcionar a sus miembros una vida infinita después de la vida terrena.

"Al parecer, el aferrarse a una creencia sobrenatural, que promete una protección metafísica frente a los imprevisibles reveses del destino y sobre todo a la propia caducidad, sigue siendo una actitud mucho más apasionada entre aquellas clases y grupos en los que la duración de la vida es más incierta y escapa en mayor medida a su propio control. Pero grosso modo, en las sociedades más desarrolladas los peligros en la vida de las personas, incluido el peligro de muerte, se han hecho más previsible, y en esa misma medida, se ha moderado la necesidad con la que se necesitan poderes protectores sobrenaturales. Al aumentar la inseguridad de la sociedad al hacerse mayor la incapacidad del individuo de prever su propio futuro a largo plazo, y de gobernarlo por sí mismo es comprensible que estas necesidades vuelvan a crecer de nuevo". (NORBERT ELIAS, 1982).

Philippe Ariès, se interesó en el estudio de los cambios que ha experimentado el comportamiento del hombre occidental con respecto a los moribundos y su actitud

ante el hecho de morir. En épocas anteriores los hombres morían con serenidad y calma (acompañados de sus seres queridos); sólo en la actualidad han cambiado las cosas debido al gran miedo que existe en torno a la muerte.

El hecho de morir fue en otra época un asunto mucho más público que en la actualidad. Tanto el nacimiento como la muerte tenían un carácter público en mayor medida que hoy; eran acontecimientos sociales, menos privatizados de lo que lo están hoy en día. No hay nada más característico de la actitud actual hacia la muerte que el temor que muestran los adultos a familiarizar a los niños con los hechos relacionados con ella; se reprime la muerte tanto a nivel individual como social. Se les ocultan a los niños los hechos más sencillos de la vida por un oscuro sentimiento de que su conocimiento podría dañarles, hechos que forzosamente han de acabar por conocer y por comprender. La dificultad reside, más que en comunicarles el hecho en sí de la muerte, en cómo comunicárselo. Los adultos que se muestran renuentes a hablar con sus hijos de la muerte tal vez sientan que podrían transmitirles sus propias angustias, su miedo a la muerte. Hacerles saber que su propia vida es finita, como la de los demás seres humanos, tendría un efecto benéfico. Sin duda, el pudor que muestran los adultos en nuestros días a enseñar a los niños los hechos biológicos de la muerte es una característica específica del esquema de civilización dominante en la actual etapa.

Grof (1972-1973) afirma que el actual concepto de la muerte y la forma de tratar a una persona que está muriendo, se caracteriza por la represión masiva y la negación de este curso natural de todos los seres vivientes.

Diversas investigaciones han demostrado que las consideraciones sobre la muerte por el hombre son causa de ansiedad. La ansiedad es un estado caracterizado por sentimientos de aprensión y tensión conscientemente percibidos por el sujeto.

Creemos que tal vez la causa fundamental del miedo a la muerte es el modo por el cual nosotros nos hacemos conscientes del mundo. Este miedo impide concebir la muerte como un fenómeno o proceso natural, como el destino de todos los seres y como un factor importante en la naturaleza en su continuo proceso de transformación de todo.

Usualmente concebimos al mundo alrededor de nosotros como muy sólido y como una cantidad infinita de objetos separados de nosotros. "En un estado de conciencia usual (normal, ordinaria) se ve al mundo fuera de sí mismo, como algo que está delante de. Pero en realidad no es esto lo que ocurre. Yo no estoy fuera mirando al mundo, sino en él, como una partícula o mejor, como un agente de transformación, presente en todos los niveles de existencia". En este universo en que vivimos, la transformación es una ley básica necesaria para la existencia misma de este cosmos. Así, constatamos que la muerte es necesaria para la existencia de la vida, que sin la muerte (transformación) no existiría vida. Cuando nosotros separamos la muerte de la vida en nuestro modelo dualista de realidad, también nos separamos nosotros mismos conceptualmente de las otras personas y del mundo en general.

1.3. La muerte como un proceso de vida

Los profesionales de la salud necesitamos conocer el proceso o ciclo de vida para poder ayudar en la etapa final, de manera que la persona moribunda se sienta rodeada de amigos y tomando decisiones que le permitan ser ellos mismos, hasta el último momento.

Este proceso de vida debe concebirse considerando al individuo como un todo; de esta forma, la ayuda prestada será la adecuada a sus necesidades psicológicas y sociales, incluyendo en estas también sus creencias.

La existencia del ser humano tiene idealmente un recorrido que ha sido estudiado desde mucho tiempo atrás. Se trata de un ciclo que se repite y está influido por aspectos biológicos, sociales y psicológicos, aunque cada individuo imprime a su historia un sello personal de acuerdo a sus experiencias:

Nacer, crecer, reproducirse y morir.

La vida se inicia en el momento mismo de la fecundación del óvulo por el espermatozoide, la forma en que la familia asume el embarazo, el momento del parto y el manejo de los diferentes cambios introducidos por el nuevo miembro del grupo familiar es un gran determinante en el desarrollo futuro del individuo.

Cuando nace el bebé es el centro de atención, es indefenso y necesita asistencia para sobrevivir. Su comportamiento se enriquece poco a poco a partir de la interacción con otros.

Entrando a la niñez, el ser humano deja de ser bebé y comienza a aceptar y a regularse por normas y condiciones sociales. Se comunica por medio del lenguaje hablado. En esta etapa se le comienza a enseñar al niño lo que es la vida (como nace un bebé, como debe de comportarse, en qué debe creer, etc.) pero en la mayoría de los casos, no lo que es la muerte.

Al morir un familiar o alguien cercano, muchas veces se le oculta al niño la verdad. En la familia y escuela no hay educación para vivir a plenitud, no se le enseña al niño a enfrentar el dolor, la pérdida o la aceptación de la muerte.

"Para que los niños se desarrollen dentro de un equilibrio emocional es preciso que sepan que los adultos son seres humanos, no super hombres perfectos, ni robots insensibles. Lloramos cuando nos duele algo, nos comportamos a veces de manera irracional o nos dejamos llevar por un arranque de cólera, y reímos e incluso hacemos tonterías cuando somos felices. Todas esas emociones son parte de la vida y es aconsejable que los niños nos vean mientras las vivimos, y que las compartamos con ellos.

Una pena que no se asume completamente y no se quiere vivir por entero puede resultar física y emocionalmente perjudicial. Todos hemos sabido de casos en que alguien ha muerto "con el corazón roto" por la pérdida de un compañero amantísimo" (MARKHAM, URSULA, 1996.)

Nuestro sistema de enseñanza ofrece cursos, seminarios y cursillos que nos preparan ante cualquier situación, desde hacer un pastel, hasta tocar el piano o escalar una montaña y sin embargo es sorprendente que no exista nada que nos enseñe a afrontar una experiencia tan devastadora como es la muerte de un ser querido.

Consideramos que en los últimos años ha habido un mayor interés en los aspectos humanísticos relacionados con la atención del individuo enfermo por parte de algunos profesionales.

Las ciencias humanísticas abarcan una apreciación de los aspectos psicológicos y sociales, así como la consideración del individuo como un ser humano único, con derechos y dignidad.

En el proceso de agonía o muerte, existe un período de adaptación o etapas de duelo para la persona moribunda; su familia y aquellas que le rodean atraviesan por otro proceso en el que ven su propia muerte y responden a la amenaza de ésta en relación con su pasado, circunstancias de su vida y aspiraciones personales para su futuro.

Sabemos que morir es un acto altamente individual, nadie muere igual, cada persona lleva consigo valores, creencias, experiencias y sentimientos muy diferentes. Es por ello que la muerte de una persona siempre será diferente a la de otra.

La muerte es una realidad y una parte natural de la vida misma, que hace que todos seamos iguales. Para alcanzar la plenitud en la vida hay que aprender a enfrentarse adecuadamente con las penas, el dolor y la muerte.

Hasta aquí hemos hablado sobre los antecedentes históricos, concepciones y conocimientos de la muerte, y para resumir encontramos que existe gran diferencia entre el concepto de muerte para los antiguos mexicanos y para los cristianos o místicos. Nuestros antepasados indígenas no creían que su vida y su muerte les pertenecían; sacrificio y salvación eran impersonales, con esto conseguían la salvación del mundo. Para los cristianos, en cambio, muerte y sacrificio son personales porque el individuo es muy importante.

Cabe mencionar que también existe algo en común entre estas dos concepciones: la vida se justifica y trasciende en la muerte.

