

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGIA Ψ

***CONCIENCIA DE LA PROPIA MUERTE COMO BÚSQUEDA DE
SENTIDO EN PACIENTES QUE SOBREVIVEN AL
PADECIMIENTO
ONCOLÓGICO.***

ARTURO LÓPEZ TERREROS

**DIRECTORA DE TESIS:
ASUNCIÓN VALENZUELA COTA**

**ASESOR ESTADÍSTICO:
MARCOS E. VERDEJO MANZANO**

MÉXICO, D.F. ABRIL DEL 2006



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.

**CONCIENCIA DE LA PROPIA MUERTE COMO
BÚSQUEDA DE SENTIDO EN PACIENTES QUE
SOBREVIVIEN AL PADECIMIENTO
ONCOLÓGICO.**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA Ψ
(UNAM)**

ARTURO LÓPEZ TERREROS

DIRECTORA DE TESIS

ASUNCIÓN VALENZUELA COTA

AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE †

POR QUE TU AUSENCIA NO HA SIDO TOTAL Y
TUS OJOS AHORA SERÁN LOS MIOS...

A TODA MI FAMILIA

POR SU EJEMPLO, SU APOYO INCONDICIONAL
Y POR NO DEJAR DE CREER DONDE OTROS DEJARON
DE HACERLO.

A TODOS LOS PROFESORES

POR LA LUZ DE SUS ATINADOS Y SABIOS CONSEJOS
QUE DISIPARON LA OSCURIDAD DE MI IGNORANCIA.

A MI AMIGO (J.M.L.M)

POR EL ACCESO A SU SELECTA BIBLIOTECA QUE
SIEMPRE ME BRINDÓ COMO SU SÓLIDA AMISTAD.

A MI HIJO

POR LA ESPERANZA Y CONTINUIDAD QUE REPRESENTA.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
CAPITULO I PERCEPCIONES DE LA MUERTE	
RETROSPECTIVA	10
CONCEPTOS DE MUERTE	16
CONCEPCIONES FILOSOFICAS DE LA MUERTE	24
CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS	28
VIVENCIA DE LA MUERTE COMO SITUACION LIMITE: CAMBIO EN LA PERSONA	31
LA MUERTE COMO FUENTE DE ANGUSTIA	38
CAPITULO II EL ENFOQUE LOGOTERAPÉUTICO: UNA EXPLICACIÓN PARA EL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO.	
RETROSPECTIVA	44
DEFINICION	46
FUNDAMENTOS Y CARACTERISTICAS	47
LA VOLUNTAD DE SENTIDO	50
EL SENTIDO DE LA VIDA	51
EL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO	55
CAPITULO III EL PACIENTE CON CANCER	
ANTECEDENTES	57
DEFINICION	58
ASPECTOS ETIOLOGICOS DEL CANCER	61

CLASIFICACION	62
TRATAMIENTO	64
EFFECTOS PSICOLOGICOS DEL CANCER DE MAMA	64

METODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	72
JUSTIFICACION TEORICA	72
JUSTIFICACION SOCIAL	73
HIPOTESIS	73
VARIABLES	74
DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES RELACIONADAS	74
SUJETOS	74
MUESTREO	75
TIPO DE ESTUDIO	75
INSTRUMENTO	75
PROCEDIMIENTO	80
DISEÑO	82

RESULTADOS: DEMOGRAFIA DE LAS VARIABLES

GRUPO 1: CONSULTA EXTERNA	83
GRUPO 2: SOBREVIVIENTES	86
RESULTADOS DE LA PRUEBA PIL y t de Student	87
RESULTADOS DE LA COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS	88

RESULTADOS DE LA PREGUNTA “A” PARA AMBOS GRUPOS	89
RESULTADOS DE LA PREGUNTA “B” SOLO GRUPO DE SOBREVIVIENTES	91
DISCUSION	92
CONCLUSION	98
LIMITACIONES Y APORTACIONES	99
BIBLIOGRAFIA	100

R E S U M E N

Se presenta la vulnerabilidad de la vida de manera inminente. La idea de la muerte, no obstante el temor que produce, posee la fuerza necesaria para promover un cambio en nuestra manera de vivir. El propósito de este estudio es explorar la posible relación de cómo la cercanía a la muerte en una situación límite, ejerce o no un cambio positivo en un grupo de autoayuda de 50 pacientes que han sobrevivido al padecimiento oncológico en comparación con otro grupo de 50 pacientes de consulta externa de primera vez (antes de cualquier diagnóstico).

La muestra de sobrevivientes se integró de mujeres con cáncer de mama, mastectomizadas en su mayoría por padecer carcinoma canicular infiltrante, y que asisten una vez por semana a un grupo de autoayuda denominado RETO (RECUPERACIÓN TOTAL A.C.).

Este cambio positivo o búsqueda de sentido se evaluó con la aplicación del test PIL (Propósitos en la vida, de Crumbaugh y Maholick), que destaca el significado de la vida; la satisfacción de la propia vida; la libertad y el temor a la muerte. Además de dos preguntas abiertas a ambos grupos.

La importancia de la presente investigación consiste en resaltar que: existe un cambio importante, tanto físico y psicológico en las mujeres que padecen cáncer de mama; aportar evidencias que la conciencia de la muerte promueve un cambio positivo no solo en pacientes con cáncer, sino en cualquier situación que esté en riesgo la vida.

El rango de la edad de ambas muestras varió de 17 a 65 años con una media de 36.2 para el grupo 1 (consulta externa) y para el grupo 2 (mujeres sobrevivientes) su media fue de 53.2, con edades que fueron de 29 a 75 años.

Los resultados mostraron que en los cuatro aspectos que mide la prueba Pil, el grupo de sobrevivientes tuvo una media mayor de 116.92 en comparación del grupo de consulta externa que obtuvo una media de 108.96. Hubo una diferencia significativa entre los dos grupos (.013), con un valor de t de student de 2.541 lo que llevó a la aceptación de la hipótesis de trabajo que dice que la cercanía de la muerte en el grupo de sobrevivientes incrementa el sentido de vida, en comparación con el grupo de consulta externa.

ETERNAMENTE

¡Soy materia!, ¡soy energía!, y ocupo un espacio; poseo la inmortalidad, soy ínfima parte del universo; ¡pero pienso!, poseo la conciencia del yo, del ser; me han llamado hombre, que es la creación extraña de lo existente.

Siempre estaré presente en el ámbito universal, adoptó la materia al azar esta morfología, mi morfología; y la energía, producto de mi materia corporal se convierte en pensamientos; cualidad en que la materia se conoce a sí misma.

¡Vengo de siempre!, ¡he estado existiendo siempre!, no hay para mi existencia física un principio mater, ni un final; ¡fui, soy, y seguiré siendo a través del tiempo... como materia, eternamente!.

Nayatú

INTRODUCCIÓN

Quizá, en el principio del principio, el primer asombro que generó angustia al hombre, fue el resplandor y estruendo de un relámpago... los hombres temen separarse, se apretujan con un pavor animal que apabulla al todavía enclenque razonamiento. Al principio fue el miedo, primitiva emoción humana respecto a la muerte. (Novoa, 1977 p.7)

El hombre desde su primitivo pensamiento hace miles de años, ha desarrollado una idea acerca de la muerte, esto se muestra en pinturas rupestres o piezas arqueológicas. El hecho es que la vida y la muerte se han entrelazado en una línea circular constante donde un punto pertenece a ambos, de tal manera que la interdependencia entre la vida y la muerte es un principio constante.

El concepto de muerte ha sido tan importante en el hombre que ha apuntalado religiones, filosofías e inspiraciones artísticas, además ¿no son los avances médicos un intento de separarnos más de la muerte?. La universalidad de la muerte se ha cristalizado en un mito, una creencia y toda una cultura; aquí en México son muy conocidas las celebraciones alusivas a la muerte.

Sin embargo, en nuestra cultura (la cultura occidental) los temas relacionados con la muerte tratan de evitarse, como si la muerte fuera una maldición que se va a cumplir por hablar de ella, y así según Ziegler (1976) el hombre de occidente no reconoce conscientemente su propia muerte, sino que lo experimenta en los demás. El hombre no solo ha

rechazado la muerte sino que también la ha tratado de superar, buscando constantemente controlar la naturaleza y detener el paso del tiempo por medio de la tecnología.

Uno de los mayores problemas del ser humano de comienzos del siglo XXI nos dice Tena, Rage y Derbez (2001, p.41), es encontrarse carente de significado. Es un momento en que la tecnología se ha desarrollado enormemente como nunca en la historia del hombre y que lo empequeñece, pero al mismo tiempo es una época de angustia y aburrimiento, donde las personas han dejado u olvidado sus valores, donde nadie es indispensable y todo parece ser desechable.

La muerte es una parte fundamental de la vida, sin embargo, provoca fuertes sentimientos de temor y de angustia; ¿cómo debe concebirse el sufrimiento humano?, sin duda, la enfermedad es una de las más notorias manifestaciones, para Bakan (1970, p.4) los males constituyen el núcleo de la condición existencial del hombre, éste se enfrenta no solo a la enfermedad física sino también a la psicológica.

Hablar de este fenómeno nos remonta a sus orígenes que son evidentemente filosóficos. La orientación existencial resulta así mismo familiar porque ha sido reconocida como tal y analizada desde el principio del pensamiento escrito por una corriente ininterrumpida de filósofos, teólogos y poetas, donde las características subyacentes del enfoque existencial no son empíricas sino profundamente intuitivas.

Según escribe Yalom (1984, p.24-27) en la filosofía existe una “tradición” existencialista y una “escuela” propiamente dicha, evidentemente la tradición es muy antigua ¿existe, acaso, uno solo de los grandes pensadores que en algún momento de su vida no haya fijado su atención en cuestiones como la vida o la

muerte?. La escuela formal, en cambio, tiene orígenes delimitables en las profundas reflexiones de un joven danés en 1834, llamado Soren Kierkegaard quien dedicó gran parte de su vida a analizar su situación existencial y durante la década de 1840 publicó varios tratados importantes.

Sus obras no fueron traducidas durante muchos años hasta después de la primera guerra mundial, momento en que encontraron un terreno fértil y sus ideas fueron adoptadas por Martín Heidegger y Karl Jaspers (Alemania).

Yalom (Ibíd.) señala que el enfoque existencialista hace hincapié en un tipo de conflicto básico diferente a la psicodinámica freudiana y neofreudiana, su conflicto emana del enfrentamiento del individuo con los supuestos básicos de la existencia, es decir, ciertas preocupaciones esenciales que ineludiblemente forman parte de la existencia del ser humano en el mundo. Con frecuencia este proceso de reflexión se cataliza a través de ciertas experiencias urgentes denominadas por lo general situaciones límite¹ entre las que se incluyen el enfrentamiento con la idea de la propia muerte, con algunas decisiones importantes e irreversibles ó con el colapso de algunos esquemas fundamentales que nos proporcionan una serie de significados. Estas preocupaciones esenciales de la existencia son: la muerte, la libertad, el aislamiento y la carencia de un sentido vital que forman parte de la condición humana.

En cada una de ellas se da un conflicto básico, el más evidente y fácil de comprender es la muerte; existimos ahora aunque dejaremos de ser algún día. Es esta una verdad terrible y el conflicto se crea entre la conciencia de lo inevitable de la muerte y nuestro deseo de continuar siendo. La libertad desde el punto de vista existencial supone la ausencia de una estructura externa, ya que el universo del ser humano carece de un diseño implícito, por el contrario el hombre se convierte en responsable y autor de su propio mundo.

¹ Término utilizado por Karl Jaspers en su obra *Filosofía de la Existencia* para denotar que al igual que el esclarecimiento existencial, la situación límite remite al hombre a su trascendencia.

Es entonces que el conflicto entre la falta de base y el deseo de encontrar cimientos, una estructura constituye una dinámica existencial esencial.

Por lo que respecta al aislamiento existencial, la tercera preocupación básica considera que existe un límite, una frontera entre nosotros y todas las criaturas que existen, es una barrera infranqueable que limita nuestro ser del resto del mundo, cada quien nace y muere solo. Este enfoque no se refiere al aislamiento interpersonal con la soledad que le caracteriza ni con algunos aspectos intrapersonales sino un aislamiento más fundamental. El punto crítico lo constituye la conciencia de nuestro absoluto aislamiento y nuestro deseo de obtener contacto, protección e integración como parte del mundo, esta situación establece otro conflicto existencial.

Finalmente la conciencia de un sentido vital constituye el cuarto conflicto existencial, ya que este enfoque establece que no existe una estructura predeterminada que otorgue sentido a las personas, sino que tenemos que fabricar nuestros propios sentidos vitales.

Existe además del análisis existencial, otra aproximación que ha tomado bastante reconocimiento, la llamada Logoterapia. Viktor Frankl emerge como el guía entre círculos psicoterapéuticos proponiendo la importancia del sentido o significado en la salud mental.

Aunque Víctor Frankl es consciente de la importancia de las otras preocupaciones existenciales del hombre, en toda su obra ha puesto el acento en el significado de la vida, escribe Brand R. (1991).

Cerezo Resendiz (2002, p.4) plantea que la búsqueda de sentido de la vida constituye un prerrequisito para que un individuo se sienta motivado para comportarse de forma saludable, ya que si se lleva

una vida que no tiene sentido, tal vez no tenga valor el comportarse de una forma saludable.

La meta de la Logoterapia parece ser que estriba en que el ser humano haga consciente su libertad y responsabilidad emergentes de su espiritualidad...darse cuenta de que es único e irrepetible, de su finitud mortal...que busca el sentido de la vida con capacidad para ejercer valores y de su ser auto trascendente.

Según Frankl, (citado por Brand 1991) las situaciones límite las constituye: el dolor, la culpa y la muerte que son la tríada trágica, no existe un ser humano que afirme que no sufre, que no falla y que jamás morirá... el sentido de la tríada trágica, lo descubre cada persona en su propia vida, en su situación concreta y dicho sentido no puede ser inventado ni creado, sino que develado a través de valores de actitud.

El enfoque existencial estudia estos fenómenos humanos desde una perspectiva dinámica. Víctor Frankl (citado por Rage 1994, pp.158-166) propone la Logoterapia ante el problema de la carencia de sentido vital. Estamos viviendo una crisis de valores significativos, individuales como socialmente, que nos produce angustia en todas las áreas de la existencia humana.

La Logoterapia orienta el trabajo hacia la búsqueda de sentido, incidiendo en los procesos educativos en los cuales son aplicables los postulados logoterapéuticos. Al reconocer que la herramienta más importante que un sobreviviente de cáncer puede tener es la educación –y el poder y la habilidad para usarla– es posible dotar de estrategias y habilidades necesarias para el fortalecimiento y el cuidado de sí mismo; entender el significado de sobreviviente en sus distintas fases; apreciar como las actitudes y las

creencias afectan la experiencia de un sobreviviente de cáncer y a considerar maneras saludables de experimentar la enfermedad y tomar acción.

Para quienes padecen una enfermedad grave, como el cáncer de mama en cualquiera de sus fases, se enfrenta también ante el sentido de su vida en una situación límite. Para la mayoría de las personas, el saber que se tiene cáncer, es muy angustiante, sin embargo el hecho de darse cuenta de la temporalidad de la propia vida, como nos dice la literatura psicoterapéutica, conduce a las personas a renovarse, cambiando rápidamente sus perspectivas vitales, y reordenando las prioridades de su vida. Imaginemos... ¿que significaría para la mujer que padece tal enfermedad sobrevivir a ella o mantenerse solo en remisión?... es aquí donde se manifiesta el problema de investigación:

¿La conciencia de la cercanía de la propia muerte conducirá a una vida incrementada de sentido en pacientes que sobreviven al cáncer de mama?

El cáncer ha sido desde tiempos remotos una enfermedad muy temida por la humanidad, la cual a pesar de los avances de la ciencia médica, sigue siendo una de la principales causas de muerte. Pimentel (1995, p.ii) señala que en el mundo aproximadamente de los 4, 300 000 personas que mueren de cáncer al año, 25% es de carcinoma mamario.

En la última mitad del siglo XX, reporta el Instituto Nacional de Cancerología (2002), se comenzaron a manifestar los efectos de los cambios sociales, políticos y económicos que han proporcionado modificaciones en la conducta de la población y han alterado su hábitos alimenticios y de comportamiento, exponiendo su organismo a un gran número de riesgo que favorecen la aparición de alteraciones en la

profundidad de los tejidos orgánicos sometidos a nuevos y numerosos compuestos químicos, al igual que en el aumento de hábitos nocivos como el tabaquismo y el consumo de drogas.

El cáncer apareció, señala tal Institución, como la segunda causa de muerte a partir de 1989, desde entonces es responsable del 12.0 % de todas las defunciones del país.

Es pues, que tomando como palanca el enfoque logoterapéutico y la situación límite hacia la muerte como piedra angular, mueva a las personas a una vida de propósitos y significados.

Los investigadores han observado una diversidad de cambios que tienen las personas que han estado al borde de la muerte, situación límite, a causa de un accidente, un asalto o una enfermedad etc. estos son: un menor temor a la muerte, aceptación más profunda de la misma, interés de ayudar a los demás, la importancia del amor, los logros materiales se vuelven menos importantes, cuestionar sobre el sentido de la vida y una mente más abierta a la posibilidad de una vida después de la muerte (Medina 1997, p.8).

Sin duda este rechazo o aceptación de lo inevitable se ubica en la actitud tomada a tal fenómeno, así lo muestran Pucheu (1988), Vrousos, Kolodie y Brachelot (1988), donde se discute la importancia de una actitud positiva hacia la recuperación de cáncer; se examinan aspectos específicos y benéficos de una actitud de "esperanza de cura"; muchas de las veces las personas traducen el miedo a la muerte a miedo al dolor, no obstante, que actualmente el sufrimiento físico puede y debe reducirse al mínimo. Las expectativas del paciente hacia la enfermedad y su desarrollo serán de importancia a pesar del dolor experimentado.