Los filósofos no consideran profundamente la dualidad cuerpo-mente, hacen una marcada separación al no darle la debida importancia al cuerpo. Están a favor de la existencia y de la inmortalidad del alma, pero aquí no estamos de acuerdo porque consideramos que si no hay cuerpo no funciona la mente y viceversa, es decir, mientras una persona vive, nunca es solamente un cuerpo separado del alma o de la mente.

La mayoría de los pueblos del mundo, aún tratándose de civilizaciones primitivas como los Egipcios, Griegos, Culturas Prehispánicas, etc., han aceptado la inmortalidad del alma.

En la actualidad nadie piensa en la muerte, o mejor dicho, en su propia muerte. No se quiere hablar de ella pero la frecuentamos, nos burlamos o la festejamos. Octavio Paz (en el "Laberinto de la Soledad", 1986) opina que la indiferencia del mexicano ante la muerte se nutre de su indiferencia ante la vida. Una civilización que niega a la muerte, acaba por negar a la vida.

La muerte es parte de la existencia humana y universal, pone límite a la vida, a nuestros proyectos a realizar, a nuestras metas, al futuro. Cada día es único, hay que enfrentarlo porque es lo que le da un valor y sentido a la vida.

Se sabe que la muerte va a llegar, y al saber que es un proceso natural y que gracias a la ciencia se puede alargar la vida, se amortigua la inquietud.

La muerte, cuando se acepta, es un acto de amor. Muchas veces hemos escuchado que desde el momento que uno nace, está listo para morir, pero la mayoría no lo creemos, hasta que nos acercamos al final de la vida.

Es frecuente oír, cuando se menciona a la muerte, que es preferible que aparezca rápida y súbitamente. Es comprensible querer ocultar el sufrimiento y el deterioro del proceso de morir, pero la muerte es un suceso universal que puede vivirse bien y cerrar la última página de la mejor manera posible y con calidad de vida.

CAPITULO II

EL MORIBUNDO FASE TERMINAL Y MUERTE

La persona que acaba de nacer está ya madura para morir. De una manera más restringida se considera moribundos a los sujetos que han llegado al fin de su vida, a los enfermos incurables o los terminales. La variedad de los moribundos es indudable si tenemos en cuenta la duración de la agonía, el lugar en que se muere, la edad del difunto, la causa y características de la muerte, y la presencia o la ausencia de otras personas.

El enfermo terminal es aquella persona que padece de una enfermedad potencialmente terminal, por la que probablemente vaya a morir en un tiempo relativamente corto.

El moribundo o enfermo terminal es alguien por quien nada podemos hacer para impedir que muera. Según se dice que hay varios indicios que permiten suponer que una persona va a morir. Se habla de un "olor fuerte y dulzón" que exhalaría el moribundo, provocado por la destrucción de ciertos tejidos.

Lo que nos interesa es el presentimiento de que la muerte se avecina experimentado por el paciente. Sin duda el moribundo advierte ciertos indicios como la fatiga y, más aún, el comportamiento de quienes lo rodean: ojos enrojecidos, conversaciones en voz baja, espaciamiento o brevedad de las visitas, control anormalmente repetido del pulso o de la presión, traslado a una habitación aislada.

Hay personas que contemplan con serenidad su propia muerte, mientras que otras sienten ante ella un miedo constante que no expresan ni son capaces de expresar. En estrecha relación con la mayor relegación posible del morir y de la muerte de la vida social y convivencial de la gente, y con el correspondiente ocultamiento del hecho de morir, sobre todo ante los niños, se halla en nuestros días un especial sentimiento de aprieto por parte de los vivos en presencia de un moribundo. Con frecuencia no saben que decir. El vocabulario es pobre.

Para los moribundos puede resultar bastante amargo. Se sienten abandonados mientras aún están vivos. El moribundo requiere la expresión de una fuerte participación emocional sin pérdida de autocontrol.

2.1. Fases en la vivencia dramática del moribundo

Nos encontramos ante un problema general de nuestro tiempo: la incapacidad de ofrecer a los moribundos ayuda, de mostrarles ese afecto que más necesitan a la hora de despedirse de los demás; y ello imprescindible porque la muerte de los otros se nos presenta como un signo premonitorio de la propia muerte.

Es de gran responsabilidad para el individuo que acompaña al moribundo encontrar la palabra y el gesto adecuados para consolarlo.

Así, el hablar sin dificultad con el moribundo, o el dirigirse a él sin sentir inhibición alguna, resulta complicado; las personas allegadas o vinculadas con ellos se ven imposibilitadas de ofrecerles apoyo y consuelo mostrándoles su ternura y su afecto. Les resulta difícil tomarles la mano o acariciarlos a fin de hacerles sentir una sensación de cobijo y de que siguen perteneciendo al mundo de los vivos.

Es de suma importancia que el paciente que recibe la noticia de su enfermedad terminal esté acompañado porque después del choque provocado por la crisis de conciencia del desenlace inevitable y del estupor y la agitación que son su consecuencia, entran en acción una serie de mecanismos de defensa: la negación, la cólera, el regateo y la depresión.

A la certidumbre de la muerte próxima el individuo opone un rechazo total, pero esta negación es sólo una defensa temporal (se utiliza para amortiguar el impacto y retomar aliento antes de enfrentar la realidad). Víctima de una gran injusticia que lo ha designado para morir muy pronto, el enfermo experimenta un sentimiento de frustración, de cólera y de agresividad hacia todo lo que lo rodea.

Esta fase inicial comprende periodos de depresión y contribuye a eliminar en parte el miedo y conduce a una calma relativa.

De ahí viene la etapa del regateo que indica la intrusión de lo irracional, se pacta con la Invisible para diferir el plazo inevitable: una pequeña prórroga, puede ser un voto dirigido hacia Dios aunque no se haya puesto un pie en la iglesia durante

muchos años, o simplemente una promesa hecha a sí mismo en la esperanza de modificar el orden de las cosas. No es infrecuente que el "desesperado" entregue el alma sorpresivamente en lo más profundo de la depresión o agonía. Pero en los casos favorables el moribundo progresa hacia una aceptación que le permite acoger la muerte con serenidad (KÜBLER-ROSS, 1969).

AGONÍA: Del griego agón=lucha, combate; designa ahora a la lucha extrema entre la vida y la muerte. Periodo cargado de inquietud, deterioro corporal y angustia mental.

2.2. Estadios de muerte

Algunos autores describen al enfermo terminal como aquel paciente que no responde a ninguna clase de tratamiento, y por lo tanto solo queda proporcionarle el mayor bienestar posible.

En esta definición surgen dos ideas: la incurabilidad y el fracaso terapéutico, sin embargo nada se afirma a otras variables relevantes como el tiempo que tardará el desenlace final. De hecho, cuando se habla de paciente terminal, viene a la mente la irreversibilidad.

Otros autores afirman que el enfermo terminal sigue siendo la misma persona, y sin embargo, las demás personas tienden a aislarlo, incluyendo a aquellas personas que más necesita en la dura etapa por la que atraviesa.

La muerte propiamente dicha, se trata de un proceso gradual que incluye 3 niveles. (VINCENT, L. 1991)

2.2.1. MUERTE APARENTE: Puede aparecer un síncope (mareo) prolongado con insensibilidad o el paciente puede estar en coma profunda, con sus actividades cardíacas y circulatorias débiles. La persona puede volver a la vida y recobrar la conciencia de modo espontáneo, voluntario o con técnicas de reanimación.

2.2.2. MUERTE RELATIVA O CLÍNICA (o desaparición de la aptitud para la vida integrada): Hay suspensión completa y prolongada de la circulación; el paciente está muerto parcialmente, sin embargo ciertos medios de resucitación pueden

hacer que reaparezcan actividades vitales, salvo cuando la falta de irrigación sanguínea del cerebro supera los 5 minutos.

2.2.3. MUERTE ORGÁNICA ABSOLUTA: Cuando la alteración de algunos órganos vitales es tal, que se hace imposible restaurar las funciones vitales. Se llega a la muerte total, el cadáver comienza el proceso de putrefacción.

Para esto concluimos que la muerte es un estadio del ciclo vital, la vida y la muerte son complementarios. El hombre es el único ser vivo, que sabe que tiene que morir; la muerte pone un límite a nuestro tiempo. El humano puede enfrentarse a su muerte de diferentes formas: violentas, tranquilas, solo o acompañado. Psicológicamente hablando debemos tener plena visión antropológica, la que presupone una historia clínica del paciente que tome en cuenta lo somático, psicológico, sociocultural y espiritual.

2.3. Necesidades del moribundo

Quien trabaje con personas en etapa terminal, identifica las necesidades de éstos escuchando y observando.

NECESIDADES FÍSICAS SEGÚN GRAY.