Pese a la importancia de desarrollar actitudes positivas, esperanzas o condiciones psicológicas adecuadas, la omnipresencia de la muerte sobrevendrá, y es el objetivo de este estudio comprobar que la conciencia de la cercanía de ésta dará mayor relieve a la vida resaltando su significado.

Ha ido surgiendo la necesidad y el interés por todo profesional de la salud hacia estos temas. Hasta hace poco relativamente, a principios de los años 60s. se bosquejan los primeros artículos de tanatología con temas como el morir, la muerte y el duelo. Los trabajos de Elizabeth Kubler Ross tuvieron mucho peso entonces; se desarrolló esta especialización con la finalidad de proporcionar al enfermo terminal una muerte digna o una “buena muerte” (Reyes Subiría 1998).

De manera paralela, pero diferente varios años después se perfila un estudio llamado Bioética, término acuñado por Van Rensselaer Potter, quien en su obra “Bridge to the future”, hace un llamado para sensibilizar a los biólogos y sus posibilidades técnicas, teniendo en cuenta el dominio del hombre de modificar el mismo modo de nacer y morir; la capacidad (casi inmediata) de cambiar el patrimonio biológico genético (Pérez O.1989, p.13). Se interesa definitivamente por temas como dignidad humana, el nacer o morir en términos de valores y principios morales. Y recientemente, la controvertida clonación abre una puerta al intento del hombre por alcanzar la “inmortalidad genética”, creando un nuevo paradigma.

Los lineamientos mencionados en páginas anteriores se desarrollan en subsecuentes capítulos a manera de un tríptico unido por bisagras en el sentido de su estrecha relación, no tratándolos como temas aislados uno de otro. En el primero se expone el fenómeno de la muerte como un principio de la vida y

las implicaciones que para el hombre ha significado. En el capítulo segundo, la orientación existencial que dio origen a la logoterapia en un continuo pensamiento filosófico como hilo conductor y en el tercer capítulo, el cáncer como una realidad del hombre desde tiempo atrás a nuestros días y sus implicaciones psicológicas.

La metodología es presentada enseguida conforme a los puntos que establece el programa de titulación de la Facultad de Psicología.

¿QUÉ ES LA MUERTE?

*Es levantar el vuelo sin ojos, sin cuerpo y
sin alas*

Elías Nandino

CAPITULO I

PERCEPCIONES DE LA MUERTE

RETROSPECTIVA

Posiblemente nacer o morir sean los acontecimientos y momentos más trascendentales en la vida del hombre.

El tema de la muerte ha preocupado y ocupado el pensamiento humano desde épocas remotas, cada cultura la ha afrontado y asimilado de acuerdo a su propia condición histórica.

Una de las primeras civilizaciones, entendida como tal, de nuestro planeta que aborda con gran hondura el fenómeno de la muerte es la cultura Egipcia. El pueblo egipcio, surgido entre las brumas del neolítico, perdido en la noche de los tiempos, ha condensado en su dilatada historia infinidad de mitos y dioses que se han ido transformando, perfeccionando y unificando en una religión dominada por una idea: la de la muerte y la vida de ultratumba. (*El libro de los Muertos*, anónimo 1974, p.5).

Los egipcios negaban la muerte absoluta y la nada, después de morir físicamente mediante el acceso a otra vida sagrada y eterna. Esta civilización ha sido la primera en afirmar la inmortalidad del alma, llevando a cabo numerosos ritos funerarios entre los cuales era indispensable mantener el cuerpo incorruptible.

Sin embargo los indicios proporcionados por la antropología prehistórica, según De Martillet (s/f, citado en Vincent 1983, p.607), durante el inmenso lapso de la fase paleolítica o piedra astillada, hace

aproximadamente 200 mil años, los hombres no parecen tener ninguna sospecha de otra existencia más allá de la muerte, la carencia de sepulturas durante esa edad lejana lo comprueba. Se abandonaba a los muertos como lo hacen los animales, sin cuidar en absoluto sus despojos. Fue hasta la fase neolítica cuando aparecen inhumaciones y la sospecha de una vida futura en vuelta en un pensamiento mágico que tenía que ver con las fuerzas de la naturaleza (Sádaba, 1991).

Posteriormente, se desarrolló la idea de la existencia de una alma incorpórea que puede abandonar el cuerpo en el momento de la muerte.

Concepciones semejantes a las referidas encontramos en las primeras culturas americanas.

Entre los antiguos mexicanos, la muerte era un fenómeno siempre presente en la sociedad, no se le ocultaba, se ponía al descubierto y se enfrentaba; por lo que al padecer la carga psíquica que da un tinte trágico a la existencia del mexicano, no es el temor a la muerte sino la angustia a la vida (Westheim P. 1985, p. 10).

El México antiguo no conocía el concepto del infierno; es posible y hasta probable que en el inconsciente del pueblo sobre todo el pueblo indígena, siga viviendo todavía el oscuro recuerdo de un más allá aún al “pecador”. Los Mexicas afirmaban que la tierra es lugar de mucho llanto y amargura, no le temían a su Dios de la Muerte Mictlantecuhtli, sino temblaban ante la incertidumbre que es la vida del hombre, representado por Tezcatlipoca, el Dios de la Vida (Ortiz, Q. 1977). Cuando los Mexicas se encontraban en Aztlán, el Dios Solar Huitzilopochtli, era un Dios de la Guerra, y por tanto sangriento, su nombre significa “colibrí zurdo”. Por razones biológicas el colibrí tiene un corazón muy grande con respecto a

su tamaño, un tercio de su peso lo constituye su corazón; de ahí que se alimentaba al sol con corazones humanos, lo cual era el tributo del hombre para alimentar al sol, y así la vida continuara (Pereda, 1988).

Los aztecas consideraban que el sol fue creado por el sacrificio del Dios Nanahuatzin, así el hombre imitó a los dioses a morir para que continuase la vida, de este modo la muerte no era absoluta en el hombre sino de los propios dioses.

León Portilla (1979) escribe que había cuatro sitios a donde iban los muertos, dependiendo del tipo de muerte que habían tenido:1) Tlalocan, ahí se encontraban los ahogados, muertos por un rayo, hidrópicos o muertos en honor a Tláloc; 2) Mictlán, para quien había muerto por vejez o enfermedad; 3) Chichihuacuauhue, a este sitio iban los niños que morían antes de tener uso de razón y donde eran alimentados por un gran árbol que emanaba leche; y 4) Tonatiuh Ilhuicatl, era el lugar más glorioso de todos al que iban los muertos en combate.

Generalmente los pueblos no civilizados creen que mientras no se celebre el rito de los funerales, el muerto puede volver y castigar a los vivos. El temor de sufrir este nefasto poder originó el culto a los difuntos (García R. 1985).

Con la conquista española, en el siglo XVI se introdujo el terror a la muerte y al infierno, vestigios medievales y elementos principalmente del cristianismo se divulgaron a partir de entonces (Riojas R. 1999, p.40). Esto resulta entendible pues Europa ya habiendo emergido de la edad media, procura liberarse de su temor a la muerte, que es a la vez temor al juicio final y temor al infierno, toda su realidad parecía llena de preceptos religiosos, que contenían estos temas (Westheim P. 1983).

Al paso de la colonización el indígena mexicano poco a poco se va identificando con un Jesús ensangrentado y sacrificado, pues concordaba con la íntima convicción del indio de que la vida es sufrimiento.

Ya en el siglo XX se plantea que nos encontramos angustiados ante la perspectiva de morir, como todo ser humano, pero nos diferenciamos de otros pueblos, porque transformamos la muerte en algo natural y cotidiano, ponemos un nombre en calle y avenidas como “Barranca del Muerto”, se juega con la muerte, se le hacen corridos; pero a pesar de ese juego y esa burla, se le tiene un gran respeto que se manifiesta en diversas formas, una de ellas es la celebración del Día de Muertos; incluso en algunos pueblos de Michoacán, en estas fechas se habla que son buenos días para un “ajuste de cuentas”.

Delgado P. (1998) argumenta que no vale la pena seguir estigmatizando al mexicano con el prejuicio que no teme a la muerte, pues no se ríe de ella, de lo que se ríe no es del dolor, sino de los símbolos que fueron impuestos por la cultura conquistadora, y que los antiguos pobladores rechazaban, pues representaban la destrucción de sus raíces y la agresión a la esencia religiosa.

En la sociedad occidental, basada en el progreso material y la acumulación de bienes, la muerte parece ser un contrasentido y un fracaso total frente al cual, la tecnología más avanzada no tiene ningún control. (Aizpuru A. 1994, p.19).

Robert Lifton y Eric Olson (1975, en Aizpuru, 1994) afirman que la cultura occidental ha ocultado a la muerte de la misma forma que en siglo XIX se ocultó lo relacionado a la sexualidad.

Aizpuru A. (1994) plantea tres paradojas sobre la influencia de la tecnología y la cultura contemporánea: 1) aún cuando la cultura contemporánea provee de instituciones internacionales de derechos humanos, nunca en la historia de la humanidad ha sido tan insidiosa la conciencia y la comunicación a través de los medios masivos de la muerte violenta y de la posibilidad de la muerte total de la humanidad; 2) aún cuando la tecnología contemporánea busca maneras de conquistar la propia muerte, la fe en el progreso tecnológico empieza a declinar debido a que ha desarrollado los medios y los instrumentos para la destrucción de la humanidad; 3) aún cuando la cultura tiende a dudar de las posibilidades de una inmortalidad personal como respuesta a la finalidad de la muerte, parece que adquiere cada vez más fuerza un movimiento contracultural que busca con afán y esperanza las realidades “del más allá” de un mundo material.

Por otro lado en la sociedad mercantil capitalista del mundo occidental, las personas se han convertido como lo ha señalado Carlos Marx, en “capital personificado”; debido a ello las personas entran en relaciones sociales como propietarios de mercancías, como propietarios de cosas, al hombre se le ha “cosificado”, se le valúa en términos de capital y no como ser humano. (Ortiz, Q. 1987).

Por otra parte Thomas Vincent (1983) compara el mundo negro-africano con el mundo industrializado de occidente, llegando a la conclusión que hay una sociedad que respeta al hombre y acepta la muerte, la africana; hay otra sociedad, letal, tanatocrática, donde la muerte obsesiona y aterroriza, que es la occidental. (véase la siguiente sinopsis)

Temática	Civilización Negro-Africana	Civilización Occidental
1er. TEMA GENERAL*		
Tipo de sociedad o civilización	Sociedad de acumulación de hombres. Rica en signos y símbolos. Economía de subsistencia; penuria pero primacía del valor de uso. Cuidado de las relaciones personales y búsqueda cotidiana de la paz. Espíritu comunitario. Sentido de la continuidad y del diálogo; papel del Mito, del tiempo repetitivo.	Sociedad de acumulación de bienes. Rica en objetos y técnica. Rentabilidad, abundancia, derroche; sociedad de consumo, primacía del valor de cambio. Tanatocrática Burocrática o Tecnocrática. Exaltación del individualismo. Sentido de la ruptura; papel de la ciencia y técnica y del tiempo explosivo.
Significado del Hombre	En el Centro del Mundo. La criatura más preciosa, altamente socializada. Valoración del anciano.	Considerado como producto, mercancía, productor, consumidor. Individualizado y Alineado Anciano desvalorizado, dejado de lado.
Naturaleza de lo imaginario	Preponderancia del símbolo y del rito simbólico.	Lo imaginario predomina sobre el símbolo; desaparición del rito simbólico.
2do. FILOSOFIA DE LA VIDA Y DE LA MUERTE		
Actitud frente a la vida	Promoción de la vida bajo todas sus formas (biológica, sexual, espiritual). Respeto por el cuerpo: ritmo como lenguaje corporal.	Desprecio por la vida: sociedad mortífera (mata o hace morir) Actitud equivocada con respecto al cuerpo.
Actitud frente a la muerte	Aceptación y trascendencia. <i>Desplazamiento</i> (en el extremo neurosis). Integración de la muerte como elemento necesario del circuito vital (realidad ontológica). Muerte ideal: "buena muerte".	Angustia más o menos reprimida. <i>Negación</i> (en el extremo psicosis). Huida ante la muerte ontológica en beneficio de la muerte accidental que la ciencia podrá suprimir. Muerte ideal: "bella muerte".
Actitud ante el que muere	Maternización y segurización. El grupo lo toma a su cargo	Se muere solo casi siempre en el hospital. Ni ayuda ni asistencia.
Actitud frente a los difuntos y los sobrevivientes	Importancia del duelo y de los ritos. Numerosos tabúes. Omnipresencia de los muertos. Prestigio del antepasado. Reencarnación eventual. Cementerio sin importancia, pero culto a los antepasados.	Duelo escamoteado. Ningún tabú. Muerte obsesiva o muerte rechazada. Cementerio descuidado o fetichismo del panteón.
Pedagogía de la muerte	Permanente desde los primeros años de la vida.	Ninguna pedagogía oficial.

*Thomas Vincent (1983, p. 627 Antropología de la Muerte) FCE.

CONCEPTOS DE MUERTE

Algunas ideas del cristianismo

Definición y características

Concepto hacia la muerte a lo largo de la vida

La religión es un aspecto de gran influencia en el comportamiento humano y a su vez en la perspectiva que cada persona tiene sobre la muerte. Debido a que casi en su totalidad la muestra de mujeres en esta investigación son católicas, se mencionan los principales lineamientos de ésta respecto a la muerte.

Sádaba (1991) plantea que la religión libera angustias, protege contra el desorden mental y hace del límite algo más llevadero que un abismo mortal.

Por otro lado Sartre en su novela (1945) *La edad de la razón*, menciona que la “muerte de la muerte es la oferta de la religión”. Un contenido implícito en todas las religiones es que la muerte no se considera como la nada; la muerte es más bien un rito de transición que lleva a otro modo de ser, o en palabras de Jung C. (en Meyer J. 1983, p.27) << Cabe incluso afirmar que la mayoría de las religiones son complicados sistemas de preparación para la muerte>>. Esto explica quizá, los hallazgos de varias investigaciones que han confirmado que los individuos con gran apego religioso tienen menor angustia ante la muerte (cit. en Yalom, 1984,p.72).

Para el cristianismo la base de sus principios se hallan en la Biblia, conformada por el antiguo y nuevo testamento. Se considera que el cuerpo está muerto cuando el espíritu lo abandona, de la misma forma que un cuerpo sin espíritu está muerto (Juan 2:26 s/f en Viamonte, 1993).

Los cristianos escribe Carse P. (1987, p. 496) creyeron en la promesa de Jesús de rescatarlos del dolor y la muerte solo asequible a la fe; la muerte no es negada por los cristianos.

Sherr (1992 p. 1128) indica que los cristianos creen que es a través de la muerte de Jesús que la humanidad se ha reconciliado con Dios. Así mismo creen que por medio de la resurrección de Cristo, se salvó al mundo de la muerte y del pecado y que da nueva vida a quien crea en él. Esta nueva vida va más allá de la sepultura y puede ser experimentada por el creyente cuando se convierta en cristiano a través del bautismo, confirmación y comunión.

La palabra “muerte” tiene su origen en la mitología griega, es llamada “tanatos”, hija de la noche y hermana del sueño. Es más una abstracción que un ser preciso. Ella cura todos los males, custodia los sepulcros y es el único Dios que no admite dádivas (Garibay, 1986).

Las conceptualizaciones más relevantes analizadas en este apartado son la filosófica y la psicológica más que otras como la biológica o legal, por conveniencia de esta investigación. Tomaremos en cuenta el concepto de muerte como: *Cesación de la vida que se da cuando se suspenden las funciones vitales, que no permite ya emplear los procedimientos médicos de resucitación* (Quintanar F. 1996, p.11).

Es importante señalar que el concepto de muerte como tal, posee distinguibles características:

Individual: experimentado por cada individuo; nadie puede morir en nuestro lugar.

Inenarrable: no es posible que la persona que lo experimenta pueda simultáneamente irlo relatando en su totalidad.

Irrepetible: solo se da una vez como un fenómeno permanente e irreversible.

Universal: significa ver la muerte como un fenómeno natural para todo ser vivo.

Dado que existe una relación importante entre edad y actitud hacia la muerte que nos ayudará a comprender lo que piensan y sienten las personas que integran la muestra en esta investigación, será importante señalar que:

Los conceptos, conocimientos y características de la muerte se van adoptando y modificando conforme la edad avanza, debido a que se tienen más experiencias de diversos tipos.

Nuestras preocupaciones acerca de la muerte y de los modos de enfrentar la angustia por ella provocada son fenómenos profundos, difíciles de comprender y de escribir; estos no se presentan por primera vez en la edad adulta, sino que están muy arraigados en nuestro pasado, en nuestra infancia.

El en el infante proporciona una oportunidad inigualable de explorar en su forma primera la lucha, desarrollo y adaptación a la idea de la propia muerte. Sin embargo su estudio se torna difícil debido a varios aspectos que hace mención Yalom (19884.p.104), lo que incluso se refleja en la escasez de investigaciones respecto a la muerte en niños:

a) La falta de lenguaje y de capacidad para el pensamiento abstracto. La falta y pobreza en el lenguaje característico de los niños pequeños, dificulta conocer su “saber” de la muerte. Por otro lado, puesto

que el ser y el no ser, la conciencia o la muerte son conceptos abstractos, los niños pequeños carecen de ellos.

b) La posición de Freud respecto a los niños y su relación con la muerte, también a influido en la escasez del tema. Puesto que Freud consideraba que los primeros años de vida eran los mas importantes para moldear el carácter, pensaba que la muerte tenía poca importancia en el desarrollo psíquico.

c) Prejuicios de los adultos. Ya sean registros observacionales, pruebas psicométricas o proyectivas, es siempre un adulto, quien reúne los datos y los interpreta y sus propios miedos y negaciones afectan los resultados. Por lo general estar cerca de seres pequeños como gatitos, perritos , potrillos y por supuesto niños, despierta en nosotros un instinto de protección. Es difícil ir contra las tendencias biológicas y exponer al niño a la inmutable verdad de la muerte.

Por otro lado los padres se angustian mucho cuando ven a los pequeños enfrentarse a la idea de la muerte y corren a amortiguar sus efectos. Éstos por su parte, perciben la angustia de los adultos y descubren la necesidad imperiosa de suprimir la preocupación por el tema. Los padres intentan calmar el miedo del niño ofreciéndole alguna forma de negación, ya se trate de un sistema idiosincrásico o un mito de inmortalidad aprobado por la sociedad (Ibíd.).

A pesar de la prontitud con que los adultos amortiguan el temor de los niños hacia la muerte, esta conciencia se despierta a temprana edad, aunque existe polémica al respecto. Tal vez como lo ha señalado Max Scheler, tengamos un conocimiento intuitivo de la muerte, sin ninguna experiencia previa (Neimeyer, 1997).

La primera conciencia de la muerte surge a una edad anterior a la que imaginamos; otro aspecto a considerar como contra peso, es el concepto de vivir o de la vida. Piaget señala que el animismo infantil, comparable al hombre primitivo, pasa por cuatro

etapas. La primer, donde los pequeños creen que los objetos inanimados tienen vida y voluntad propia. A los siete años le atribuye vida sólo aquello que se mueve. Después de entre los ocho y doce años, sólo a lo que se mueve por sí mismo. Finalmente sus creencias se van siendo más parecidas a los adultos. Piaget consideraba que el tema de la muerte era fundamental para el desarrollo de conceptos maduros de causalidad.(Piaget cit. en S. Anthony, 1972)

Sin embargo la objeción teórica de que los menores de ocho años son incapaces de comprender los conceptos abstractos, es rebatible así lo ha señalado kastenbaum Aisenberg (1972).

Melanie Klein (cit. en Yalom 1984, p.114) basándose en sus experiencias clínicas con niños, concluyó que desde muy pequeños tienen una relación íntima con la muerte, relación que antecede con mucho al periodo en que se adquiere el concepto de la misma.

El miedo a la muerte es para esta autora parte integrante de las primeras experiencias infantiles.

Tal vez la simple observación del tipo de juego y su intencionalidad por parte de los niños, quienes juegan a matar o morir y resucitar, ya sea como “policías y ladrones”, “guerreros espaciales” o a los “vaqueros”, nos indique que el tema de la muerte está muy presente en muchos de sus juegos.

No obstante las etapas que le siguen al primer conocimiento infantil acerca de la muerte se caracteriza por la negación. Para que ésta se dé, tiene que existir un conocimiento previo.

Existen dos defensas básicas del niño (y en el adulto) que le sirven para negar la muerte y protegerse así de la angustia generada. Una de ellas es la creencia profunda de ser especiales e inviolables; las limitaciones, el envejecimiento y la muerte son aplicables a los demás, pero no a uno mismo.

La otra defensa es la existencia de un *salvador* quien en el último momento nos liberará de algún mal. Esta tiene su origen también en el inicio de la vida con la protección meticulosa que los padres ofrecen a los niños desde muy pequeños.

Es oportuno mencionar que la negación, según Silvia Anthony (1972) conduce a la aceptación posterior, es decir la negación de la realidad es una fase de transición entre la ignorancia de ésta y su aceptación.

Papalia y Olds (1985, p. 649) señalan que los niños de 2 ó 3 años rara vez se desconciertan al ver un animal muerto o al saber la noticia de la muerte de una persona, debido a que generalmente no saben lo que significa.

La pionera en explorar la comprensión de la muerte en el campo de los niños , fue María Nagy (1948, en Papalia y Olds, 1985), quien observó niños en Hungría recién terminada la 2da. Guerra Mundial. De acuerdo a Nagy existe una evolución de las ideas infantiles acerca de la muerte. Son tres estadios:

Niños menores de 5 años que consideran la muerte	{	<i>Separación</i> Continuidad de la vida Temporal Reversible
De 5 a 9 años	{	<i>Personificación</i> Confunde muerte y muerto Permanente Se puede evitar No la relacionan con ellos mismos
De 9 a 10 años	{	<i>Hecho biológico</i> <i>universal</i> Totalmente irreversible Cese de actividad física

Desde otro punto de vista Bluebond y Langer (ibid) opinan según sus investigaciones, que la forma en que los niños perciben la muerte en un determinado momento refleja su propia vida individual, así como sus experiencias y preocupaciones de tipo social, psicológico e intelectual. La experiencia más que la edad determina su comprensión.

Durante la adolescencia los mecanismos de negación infantiles ya no dan resultado. El incremento de los recursos internos e inclinaciones instrospectivas y de maduración hacen posible al adolescente dar frente al concepto de muerte.

En la adolescencia a pesar de que saben que es inevitable, observan lejana la muerte y no les atañe. Sus ideas se centran más en cómo vivirán. “Los adolescentes llegan a convertirse en valientes soldados” dice Pattison (1977 en Papalia y Olds, 1985) pues tienen una idea romántica de la muerte.

Cuando están gravemente enfermos, dice Feifel (1977) enfrentan la muerte en forma contradictoria y perpleja, hacen uso del humor negro y frecuentemente responden con ira por lo injusto del destino y piensan más en el suicidio que los adultos que están en las mismas condiciones.

En la juventud sus reacciones ante la muerte son similares a la adolescencia, solo que éstos tienen mayores expectativas en la vida, por motivos de trabajo, estudios concluidos y noviazgo; lo que los hace pacientes muy difíciles cuando están gravemente enfermos.

En la mitad de la vida (40 a 55 años) es cuando la mayor parte de las personas realmente se dan cuenta de la finitud de la vida, pues pasan a ser la generación mayor después de la muerte de sus padres, aunado a

que su condición física no se encuentra como cuando se es joven. Con este saberse mortal se da un cambio en la percepción del tiempo. Antes se vivía en términos de cantidad de años y a partir de la edad adulta se valora más la calidad de vida, y son impulsados a realizar cambios fundamentales.

Los intentos compulsivos que realizan no pocos hombres y mujeres al llegar a la mitad de la vida para continuar jóvenes, como la preocupación hipocondríaca por la salud y apariencia física; la aparición de promiscuidad sexual para demostrar juventud y potencia; el vacío y la falta de disfrute de la vida; la frecuencia del apego religioso. Todo aquello no son sino ensayos para ganar la carrera contra el tiempo.

En esta etapa donde algunos autores como Jaques (cit. en Yalom 1984, p. 210), afirman que las personas a mitad de la vida se encuentran preocupadas por el tema de la muerte. La preocupación llega a su mente después de observar que ya han dejado de crecer y han empezado a envejecer; llegar a los cuarenta años es llegar al medio día de la vida, donde lo que resta es la declinación del sol.

Por lo que respecta a la vejez o edad adulta tardía se dan cambios fundamentales en el concepto que se tiene de la muerte. La soledad a partir de la muerte del cónyuge y las amistades cercanas; la enfermedad e incapacidad de hacer actividades que antes tenían y la preocupación de ser una carga para los familiares, hacen que tengan mayor aceptación a la muerte. En general, las personas mayores tienen menos ansiedad a la muerte que las de mediana edad (Villalobos, 1997).

En esta edad, es la conciencia de la muerte la que promueve un cambio de perspectiva y permite al adulto mayor distinguir entre lo esencial y lo accesorio.

Los adultos mayores experimentan menor temor si viven en un hogar con familiares, y la mayor parte de

ellos prefiere la casa al hospital. Es importante señalar que quienes sienten que su vida ha sido significativa, por lo general son más capaces de aceptar la cercanía de su muerte, que quienes han vivido inadecuadamente (Ortiz, Q. 1987). El mejor ejemplo es la muerte de Ivan Ilich, cuento de León Tolstoi que revela la concordancia de una mala vida con una mala muerte.

CONCEPCIONES FILOSOFICAS DE LA MUERTE

Debido a la universalidad de la muerte, ésta ha sido abordada desde un ininterrumpido pensamiento escrito. Desde el pensamiento primitivo al comienzo del hombre civilizado, cuando surgió el rito (y con éste el símbolo, derivando el pensamiento mágico-religioso). Posteriormente cuando la filosofía sustituyó a la religión y también afrontó el problema principal de ésta, como soportar el fin de la vida, la muerte llegó a ser la verdadera “musa de la filosofía” desde sus inicios en Grecia hasta Heidegger y el existencialismo moderno (Becker 1979, p.33).

Siempre se ha sabido que existe algo peculiar en el hombre, algo muy profundo que lo caracteriza y que lo distingue de los otros animales. Algo que existe en su “alma”, algo que lo hace sufrir su suerte peculiar, que le hace imposible de escapar. Durante épocas pasadas, cuando los filósofos se referían al alma del hombre, hablan de su “esencia”, algo que era muy intrínseco a su naturaleza, algo muy profundo, una cualidad o sustancia; pero nunca se encontró nada de esto; como Fromm E. (1985, p. 134-135) lo señaló, era porque no había tal esencia, que la esencia del hombre era realmente su naturaleza paradójica, el hecho que sea en parte animal y en parte símbolo.

Desde los tiempos de Sócrates éstas preocupaciones existenciales eran analizadas profundamente. Desde la propia especulación de su muerte, Sócrates antes de ser ejecutado habla a sus amigos: “aquellos que realmente se aplican al camino correcto de la filosofía, están directamente y por su propia voluntad preparándose a sí mismo para morir y para la muerte” (Carse, 1987, p. 31).

Sócrates está sugiriendo que el conocimiento filosófico prepara a alguien para enfrentar la muerte en cualquier instante. Su idea principal es sin embargo su búsqueda y su continuación interior; es una búsqueda de algo que ya posee. Encontrar la verdad, es por lo tanto tener una lúcida mirada interior hacia la eternidad del alma; la vida filosófica es así, un largo y deliberado ejercicio para separar el alma del cuerpo.

La razón por la que es una “preparación para la muerte”, es que sólo el cuerpo puede morir y el alma debidamente purificada, permanecerá intangible por la extinción del cuerpo. De hecho, el alma poseerá ahora una visión directa de la verdad sin ninguna posible contaminación del cuerpo. “Estamos de hecho convencidos”, dijo Sócrates a sus amigos, “que si alguna vez habremos de tener un conocimiento puro de algo, debemos liberarnos del cuerpo y contemplar las cosas por sí mismo con la alma desnuda” (Fedón o del alma p. 111 en Carse p. 33).

Platón de una manera análoga a Sócrates señaló que el alma -o aquello que constituye la personalidad de cada uno de nosotros- es omnisciente y eterna; también que la mente no puede distinguirse de sus contenidos, y puesto que sus contenidos son ideas eternas, la mente debe ser inmortal.

Según la visión de Platón, la vida y la muerte están tan ligadas entre sí como los términos de una

contradicción. Cualquier cosa que está viva no puede ser capaz de morir. Platón desarrolla una doctrina de la inmortalidad del alma por dos afirmaciones importantes: la primera es que lo real o la verdad es inmutable y por lo tanto distinta a todo lo temporal, la segunda, es que el alma debe ser como la verdad para poder conocerla. (Sciacca, 1977, p. 25).

En el epicureismo y en la teoría científica moderna, encontramos un rechazo del alma inmortal de Platón, a favor de la creencia de que todas las cosas, incluyendo a los seres humanos, están compuestos por pequeñas entidades (átomos), siempre en movimiento, pero determinados por leyes específicas. El alma para Epicuro, es una masa compuesta de átomos, el alma es material.

En cuanto a la muerte, Epicuro subraya su inflexible poder, como la inevitable dispersión de átomos. El agente de la muerte no es algo externo a la materia, es la naturaleza misma de la materia. El principio fundamental de Epicuro es que la vida nace de la vida. (Carse, 1987).

A través del tiempo se han concretado diferentes posturas y algunos completamente opuestas. No es hasta fines del siglo XIX cuando la influencia del concepto religioso de la vida eterna disminuyó y se condensa en el Existencialismo. Postuló que el yo es finito; el no ser sigue de la muerte y la inmortalidad del alma es una ficción (Sciacca 1977, p. 186).

Sören Kierkegaard (Carse, 1987) en su análisis de la existencia humana, o lo que él prefirió llamar ser-ahí, enfrentó el reto de integrar la muerte en la existencia mostrando que la trascendencia es temporal, que integramos la discontinuidad de la muerte por medio de la historia, sin sobreponernos a ella. Si para Platón la vida y la muerte se relacionaban una con otra

como los términos de una contradicción, para Kierkegaard se relacionan una con otra como los términos de una paradoja. Fue Kierkegaard quien introdujo la paradoja existencial en la psicología moderna, ésta se refería a la condición de la individualidad en la finitud (Becker, 1979, p. 53).

Kierkegaard propuso que venciéramos la desesperación -la forma más alta de pena- no alcanzando el estado inmutable de la inmortalidad, sino adoptando la muerte en nuestra historia personal, en el acto de entregar el sentido de nuestras vidas a otros. En realidad, solo muriendo así podemos efectivamente vivir (Carse, 1987, p. 497).

Esta paradoja realmente es una constante del hombre en todos los períodos de la historia y la sociedad; esta paradoja es la verdadera esencia del hombre, así lo analiza Becker (1979).

Aunque el hecho físico de la muerte destruye al hombre, la idea de la misma sirve para salvarle. Esta es una gran conclusión a la que llegó Martín Heidegger (1926), quien estudió cómo *la muerte* puede salvar al hombre y concluyó que el ser consciente de ella actúa como una espoleta que nos hace saltar de una manera de existir a otra superior (Yalom, 1984; Aizpuru, 1994). Para Heidegger la muerte es la condición que nos permite vivir la vida de una manera auténtica.

CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS

Si el pasado no existe y el futuro aún no llega, el ser humano es arrojado al presente donde se condiciona a una serie de fuerzas propias de la vida y principios existenciales. Uno de ellos es el mas evidente, la omnipresencia de la muerte.

Es innegable que en la vida todo se desvanece y que la desaparición de las cosas nos produce temor. Es evidente también que nos vemos obligados a vivir enfrentándonos tanto a la desaparición de las cosas como al temor que sentimos.

Sin embargo, como lo ha señalado Carse (1987), en la vida de toda persona la confrontación con la propia condición mortal es de central importancia, pues a partir de ella desarrollarán una orientación o visión del mundo hacia la vida y la muerte, de acuerdo a la cual moldeará el contenido y la calidad de su conducta cotidiana.

Es importante destacar el papel positivo de la muerte, cuando por lo general la consideramos un inmisericorde mal, que cualquier opinión contraria parece ilógico o de mal gusto.

Un argumento similar contiene la discusión de Carlos Castaneda y don Juan respecto a la muerte, donde Castaneda (1986, pp.61-63), expone que no tiene caso hablar de la muerte que solo produce desazón y miedo. Don Juan, con la sabiduría metafórica que lo caracteriza, le argumenta que... *la muerte es nuestra eterna compañera que siempre está a nuestra izquierda y vigilante hasta el día que te toque, no obstante podemos usar la muerte como la única consejera sabia*

que tenemos, pues una inmensa cantidad de mezquindad se pierde con solo que tu muerte te haga un gesto o alcances a echarle un vistazo a tu izquierda.” Continúa Don Juan, “*Tú en cambio, te sientes inmortal, y las decisiones de un inmortal pueden cancelarse o lamentarse o dudarse. En un mundo donde la muerte es el cazador, no hay tiempo para lamentos ni dudas, amigo mío, sólo hay tiempo para decisiones”.*

Uno de los motivos principales por la desatención al fenómeno de la muerte es la angustia que nos produce, tanto a pacientes como a profesionales de la salud. Por lo regular es la negación el mecanismo mas utilizado para contrarrestar la realidad de la muerte.

Kastembaun y Aisenberg (citado en Ortiz Q., 1987) describieron la forma en que suele conceptualizarse la muerte: impersonalmente, interpersonalmente e intrapersonalmente.

La primera se refiere al distanciamiento emocional con que recibimos la noticia de la muerte de seres lejanos en el tiempo y espacio. La segunda visión de la muerte es la interpersonal y tiene que ver con la muerte de un ser cercano que conocemos o queremos y la tercer forma de percibir la muerte es la confrontación individual que se tiene con la muerte de uno, la propia.

Sin embargo Freud señalaba que “En el fondo no hay nadie que crea en su propia muerte debido a que en el inconsciente no existe la idea del tiempo ni de muerte” (Freud S.1957. p.291). Escribió también que la “limitación de la posibilidad del disfrute eleva el valor del mismo”. Según Yalom, 1984, Freud en sus escritos durante la primera guerra mundial, dijo que el aliciente que la guerra ofrecía era en que volvía a introducir la muerte dentro de la vida volviendo a ésta muy interesante pues recuperaba su pleno contenido.

Existen numerosas y profundos escritos referente a la muerte a lo largo de la historia, que a pesar de sus diferencias coinciden en que la muerte está inexplicablemente unida a la vida y que su consideración permanente enriquece la existencia y no al contrario.

Negar la muerte a cualquier nivel es negar la naturaleza básica del hombre, si continuamos negando nuestra mortalidad, solo nos habremos encerrado a nosotros mismos en una asfixiante trampa espiritual. Al negar la muerte habremos negado la vida, lo que restringiría cada vez más nuestra conciencia y nuestra experiencia.

En este apartado expondré primeramente el poder de cambio que la muerte manifiesta como situación límite, enseguida la muerte como fuente de angustia que puede llevar a la patología.

VIVENCIA DE LA MUERTE COMO SITUACION LIMITE: CAMBIO EN LA PERSONA

La finalidad absoluta que la muerte representa, y la consecuente imposibilidad de tener un conocimiento directo de ella, constituye un sutil punto de partida para comprender lo que significa existir como persona. “ si somos la muerte no es; si la muerte es, no somos”, afirmó Epicuro en su famosa sentencia (Carse, 1987). De acuerdo con esto, la grieta entre la vida y la muerte es tan absoluta que ninguna experiencia puede tender un puente entre ellas. Por otro lado, afirma Carse (1987), que el hecho irrefutable de lo que la muerte es yace más allá del marco de nuestra inteligencia, por que no importa cuán claro y cabal sea el resto de nuestra autocomprensión, la incomprendibilidad de la muerte permanecerá replegada en su propio interior, royendo silenciosamente cada una de nuestras certezas.