- 1.-Pérdida de sensibilidad, movimiento y reflejos a partir de pies y piernas, por lo que el enfermo debe tener cobijas sueltas.
 - 2.-Mucha sudoración, la piel se enfría, la temperatura del organismo aumenta, así que el enfermo debe tener ropa fresca.
 - 3.-Pérdida gradual del oído y la vista, por lo que debe haber bastante luz en su cuarto y deben hablarle claramente.
 - 4.-Disminución de sensibilidad, pero todavía siente la presión.
 - 5.-Presencia del dolor a lo largo de todo el proceso agónico.
 - 6.-El enfermo tiene conciencia casi hasta el final del proceso.
- El moribundo sigue siendo persona por más moribundo que esté, hay que escucharlo y observarlo para identificar sus necesidades específicas.

NECESIDADES PSICOLÓGICAS SEGÚN GRAY.

- 1.-Pérdida de salud y, por ende: seguridad, tranquilidad, estabilidad emocional, autonomía y capacidad de decisión.
- 2.-Pérdida de libertad: movimientos, de pensar, de privacidad.
- 3.-Pérdida del cuerpo: su cuerpo se convierte en el enemigo.
- 4.-Pérdida de la imagen propia: ante el deterioro físico se pierde la autoestima.
- 5.-Pérdida de la paz interior: el moribundo empieza a hacer un autoanálisis de su vida; empieza a ver la realidad sin él presente. Es necesario ser sensible a las necesidades espirituales del paciente, especialmente de noche, cuando no puede contactarse con ningún sacerdote.

Si se cubren todas las necesidades del paciente y éste acepta su muerte, probablemente sólo se necesitará una dosis mínima de medicación para el dolor. El paciente sufre diferentes pérdidas muy dolorosas para él. Debido a que la respuesta inicial del paciente a una muerte inminente puede concretarse en conmoción, incredulidad y/o negación, es importante aliviar su soledad, depresión y temores, manteniendo su sensación de seguridad, autoconfianza y dignidad. Hay que pedir su opinión sobre su cuidado y otros problemas que le afecten (esto si es capaz física y mentalmente). Darle tiempo y espacio para el proceso de duelo, todo esto en compañía o con la participación de sus seres queridos.

2.4. Síndrome terminal de enfermedad

El síndrome terminal de enfermedad precede a la muerte siempre que ésta no llegue violentamente por accidente o por enfermedad aguda.

En la enfermedad terminal se toman decisiones múltiples y complejas. La responsabilidad debe ser tomada por el equipo médico y al mismo tiempo del enfermo y la familia.

La concepción moderna del síndrome terminal de enfermedad se orienta a tres áreas de actuación cuyos objetivos concretos deben ser definidos con precisión:

2.4.1. ASPECTOS PSICOSOCIALES

Es imprescindible entablar una relación interpersonal que favorezca la comunicación. Proporcionar asistencia tanto familiar como profesional las 24 hrs. al paciente. Un aspecto muy importante es decir la verdad, no mentir. La familia debe estar informada con datos más concretos, especialmente cuando aparezcan en el paciente complicaciones o síntomas, deben guardarse con prudencia las reglas de no poner plazos de vida y expresar reservas hacia una estabilización o mejoría transitoria.

En todo caso debe seguirse la voluntad del paciente, entendiéndolo que este debe disponer de la información adecuada para tomar decisiones.

Es aconsejable visitar con frecuencia al enfermo terminal. A veces hay que conversar durante las horas de la noche, porque en ella se presenta con mayor repercusión emocional el temor y la soledad.

En el enfermo terminal puede predominar la frustración, la depresión y el temor, aunque siempre existe una brecha por donde se descubre la presencia de una gran esperanza, habitualmente mantenida casi hasta el final, cuando deja paso a la aceptación de la muerte como algo irreversible.

Es fundamental prestar apoyo contra la ansiedad y la depresión mediante la comunicación y los medicamentos

No hay que olvidar que aún en medio del peor drama existe una enorme reserva de esperanza, optimismo y alegría en el ser humano, y despertar sentimientos de este tipo supone tal vez el mejor remedio contra la tristeza y depresión.

En este momento se requiere más que nunca la cercanía, el diálogo y la compañía. Precisamente por ser algo que nos atañe como individuos, necesitamos estar rodeados de afecto.

2.4.2. TRATAMIENTOS Y CUIDADOS MEDICO-PSICOLOGICOS ESPECÍFICOS (MEDICINA PALIATIVA)

La Medicina Paliativa es el estudio de pacientes con enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con pronóstico de vida limitado cuyo objetivo es conseguir la mejor calidad de vida posible. Los Cuidados Paliativos consisten en la atención

global de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. Su finalidad es el logro de la mejor calidad de vida, para los pacientes y su familia. Promueve la vida y consideran el proceso de morir un hecho natural, sin acortar la vida ni prolongarla innecesariamente.

Ofrecen un soporte a los pacientes para vivir lo más activo posible hasta su muerte, controlando el dolor y los demás síntomas, apoyando emocionalmente al paciente y a su familia con el objetivo final, el bienestar y la calidad de vida.

Estos cuidados son útiles para la atención de numerosas condiciones distintas, y aplicables desde fases iniciales de la enfermedad hasta el proceso de la muerte.

La planificación terapéutica debe ser esmerada, y se puede ofrecer un programa óptimo de acuerdo a las siguientes bases:

Tratamiento adecuado del dolor.

Valoración de la ansiedad y depresión.

Cobertura completa durante todo el día.

Equipo multidisciplinario que pueda tratar las diversas manifestaciones.

Valoración y tratamiento aislado de cada uno de los síntomas.

Conocimiento de la estrategia por el paciente.

2.4.3. ORGANIZACIÓN DE CUIDADOS CONTINUADOS

Existen tres variantes de asistencia al enfermo terminal: en el domicilio, en centros especiales y en hospitales donde ha sido tratado antes.

Independientemente del lugar del cuidado del paciente, es de suma importancia que éste cuente con el apoyo de sus familiares y un asesoramiento profesional adecuado con el fin de que llegue a aceptar su muerte y así, morir con serenidad.

La atención al enfermo terminal debe ser multidisciplinaria y contar con un equipo de diferentes profesionales: médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, sacerdotes o religiosos y también movimientos voluntarios altruistas. La investigación cuidadosa de soporte y los tratamientos paliativos en relación al grado de confort o bienestar del enfermo pueden constituir una fuente inagotable de progreso clínico.

La ética psicológica aporta tres principios en relación con la muerte: la muerte personal, muerte natural y el bien morir.

2.4.4. LOS DERECHOS DEL PACIENTE TERMINAL:

Vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, espiritual, vocacional y social compatible con el estado resultante de la progresión de la enfermedad. La fase final de la vida es también una fase de crecimiento y desarrollo personal.

Vivir independiente y alerta. Este derecho le permite ejercer su autonomía.

Tener alivio de su sufrimiento físico, emocional, psicológico. Intelectual.

Ser entendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores.

Ser el eje principal de las decisiones que se tomen en la etapa final de su vida.

Hacer el mejor uso creativo posible de su tiempo. El mejor uso del hoy, ya que el mañana es incierto.

Que sean tomados en cuenta, antes y después de su muerte, las necesidades y temores de sus seres queridos.

Tiene derecho a morir con dignidad, plena aceptación, en total paz y tan confortable y apaciblemente como sea posible.

2.5. Miedos del moribundo

En los enfermos moribundos aparecen tres temores comunes: miedo al dolor, miedo a la soledad y miedo a que su vida carezca de sentido.

El miedo al dolor es uno de los más agudos y realistas. Una de las formas de ayudar al enfermo es medicándolo y manteniéndolo en situación de bienestar. En 1878 Edward Clark escribió "Uno de los errores más habituales es la idea de que el dolor y la agonía son compañeros inseparables. Lo cierto es que pocas veces van juntos. Ocasionalmente el acto de la disolución es doloroso, pero esto constituye una excepción a la regla. La regla es que la inconsciencia, no el dolor, preside el acto final. Para el sujeto la muerte no es más dolorosa que el nacimiento...La naturaleza proporciona amorosamente un anestésico para el cuerpo cuando el espíritu lo abandona".

La soledad es otro de los miedos, guarda profunda relación con el dolor: el dolor es más intenso cuando el paciente se queda solo. En la mayoría de los casos el fallecimiento de las personas se produce cuando hay alguien en la habitación. Durante el acto final no es preciso iniciar una conversación estructurada con la persona moribunda. La simple presencia de otro ser humano es todo lo que realmente necesita para saber que no le han abandonado.