Ni yo ni nadie tiene nada que enseñar acerca de la muerte *como tal*. En sí misma la muerte no es nada. El hecho de que la muerte sea una materia respecto a la cual no se puede aprender nada en sí mismo resulta incalculablemente valiosa de considerar.

No obstante, a lo largo de la historia el pensamiento en torno a la muerte se convierte siempre, en un discurrir de la vida. Séneca (1980,p.145), en su libro cartas a Lucilio, dice “ Nadie disfruta el verdadero gusto por la vida hasta que está dispuesto y listo para abandonarla”. San Agustín (1984,p.51) expresó algo similar, “El verdadero ser del hombre nace de cara a la muerte”.

“Aunque el hecho físico de la muerte destruya al hombre, la idea de la misma sirve para salvarle”. Esta es una gran conclusión a la que llegó Martín Heidegger

en 1926 (Yalom, 1984), quien estudió cómo la muerte puede salvar al hombre y concluyó: el ser consciente de la muerte actúa como una espoleta que nos hace saltar de una manera de existir a otra superior (Yalom, 1984). Así mismo Heidegger sostuvo que hay dos maneras fundamentales de existir en el mundo, 1) un estado de descuido de uno mismo y 2) otro de cuidado de uno mismo. En el descuido del ser se vive sumergido en el mundo de las cosas y en las diversiones cotidianas de la vida, perdidos en los “demás”. Uno se rinde ante el mundo cotidiano, ante la manera de ser de las cosas. En cambio en el modo de cuidado del ser, uno no se maravilla por la manera de ser las cosas, sino por el hecho que existan. Se trata de una continúa conciencia del ser(modos ontológicos) que implica la conciencia de la responsabilidad para llegar a la creación de uno mismo, captando el poder inherente a la propia capacidad del cambio. En este estado se tiene plena conciencia de uno mismo como yo trascendental (constituyente), así como un yo empírico(constituido).

Heidegger además comprendió que no se pasa de un estado de descuido del ser al otro superior, por mera contemplación, aguantando o apretando los dientes. Hay ciertas condiciones inalterables de la vida, experiencias urgentes que atentan a la vida pero que nos conmueve a un estado superior. Entre estas experiencias, situaciones límite, la muerte es incomparable: es la condición que nos permite vivir la vida de manera auténtica (Yalom, 1984).

Una situación límite es un hecho, una experiencia urgente, que impulsa a la persona a enfrentarse con su “situación existencial en el mundo”. La confrontación con la propia muerte es una situación límite por excelencia y posee la capacidad de provocar un cambio radical en la manera de vivir de la persona en el mundo. Siendo a la vez la idea principal con la que se trabaja en esta tesis.

De ahí que la muerte percibida como una discontinuidad, no es lo que roba su significado a la vida, sino lo que hace posible un mayor significado de la misma.

Los resultados de un estudio realizado por James M. Thomas y Elliot A. Weiner (1984) muestran un hallazgo. Estos autores compararon las diferencias psicológicas en tres tipos de grupos: los críticamente enfermos; los no tan críticamente enfermos y un tercer grupo control. Los resultados en los puntajes de la prueba PIL de los pacientes críticamente enfermos tenían calificaciones más altas que los pacientes con dolencias leves y los normales. Los autores dedujeron que además de estar más preparados para la muerte, la cercanía de ésta les había servido de catalizador a los enfermos graves para pactar la paz con sus propias vidas.

Parece haber estrecha relación entre la satisfacción y sentido en la vida con la aceptación de la muerte y viceversa. Cabe mencionar una sentencia griega: “los hombres viven su muerte y mueren como han vivido”.(cit. en Ortiz F. 1987)

Un fundamento terapéutico descrito por Yalom(1984) es que la angustia ante la muerte es inversamente proporcional a la satisfacción de la vida. Cita en su obra a John Hinton quien estudió sesenta pacientes con cáncer en su fase terminal y relacionó sus actitudes (incluido su sentido de satisfacción y plenitud de la propia vida) con sus sentimientos y reacciones durante la última etapa de su enfermedad. Los datos revelan un grado muy elevado de correlación: “Cuando la vida resulta muy satisfactoria, la muerte en cambio, era menos penosa. Cuando la satisfacción vital era menor, la enfermedad y su desenlace se tornaba más conflictiva”.

Pareciera ser que aquí la lógica no es aplicable, pues es de esperarse que los más desilusionados e insatisfechos se vean mas apegados a la muerte. Pero ocurre lo contrario, según esta investigación, el sentido de plenitud y el sentimiento que se ha cumplido satisfactoriamente, mitiga el temor a la muerte.

Una reciente investigación realizada por Matthews, A., Baker, F., Hann, M., Denniston, M., y Smith G.(2002) confirmaron esta relación mencionada entre la satisfacción de vida en sobrevivientes de cáncer de seno y los niveles de salud. Estudiaron un total de 586 pacientes para concluir que existe una correlación significativa de coeficientes entre la satisfacción de la vida y las medidas del estado de salud. Las calificaciones de la prueba de calidad de vida aplicada, como el funcionamiento físico y bienestar emocional, mostraron un incremento alto en quienes tenían una satisfacción en la vida mas plena.

Russel Noyes (citado por Yalom1984,p.53) recogió el testimonio de doscientos individuos con experiencias muy cercanas a la muerte(accidentes automovilísticos, ahogamientos, caídas en montañismo etc.) e informó que el 25% de ellos había adquirido un sentido nuevo de la cercanía de la muerte, que si bien en algunos casos aumentó el temor a la misma, en la mayoría afirmó que el incremento de su conciencia de la muerte había sido una experiencia positiva que se había traducido en un mayor aprecio por la vida y una distribución más constructiva de sus prioridades vitales.

Existen importantes testimonios de casos donde el acercamiento a la muerte transforma seriamente la personalidad, reafirmando prioridades de su vida.

Un dato relevante al caso es el resultado de algunos talleres o programas de acercamiento y desensibilización de la muerte que tienen como resultado un incremento en los temores hacia la muerte pero también un incremento en el sentido de su vida (Pratt, 1984).

Durante largos años de experiencia en el trabajo con pacientes terminales Yalom(1984) da cuenta que muchos aprovechan la crisis para cambiar. Hablan de sorprendentes modificaciones y cambios internos, que solo pueden ser atribuidos a un desarrollo personal:

- Reestructuración de las prioridades de la vida.
- Sentido de liberación, la capacidad de elegir sólo lo que se desea hacer.
- Sentido realizado de la vida en el presente inmediato.
- Profundo aprecio por los hechos elementales de la existencia: viento, lluvia, cambio de estaciones etc.
- Comunicación con las personas amadas más profunda que la mantenida antes de la crisis.
- Menos temores interpersonales y al rechazo.

Según plantea Feifel (1959, en Neimeyer,1997) que las actitudes relacionadas con la muerte y el significado que le da el sujeto pueden servir como un “principio organizador” importante para determinar el comportamiento en la vida. Respecto a la reflexión sobre la muerte y su influencia en el sentido de la vida, se han realizado investigaciones enfocadas en el campo de la educación, dirigida hacia el conocimiento y la aceptación de la muerte (Neimeyer,1997).

Para Kubler-Ross(1986) durante la vida - no al final- es necesario que podamos afrontar y tratar la muerte, para saber de ella antes que se plantee en nuestra realidad personal como un suceso inminente.

La única manera en que una persona puede aceptar la vida es aceptando la muerte. La muerte parece ser la gran aliada de la vida; la muerte le enseña a una persona que hay un tiempo límite, pero nos enseña también a continuar, a analizar y a valorar el presente (Viamonte,1993).

Por su parte Feifel (1990, en Neimeyer,1997), opina que no importa lo terrible que parezca la muerte. Todos los sujetos han de aprender a aceptar su muerte de alguna manera.

Otro dato al caso es el libro “Transformado por la luz” de Melvin Moerse(1999), en el que expone numerosos casos de personas que tuvieron una experiencia “de regreso” de la muerte (NED), teniendo un intenso efecto en sus vidas que los ha transformado; las personas llegan a tener gran amor a la vida y no temen a la muerte. Los pacientes relatan cruzar un túnel con una intensa luz al final; se ha sabido recientemente que estos efectos se deben a los químicos de la anestesia, sin embargo estas personas sí se encontraron en una situación límite.

El acercamiento a la muerte nos hace recordar los valores universales de la vida y su significado.

Para Viktor Frankl (1963) la muerte es una realidad que provee de sentido a la vida; si la vida fuera eterna, si no tuviera un final, las experiencias y las acciones podrían posponerse continuamente, no habría ninguna consecuencia al dejar las cosas para después ya que siempre existiría la oportunidad de realizarlas. De esta forma, si la muerte no existiera, el hombre no sentiría la necesidad de responsabilizarse por sus acciones y por su vida. Por lo tanto, la limitación temporal, en la vida humana, no es solo una característica esencial de la misma sino un factor real que le da sentido.

Desde sus inicios, en los 60s del siglo pasado, la tanatología ha postulado el estudio sistemático de la muerte, así como la asistencia a pacientes terminales y familiares para llegar a una “buena muerte” por medio de principios tanatológicos. “El que enseñe a los hombres a vivir, les habrá enseñado a morir y viceversa”. Medina (1997 p. 8) señala que es incuestionable que el aceptar nuestra muerte cambió nuestra actitud frente a la vida y por tanto nuestra manera de vivir. Las investigaciones han observado una diversidad de cambios que tienen las personas que han estado al borde de la muerte “situación límite”, a causa de un accidente, un asalto, una enfermedad, etc.; estos son: un menor temor a la muerte; aceptación más profunda de la misma; interés en ayudar a los demás; la importancia del amor; los logros materiales se vuelven menos importantes; cuestionarse sobre el sentido de la vida y una muerte más abierta ante la posibilidad de una forma de existir después de la muerte.

LA MUERTE COMO FUENTE DE ANGUSTIA

Uno de los aspectos más relevantes respecto a la muerte, es la gran diversidad de sentimientos que provoca y todas sus implicaciones. Villalobos (1994) señala que el ejercicio de la psicología clínica puede mostrar que un gran número de personas está preocupado por la muerte.

Yalom (1984)) nos señala que el miedo a morir es permanente y de tal magnitud que una parte considerable de la propia energía se consume en la tarea de negar la muerte. Uno de los afanes básicos del ser humano es intentar trascenderla : desde los fenómenos personales más profundos, pasando por nuestras defensas, motivaciones, sueños, pesadillas, hasta las estructuras macrosociales más externas, como los monumentos funerarios, las teologías e ideologías, los apacibles cementerios, los embalsamientos, nuestro sistema de vida, la predilección de las diversiones, la infatigable reverencia al mito del progreso, como la clonación. Todo ello tiene como fin trascender a la muerte.

Robert Jay Lifton (1974, en Yalom 1984) estudió las diversas maneras que tiene el hombre de alcanzar simbólicamente la inmortalidad:

- El modo biológico.- vivir a través de la progenie
- El modo teológico.- consiste en vivir en un plano más elevado de existencia.
- El modo creativo.- vivir a través de las propias obras.
- El modo de la eterna naturaleza.- se sobrevive al integrarse a las turbulentas fuerzas de la naturaleza.
- El modo trascendental de la experiencia.- “perdiéndose uno mismo” en un estado tan intenso que la muerte y el tiempo desaparecen y se viven en un presente eterno.

Entre los autores que se han ocupado de estas cuestiones, Norman Brown, Ernest Becker y Robert Jay Lifton han demostrado brillantemente como este miedo ancestral se ha transmitido a la base misma de nuestra estructura social.

Saldanha (1993) plantea que el miedo a la muerte no es más que el miedo a lo desconocido. Lo que en verdad se teme, es perder lo que ya se conoce. El miedo a la muerte está estrictamente ligado al miedo a la vida, generalmente, las personas que no tienen miedo a vivir, no temen morir.

Para Frankl (1965), Reker, Peacock y Wong (1987) citado en Neimeyer (1997), las personas se sienten motivados a buscar significado personal, por tanto, el miedo a la muerte procede del fracaso a la hora de encontrar significado personal a la propia vida y a la propia muerte.

Para Neimeyer (1997) la aceptación de la muerte está correlacionada positivamente con el bienestar psicológico. En una investigación encontró que los sujetos que aceptaban la muerte como realidad inevitable de la vida, disfrutaban de salud física y mental.

Por lo que la aceptación sana de la muerte ahorra mucho dolor, el rechazo insano a este fenómeno inherente a la vida conduce a un sufrimiento patológico.

Esta manera de llegar a una asimilación de la muerte es logrado por un proceso adaptativo, aunque doloroso, el duelo. Elizabeth Kübler-Ross (1975), a través de observaciones y entrevistas con pacientes desahuciados describe el proceso del duelo ante una pérdida significativa:

1.- Negación y aislamiento: “No puede ser posible” “No puede estarme pasando esto”.

La negación es el no aceptar que hay una pérdida o que se está viviendo un proceso de muerte. Es una defensa temporal que será reemplazada por una aceptación parcial y aparente. Su función es servir como amortiguador después de recibir una noticia grave que no era esperada. En ocasiones suele ser tan severa esta fase que tanto el enfermo como los familiares no recuerda los planteamientos importantes que el médico le señala. En estas condiciones el paciente puede presentar regresiones infantiles, rechazo a confrontar la realidad.

2.- Enojo-Ira: “¿Por qué a mí?” “No merezco esta suerte”.

Cuando la etapa de negación no puede seguir manteniéndose, se reemplaza por sentimientos de coraje, rabia, resentimiento y mucho enojo por la impotencia y desesperanza cuando se enfrenta a la idea de lo inevitable. Suele ser una etapa de difícil manejo para el personal de salud y los familiares, pues suelen hacerse reproches o manifestar culpas.

3.- Regateo o Negociación: “Estoy dispuesto a hacer lo que sea para mejorar”.

Es característica de esta etapa el tratar de llegar a un acuerdo con los doctores, con el personal médico y sobre todo con Dios. Trata de establecer un convenio por el cual pueda prolongar su vida o pasar el resto del tiempo sin sentir dolor o molestias. El regateo o negociación tiene como fin el intentar posponer lo inevitable, para lo cual hay que pagar cierto precio determinado.

4.- Depresión: “Ya todo está perdido” “Así ya no tiene caso seguir viviendo”.

Es un sentimiento muy fuerte en todos los pacientes con padecimiento avanzado que una vez sometidos a múltiples intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, debilidad y pérdida de las actividades cotidianas, así como tratamientos agresivos y debilitantes, viven ante todo un sentimiento de pérdida, experimentan una profunda tristeza y normalmente hay sentimientos de desolación y desesperanza. Esta fase ayuda a la preparación para la cesación de la vida.

5.- Aceptación: “Estoy preparado para irme” “Ya déjenme irme en paz”.

En esta última fase existe una sensación en que se manifiesta conscientemente la impotencia de seguir luchando. Etapa desprovista de sentimientos, como si el dolor hubiera desaparecido y llegara el momento de la experiencia final.

El paciente ya no está deprimido y acepta su destino sin enojo. Normalmente en caso de enfermedad terminal, el paciente atraviesa por momentos de mucha debilidad y cansancio, hay momentos también, de un aplanamiento afectivo, parece haber una preparación para el suceso final.

Se debe señalar que estas etapas o fases no son características omnipresentes en todo ser humano, además que pueden aparecer y reaparecer en diferentes momentos en una misma persona y que cualquiera de estas fases puede estar ausente.

Es importante partir de la base, señala Canales (1999), que el duelo se tiene que sufrir para elaborar la

pérdida y poder regresar a la vida cotidiana. El no enfrentar el dolor no hace que éste desaparezca.

Jacques Choron (1964 en Ortiz, 1987) ha señalado que en el miedo a morir se alude a tres aspectos: 1) el hecho de morir, 2) a lo que viene después de la muerte y 3) a la extinción del ser.

Aunque algunos estudios han revelado un miedo mayor: el morir solo y abandonado. Una de las principales necesidades del paciente terminal es sentirse acompañado en su viaje final, por la presencia de aquellos con quienes compartió la vida. Por el contrario, la soledad acentúa el dolor de despedirse de la vida. Existe un común denominador en las anteriores citas que revela la naturaleza de la gravedad: la angustia, que puede relacionarse con la Psicopatología.

Los principales síndromes psiquiátricos, reacciones neuróticas, psicóticas y psicofisiológicas son reacciones ante la angustia, siendo la psicopatología un vector: es la resultante de la angustia y de las defensas que el individuo desarrolla frente a ésta, y que pueden ser neuróticas o caracterológicas (Yalom, 1984 p.140).

Todos los individuos temen a la muerte, la mayoría desarrolla sistemas adaptativos para resolver la angustia, basados en la negación, tales como la supresión, la represión, el desplazamiento, el convencimiento de la omnipotencia personal, la aceptación de las creencias religiosas destinadas a crear una inmortalidad simbólica.

Este modelo psicopatológico expuesto por Yalom (1984), se inicia en la infancia: el sistema defensivo del niño para enfrentarse al miedo a la muerte se basa en la negación; los dos pilares de ese sistema son las creencias arcaicas en que uno es inviolable y en que

siempre estará protegido en última instancia por un salvador.

Ambas creencias son particularmente poderosas porque están reforzadas por la experiencia por las primeras etapas de la vida y por mitos culturales muy generalizados. En función de los cuales el hombre cree en la inmortalidad y en la existencia de una deidad observadora y personalizada.

Existen reportes de investigaciones que manifiestan el papel que desempeñan el terror a la muerte en la psicopatología y psicoterapia.