Otro temor sobresaliente es el miedo a que la propia vida haya perdido su sentido o que la vida carezca de significado. Es como si no deseáramos vivir para siempre, pero sí que nuestra vida estuviera totalmente colmada de significado; que lucháramos no por la autoconservación, sino por la autorrealización.

Según la Dra. Kübler-Ross, lo que más angustia a los enfermos terminales son sus "asuntos pendientes", aquellas relaciones interpersonales no resueltas satisfactoriamente; la reconciliación con un pasado no aceptado que, ahora, a las puertas de su muerte, no les deja en paz.

2.5.1. Temores más comunes del moribundo:

1. Miedo al dolor: tanto físico como emocional.
2. Miedo a la soledad.
3. Miedo a lo desconocido.
4. Miedo de perder el cuerpo.
5. Miedo de perder el autocontrol: dependencia.
6. Miedo a la destrucción: del cuerpo debido a la putrefacción.
7. Miedo a la pérdida de la identidad: vacío del contacto humano.
8. Miedo a morir sin dignidad.

Es importante ayudarle al enfermo moribundo a mantener activa su voluntad de vivir, permitirle ejercitar su imaginación para encontrar algún significado o valor a la vida. Hay que cubrirle sus necesidades insatisfechas manteniendo la cabeza junto con el corazón, y no tener miedo a llorar. Como se ha mencionado, no es necesaria una conversación estructurada con el paciente.

También hay tiempo para el humor, no usándolo como "escape" para no afrontar sinceramente la realidad, sino como una forma normal que tienen las personas de relacionarse entre sí.

Partiendo de lo anterior, consideramos que la mayoría de los pacientes terminales y sus familiares no conocen a fondo lo que representa una enfermedad terminal. Esto provoca en ambos dudas, incertidumbre, angustia, tristeza, desesperanza, etc. Este desequilibrio emocional inicia comunmente en la familia al conocer el diagnóstico de su enfermo. En cuanto al enfermo terminal, el ocultarle su diagnóstico y pronóstico, contribuye a descartar la objetividad de su propia muerte, sin embargo, aún teniendo previo conocimiento de su estado, en la mayoría de los casos el paciente se despersonaliza por no canalizar adecuadamente los múltiples sentimientos que se desencadenarán. Obviamente también experimentará el desequilibrio emocional en forma similar al de la familia.

Partiendo de lo anterior, hay que tomar en cuenta lo que le puede ayudar al moribundo a amortiguar el suceso:

Hay que permitirle al paciente tener contacto cercano y profundo con las personas que son significativas para él, sin horarios rígidos, lo cual facilita el trabajo personal de muerte y la resolución de conflictos interpersonales, tan importantes para un buen morir.

Los moribundos necesitan tener la sensación de que aún no han perdido el significado que tenían para otras personas y sentir cariño y afecto por parte de otros, aunque a veces las familias no saben que actitudes tomar o qué palabras utilizar en estas situaciones que no son comunes.

La muerte no es terrible. Lo terrible es la soledad en que a veces caen los moribundos cuando son abandonados por su familia o ignorados por el equipo médico. Por eso es importante que la persona se sienta escuchada y comprendida.

Consideramos que es de gran importancia el hecho de informarle al paciente que está agonizando, lo cual debe efectuarse con tacto y cautela.

Una vez recibida la seguridad y confianza, el paciente puede alcanzar una muerte apropiada, digna y serena.

Los psicólogos preparados pueden ayudar a conseguirlo permitiendo al paciente hablar acerca de sus sentimientos, pensamientos o recuerdos, o actuando como sustitutos de familiares o amigos que demuestran ansiedad cuando la persona que agoniza habla de la muerte.

CAPITULO III

EL DUELO DE LOS SOBREVIVIENTES

3.1. Definición

DUELO: (Del Latín dolus = dolor) Reacción natural, única y personal que se presenta ante una pérdida real, éstos duelos son normales. Es la vivencia penosa y dolorosa que causa todo lo que ofende a nuestro impulso vital.

Según el Diccionario de Sociología se entiende por duelo la observancia de formas consuetudinarias de conducta para expresar el dolor de los parientes de una persona recientemente fallecida.

Expresa una serie de relaciones y actitudes consecutivas a la pérdida. Es una respuesta total a la experiencia emocional de la pérdida que se manifiesta no sólo a través de pensamientos sino de sentimientos y conductas.

El duelo también tiene que ver con cambios, con finales, con terminaciones, y las situaciones vitales que implican el final de algo abundan a lo largo de nuestra vida.

El proceso de duelo debe comprenderse en términos de muchas variables individuales. Algunas personas expresan sus sentimientos a la familia y amigos; otros toman una postura más privada volcando el duelo sobre ellos mismos. (SLAIKEU KARL, 1988).

La vivencia del duelo puede variar según: los distintos grados de parentesco: padre o madre, hijo, cónyuge, rol desempeñado por el fallecido, roles sexuales, creencias espirituales, calidad de la relación mantenida con el difunto tanto psicológica como económico-social.

La sensación de culpa acentuada sobre todo en el caso de relaciones problemáticas y de incomunicación.

El haber tenido o no otras experiencias de duelo y el hecho de que factores culturales faciliten o no la expresión de determinadas conductas de duelo. Preferimos agrupar los recursos en las siguientes categorías:

La idea que se tenga de la muerte y las creencias religiosas, la edad del difunto, el hecho de que la muerte haya sido súbita o esperada, la frecuencia de los fallecimientos en la familia modulan las formas expresivas del duelo y modifican su coloración afectiva.

Algunas manifestaciones comunes son:

- 1.-Sensación de abatimiento.
- 2.-Falta de interés por la vida y por el mundo.
- 3.-Creencia de que no se va a poder volver a amar a alguien.
- 4.-Inhibición de la actividad general.

La sintomatología usual del duelo se puede manifestar por medio de arrebatos de dolor, depresión pensamientos suicidas, angustia, estar absorto con imágenes del difunto, alucinaciones de todo tipo (visuales, auditivas), aislamiento emocional, inestabilidad anímica, cólera, llanto, etc., en sus fases respectivas como progresión natural del duelo.

La familia también está inserta en un mundo cultural, con sus comportamientos, tradiciones, valores sociales, expectativas, etc., y las distintas culturas afrontan el problema del duelo y de la muerte de maneras diferentes. Mientras existen culturas en las que se alienta y exterioriza la expresión de los sentimientos en otras se impone una actitud de reserva y anonimato, resultando evidente que el clima cultural influye en la elaboración de la experiencia luctuosa.

No se debe confundir duelo con depresión, ya que los dos tienen las mismas características pero con la diferencia de que en el duelo no hay pérdida de autoestima y en la depresión es muy común.

El duelo es único y personal, pero el tanatólogo o el psicólogo pueden ayudar a la persona para que lo elabore en el menor tiempo posible.

Un duelo normal dura entre uno y dos años, hasta que haya reajuste de ideas (nuevas por viejas).

3.2. Tipos de duelo

Existen diferentes tipos de pérdida que darán lugar a un duelo.

3.2.3. Duelo anticipatorio o pérdida esperada: Respuesta normal ante la probabilidad y proximidad de muerte de quien se ama, en donde se da un reconocimiento intelectual y emocional y, también crea "mecanismos psicológicos" que ayudan a adaptarse a la futura pérdida.

Comienza durante la agonía, paralelamente al "trabajo de la muerte" que, a su modo, también es el trabajo del duelo del moribundo.

El duelo anticipatorio es el duelo de los familiares y amigos, en él se produce dolor debido al enfrentamiento ante la muerte y por las pérdidas que resultan de esta (estilo de vida, sueños, responsabilidades).

Al mismo tiempo que una persona se apega a ella y desea retenerla, debe ir desprendiéndose poco a poco de él (distanciándose), después debe ir planeando su futuro en ausencia del ser querido y prever las acciones que va a desarrollar cuando éste fallezca.

Este desprendimiento es normal, pero produce muchas culpas y rabias, ya que se llega a desear la muerte del enfermo por parte de los familiares; también se presentan relaciones opuestas (alegría, alivio-culpas, rabia).

-Necesidades de la familia: Como van a perder a su ser querido, necesitan aliviar sus temores y encontrar solución a sus dificultades.

Necesidad de que se sientan tomados en cuenta.

Necesidad de asegurarse de que se está haciendo todo lo posible por el ser querido.

Necesidad de contar con el apoyo del equipo de Salud o del psicólogo.

Necesidad de estar todo el tiempo posible con el ser querido.

Necesidad de intimidad y privacidad para el contacto físico y emocional.

Necesidad de participar en el cuidado de su enfermo (sentirse útil).

Necesidad del mutuo perdón.

Necesidad de echar fuera sus emociones negativas (tristeza, rabia, temor)

Necesidad de conservar la esperanza (real).

Necesidad del apoyo espiritual (sacerdote, pastor, psicólogo, tanatólogo).

Podemos considerar aquí los fallecimientos de las personas que padeciendo alguna enfermedad crónica no alteran de forma importante la vida cotidiana de quien le rodea. No hay grandes dificultades al momento de elaborar el duelo porque los familiares o seres queridos ya han tenido tiempo para ir saneando cada uno, a su forma, la relación con el enfermo, por lo que no suele resultar culpógena; lo mismo puede suceder con una persona de edad avanzada.

3.2.2. Duelo normal o duelo propiamente dicho: (cuando la muerte ya ocurrió). Nunca se puede estar prevenido ya que es impredecible, y pasa por tres etapas principales:

La primera coincide con la instalación más o menos difícil en el duelo desde que se anuncia el acontecimiento. Esta primera reacción consiste en un choque psicológico y físico. Las perturbaciones somáticas (pérdida del apetito y del sueño, sensación de fatiga, opresión torácica) se acompañan de una intensa aflicción. Una hiperactividad desordenada ayuda al sujeto a sobreponerse a su desconcierto. En esta etapa se experimentan distintas vivencias. En primer lugar la negación, el rechazo de la evidencia: "No, no es posible que haya muerto"; el sujeto se esfuerza por recuperar el objeto perdido mediante el sueño, ensueño, recuerdo, conservación. Luego se admite la muerte del otro como herida narcisista que determina una regresión caracterizada por gritos y llanto; también provoca la cólera, dirigida inicialmente contra el desaparecido y luego contra los familiares y todos los que ayudan al doliente a soportar su pena.

La segunda es la vivencia dolorosa, en la cual sobreviene una fase depresiva compleja: insomnio, anorexia, pérdida de interés por el mundo externo, culpabilidad respecto a quienes le rodean, incapacidad de amar, inhibición psicológica, interiorización al no asumir la realidad, se conserva algo íntimo del ser perdido. El enlutado se concentra dolorosamente en el muerto y para ello se repliega sobre sí mismo, con mayor razón porque el mundo, carente de sentido, le parece vacío.

La última fase concluye con la readaptación, pone fin al duelo y determina el retorno a la vida normal. El doliente modifica la disposición de su casa o se muda,

acepta salir y verse con sus amigos. El estado depresivo desaparece. El difunto es aceptado como ausente; desde entonces forma parte de los recuerdos del doliente y ya no le impide vivir: la reinvestidura de sí mismo y la apertura al mundo y a los demás están aseguradas.

Etapas de duelo

3.2.2.1. ETAPAS SEGÚN LA DRA. ELIZABETH KÜBLER-ROSS. (1)

A través de sus investigaciones con enfermos en situación terminal, estableció un proceso de cinco fases en el duelo de las personas tras considerar su muerte inminente

Considera en su teoría sobre la muerte que las etapas no necesariamente se tienen que presentar en forma consecutiva, estas son reconocidas en función de los sentimientos que se van viviendo con relación a la cercanía de la muerte.

1.NEGACIÓN Y AISLAMIENTO: La persona piensa que el enfermo sigue vivo, pero se tiene que acostumbrar a la idea de que la persona ya murió, y debido a esto necesita aislarse, le molestan las visitas.

2.RABIA: Surge de manera irracional e incontrolable. Se manifiesta contra Dios, la vida, los médicos o el propio muerto.

3.REGATEO: Etapa muy corta en la que se busca realizar buenas conductas para consolarse y liberarse de las culpas.

4.DEPRESIÓN: Etapa de mayor duración, es la manifestación del duelo en sí; se vive una profunda tristeza.

5.ACEPTACIÓN: Se llega a la conclusión de que la muerte no existe y, que no es más que un simple cambio de presencia, es recordarlo con amor y paz, aprendiendo a dejar surgir el equilibrio y la armonía de todas las partes de nuestro ser. Es la reconciliación tanto interna como externa.

La descripción de estas etapas o mecanismos de defensa es uno de los primeros trabajos que aporta esperanza a los enfermos terminales y al personal asistencial, ya que éstos estados emocionales forman parte de un proceso dinámico y no de uno permanente.

Algo muy importante es el papel de la espiritualidad y de la religiosidad.

3.2.2.2. ETAPAS SEGÚN IGOR CARUSO. (2)

1.CATÁSTROFE DEL YO: El problema que se presenta es la vivencia de la muerte en la conciencia ocasionada por la separación. Para que ésta muerte en la conciencia no se convierta en aniquiladora (pierde sentido la vida, se desea morir) y para que no siga la extinción física, inmediatamente se ponen en juego los siguientes mecanismos de defensa:

2.AGRESIÓN: Primer mecanismo de defensa. Sale del dolor profundo para fijarse en alguien externo a su Yo (médicos, Dios, al que murió, etc.). Desvaloriza al ser amado, esto permite una desidentificación con el sujeto (el amor se convierte en odio).

3.BÚSQUEDA DE INDIFERENCIA: Segundo mecanismo de defensa. El sobreviviente quiere convencerse de que la vida sigue adelante, que no importa la muerte (autoengaño, "me importa un bledo", "no sucedió nada"), pero sirve para lograr la paz interior.

4.HUIDA HACIA ADELANTE: Tercer mecanismo de defensa. Se manifiesta como la huida en la actividad. Conducta que toma el sobreviviente como actividades constructivas o destructivas, que utiliza como escape a su situación(una aparente alternativa es la huida en busca de placeres)

5.IDEOLOGIZACIÓN: Racionalización: filosofía, devoción o la Religión como consuelo.

6.ACEPTACIÓN: Es un auténtico bien, la resignación no es salir del dolor.

3.2.2.3. ETAPAS SEGÚN EL DR. ALFONSO REYES-ZUBIRIA. (3)

Da a conocer las etapas para la elaboración del duelo, fruto de su experiencia como tanatólogo en México. Hace incapié en que la tristeza es el primer punto concreto de atención, ya que en cada etapa ésta se puede convertir en otros sentimientos negativos.

1.DEPRESIÓN: Aclara que la depresión es una emoción, no una enfermedad. Desde el momento en que se sabe que murió el ser querido se experimenta un vacío interno. En esta etapa aparece la negación (sensación de pesadilla que puede durar un tiempo), después entra la realidad completa y una profunda

tristeza, el sufrimiento del duelo se agudiza alrededor de los dos meses posteriores al fallecimiento de la persona querida. Todas las emociones que se sienten, parecen síntomas de la depresión, pero no es más que el proceso de duelo. Es la etapa de máximo dolor.

2.RABIA: Primer mecanismo de defensa. Aparecerá un sentimiento de rabia hacia Dios, los médicos, el muerto, o a él mismo, que se transformará en culpa por no haber sido bueno con la persona que murió o por no haber impedido su muerte. Culpa porque quizá en algún momento llegó a desear su muerte.

3.PERDÓN: Etapa bastante importante, ya que las culpas se deben perdonar. Es un perdón al propio Yo, perdón al Tú (Dios, al médico, al que murió). Si no se perdona, se vivirá inmerso en una profunda tristeza.

4.ACEPTACIÓN: Es importante en esta etapa una real aceptación y no simplemente una resignación. Esta se dará cuando uno mismo sienta que el que murió está vivo dentro de sí mismo.

Es importante tomar en cuenta que no existe un esquema completo del proceso de duelo. No hay que olvidar que existen diferencias relacionadas con la edad, el sexo, la personalidad, las causas de la muerte, su capacidad para afrontar el estrés, su visión de la vida, la confianza en sí mismo y el medio ambiente en que ésta se produce, que explican las reacciones internas del individuo. Algunas etapas pueden no existir en el caso de los niños o ancianos, ya que tal vez llegan más rápido a la etapa de aceptación.

Los individuos socialmente aislados o que están educados para no expresar su dolor o en el caso de viudas jóvenes con hijos son más vulnerables al duelo anormal.

Los recursos personales que permiten al individuo canalizar sus energías, diversificar el uso del tiempo y del ambiente social se convierten en el camino hacia la curación y la salud. Entre ellos cabe destacar: la serenidad, la tenacidad, la fuerza de voluntad, los hobbies personales, la eficacia, la capacidad de iniciativa, el sentido de la responsabilidad, la apertura a la amistad, etc.

Y de acuerdo a la información recopilada de varios autores encontramos entonces que, al recibir la noticia el suceso inevitable se activa el síndrome de alerta o

choque en el cual se presentan una serie de cambios fisiológicos (descarga de adrenalina entre otros) provocado por la crisis de conciencia del desenlace inevitable, apareciendo una serie de mecanismos de defensa.