R. Skoog (cit. en Yalom, 1984) nos ha informado que el 70% de sus pacientes obsesivos graves había experimentado al comienzo de la enfermedad un enfrentamiento con la muerte. A medida que se desarrolla el síndrome éste se relaciona con el propio miedo a morir.

Este miedo a la muerte queda apenas disimulado en los pacientes hipocondríacos que se pasan la vida preocupados por la seguridad y bienestar de su propio cuerpo. El hipocondríaco experimenta directamente un miedo a morir, que más tarde se difunde entre numerosos síntomas corporales (Ibid).

Aunque no cabe duda de la evidencia de la relación de la angustia hacia la muerte en un plano consciente, la piedra angular de la psicología dinámica es precisamente en que la angustia ante la muerte permanece a un nivel inconsciente.

CAPITULO II

EL ENFOQUE LOGOTERAPÉUTICO: UNA EXPLICACIÓN PARA EL SENTIDO DEL SUFRIMIENTO.

RETROSPECTIVA

Después de varios acontecimientos, como lo fue la 1ª. guerra mundial, los analistas existenciales del viejo continente surgen como resultado de un deseo de aplicar los conocimientos filosóficos al estudio clínico.

La “nueva” orientación distingue de la persona su capacidad de elección, los valores, el amor, la creatividad, la conciencia de uno mismo y el desarrollo humano.

Dentro de la Psicología Existencial que se desarrolló en Europa, Viktor Frankl es considerado como su máximo exponente y como fundador de la tercera escuela Vienesa de Psicoterapia (Pareja, 1989).

Viktor Frankl emerge como el guía en los círculos terapéuticos proponiendo el sentido o significado en la salud mental.

El ambiente, las experiencias y acontecimientos de una persona a lo largo de una vida van conformando considerablemente su personalidad y por consiguiente su obra.

El ingreso de Frankl al campo de concentración, su vida como preso común, marca radicalmente el nacimiento de la Logoterapia como una terapia existencial.

Frankl tuvo que aplicar a sí mismo y en muchas ocasiones a sus compañeros su formación filosófica, y psicológica, toda su riqueza cultural y ética. Con ello valida, en forma dramática, su tesis principal: el hombre para vivir, tiene sobre todo necesidad de sentido. Con éste puede superar cualquier situación pues mantiene siempre su libertad y responsabilidad (Frankl, 1987).

Sus experiencias personales en Auschwitz le obligaron a meditar profundamente sobre las relaciones entre el significado y el sufrimiento, entre el dolor y la muerte. Para Víctor Frankl la supervivencia en circunstancias extremas depende de la capacidad de uno para encontrar un significado en el propio sufrimiento. En la inmensa pena que vivían en el campo de concentración Frankl buscaba modos de dar significado a su dolor, así concluyó que sobreviviría para completar su trabajo de forjar un enfoque psicoterapéutico valioso en base a su experiencia y descubrimiento del sentido.

En esta sección del capítulo se destaca de la logoterapia, no su parte terapéutica sino la teórica, que posee un concepto del ser humano y explica las diversas maneras para llegar al sentido incluso por medio del sufrimiento. Esto nos da un marco de referencia en el caso de las mujeres con cáncer de mama que se discutirá posteriormente.

Definición

El significado del verbo griego “logos” (λογος) se refiere a la “razón íntima de una cosa, fundamento o motivo”. Así, en Logoterapia, logos es equivalente a “sentido”, significado o propósito (Frankl, 1993). Logos no tiene referentes como lógica, estudio o tratado.

La traducción literal del término “Logoterapia” es la terapéutica mediante “logos”, mediante el sentido. También podría traducirse como “curación mediante el sentido”. En cualquier caso, la Logoterapia es una psicoterapia centrada en el sentido (Frankl, 1978).

La Logoterapia, es un método terapéutico sustentado por la teoría del análisis existencial, es en sí misma una forma de análisis y de entender al ser humano. La Logoterapia propone una concepción multidimensional de la existencia incorporando a ésta, la dimensión espiritual del hombre. Al mismo tiempo, como derivación coherente de tal concepción, desarrolla un método terapéutico con técnicas concretas y eficaces.

La tarea de la Logoterapia es que el paciente llegue a una coherencia en su jerarquía de valores, tomando responsabilidad en su propia vida.

Comparada con el psicoanálisis, la Logoterapia es un método menos retrospectivo y menos introspectivo; la Logoterapia mira más bien al futuro, es decir, a los cometidos y sentidos que el paciente tiene que realizar en el futuro (Frankl, 1984).

Los elementos que conforman la estructura de la Logoterapia serían, según Noblejas (1994 en Baizan, 1997):

- Una visión antropológica y del mundo específica,
- Una concepción original de los trastornos psíquicos,
- Unas técnicas terapéuticas coherentes con tal visión y concepción

Con base en estos tres aspectos enuncia la siguiente definición:

“La Logoterapia es una forma terapéutica de trabajar con las personas que sufren, derivada de una imagen analítica-existencial del hombre y del mundo” (ibid, p.24).

Fundamentos y Características

Toda psicoterapia tiene en su base una imagen del hombre, unas premisas antropológicas; no hay ninguna psicoterapia sin una concepción del hombre y sin una visión del mundo.

El modelo o idea de hombre que subyace a esta posición en Psicoterapia, propone una visión integral del hombre en lugar de estudiarlo parcialmente, dejando de lado lo más característico de él: su nivel espiritual, psicológico (esta inclusión de lo espiritual es desde la perspectiva existencial, no desde un punto de vista teológico) señala Frankl (1984).

La trascendencia de uno mismo es la característica principal de Viktor Frankl a la cuestión de significado (Yalom, 1984). En todo momento el ser humano apunta por encima de sí mismo, hacia algo que no es el mismo.

Señala Pareja (1987) que para Frankl el hombre es el sujeto en su totalidad tridimensional. El hombre definido en sus tres formas: física, también llamada biológica (o somática), psíquica (o anímica) y noética (o espiritual o noológica), lo que constituye la autenticidad humana. De tal manera que esta característica noológica del hombre lo lleva a ser un ser facultativo, no un ser fáctico; esto quiere decir que puede ser de otro modo, llegar a ser de otra forma y no ser siempre así, como los animales en los que se dan facticidad determinística.

Siendo así, una persona con neurosis, puede creer que siempre tiene que padecer tal situación, sin embargo, es un ser facultativo que puede cambiar si así lo decide. La libertad, la responsabilidad y la espiritualidad, son los existenciales básicos del ser humano, siendo estos constitutivos. Brand (1991, p. 28) señala que existir quiere decir salir de uno mismo y enfrentarse con uno mismo, lo cual sucede en el espíritu... el darse cuenta de su parte psicofísica e ir más allá por medio del logos noético, el ser humano... existe.

La Logoterapia y el análisis existencial son dos facetas de un mismo planteamiento, como dos puntas de una misma vara, mientras que el análisis existencial aporta una explicación de la existencia y plantea la fuente de las angustias básicas del hombre, incluida la carencia de un sentido vital (Yalom, 1984), la Logoterapia hace referencia fundamental a un método de tratamiento psicoterapéutico específico para la neurosis noogena (Frankl, 1994).

La Logoterapia cuenta con una estructura que organiza tanto su teoría como su práctica, sin embargo revisando algunos antecedentes científicos y reflexiones filosóficas podemos ver que el pensamiento de Viktor Frankl tiene importantes vínculos complementarios con otros autores. Pareja (1989) llama vinculaciones de

necesidad a aquellos que se dan por el simple hecho de estar en el mundo y de que nadie parte de un punto cero en la vida.

Pareja (1989, p. 82) analiza las raíces del pensamiento Frankliano desde un punto de vista científico en su vinculación con Sigmund Freud. Freud mostró una de las dimensiones de la realidad humana: el inconsciente, marcando un momento histórico del pensamiento humano. Frankl dando un paso más allá habla del inconsciente espiritual.

Aunque la teoría de Freud es argumentada por Frankl, la diferencia entre Freud y Frankl es básicamente respecto a la motivación elemental de la conducta humana, para Freud es la búsqueda de *placer* y para Frankl es la búsqueda de *sentido*.

La principal oposición con Adler (con quien Frankl trabajó), señala Pareja (ibid), es nuevamente en este punto del motor de la conducta. Adler señala al “poder” y Frankl al “sentido”. Sin embargo introduce un aspecto importante para la Logoterapia: la responsabilidad.

Es a partir de estos dos pilares: Sigmund Freud y Alfred Adler que se considera a Frankl como el fundador de la 3ra. Escuela Vienesa de Psicoterapia.

La neurosis, Freud la determina como una limitación del yo a nivel de la conciencia. Adler por su parte, señala que la neurosis es una limitación del yo a nivel de la responsabilidad. Frankl hace una síntesis, considerando como fundamentos radicales del ser humano ambas dimensiones: conciencia más responsabilidad. (ibid) Frankl incluye además la dimensión espiritual (noética o existencial) poniendo así, el acento de su teoría en la existencia.

La Voluntad de Sentido

El ser humano en todos sus actos siempre ha intentado encontrar sentido, es una búsqueda constante, una preocupación propia del hombre. El hombre es un ser abierto orientado hacia el sentido, la autotranscendencia, denota el hecho de que el ser humano siempre apunta y se dirige a algo o a alguien distinto de sí mismo... “solo en la medida en que vivimos expansivamente nuestra autotranscendencia, nos convertimos realmente en seres humanos y nos realizamos a nosotros mismos” (Frankl, 1988, p. 26).

Cuando las personas se dan cuenta de que son irrepetibles, insustituibles y únicas, están abriendo las puertas hacia su crecimiento humano. La motivación del comportamiento humano se sitúa pues, en encontrar un sentido a cada situación en particular y a la propia vida en general.

Esa motivación primaria que Frankl llama “voluntad de sentido” que impulsa al hombre hacia su autotranscendencia la define como una fuerza dirigida hacia un sentido concreto y personal, que espera realizarse en virtud de su libertad y responsabilidad, donde la conciencia es el órgano del sentido.

Cuando esta voluntad de sentido se frustra, Frankl (1980), habla de frustración existencial. Define ésta como la sensación de la vaciedad o carencia del sentido de la propia existencia, es decir, el sentimiento de vacío existencial. Este se produce porque “contrariamente al animal, los instintos ya no le indican al hombre lo que tiene que hacer; y las tradiciones no le dicen ya lo que debe hacer y a menudo, éste ni siquiera parece ya saber lo que quiere. Inclínándose a querer lo que los demás hacen (conformismo) o bien a hacer sólo aquello que los demás quieren (totalitarismo).

Estudiando estas manifestaciones y consecuencias del vacío existencial, la Logoterapia encuentra que la interrogante por el sentido de la vida se ha convertido en los problemas más importantes de nuestra época. Se encuentra en los diferentes sectores de la población, aunque presenta especial relieve en el ámbito de la juventud (Noblejas en Baizan, 1997, p. 35).

En este sentido Viktor Frankl (1980) manifiesta su preocupación hacia la proliferación de lo que él llama la “triada neurótica de masas” que se compone por depresión, adicción y agresión.

Recurrir a la voluntad de sentido puede constituir una labor de prevención y atenuación de problemas mentales y sociales (neurosis noogena, conformismo, totalitarismo, adicciones, suicidio y violencia).

El Sentido de la Vida

El hombre a lo largo de su existencia se ha planteado el objeto de la vida, tal pregunta brota del quehacer cotidiano en el encuentro con otros seres humanos y especialmente se presenta como un desafío, cuando éste se ve confrontado con el dolor y el sufrimiento momentáneo o crónico, con la experiencia de la culpa o de la muerte (Pareja, 1989).

Jung en su obra “Practice of Psychotherapy” (1966, citado por Tena, 1999), decía que la carencia de un sentido vital inhibía la plenitud de la vida, y por tanto, era un equivalente a la enfermedad. Más aun, escribió que la “carencia de un significado vital desempeña un papel importante en el desarrollo.

Existe una nueva neurosis propia de la segunda mitad del siglo XX, a la que Frankl (1979), llama “noogénica”. Esta puede formularse de diferentes maneras. Algunas de ellas son: ¿cuál es el significado de mi vida?, ¿qué sentido tiene mi vida?, ¿por qué vivimos?, ¿por qué nos ponen en este mundo?, ¿para qué vivimos?; si tenemos que morir y nada es perdonable... ¿qué sentido tiene vivir?. Si la vida tiene sentido o no es la pregunta fundamental de la Logoterapia en contraposición con otras corrientes. A este respecto dice Viktor Frankl (1984, p. 18) “se ha pasado por alto, se ha olvidado, que si una persona ha hallado el sentido que buscaba, está preparada a sufrir, a ofrecer sacrificios e incluso, si ello es preciso, a dar su vida. Por el contrario, si tal sentido no existe, será proclive a quitarse la vida y se hallará dispuesta a hacerlo aún cuando sus necesidades, en todas los aspectos se encuentran satisfechas”.

La pérdida de la vivencia del significado de uno mismo, desemboca en el tipo de ansiedad que Paul Tillich (citado por May, R. 1990) denominó la ansiedad de la falta de sentido. O lo que Kierkegaard califica de ansiedad “como el temor de la nada” (ibid).

El sentido de la vida, no es algo general ni universal, el sentido de la vida difiere de un hombre a otro, de un día a otro. Frankl se refiere en este aspecto que lo que importa no es el sentido de la vida en términos generales, sino el significado concreto de la vida de cada individuo en un momento dado. Cada uno tiene uno diferente y propio.

La Logoterapia postula que la vida no deja de ofrecer sentido al hombre en ningún momento, incluso en la muerte.

Existen tres caminos por los que el hombre puede encontrar sentido, (Frankl 1984):

Valores de Creación.- Los valores de creación consisten en llevar a cabo una acción o crear una obra, hablan del trabajo. Se refieren a ser capaz de dar algo al mundo a través de la creación. El trabajo puede representar un campo concreto de la vida de la persona en que la peculiaridad del individuo se enlaza con la comunidad, realizando con ello su sentido y su valor.

Es una forma de autotranscendencia puesto que es abrirse a los demás (dar). El ser creador es un camino que conduce a encontrar sentido.

Valores de Experiencias.- Al igual que los valores de creación (dar), los valores de experiencias (recibir) constituyen una vía complementaria de encontrar y realizar el sentido de la vida. Este recibir puede darse a través de las experiencias concretas de encuentro con otras personas, con la belleza, con la naturaleza, la verdad o el arte.

La experiencia más profunda y elevada en este segundo camino es la de encontrarse con otro ser humano y descubrir en él su unicidad y su irrepetibilidad y el amor profundo es el más significativo desde el punto de vista existencial, el cual se extiende desde la perspectiva interpersonal, intrapersonal y mística (Pareja 1989, p. 192).

Valores de Actitud.- El hombre es capaz de encontrar un sentido a la vida a través de la postura que tome, aún ante circunstancias adversas, es decir, por medio de los valores de actitud.

Son innumerables los ejemplos que descubrimos en la obra de Frankl y de la Logoterapia en general, de personas que encuentran sentido en el sufrimiento. Todos ellos nos ponen de manifiesto que cuando no existe ninguna posibilidad de cambiar “el destino”, lo importante es la actitud con la que se afronta.

Para Frankl, (1984) el camino más importante en la búsqueda de sentido son los valores de actitud ante lo que ha denominado Triada Trágica: sufrimiento, culpa y muerte, donde la actitud tomada nos remite a sobreponernos a nosotros mismos y a crecer más allá de nosotros, hasta el punto de que podemos convertir el sufrimiento en una realización y un logro humano para actuar de manera más responsable.

Lo anterior no significa que la persona siga el sufrimiento. Este debe evitarse siempre que sea posible, sin embargo ningún hombre está exento del dolor, la culpa y la muerte y cuando estas “situaciones límite” se presentan, entonces es que se vivencian los valores de actitud, elegidos libre y responsablemente, al igual que los otros valores.

El Sentido Del Sufrimiento.

Irvin Yalom (1984.p.515) proporciona testimonio de su trabajo terapéutico diciendo: *“En mi trabajo clínico con pacientes con cáncer en su última etapa, he tenido la gran oportunidad de reparar en la importancia que tiene el sistema de significados en la vida humana. En todo momento he observado que los pacientes que tienen un sentido profundo del significado, viven mas plenamente y se enfrentan a la muerte con menos desesperación que aquellos cuyas vidas carecen de significados. Jung, comentó: -el significado hace que muchas cosas se vuelvan tolerables, tal vez todas-. Aunque en estos trances los pacientes experimentan distintos tipos de significados, unos religiosos y otros no, ninguno tan presente como el altruismo.”*

Muchas de las mujeres del grupo de autoayuda Reto se dedican con esmero a actos altruistas, a los cuales no se dedicaban antes de saber que padecían cáncer.

Por otra parte la idea de ser un modelo para otros, especialmente para los hijos, y ayudarles a mitigar el temor a la muerte, puede llenar de significado la propia vida, según lo percibido por Yalom (1984, p.518).

Existen diversas posibilidades que se han manifestado de quienes construyen en base al dolor y al sufrimiento, “ la consagración a una causa”es una de ellas. Generalmente en la familia descansa la gran parte del sentido que nace del sufrimiento; las pacientes suelen decir, “ sobrevivo por mantenerme cerca de mi esposo e hijos”.

Viktor Frankl (1977) al respecto nos explica que al cumplir un sentido, el hombre se realiza así mismo. Si cumplimos el sentido del sufrimiento, realizamos lo más humano del ser humano, maduramos, crecemos más allá de nosotros mismos. El sufrimiento tiene sentido si tú mismo cambias en otro.

La capacidad de sufrimiento no es otra cosa que la capacidad de realizar los valores de actitud, no solo los valores de creación o experiencia son los que otorgan sentido sino también el sufrimiento. En el llamado homo-patient por Frankl, el cumplimiento y la desesperación se insertan en otra dimensión. Así pues desde la perspectiva del paciente, según Frankl, el problema central gira en torno a la actitud con que uno se enfrenta hacia la enfermedad, la disposición o talante con que se contempla este mal. De modo que se soporta un padecimiento si en él se esconde un posible sentido o significado.

CAPITULO III

EL PACIENTE CON CANCER

ANTECEDENTES

Por siempre y en el transcurso de las épocas la enfermedad ha sido objeto de estudios científicos, filosóficos, psicológicos y culturales. El cáncer ha sido desde tiempos remotos una enfermedad muy temida por la humanidad, la cual a pesar de los avances de la ciencia médica, aún sigue teniendo un alto índice de mortalidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elaborado un amplio programa de investigación donde participan agencias internacionales para el estudio del cáncer. Sin embargo, el hombre tiene conocimiento de los tumores desde hace miles de años.

Diversos manuscritos antiguos, menciona el doctor Chaklin (1981, p.8), ofrecen referencias de los tumores. En los papiros de Ebers (3730 a.c.), se describen detalladamente los tumores cancerosos. En textos sagrados de la India también se menciona al cáncer y el uso de un ungüento contra el mismo que contenía arsénico.

Hipócrates y Abu Ali Ibn-Sina (Avicena) hicieron valiosos aportes al desarrollo de la Oncología Clínica antigua. Es en realidad Hipócrates a quien se le deben los conceptos de cáncer y sarcoma.

Basándose en la semejanza que existe entre la carne del pescado y algunos tumores del tejido conjuntivo, propuso nombrarlos *tumores carnosos* (sarcomas), y a los tumores epiteliales que recuerdan a un cangrejo o langosta con las patitas extendidas, *carcinoma o cáncer*. Hipócrates por aquel entonces tenía ya conocimiento de los tumores malignos y utilizaba hierros candentes tratando de extraer o de cauterizar el tumor (Shubin; Gritsman, 1989).

Avicena en su obra clásica “Canon de la Medicina”, (Chaklin, 1981), le dedicó una gran parte al problema de los tumores malignos. El sabio señaló que no se debe dejar de pasar por alto la etapa inicial de esta enfermedad, es necesario extraer el tumor en los límites de los tejidos sanos, siendo válidas estas apreciaciones aún en nuestros días.

Celso, célebre médico que se cuenta entre los fundadores de la medicina, hace casi dos mil años describió el cáncer del labio inferior. Los trabajos de Celso, Galeno, Morgagni, Hunter, Paracelso y muchos otros sentaron las bases para el desarrollo del estudio de los tumores.

La idea de que el cáncer acompaña a la humanidad a través de toda su existencia, está demostrada en muchos documentos. A pesar de esto, las investigaciones científicas de los tumores sólo comenzaron en la primera mitad del siglo XIX.

Definición

¿Qué es el cáncer? resulta una pregunta simple y obvia que esperamos que un médico nos conteste, sin embargo, responder a la misma resulta tan difícil como entender el significado de “vida”, “salud” o “enfermedad”.

Bernard Peyrilhie (citado en Shubin; Gritsman, 1989, p.29) propone que: “el cáncer es una enfermedad tan difícil de definir como de curarla”. Esto debido a que algunos teóricos de la medicina concluyen que la enfermedad es la vida, es una forma de adaptación del organismo a las condiciones de la existencia; o sea no existe un límite definido entre salud y enfermedad, ambas son manifestaciones de la vida.

Este caso de dificultad consiste, sobre todo, en que por cáncer se sobreentienden más de 200 tipos diferentes. El cáncer solamente es la designación genérica de procesos muy variados.

Sin embargo la mayoría concibe que el cáncer está formado por un número grande de células, pero el crecimiento de cada tumor comienza por la transformación de una célula normal en maligna, como resultado de cambios irreversibles ocurridos en dicha célula, que se multiplica caóticamente y adopta una serie de caracteres nuevos como malignos.

Hasta la fecha, aunque no existe una definición universalmente aceptada (Pimentel, 1995), entre otras definiciones de cáncer se encuentran:

1.- Tejido celular en el que los mecanismos que controlan el crecimiento normal están permanentemente alterados, permitiendo su crecimiento progresivo (Florey, cit. por Terry, 1980).

2.- Un grupo de enfermedades de causa desconocida, probablemente múltiple, que ocurre en todas las poblaciones humanas y animales, apareciendo en todos los tejidos compuestos por células con potencialidad de división (McGrady, cit. por Terry, 1980).

3.- Una enfermedad genética de las células somáticas, que resulta de la mutación de una célula previamente normal, en una nueva célula permanentemente maligna (Burchy Pilot, cit. por Terry, 1980).

4.- Una enfermedad espontáneamente autoagresiva de un tejido iniciada por una mutación genética, ocurrida por azar en una célula madre (Brich, cit. por Terry, 1980).

5.- El cáncer debe ser considerado como “una anomalía en la regulación del crecimiento de las células” (Smithers, cit. por Terry, 1980).

ASPECTOS ETIOLOGICOS DEL CANCER

Las causas de la transformación de células normales en células cancerosas son múltiples. La enfermedad se desarrolla en cualquier tipo de célula o tejido, sangre, piel, glándulas u órganos; en cualquier edad, pudiendo invadir en forma característica tejidos vecinos por extensión directa, o diseminarse a través del organismo por vasos linfáticos o sanguíneos.

Existen múltiples hipótesis y puntos de vista de las posibles causas del cáncer, por ejemplo, sustancias químicas, incluyendo el alcohol y el tabaco, que pueden alterar la información genética de una célula y transformarla en célula maligna; también puede alterarse por ciertos virus o incluso ciertos estados emocionales, etc.

Las características e incidencia de esta enfermedad maligna varían con el sexo, edad, raza y ubicación geográfica. Las mujeres tienen mayor predisposición a desarrollar cáncer que los hombres (Rubin, 1983).

En el sexo femenino, las neoplasias más comunes son: mama, colon, útero y piel; en el sexo masculino: pulmón, tracto gastrointestinal, piel, próstata, cavidad oral, laringofaringe y vejiga (Rubin, 1983).

Entendido que las células cancerosas pueden multiplicarse en cualquier parte del cuerpo y, siendo este estudio sobre mujeres con cáncer de mama, se deducirá que la localización será en la glándula mamaria.

En lo que respecta a la raza y a la ubicación geográfica, en el mundo mueren aproximadamente siete millones de personas al año, siendo una poco más de la mitad de ese total correspondiente a países desarrollados (Asato, 1990) y se calcula que existen 37

millones de personas afectadas en todo el mundo (Bayes, 1985, p.13).

Existen pues, teorías acerca del origen del cáncer, que abarcan desde la predisposición genética (herencia, edad), hasta los estilos de vida (alimentación, ubicación geográfica, sexo, drogas, comodidades, estética, estrés, hábitos, costumbres etc.).

La causa exacta del cáncer permanece sin ser determinada, y aunque hay diferencias histopatológicas fáciles de reconocer entre las células normales y cancerosas, han sido determinadas pocas diferencias metabólicas (Pimentel, 1995, p.57).

CLASIFICACIÓN

Por regla, las neoplasias se distinguen por dos signos: por su *origen*, es decir, de acuerdo al tejido que los origina y por el carácter de su *crecimiento*. Con respecto al primer de estos signos, los tumores se dividen en epiteliales, los surgidos del epitelio, del tejido de los tegumentos (piel, mucosa) y el tejido conjuntivo, los que se originan a partir de ese tejido (huesos, ligamentos); a estos últimos se refieren también los tumores de los sistemas linfáticos y hemopoyético (Shubin; Gritsman, 1989).

Existen dos tipos de neoplasias: los tumores benignos y los tumores malignos. En los tumores benignos, su forma de extensión es realizada a través de expansión (volumen del tumor) en los tejidos con la consiguiente atrofia de los mismos. Generalmente están dentro de una cápsula, pero no en forma invariable (Rubin, 1980).

Los tumores malignos poseen tres características principalmente:

- La invasión es más importante que la expansión, debido a la diseminación, la cual constituye el primer paso del desarrollo de las metástasis y más importante aún, es la penetración en profundidad.
- La permeación, que es la invasión vascular sanguínea, (especialmente en venas) y de vasos linfáticos, seguida del crecimiento tumoral.
- Metástasis, son crecimientos tumorales separados de la localización primaria. El crecimiento de una metástasis depende del medio adecuado para desarrollarse.

Se utiliza también una clasificación en cuanto a la extensión de la enfermedad: T (para tumor primario); N (para ganglio linfático regionales); M (para metástasis).

Diferencias entre *tumores benignos y malignos*: (Shubin; Gritman,1989, p.31).

TUMORES BENIGNOS	TUMORES MALIGNOS
Por regla, crecimiento retardado	Por regla, crecimiento rápido
Crecen separando los tejidos	Crecen destruyendo los tejidos Adyacentes, infiltrándose profundamente en los mismos
No presentan metástasis	Con frecuencia presentan metástasis
Se conserva la estructura del tejido de origen	La estructura del tejido de origen cambia radicalmente
Las células se dividen a la misma velocidad que el tejido sano	Hay muchas células en división

TRATAMIENTO

En medicina hay pocas situaciones donde el procedimiento terapéutico sea tan determinante para la cura o muerte del paciente, por lo que el tratamiento debe ser realizado por profesionales de la salud capaces y entrenados.

El principio terapéutico básico, es curar al paciente con el mínimo daño funcional y orgánico. La decisión en cuanto a la radicalidad de un tratamiento está determinado por una combinación de factores:

- la agresividad del cáncer
- la predecibilidad de su diseminación
- la morbilidad y mortalidad del procedimiento terapéutico.
- el porcentaje de curación ofrecido por el procedimiento seleccionado (Rubin, 1980).

Actualmente el tratamiento para la paciente con carcinoma mamario es multimodal, ya que se incluyen tanto la quimioterapia, la radioterapia, la cirugía y la hormonoterapia. Cada uno de estos procedimientos generan múltiples secuelas tanto físicas como psicológicas, las cuales se analizarán en el siguiente apartado.

EFFECTOS PSICOLOGICOS DEL CÁNCER DE MAMA

Desde Galeno de Pérgamo en el siglo I hasta la fecha, el tratamiento seleccionado por los médicos para el cáncer de mama ha sido la mastectomía. Al paso de los siglos dicha intervención estuvo realizándose en forma tal, que se fue ampliándose hasta llegar a ser una mastectomía radical (Pimentel, 1995). Un momento crucial importante empezó después del año 1846,

cuando el doctor Halsted amplió los límites de la operación de mama, extirpando todo el órgano junto con los músculos torácico y los nódulos linfáticos auxiliares (Subin; Gritman, 1989).

A pesar de la deformidad que dicha operación provoca, no ha sido hasta los últimos 20 años que se ha preocupado el equipo terapéutico por las secuelas psicológicas que esto desencadena.

Sin embargo la mastectomía y sus correspondientes tratamientos generan en la paciente secuelas tanto físicas como psicológicas; por lo que muchos profesionales de la salud evitan enfrentarse a pacientes con cáncer, debido a los mitos que se han desarrollado hasta la actualidad alrededor de esta enfermedad, como son el dolor, la angustia y la muerte.

No obstante debido al desarrollo de técnicas y nuevos métodos médicos de tratamiento, existe una sobrevida importante de estas pacientes que han acentuado el significado y sentido de sus propias vidas.

La inmensa mayoría de las personas asocian el cáncer con la muerte y el sufrimiento. Algunas investigaciones han demostrado que la gente teme más a la muerte por cáncer que a la muerte por una enfermedad cardíaca, a pesar de que el doble de las personas mueren por un ataque al corazón, que a causa del cáncer (Sontag, 1985; Butts, 1988).

Otro factor estresante es cuando la paciente ingresa al hospital, pues la dinámica familiar es modificada de diversas maneras, empezando que se tiene que sujetar a horarios y trámites burocráticos y hospitalarios para que los distintos estudios se lleven a cabo. Todo esto conlleva a un cambio de roles en la casa y un cambio de ritmo de vida que no se esperaba. La paciente en cierta medida pierde su autonomía.

En la elaboración de su tesis, Pimentel Aguilar Silvia (1995) nos presenta seis distintas etapas psicológicas por las cuales atraviesa la paciente con cáncer de mama:

1.- Fase Prediagnóstica.- La ansiedad se inicia, por lo general, desde el momento en que la mujer sospecha o encuentra una protuberancia en su seno (nódulo). Situación que genera principalmente dos actitudes, que dependen de la preocupación y conocimiento de los signos premonitorios de cáncer: a) cancerofobia, que se caracteriza por designar cualquier síntoma corporal como síntoma de cáncer y esperan que el médico les asegure que no lo padecen; b) la negación, que se distingue por el rechazo de la posibilidad de tener la enfermedad o por la demora de la búsqueda del diagnóstico. Este temor o rechazo se puede deber a una experiencia familiar previa; a la edad avanzada con poco interés en prolongar la vida; el desembolso costoso que implica la enfermedad o la carga que ocasionaría a su familia.

Su actitud hacia la atención médica y el cáncer, sus sentimientos hacia sus senos, sus patrones habituales para contender con situaciones estresantes anteriores y, particularmente la utilización que haga del mecanismo de negación contra la ansiedad; todos estos factores contribuyen a postergar su cita al médico, lo que Romero (1987) llama el “retraso al diagnóstico”.

2.- Fase diagnóstica.- La reacción inicial ante el diagnóstico es principalmente de incredulidad, sentimientos de shock y de dudas que tal diagnóstico pudiera no ser cáncer, estos síntomas pueden aparecer y desaparecer, o persistir por días (Rubin, 1980).

Debe considerarse que el diagnóstico histopatológico debe ser tomado de dos formas principalmente:

- a) Por medio de una biopsia tomada por una aguja o con una pequeña muestra del tejido, y
- b) Por una escisión bajo anestesia con estudio transoperatorio.

La reacción ante la posibilidad o seguridad de que padecen cáncer es de estrés al diagnóstico, lo que se denomina “impacto al diagnóstico”. Sentimientos de culpa y angustia pueden desarrollar algunas mujeres, mientras que en otras habrá sentimientos de aceptación al saber que puede ser tratada y controlada.

Es el sistema de valores y el rol que los senos juega en su imagen corporal, lo que influirá en el grado de ansiedad ante la mastectomía. En la sociedad occidental, se ha enfatizado mucho el valor de los senos, identificados con la feminidad y la belleza, así como el símbolo de la maternidad y protección. También el desarrollo de los senos es lo que empieza a distinguir la pubertad.

3.-Fase de tratamiento.- El tratamiento actual del cáncer, es en muchas ocasiones la combinación de dos o mas métodos curativos. El cual estará determinado por el grado de avance local de la enfermedad, la edad de la paciente e incluso la capacidad económica de la paciente (Rubin, 1980).

El tratamiento inicial del cáncer es otorgado por mas de un especialista como el quimioterapeuta; el radioterapeuta; y el cirujano que opera. De este equipo terapéutico, la atención mas esperada con ansiedad es la quirúrgica.

Cuando una paciente se enfrenta a la opción de la cirugía de mama, las reacciones son muy variadas, desde el temor a lo desconocido, hasta los resultados de la cirugía. Las experiencias previas como partos o cirugías menores, tendrán alguna influencia en la actitud tomada. Otra preocupación constante para la paciente cuando ingrese al hospital será el cuidado de sus hijos, de cómo se organizarán y como pagarán los gastos.

Síndrome Psiquiátrico Preoperatorio: Son las manifestaciones de estrés que ocurren en los días anteriores de la operación, que se caracterizan por ansiedad situacional, depresión o la combinación de ambas. En forma aguda pueden presentar incapacidad de realizar tareas diarias, insomnio, anorexia y pérdida de peso. Las respuestas manifiestan negación y angustia emocional (Holland y Jacobs, 1987).

Para disipar estos fuertes temores preoperatorios Sherr Lorraine (1992, p. 227) menciona que la paciente espera: disposición para escuchar; compañía hasta el desenlace y atención experimentada.

También el grupo de autoayuda RE-TO (Recuperación total a.c.) que tiene como labor apoyar en muchos sentidos a las mujeres con cáncer de mama, sugieren que sólo la comunicación, el acercamiento emocional, la confianza, el interés y la buena voluntad que el cirujano comunique a la paciente podrá minimizar esta angustia preoperatoria.

Síndrome Psiquiátrico Postoperatorio: Se manifiesta después de realizada la cirugía como estrés y el delirium/psicosis postoperatorio (complicación grave que sucede inmediato a la operación, que ocurre rara vez). Siendo los problemas mas comunes el estrés transitorio causado por la pérdida de una parte del

cuerpo llena de significado y la readaptación al rol sexual y social.

La mastectomía produce además la inhabilidad funcional transitoria del brazo del lado operado, desfiguración de la pared torácica y la ausencia del seno. Esto tiene un gran significado emocional tanto en lo atractivo y la sexualidad, como en la crianza. La respuesta postoperatoria mas común es una forma de pesar y melancolía, acompañada de llanto y sentirse mas ansiosas y deprimidas por la pérdida (Holland y Jacobs, 1987).

La amenaza a la feminidad y a la autoestima ocurre en todas las mujeres, pero ésta puede ser mayor para una mujer joven donde atractivo y fertilidad son primordiales.

El proceso psicológico de perder un seno por mastectomía es idéntico al de perder un ser querido (por muerte o divorcio), con las conocidas etapas de duelo descritas por Elizabeth Kubler Ross (1975), éstas son: negación, ira, negociación o pacto, depresión y aceptación. Las cuales no son características omnipresentes en todo ser humano, además que pueden aparecer y reaparecer en diferentes momentos en una misma persona y cualquiera de éstas puede estar ausente.

Una terapia seguida de la mastectomía suele ser la radioterapia y quimioterapia. Son consideradas atemorizantes pues representan evidencia de continuar con células cancerígenas aún a pesar de la cirugía.

La radioterapia suele provocar una sensación de debilitamiento y fatiga que podría tener como efectos secundarios, algunos cambios temporales de humor y actitud (Golberg, 1998)

La angustia psicológica mas intensa, es por lo general experimentada al principio del tratamiento y la

final, cuando los resultados de la terapia son aún desconocidos.