Durante la primera semana se presenta el mecanismo de negación y dependencia en el cuál se niega o rechaza el suceso además de depender de algo o de alguien haciendo actividades o teniendo actitudes diferentes. Al hacer conciencia del hecho y al darse cuenta de que el mecanismo no sirvió hay frustración, cólera, rabia, angustia y coraje hacia todo lo que le rodea y agresión que se puede exteriorizar o reprimir al enfrentar la situación crítica. De aquí puede sobrevenir el duelo anormal (fijación). Continúa la etapa de negociación o regateo en la cual se pacta con "la muerte" o con Dios para diferir el plazo que es inevitable, pero al darse cuenta de que esto es irrevocable comienza una carencia de pulsión a la acción en la cual hay desmotivación y no se le encuentra sentido a la vida, así es como se entra en la etapa de depresión, la energía baja. Comienza a aparecer la conciencia de resolución propia en donde hay contacto con elementos rescatados de la realidad para dar paso a la fase de construcción en donde se acepta el suceso y el duelo es normal y así esto conlleva a la recuperación paulatina de la condición de vida ordinaria y homeostasis.

Cabe mencionar que la CULPA se presenta desde que inicia hasta que finaliza el duelo. Esta es un proceso intrapersonal no interpersonal, por lo que no es necesaria la presencia del fallecido para sanearla. Además, cuando una relación contaminada por la culpa se vive desde la comprensión y el perdón, deja paso a la sana elaboración del duelo. (Ver el siguiente cuadro).

- (1) KUBLER-ROSS, (1969) SOBRE LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS. GRIJALBO, BARCELONA.
- (2) CARUSO, I, (1988) LA SEPARACION DE LOS AMANTES. SIGLO XXI, MEXICO.
- (3) REYES Z., (1996) ACERCAMIENTOS TANATOLOGICOS AL ENFERMO TERMINAL Y SU FAMILIA...

3.2.3. Duelos especiales o anormales: Los que sobreviven sufrirán un proceso distinto en cada uno de ellos dependiendo de la estructura del carácter, del tipo de relación guardada con el que murió y de la cercanía que se tuvo con el muerto, el resto de los familiares así como las circunstancias de la muerte y sus consecuencias.

Este duelo no evoluciona "normalmente". Algunos se complican y otros se vuelven patológicos. Estos duelos patológicos, perturban fuertemente la actividad mental y, por lo tanto, alteran gravemente el sentimiento de personalidad. Se fijan de manera excesiva y duradera en ciertos momentos vividos. La negación es característica de los duelos delirantes, confusionales, esquizofrénicos y paranoicos: para el sobreviviente el difunto sigue estando vivo, lo que es un modo de mostrar la propia angustia de muerte. Otros síntomas importantes de los duelos anormales son la ausencia total de reacciones, las reacciones excesivas (pesadillas, fobias a los objetos y lugares vinculados con el muerto, pánico relacionado con la inminencia de otros fallecimientos, incluido el propio) y las reacciones tardías, unas y otras acompañadas de trastornos somáticos que pueden llegar hasta trombosis coronaria, leucemia, cáncer de cuello o, simplemente, hasta los trastornos del sistema inmunitario.

Es necesario reflexionar sobre cuando una pérdida o duelo se convierte en patológica y se hace recomendable la intervención de un especialista.

Si el proceso, la relación, el vínculo entre el fallecido y sus allegados era sano, fluido, respetuoso y comprensivo, el duelo con su doble manifestación de frustración y tristeza tendrá las mismas características de fluidez y desemboca en un buen recuerdo.

3.3. Pérdida y muerte: miedos y ritos

Los miedos más comunes ante la muerte del ser querido son:

Miedo a que el enfermo sufra mucho: crece conforme el enfermo se va deteriorando y apareciendo nuevos síntomas.

Miedo a que el enfermo no reciba la atención médica adecuada en el momento preciso.

Miedo a hablar con el ser querido: es muy importante que los familiares escuchen, que estén presentes físicamente y que compartan los sentimientos dolorosos.

Miedo a que se traicionen ellos mismos: los familiares creen que el enfermo va a adivinar la gravedad de su caso por medio de sus actitudes o frases inoportunas.

Miedo a estar solos con el ser querido en el momento de la muerte: es un miedo a enfrentarse a la realidad.

Miedo a no estar presentes cuando muera el ser querido: no se quieren separar del enfermo; se tienen que comenzar a manejar las culpas que trae la muerte.

Existen además una serie de dificultades muy comunes en los sobrevivientes como es el caso de la dificultad para aceptar que su ser querido está muriendo realmente (se genera mucha rabia); dificultad para asumir las responsabilidades que tenía el enfermo; y una dificultad para despedirse del ser querido y "darle permiso de morir".

Lo que sobreviene después de la muerte está relacionado con dos registros principales: el de las prácticas rituales y el de las creencias tranquilizadoras.

"Son ritos todas las conductas corporales más o menos estereotipadas, a veces organizadas e institucionalizadas, que se basan en un conjunto complicado de símbolos y creencias. Los ritos funerarios, comportamientos diversos que proyectan los afectos más profundos y aparentemente guían al difunto a su destino post mortem, tiene como objetivo fundamental superar la angustia de muerte de los sobrevivientes.

Sentido y funciones de los ritos funerarios: El cadáver, después de haber sido honrado debe ser separado de los vivos por razones de higiene y decoro por medio de la práctica de la inhumación o la cremación. El objetivo primordial del rito es que vuelve insoportable la ausencia del ser querido.

Las conductas funerarias obedecen a constantes universales. Su función es la de curar y prevenir, aliviar el sentimiento de culpa, tranquilizar, consolar, revitalizar; socialmente las personas dicen y creen que los ritos sirven y honran al muerto, en realidad, las actitudes de homenaje y de solicitud hacia el muerto ponen de manifiesto el terror a la muerte y la preocupación por protegerse de ella." (VINCENT, L.,1991).

El luto es un periodo que sigue a la muerte; su función principal es codificar la tristeza y su expresión, imponiéndola, reglamentándola y fijándole un término; sirve para señalar al doliente, limpiar las culpas y facilitar el proceso de duelo, lo cual es muy acertado. Esto es impuesto por la sociedad y es más severo para las mujeres que para los hombres.

Las ideas acerca de la muerte y los rituales con ellas vinculados se convierten a su vez en un momento de la socialización. Las ideas y ritos comunes unen a los hombres.

Indudablemente, en las sociedades más desarrolladas ha aminorado considerablemente el apasionamiento con el que determinados grupos humanos mantuvieron antiguamente que únicamente su propia fe sobrenatural y su ritual podían proporcionar a sus miembros una vida infinita después de la vida terrenal.

3.4. Amor y duelo

"Una de las experiencias más dolorosas para el hombre es la separación definitiva o pérdida de aquellos a quien ama. Tomar en cuenta la separación amorosa significa tomar en cuenta la presencia de la muerte en nuestra vida". CARUSO

Las personas que han perdido a un ser querido se enfrentan a una situación sumamente difícil. Sus sentimientos y emociones pueden afectar profundamente su relación con los demás y el seguimiento de la rutina diaria

Cada persona debe luchar a su manera contra el duelo, cada superviviente lleva la pérdida de forma individual. Algunas personas sienten el duelo sólo después y otros nunca tienen emociones fuertes.

La gente experimenta diferentes emociones. Pueden sentirse culpables, tener remordimientos, tristeza o resentimiento hacia otros. La sintomatología usual del duelo es: arrebatos de dolor, depresión pensamientos suicidas, angustia, estar absorto con imágenes del difunto, alucinaciones de todo tipo (visuales, auditivas), aislamiento emocional, inestabilidad anímica, cólera, llanto, etc., en sus fases respectivas como progresión natural del duelo.

En cada persona varía la duración de lo que podríamos llamar "el periodo agudo de duelo", es decir, el tiempo que ha de transcurrir antes de que esté dispuesto a

enfrentarse de nuevo con el mundo.

Mucha gente que ha perdido a un ser querido tarda meses en reponerse del estrés emocional por el cual ha pasado. Además tardarán un año en superar el proceso de duelo normal.