Es muy probable la utilización de una mezcla de compuestos químicos como tratamientos para la paciente. La quimioterapia se utilizará alternativamente o en combinación con la cirugía o radioterapia. El uso de estas fuertes drogas produce reacciones gastrointestinales durante su administración provocando en algunas veces, después de la primera aplicación, náuseas o vómito anticipatorio.

Las pacientes bajo quimioterapia y que sufre la pérdida de cabello, están expuestas a tener problemas de autoconcepto ya que la autoimagen que se tiene es alterada, afectando el atractivo físico que, aunado con la pérdida del seno, aumenta la sensación de inconformidad de parecer diferente a las demás. Shain (1991,p.82) dice que “ perder el cabello significa fracaso y miseria”.

Hay una sensación de sentirse y ser diferente a las demás; los sentimientos de vitalidad, sexualidad y estatus se ven afectados, lo que significa que una parte vital y simbólica de la paciente se ha debilitado (Schain, 1991).

4.-Fase de Seguimiento.-La paciente en esta fase, será revisada periódicamente, después de haber completado su tratamiento prescrito. Primero en el lapso de un mes hasta cumplir medio año. Después cada tres meses, posteriormente cada seis meses y finalmente cada año el resto de su vida (Pimentel,1995).Tomando en cuenta un lapso de 8 a 10 años para reconocer que la persona está totalmente curada.

5.-Fase de recurrencia y tratamiento-. El primer síntoma que sugiere una recurrencia puede ser difícil

de percibir conscientemente, o una vez percibido puede resultar psicológicamente arduo para el paciente reconocerlo y hacer algo al respecto (Terry,1980).

La probabilidad de una recurrencia provoca fantasías acerca de todos los procedimientos realizados, tanto la paciente como los familiares pueden reaccionar bajo un shock o incredulidad, seguido de sentimientos de ira, culpa o depresión.

La paciente suele concebir la recurrencia del cáncer como el principio del fin, ya que la cura será mas difícil de lograr. En estos casos, los familiares y la paciente pueden sentirse atraídos por curas alternas poco serias o en dado caso abandonar el tratamiento médico.

La mayoría de las mujeres están conscientes de la naturaleza irreversible y progresiva de la enfermedad cuando alcanza este estadio, se le haya o no explicado (Ibid.).

6.-Fase Paliativa o Terminal.- La preocupación principal de la mayoría de las pacientes que reconocen el avance irreversible de su enfermedad, consiste en saber si serán capaces de tolerar las incomodidades físicas y psíquicas. Por lo que es pertinente evitar medidas heroicas no confortables, manteniendo a la paciente tan cómoda y consciente de sí misma y del medio ambiente como ésta lo desee (Ibid). Es importante que a la paciente no se le oculte el pronóstico, sino al contrario se trate y maneje tales emociones con el profesionalismo de un tanatólogo y así concluir su vida de la mejor manera posible.

METODO

Planteamiento del problema

Dada una amplia e importante literatura acerca del concepto del hombre hacia la muerte y sus “beneficios”, cabe establecer la relación que los pacientes que hayan sobrevivido a un padecimiento grave como lo es el cáncer de mama, habrá temido la posibilidad de morir, y esa conciencia conducirá a un cambio positivo en el desarrollo humano como lo es el sentido y el significado de su propia vida. Dicho de otra manera, ¿La conciencia de la propia muerte incrementará un cambio positivo de mayor sentido en sobrevivientes de cáncer de mama que en un grupo de personas que acuden a consulta externa por primera vez antes de cualquier diagnóstico?

Justificación Teórica

De alguna forma, los resultados al experimentar esta tesis podrán relacionarse con las aseveraciones y planteamientos hechos por filósofos o psicoterapeutas acerca de los aspectos positivos a los cuales nos remite la idea de la muerte. El manejo adecuado de tal fenómeno, lejos de desdeñarla servirá utilizándola como catalizador en todo paciente y en diversos padecimientos psicológicos.

Justificación Social

El solo hecho de comprender la importancia de la muerte y no remitir el tema a pacientes terminales sino a toda persona de cualquier edad, será educativo y por ende preventivo en el buen desarrollo personal, reduciendo la angustia a la muerte hablando de ella en vez de negarla y ocultarla; solo con la conciencia de la muerte se sopesará el valor de la vida y ésta se llenará de significado, y sobre todo utilizarla siempre en beneficio del paciente como un estímulo motivante.

Hipótesis

- Hi: La conciencia del riesgo a morir en sobrevivientes de cáncer incrementa el sentido de la vida, en comparación de un grupo de pacientes que acuden por primera vez a consulta externa.

- Ho: La conciencia del riesgo a morir en sobrevivientes de cáncer no incrementa el sentido de la vida en comparación a un grupo de pacientes que acuden por primera vez a consulta externa.

Variables

Vb.x: Conciencia de la muerte (situación límite)

Vb.y: Sentido de la propia vida

Definición Operacional de las Variables Relacionadas

Vb. x: Esta variable será considerada existente desde la misma selección de la muestra, es decir, pacientes en remisión o sobrevivencia de cáncer de mama y que hayan sido mastectomizadas, teniendo riesgo a morir, donde la conciencia de la muerte es un elemento de análisis.

Vb. y: Operacionalmente serán los puntajes arrojados por el test PIL (purpose in life) que consta de 20 preguntas.

Sujetos

1er. Grupo.- Serán 50 mujeres de distintas edades en su mayoría mastectomizadas y que asisten a un grupo de autoayuda llamado RETO siendo todas sobrevivientes de cáncer.

2do. Grupo.- Serán 50 mujeres de distintas edades que acudan a consulta externa por primera vez antes de cualquier diagnóstico.

Muestreo

Para la elaboración de la presente investigación se seleccionó una muestra de tipo no probabilístico intencional, en que los sujetos deberán reunir los siguientes requisitos: Grupo "A" Sexo femenino con una edad variable, así como ser pacientes de la Unidad Familiar No. 35 del IMSS antes de cualquier diagnóstico. Grupo "B" Sexo femenino con una edad variable, así como haber padecido cáncer de mama (en remisión) o haberseles practicado mastectomía.

Tipo de estudio

En esta investigación cuasiexperimental no se obtuvo control directo de la variable independiente, porque su manifestación ya había ocurrido. Al mismo tiempo se trata de un estudio exploratorio comparativo, puesto que se confrontarán los resultados que se obtendrán de los dos grupos a estudiar para observar si existen diferencias.

Instrumento

¿Quién, cuándo, dónde elaboraron la prueba PIL?
Instrucciones de aplicación.
Aplicaciones en México.

En 1964, James Crumbaugh y Leonard Maholick, psicólogos que revelan la influencia de Viktor Frankl, publicaron un test psicométrico diseñado para medir los propósitos en la vida de las personas. Crumbaugh y Maholick desarrollaron y validaron este test en el Bradley Center de Columbia (Georgia USA).

Crumbaugh y Maholick (1964,pp. 200-207) exponen que el método psicoterapéutico de Frankl, la Logoterapia, es una aplicación de los principios filosóficos del existencialismo al método clínico y ésta ha conducido a visualizar que existe un nuevo tipo de neurosis que va en aumento en contraste con las histerias y otros patrones clásicos, este nuevo síndrome es la neurosis noogénica, constituyendo supuestamente, el 55% de los casos del presente.

El propósito de los autores fue fomentar la inquietud para cuantificar el concepto existencial del sentido de la vida y para determinar si la neurosis noogénica existe a parte de las neurosis usuales.

El planteamiento que proponía el test, era tratar de encontrar las posibilidades que corresponden a la concreción de la voluntad de sentido. Este cuestionario llamado PIL, consta de 20 ítems que la persona debe clasificar y puntuar en una escala de siete puntos. En cada uno de ellos la posición cuatro se considera "neutral" y se emplean distintos términos descriptivos para las posiciones 1 y 7. por ejemplo, el ítem 1 dice: "Generalmente me encuentro " y la posición 1 afirma: "Completamente aburrido", mientras que la posición 7 dice: "Exuberante, entusiasmado".(Ibíd. p.201).

El test valora cinco aspectos:

- 1.-Significado de vida: tiene siete ítem (3,4,7,8,12,17,20) se refiere solamente a un propósito o una misión.
- 2.-Satisfacción por la propia vida: Aburrida, rutinaria, excitante o dolorosa: tiene seis ítem(1,2,5,6,9 19).
- 3.-Libertad: tiene tres ítem (13,14.18).
- 4.-Miedo a la muerte tiene un ítem (15).
- 5.- Explorar si la persona considera que su vida merece la pena: tiene un ítem (10).

La calificación de la prueba PIL se determina por la tabla de los baremos establecidos. Partiendo que de los 91 puntos hacia abajo se consideran personas con una clara falta de sentido. Delos 92 puntos a los 112 es considerado punto medio, indefinición de sentido. De los 113 puntos en adelante es considerado un sentido de vida alto con propósitos bien delimitados.

I.Yalom(1984) sintetiza en cinco grandes puntos los hallazgos que se han corroborado a través de las investigaciones de la prueba PIL:

- a) La carencia de un sentido vital se asocia con la psicopatología en un sentido lineal, esto es a menor proporción de sentido vital, mayor gravedad en los síntomas psicopatológicos.

b) Un sentido positivo en el significado vital se asocia con los valores de trascendencia de uno mismo.

c) Un sentido positivo en el significado vital se asocia con creencias religiosas profundamente arraigadas.

d) Un sentido positivo en el significado vital se asocia con la pertenencia a grupos, con la consagración a causas y con la adopción de metas vitales claras.

e) El significado vital debe contemplarse desde una perspectiva que permita apreciar su desarrollo: los tipos de significados vitales cambian a lo largo de la vida del individuo.

Recientemente aquí en México, la Universidad Iberoamericana han validado y confiabilizado en dos ocasiones la prueba PIL, la primera vez en una tesis doctoral por Margarita Brand Ramírez en 1991 con el título: Investigación del sentido de vida según Víctor Frankl, en estudiantes de la U.I.A.

La primera parte de este trabajo consistió en estandarizar, confiabilizar y validar la prueba PIL, utilizando el MMPI y el A-V-L como lo hicieron Crumbaugh y Maholick.

La confiabilidad se obtuvo por correlaciones producto-momento de Pearson, de las puntuaciones del PIL, pares vs. nones, el nivel de significancia de la correlación total de la muestra fue de ($\alpha=0.01$). La validez se obtuvo también por uso del coeficiente de correlación producto-momento de Pearson, comparando con cada una de las escalas de Allport-Vernon-Lindsey y el MMPI.

Por otra parte, posteriormente en el año de 2001 Ernesto Rage, Antonio Tena-Suck y Aline Derbez, investigadores de la Universidad Iberoamericana, confiabilizaron y validaron tres instrumentos acerca del sentido de la vida. Se obtuvieron estos datos de un muestreo no probabilístico intencional, una muestra de 74 profesores de un total de n:1898 aproximadamente. Se efectuaron análisis estadísticos usando el paquete SPSS para ciencias sociales, se realizó un análisis factorial con rotación varimax con normalización de Kaiser, el cual permitió obtener los tres factores en el PIL que explican el 67.32 de varianza total.

La confiabilidad: se obtuvo la consistencia interna para cada uno de los factores por medio del alfa cronbach.

En la discusión de los resultados se llegó:

- 1) En general se encontró un sentido de vida alto en profesores universitarios, sin haber diferencias significativas, ni por sexo ni edad; lo que nos habla que el profesor universitario de la UIA tiene una misión y propósito en su vida bien delimitada.
- 2) Un aspecto importante fue que el puntaje más bajo se presentó en los Profesores con doctorado, particularmente en la escala de libertad. Tal vez dicen los autores, porque hay una mayor exigencia de no tolerancia al error cuando un profesor tiene un grado máximo de estudios.
- 3) Mayor sentido de vida por la variable de tipo de contratación. Los profesores de tiempo completo encontraron mayor sentido que los de medio tiempo.
- 4) En cuanto mayor sea el nivel de ingreso, éste proporciona un mejor o mayor sentido de vida.

Procedimiento

Una vez realizada la investigación bibliográfica del tema, principalmente textos de la psicología y filosofía humanista existencial se procederá de la siguiente manera, así mismo será prospectivo, por que se va a registrar la información conforme se vaya presentando los hechos.

Siendo autorizada la realización del proyecto de tesis por el jefe del área de salud del grupo de autoayuda denominado RETO A.C. y presentado por la Trabajadora Social ante el grupo, asistí a varias sesiones como oyente en el grupo de autoayuda, que se reúnen una vez por semana, con el propósito de que nos familiaricemos y me conozcan. Después les pedí la colaboración voluntaria de todos y les dije una breve explicación de los objetivos de la investigación. Agradeciendo su ayuda y sus atenciones.

Se utilizó la prueba psicológica “propósitos en la vida” de James Crumbaugh y Leonard Maholick. Este cuestionario llamado PIL consta de 20 ítem que la persona debe clasificar y puntuar de acuerdo a una escala de siete puntos. En cada uno de los ítem la posición 4 se considera “neutral” y se emplean distintos términos descriptivos para las posiciones 1 y 7, por ejemplo el ítem uno dice: “Generalmente me encuentro”, la posición 1 dice: “Completamente aburrido” mientras que la posición 7 dice: exuberante, entusiasmado.

Se aplicaron por otra parte dos preguntas abiertas a este primer grupo experimental(mujeres sobrevivientes) con el objeto de explorar principalmente cómo ha vivido su experiencia de la enfermedad, su sentir actual y los cambios que haya notado en todo su

desarrollo, siendo esto necesario para la integración de los datos y su discusión.

1. ¿Actualmente existe algo o alguien dador de sentido o significado en su vida?
2. Tiempo antes que usted supiera que enfermedad tenía ¿cuál era su actitud hacia la vida?

El tiempo de duración en contestar el test es aproximadamente de 10 a 15 minutos, sin embargo no hay límite de tiempo, y su aplicación fue colectiva; agradeciendo todo su apoyo, les mencioné que su información será en beneficio de todos y una vez concluida la investigación podrán consultarla.

La segunda muestra constituida por 50 pacientes de consulta externa de primera vez, fueron abordados en la sala de espera, pidiendo y agradeciendo su cooperación y explicándole los objetivos brevemente de la investigación; quienes aceptaron voluntariamente les pediré respondan a la misma prueba psicológica que el grupo 1, además indagaré su vivir actual y lo más significativo de cómo son y sienten a través de una pregunta abierta, agradeciendo finalmente su honestidad y ayuda. La pregunta es:

¿Actualmente existe algo o alguien dador de sentido o significado en su vida?

Diseño

Se utilizó un diseño cuasiexperimental exposfacto de dos muestras independientes de “sujetos tipo”.

	<i>Criterio de Inclusión</i>	<i>Variable Independiente</i>	<i>Variable Dependiente</i>
Grupo A	Pacientes externos de 1ra. vez	No conciencia de la propia muerte	Puntuación Test PIL
Grupo B	Sobrevivientes (Gpo. Autoayuda)	Conciencia de propia muerte	Puntuación Test PIL

RESULTADOS

DEMOGRAFÍA DE LAS VARIABLES

Es necesario recordar que esta investigación es a nivel exploratorio y se pretende aportar evidencias o datos al caso de la conciencia de la muerte como búsqueda de sentido por lo que los resultados aquí expuestos no podrían generalizarse. Para ello tendría que realizarse uno o varios estudios de gran alcance, desde su nivel de medición hasta su muestreo. Sin embargo los resultados nos dan los elementos necesarios para la discusión de los hechos y relacionarlos con su marco teórico.

(Grupo 1: Consulta externa)

Los siguientes resultados que se muestran se refieren a 50 mujeres con una media de edad de 36.2, distribuyéndose desde los 17 años hasta los 65, con una frecuencia mayor de entre los 23 y 40 años.