"Es necesario que además del duelo producido por la muerte física del ser amado, tomar en cuenta la separación como irrupción de la muerte psíquica en la vida de dos seres humanos que deben vivir el horror de esta muerte porque tienen que sobrevivirla". (CARUSO IGOR, 1988)

Hallarse a solas habiendo perdido al cónyuge o pareja, no importa el tiempo de convivencia, es una de las aflicciones de que más cuesta rehacerse. Además de la pena están muchas cuestiones de orden práctico que reclaman nuestra atención y son diferentes en función de un grupo de edad a que pertenece la persona sobreviviente. Muchas veces, tan sólo cuando se pierde a la persona se toma conciencia de la gran cantidad de papeles que ella desempeñaba, de los espacios que llenaba. Al morir la pareja, el sobreviviente se ve obligado, luego de la desorganización inicial, a renunciar al mundo que habían construido ambos sobre la base de ser pareja del otro y de ser dos enfrentando la vida. El mundo hasta entonces confiable y seguro se torna, al faltar el apoyo del otro, amenazador, impredecible, confuso y peligroso. Surgen la ansiedad, relacionada con el temor de no poder seguir adelante sin ese otro, la sensación de estar incompleto, de soledad y vacío, la falta de sentido de muchos proyectos y la necesidad, la tarea de hacer un duelo por cada una de esas pérdidas.

Otra de las pérdidas más difíciles de sobrellevar es la de un hijo. Se originan remordimientos o sentimientos de culpabilidad en los progenitores, aunque no tengan absolutamente nada que reprocharse. Aquí es donde deben de preguntarse si hicieron todo lo que podían a favor del niño mientras estuvo vivo.

La muerte a una edad avanzada o la muerte de un niño comportan en algunos momentos justificaciones bipolares. Mientras el anciano ha completado un ciclo cronológico al niño se le ha "arrebatao" la vida, de hecho el luto de los padres es particularmente duro pues ven la muerte como algo antinatural e injusto.

Es así como nos preguntamos: ¿Cómo puede el hombre vivir con la separación del ser que ama? ¿Puede el hombre vivir con la separación? Quizá no pueda vivir sino en la medida en que logra sustituir una separación con una nueva presencia - y este es el sentido del trabajo del duelo-; mientras éste no logre su meta, el hombre vive en la melancolía, dentro de la cual el trabajo de duelo no fructifica.

CAPITULO IV

EL PAPEL QUE DESEMPEÑA EL PSICÓLOGO DENTRO DEL PROCESO DE DUELO PROPUESTA DE INTERVENCION

4.1 El papel que el psicólogo desempeña dentro del proceso de duelo

Los psicólogos como profesionales dentro del área de la salud necesitamos para nuestra tarea conocimientos técnicos y científicos que nos permitan atender las necesidades de quienes se encuentran en proceso de duelo.

A fin de comprender a la familia y sus creencias y conceptos sobre la muerte, se tiene que recurrir a todos los medios para reunir la mayor información posible sobre el tema; de esta forma, podrá conocerlos como unidad y como individuos.

La atención requiere cualidades especiales por parte del psicólogo, quien debe enfrentarse a su propio temor a la muerte para reanimar con tacto y cautela a la persona que agoniza y a sus familiares.

El objetivo de psicólogos o terapeutas es el de aportar al enfermo terminal y a su familia el máximo confort posible, por medio del apoyo emocional y la comunicación, respetando su libertad y dignidad. En esos momentos se requiere más que nunca la cercanía, el diálogo y la compañía.

En terapia se proporciona la intimidad adecuada y se ofrece la posibilidad de expresar sentimientos, angustias, preocupaciones, temores... sin juicios ni prejuicios; permitiendo a su vez expresiones de dolor y aflicción por la pérdida del ser querido.

El psicólogo además debe valorar, comprender y empatizar. El escuchar es el principal instrumento de trabajo.

La muerte de un familiar constituye un acontecimiento vital de mucha relevancia. En el caso de los pacientes terminales no se debe considerar concluida la tarea del psicólogo con la muerte del paciente, sino que se debe ir más allá, se tiene que ofrecer un soporte emocional a fin de prevenir posibles alteraciones en la elaboración del proceso de duelo o de aceptación gradual de la pérdida.

Tras el fallecimiento del paciente, la atención debe centrarse en la familia que le sobrevive y en cualquier cosa que pueda fortalecerlos y hacerles más llevadera tal experiencia.

La intervención inicial, después de una muerte inesperada, debería dirigirse a transformar cognoscitivamente la mayor parte de las dificultades de las muertes inoportunas dentro de formas más aceptables.

Existe un modelo de trabajo de un Psicólogo Gestalt para estos casos en donde propone que:

-El buen recuerdo del fallecido es el único indicador de la sana elaboración del duelo y que cualquier otro sentimiento como indiferencia, culpa, rabia, alegría, depresión o vacío, evidencia un duelo atascado, no realizado.

-Detrás de cualquiera de estos sentimientos que son indicativos de un duelo no cerrado, está la CULPA, que es un proceso intrapersonal no interpersonal, por lo que no es necesaria la presencia del fallecido para sanearla.

-Cuándo una relación contaminada por la culpa se vive desde la comprensión y el perdón, deja paso a una inequívoca sensación de buen recuerdo.

Partiendo del modelo anterior, consideramos que la culpa adquiere un protagonismo casi total. Además, hay que tomar en cuenta a los mecanismos de defensa y sentimientos desplazados para trabajarlos y reconvertirlos en culpa responsable. Lo más importante no es la terapia, sino la forma de trabajo del terapeuta o psicólogo, su forma de estar y su creatividad.

La intervención psicológica pretende facilitar un proceso de duelo que es un paso para tener en cuenta las variables individuales y la adaptación a las costumbres psicosociales y expectativas. El último objetivo es el de complementar el proceso de duelo con un sentido de ayuda, equilibrio restaurado y franqueza para enfrentar el futuro.

Para resumir, tenemos que tomar en cuenta tres objetivos básicos a trabajar en el proceso de duelo:

-Autoestima

-Incrementar la capacidad de búsqueda de soluciones ante la problemática

-Adquirir nuevos conocimientos y habilidades para afrontar nuevas situaciones, decidir libremente y favorecer el cambio de actitudes.

Como se ha dicho hasta aquí el duelo es el proceso a través del cual elaboramos las pérdidas de nuestras vidas.

El trabajo de duelo es difícil y lento, que supone un proceso interno de abandono que es extremadamente doloroso y de progresión lenta.

A continuación presentamos una propuesta de trabajo para enfermos terminales y sus familiares en relación a la aceptación de la muerte y la vivencia del duelo.

4.2 Una propuesta de intervención psicológica como un apoyo a los enfermos terminales y a sus familiares

Se propone que el trabajo se realice con familias nucleares con un integrante que padezca alguna enfermedad terminal (padre, madre o hijos).

Las características que deben ser tomadas en cuenta en el momento de la intervención son:

Familiares de enfermos terminales

- Que tengan un parentesco no mayor de segundo grado.
- Que su edad no sea menor a los 18 años, tomando en cuenta que a esta edad sus opiniones con consideradas por la familia.

El espacio físico en donde se propone realizar el trabajo es el siguiente: preferentemente deberá realizarse dentro de un organización de salud ya que generalmente cuentan con espacios para estos trabajos, los pacientes estarán

atendidos en todo momento y podrá trabajarse con el total de la población en un solo lugar.

Deberán abordarse todos los sucesos relevantes de cada una de las sesiones realizadas.

Los resultados se describirán cualitativamente y se discutirán ampliamente en las conclusiones del taller, tomando en cuenta lo siguiente:

- Edad del paciente,
- Años de padecimiento de la enfermedad,
- Curso de la enfermedad,
- Grado de afectividad sentimental entre el paciente y su familia,
- Costo emocional de la familia,
- Costo económico de la familia.

Las anteriores variables deberán ser graficadas en relación al estado del familiar y ampliamente discutidas en las conclusiones del taller.

Este trabajo también puede aplicarse con los familiares después de ocurrida la muerte del paciente terminal o de alguna muerte inesperada.

PROCEDIMIENTO

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL
1	Recabar información sobre el suceso que ha precipitado el estado de crisis del paciente y/o de los familiares de éste.	Se realizarán entrevistas estructuradas abarcando los aspectos más importantes sobre el suceso terminal del paciente.	Grabadora, cassette, lápices, hojas blancas.
2	Conocer antecedentes históricos del paciente durante el desarrollo de su vida, para indagar si	El paciente relatará aspectos relevantes sobre el desarrollo de su vida, mediante preguntas	Materiales de apoyo, hojas impresas y lápices.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

	han existido otros momentos o situaciones de crisis y así conocer de que forma se han resuelto o no, y si han repercutido en la actualidad del paciente.	dirigidas.	
3	Descubrir como afectó el suceso de crisis en la conducta del paciente terminal y de sus familiares	El paciente y los familiares indicarán los cambios conductuales presentados durante la etapa de crisis en hojas impresas.	Láminas sobre los aspectos conductuales a manejar, marcadores, hojas impresas, lápices
4	Realizar cambios en el aspecto trabajado, se inicia el trabajo propio del duelo: jugo, relaciones interpersonales.	Desensibilización sistemática, y terapia racional emotiva, entrenamiento de habilidades asertivas. Juego de roles	
5			
6	Examinar los sentimientos más característicos en el momento de crisis.	Sociodramas: que el paciente y sus familiares mediante una escenificación expresen lo que sienten acerca de lo que esta ocurriendo ante la vivencia del duelo.	
7		Por escrito el paciente y sus familiares expresarán los sentimientos más característicos de esta etapa y su reacción ante ellos. En grupo se comentarán y analizarán buscando soluciones de superación.	
8	Examinar el impacto de la crisis sobre el bienestar	Entrevista con el paciente y familiares sobre aspectos	

	físico del paciente.	somáticos y aceptación de estos.	
9	Comprobar como las relaciones interpersonales pueden facilitar o impedir la resolución del duelo.	Entrevista.	
10	Verificar como el paciente examina, percibe, interpreta y supera el estado de duelo.		
11	Resumir y evaluar de acuerdo al taller: -área de mayor dificultad para el paciente y para el familiar. -variables de mayor influencia para el enfermo y sus familiares ante la aceptación del duelo. -grado de aceptación del duelo tanto de pacientes terminales como de sus familiares.		

CONCLUSIONES

La muerte puede considerarse como un momento, un acto, un episodio, pero también como un largo proceso, como el punto final de una cadena de conductas y de actitudes, de una vida.

La muerte en los hombres no tiene un sentido unívoco, como puede tenerlo para los animales, sino similar. Hay muchos modos diversos de morir; no existe una muerte igual a otra; las muertes son como las huellas digitales, y el hombre culto y civilizado puede optar y elegir.

Nos han educado para vivir pero no nos han educado para morir.

Podemos programarnos a una muerte en la pasividad de la impotencia, en la amargura de la depresión, o bien, una despedida en la serenidad, la paz y la dignidad.

"El pensamiento en torno a la muerte se convierte, siempre, en un discurrir acerca de la vida", observa el Dr. Federico Ortiz Quezada. "Intensos sentimientos de la vida aparecían cuando se abordaba el tema de la muerte".

Las actitudes principales ante la vida y ante la muerte suelen estar arraigadas muy adentro en la mente; casi nadie las cambia de un momento a otro. Un cambio de mentalidad y de ideología y de creencias pide tiempo, y éste puede ser de dos o tres generaciones. Habría que recordar los principios psicológicos de la resistencia al cambio y habría que hacer estudios sobre la psicología de la ideología. No es posible cambiar sin violencia algo que primero no hayamos aceptado, tanto a nivel mental como a nivel emotivo.

Sólo quien viva intensamente la vida estará dispuesto a dejarla; quien disfrute la conciencia de haber realizado una serie de valores.

Viktor Frankl, un célebre psicoanalista de Viena asevera que la primera tarea de la terapia consiste en hacer encontrar el sentido de la vida; en aprender a vivir para algo y para alguien; en saber irse a dormir cada día tras una jornada intensa y llena. Entonces se puede captar la muerte en la vida y aceptar el declinar inexorable del organismo, y se puede enfocar la vida como proceso en vez de como meta, y se puede aceptar la muerte -la propia muerte- como parte del mismo.

La biología es la ciencia de la vida. Pero paradójicamente cada célula que nace, nace con su programación para morir. Su DNA "lee" un gen letal que a su tiempo abre la membrana y deja entrar el calcio que la matará.

El arte de morir incluye la aceptación previa de que "somos más que nuestro organismo biológico"; "es más importante la comunidad que el individuo"; "de alguna forma sobreviviremos".

En curiosa coincidencia, en esto van de la mano Marx y la Biblia, ambos en cruzada por superar el individualismo y el egoísmo. Quien acepta que el anoecer no es el fin del sol y que el declinar del cuerpo no es el fin del ser humano, acepta más fácilmente el morir.

Tendrán que unirse la medicina, la psicología, la teología y la sociología, para una vasta labor de re-educación. Que la medicina no se quede en el nivel de la veterinaria, ni la psicología se quede en los mecanismos de la mente, ni la teología en la especulación, ni la gerontología en la pura geriatría. Por principio de cuentas hay que analizar y criticar los estigmas de la culpa que la tradición católica ha impuesto a los suicidas todos, incapaz de hacer las elementales distinciones del caso.

La psicóloga alemana Erika Landau expresa con acierto la relación entre una vida productiva y la capacidad de enfrentar el desenlace final e inexorable:

"Cuanto más creativa es una persona, tanto mejor dispuesta se halla para enfrentarse a los cambios del envejecimiento y tanto más consciente y abierta es su actitud para afrontar la muerte que llega".

La muerte se acepta y se afronta como un dormirse para no despertar ya más.

También va implicada en este proceso la familia, cuya participación inteligente y madura facilita el trance. Los familiares deberán aceptar la muerte del enfermo de otro modo, su deseo de alargarle la chocará con la aceptación que el ya tiene elaborada, y el conflicto se agudizará y las heridas se reabrirán. Y aún los visitantes tendrán que estar advertidos para que no coloquen imprudentemente una y otra vez al enfermo ante la esperanza de sanar, cuando ya él ha manejado el proceso de aceptación.

Si uno está reconciliado con la muerte o incluso si está bastante seguro de que tendrá una muerte buena, digna, entonces cada momento de cada día se transforma porque la corriente subterránea penetrante (el miedo a la muerte) queda eliminada.

Los seres biológicos pasamos por un proceso que inicia en el nacimiento, termina en la muerte y comprende periodos de crecimiento, madurez y decrecimiento.

Debemos tomar en cuenta que ante la muerte debe haber una medicina preventiva que ayude a bien-vivir, comenzando a solucionar los pequeños asuntos pendientes antes de que tenga que afrontarlos irrevocablemente ante la inminencia de la muerte *"vivir en paz y alegría con uno mismo y con los demás, cada uno de los días de la existencia"*.

Se hace necesaria, pues, una re-educación de los adultos y sobre todo, una educación infantil mucho más realista y normal respecto a la propia muerte, ya que este tema está prácticamente ausente de los temarios escolares.

La sociedad occidental ha de desfrivolar la muerte y reconciliarse con ella, ya que es propio de todo ser humano el morir.

Entonces, se debe promover la educación para el dolor ante la muerte en las familias, para que estén mejor preparados y la acepten como algo natural y puedan participar de una manera positiva en el caso de ocurrirle a algún ser querido.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, Asunción. "El enfermo terminal ante la muerte". Ciencias, 1995, No.38, 12-22.
- Arzac, P. Revista de Tanatología. 1990, 1
- Carse, James P. (1987). Muerte y existencia. Una historia conceptual de la mortalidad humana. Fondo de Cultura Económica, México.
- Caruso, Igor. (1988). La separación de los amantes, una fenomenología de la muerte. Siglo XXI, México, D.F.
- D. Angelo, Francisco. (1990). Como sobrevivir a las pérdidas de un amor. Gante, México.
- Elias, Norbert. (1982). La soledad de los moribundos. F.C.E. México.
- Fuentes, A. (1978). Salud y vejez: las etapas del morir y su psicoterapia. El caballito, México.
- Gómez Del Campo Estrada, J. (1994). Intervención en crisis: manual para el entrenamiento. Plaza y Valdés, México, D.F.
- Herrasti, Pedro. (1996). "El Cristiano ante la muerte". Sociedad E.V.C. México.
- Hollander, E. (1982). Principios y métodos de psicología social, composición y adquisición de actitudes. Gante, Buenos Aires.
- Kübler-Ross, E. (1969). Sobre la muerte y los moribundos. Grijalbo. Barcelona.
- Markham, U. (1996). Como afrontar la muerte de un ser querido. Martínez roca. Barcelona
- Manual de enfermería
- Paz, O. (1986). El laberinto de la soledad. F.C.E. México.
- Pick, S. (1992). Cómo investigar en psicología ?. Trillas. México.
- Reyes, Alfonso. Revista de Tanatología. 1990, 3.
- Rivera, R. (1998). El cáncer cura el alma. Diana. México

- Slaikeu, Karl. (1988). Intervención en crisis. Manual Moderno. México.
- Thielicke, H. (1984). Vivir con la muerte. Herder. Barcelona.
- Vicent, L. (1991). LA MUERTE.
- Viorst, Judith. (1986). Pérdidas necesarias. Plaza and James, España.