En relación al **nivel escolar**, tenemos que la muestra se distribuye a lo largo del nivel *primaria* hasta *superior*; siendo el nivel de *secundaria* el más alto con el 28% , y el más bajo el nivel *superior* con 12%.(ver gráfica 1)

Con respecto a la **variable ocupación** la mayoría 21 de 50 mujeres, es decir el 42% se dedica al *hogar*. El 22% eran *estudiantes* y los porcentajes más bajos, 4%, lo ocuparon el nivel *profesionista* y *jubiladas*. Las mujeres que se dedicaban al *trabajo* constituyeron el 32%.(ver gráfica 2)

En cuanto al **estado civil** la categoría más alta fue *casada* con el 40 %; después siguió el 36% de *soltera*, los restantes porcentajes se distribuyeron en categorías *unión libre* y *viudas* 8% cada una; *madre soltera* y *separada* 6% y 2% respectivamente.(ver gráfica 3)

Por lo que corresponde a la **variable religión** la categoría *católica* marcó el 78%. Otras religiones puntuaron en porcentajes muy bajos como el 2%, *mormón*, *evangelista*, *testigos de Jehová*. El 8 % se ubicó en la categoría *ninguna*.(ver gráfica 4)

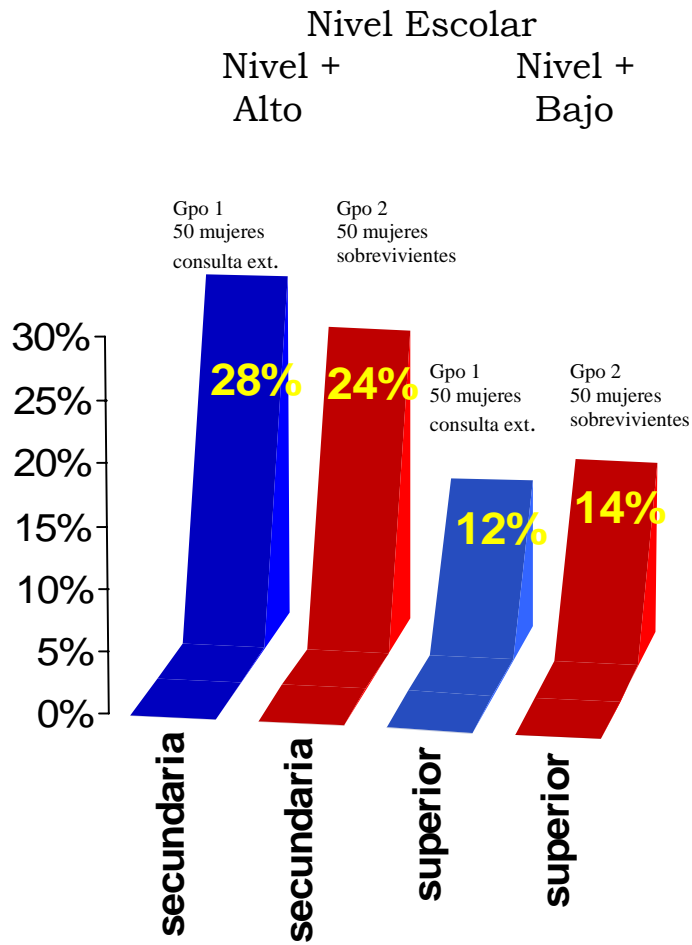


Grafico 1

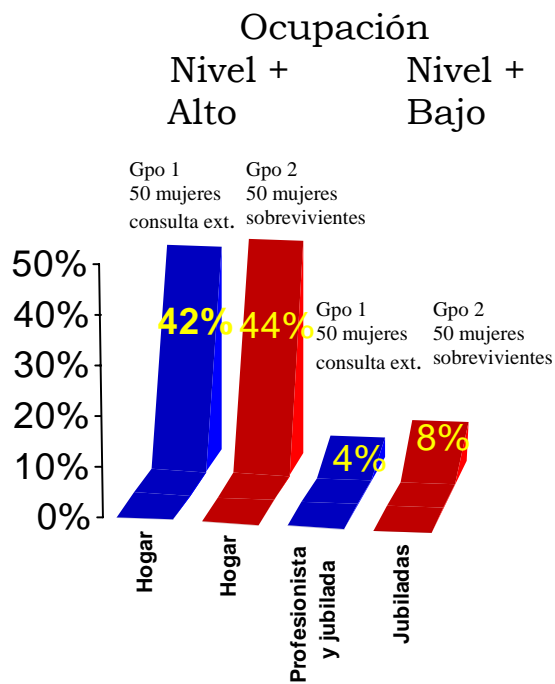


Grafico 2

Estado civil

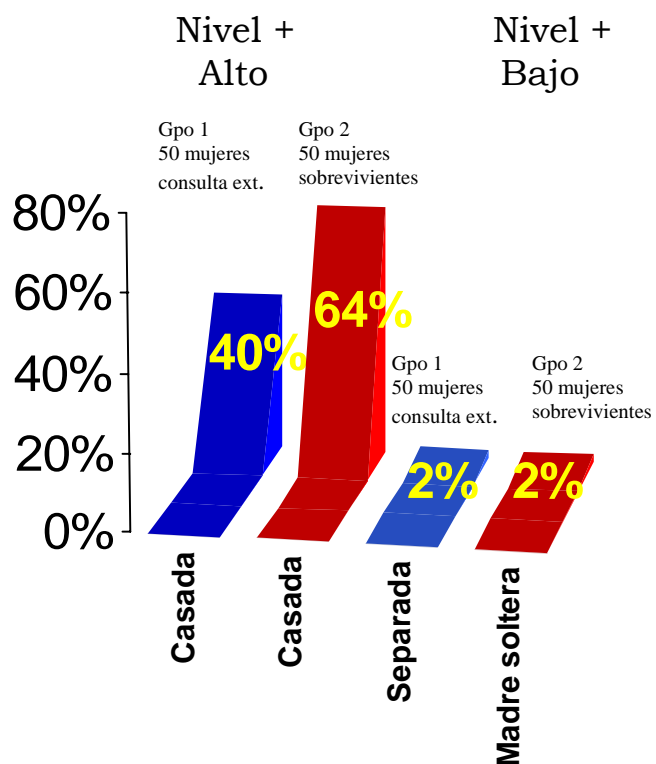
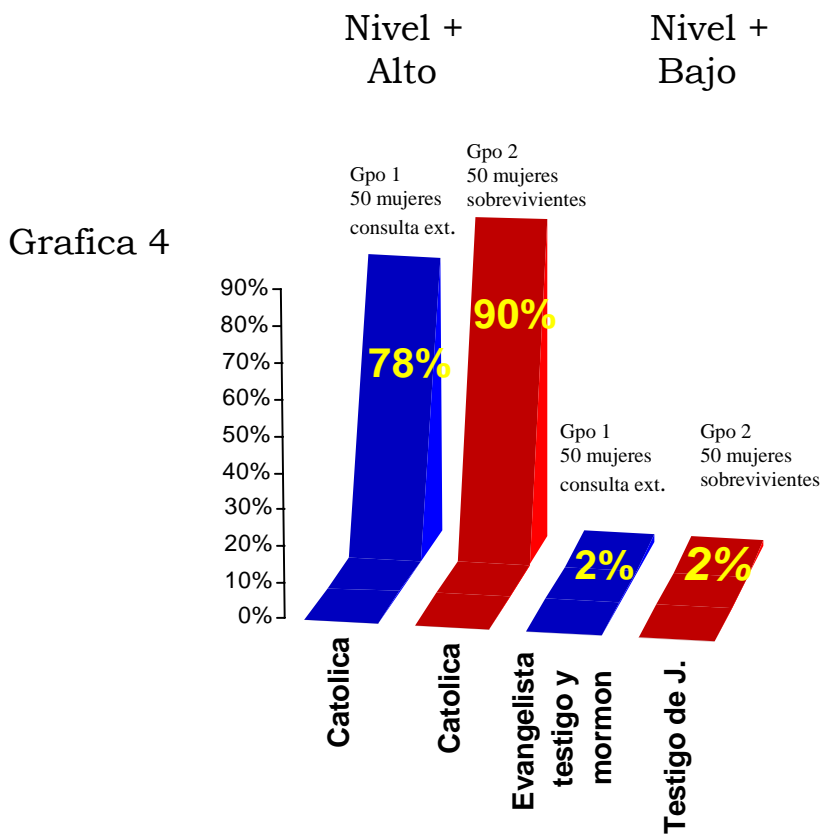


Grafico 3

Religión



Grafica 4

(Grupo 2: Sobrevivientes)

Los siguientes resultados se refieren a 50 mujeres con cáncer de mama en remisión con una edad media de 53.2 distribuyéndose desde los 29 años hasta los 75, con una frecuencia mayor de entre los 48 y 62 años

En relación al **nivel escolar** tenemos que la muestra se distribuye a lo largo de nivel *primaria* hasta *superior*, siendo el nivel *secundaria* el nivel más alto con el 24% y el más bajo, el nivel *superior* con el 14% de esta muestra.(ver gráfica 1)

En cuanto a la **variable ocupación**, la mayoría, es decir el 44% se dedica al *hogar*. El 38% de las mujeres de este grupo se dedica a *trabajar*. El 10% son *voluntarias de un hospital* y solo el 8% son *jubiladas o pensionadas*.(ver gráfica 2)

Con respecto al **estado civil** la categoría más alta fue *casada* con el 64%, después le siguió 16% *divorciada/separada*. Los restantes porcentajes se distribuyeron en categorías *soltera* 10%, *unión libre* y *viudas* 4% y *madre soltera* 2%.(ver gráfica 3)

Por lo que corresponde a la **variable religión**, la categoría *católica* marcó el 90% de la muestra. Otras religiones se puntuaron en porcentajes muy bajos como el 2% y 4% de *testigo de Jehová* y *ortodoxa*. Otro 4% se ubicó en la categoría *ninguna*.(ver gráfica 4)

RESULTADOS DE LA PRUEBA PIL Y “t” de student

Grupo		N	Media	Desviación STD	T de student	Sig.
PIL	1	50	108.96	13.07	2.541	.013
	2	50	116.92	17.89		

Aquí se puede observar que el grupo 2, sobrevivientes de cáncer de mama, tuvieron una media mayor que el grupo 1 de pacientes de consulta externa. Sin embargo los puntajes más altos y más bajos se observaron en el grupo de sobrevivientes; los casos más bajos fueron 5 mujeres con puntajes de 59,70,74 y 89 en la Prueba PIL, que nos habla de una clara falta de sentido y sin embargo se presentaron en este mismo grupo los casos más altos, 34 mujeres con puntajes del 113 al 140 que nos dice que existe un definido propósito en sus vidas. Mientras que en el grupo 1, fueron 24 mujeres que obtuvieron puntajes altos sin llegar al puntaje máximo.

En la siguiente tabla se muestran de manera específica los aspectos que mide la prueba PIL, señalando las diferencias de ambos grupos.

	GRUPO	N	Media	Desviación Estándar	t	Sig.
Significado de la vida	Consulta Externa	49	38.69	5.27	2.425	.017
	Diagnosticadas	49	41.47	6.03	2.425	.017
Satisfacción de la propia vida	Consulta Externa	50	31.28	4.70	1.892	.061
	Diagnosticadas	48	33.50	6.77	1.879	.064
Libertad	Consulta Externa	50	16.28	3.02	1.987	.050
	Diagnosticadas	49	17.43	2.72	1.989	.050
Miedo a la muerte	Consulta Externa	50	4.56	1.85	4.207	.000
	Diagnosticadas	49	5.90	1.25	4.223	.000

Como se puede observar las medias del grupo de sobrevivientes fue mayor al grupo de consulta externa

en todos los aspectos que mide la prueba PIL, significado de la vida; satisfacción de la propia vida; libertad; miedo a la muerte.

La diferencia de medias mas alta entre los dos grupos fue el *significado de la vida* , siendo el grupo de mujeres sobrevivientes el mas alto.

Es importante señalar que en cuento al miedo a la muerte en el grupo 1 se presentaron 11 mujeres que puntuaron faltos de preparación y con temor, mientras que en el grupo 2 solo un caso.

Para el grupo 1 (consulta externa) hubo 10 mujeres que se manifestaron preparadas y sin temor, en tanto que el grupo 2 (sobrevivientes) hubo 20 mujeres preparadas y sin temor.

RESULTADOS DE LA COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Grupo 1 (consulta externa)		Grupo 2 (sobrevivientes)	
Valor t	Significancia Probabilística (<0.05)	Valor t	Significancia Probabilística (<0.05)
2.541	.013	2.541	.013
Punto Crítico			
X : 108.96	1.658	X : 116.92	

El valor de t calculado se comparó con los valores críticos de la tabla con 98 grados de libertad y se obtuvo el valor más cercano al calculado, la probabilidad (nivel de significancia) es de 0.05. El valor crítico de t de tablas es de 1.658.

Decisión: Como el valor de t calculado 2.541 es mayor que el valor crítico 1.658 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Esta hipótesis de trabajo nos dice que: La conciencia del riesgo a morir en sobrevivientes de cáncer de mama, incrementa el sentido de la vida, en comparación de un grupo de pacientes que acuden por primera vez a consulta externa.

La diferencia en los propósitos o sentido de la vida entre estos dos grupos tal vez se deba a la conciencia de la cercanía de la muerte.

RESULTADOS DE LA PREGUNTA “A” PARA AMBOS GRUPOS

La distribución de las respuestas a la pregunta: ¿actualmente existe algo o alguien dador de sentido o significado en su vida? tanto al grupo 1 (pacientes de consulta externa), como al grupo 2 (sobrevivientes de cáncer de mama) es la siguiente:

Para el grupo 1 y al igual que el grupo 2 la **familia** (esposo y/o hijos) constituyó la categoría más alta, 48% y 38% respectivamente. Sin embargo hubo diferencias, mientras que para el grupo 1 la categoría que incluía **trabajo** ocupó el 20%, para el grupo 2 esa misma categoría solo fue el 6%.

Otra diferencia importante fue que mientras para el grupo 1 la categoría **Dios-familia** ocupó el 12%, para el grupo 2 marcó el 24%. Siendo el segundo nivel más alto para este grupo. Solo para el grupo 1, reportó un 6% de sentido de la vida **indefinido** o **casi no**.

Para el grupo de sobrevivientes, señalaron la *salud* como un sentido de vida con el 10%. Este grupo reportó también categorías diferentes como *ayudar*, 8% o *soportar el dolor*, 2%. Finalmente solo una persona para el grupo 2 reportó un caso de **sentido indefinido**.

	GRUPOS				TOTAL
		1		2	
Pregunta "A"	1 Familia	24	1 Familia	19	43
	2 Familia-Trabajo	8	2 Familia-Trabajo	3	11
	3 Dios-Familia	6	3 Dios-Familia	12	18
	4 Familia-Pareja	4	4 Salud-Familia	5	9
	5 Yo misma	3	5 Yo misma	4	7
	6 Trabajo	2	6 Ayudar	4	6
	7 Indefinido	2	7 Indefinido	1	3
	8 Casi no	1	8 Soportar el Dolor	1	2
			9 Casarse	1	1

**RESULTADOS DE LA PREGUNTA “B”
SOLO PARA EL GRUPO DE
SOBREVIVIENTES**

Los resultados al planteamiento que dice que, tiempo antes que usted supiera que enfermedad tenía, ¿cuál era su actitud hacia la vida?, son las siguientes: el **66%** de las mujeres reportó un **cambio positivo**, el **30 %** señaló **no haber diferencias**; solo una persona manifestó un cambio negativo y otra una respuesta problemática.

PREGUNTA “B”			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1 Cambio Positivo	33	66.0	66.0
2 No Diferencia	15	30.0	96.0
3 Respuesta Problemática	1	2.0	98.0
4 Cambio Negativo	1	2.0	100.0
Total	50	100.0	

Estas respuestas positivas de antes y después de la enfermedad no parecen haber sido afectadas por el tiempo del diagnóstico pues, existen cambios positivos percibidos de mujeres desde los 5 meses hasta aún después de haber transcurrido muchos años (26 años fue el máximo tiempo).

Este cambio positivo fue percibido por la mayoría (66%), a pesar que del total de este grupo, el 70% de las mujeres (35) fueron **mastectomizadas** de alguno de sus senos y solo el 30% de ellas no fueron intervenidas quirúrgicamente.

DISCUSIÓN

Nuestras preocupaciones acerca de la muerte y de los modos de enfrentar la angustia por ella provocada, son fenómenos profundos, difíciles de comprender y de escribir. A lo largo de la investigación hubo siempre aspectos muy interesantes de descubrir y conocer; la relación con los pacientes de cáncer de mama resultó desde el comienzo muy enriquecedora.

Sin embargo aun que la hipótesis de trabajo fue confirmada mediante las pruebas y análisis estadísticos, éstos no pueden constituir un fin en sí mismo, sino dar herramientas para el análisis de los datos. En una situación aleatoria y más aún, no paramétrica, no es posible conocer la verdad y las decisiones que se tomen serán con sus respectivas reservas. En realidad no podemos probar que una hipótesis sea verdadera o falsa, sino argumentar que de acuerdo con ciertos datos hay evidencias en su favor o en su contra.

Las diferencias en las puntuaciones de los dos grupos de estudio bien pueden depender de las propias características de cada muestra. Una de ellas es que mientras el promedio de edad de las mujeres de consulta externa es de 36.2 años. El del grupo 2 (sobrevivientes) fue de 53.2, esto pudo influir en las diferencias de puntuación de la PIL, pues existe una relación de madurez al aumentar la edad. En la edad adulta tardía se dan cambios fundamentales en el concepto que se tiene de la muerte. En general, las personas mayores tienen menos ansiedad a la muerte que las de mediana edad (Villalobos, 1977).

Meyer, A., y Edwards, H., (en Brand 1991 p. 159) encontraron que los grupos de mayor edad tuvieron

calificaciones significativamente más altas que los grupos de menor edad en la prueba de PIL.

En cuanto al nivel escolar ambos grupos tuvieron frecuencias similares (el mayor fue secundaria para ambos grupos), por lo que no pudo ser causa de las diferencias en la PIL.

Debido a que para ambos grupos la variable ocupación, en su mayoría lo ocupó el “hogar”, 44% y 42% seguido de “trabajo”, no fue tan determinante para establecer diferencias en los resultados.

Con respecto al estado civil, la categoría más alta fue “casada” para ambos grupos, 42% y 64% grupo 1 y grupo 2. En el grupo de mujeres de consulta externa hubo un porcentaje de 36% de “soltera”, los restantes porcentajes fueron menores para ambos grupos, por lo que tampoco fue determinante para marcar las diferencias en los resultados.

Se observa que en el grupo 2 en la variable religión, la categoría “católica” fue de 90%, mientras que la del grupo 1 fue menor (78%); .Este aumento puede deberse quizá al argumento planteado por Sádaba (1991) que la religión libera angustias, protege contra el desorden mental y hace del límite algo más llevadero que un abismo mortal, o en palabras de Jung C. (en Meyer J. 1983, p.27) “cabe incluso afirmar que la mayoría de las religiones son complicados sistemas de preparación para la muerte”.

Por otro lado, es notorio que las respuestas a la pregunta abierta ¿si existe algo o alguien que le de sentido a su vida?, en su mayoría para ambos grupos fue la familia, concordando con lo que escribe Frankl (en Pareja 1989, p.192) que generalmente es en la familia donde las personas desarrollan “valores de

experiencia” que le dan sentido a su vida. Es decir, la mayoría de las personas nacen, se desarrollan y mueren en familia.

Otro aspecto destacable es que hay un incremento en la categoría Dios-familia en el grupo 2, del 24%, mientras que el 12%, para el grupo de consulta externa. Esto puede tener su explicación que al encontrarse las mujeres con cáncer de mama tengan más riesgo a morir y se apeguen más a la idea de Dios que el grupo 1, por no tener un riesgo tan alto.

Estos incrementos y características del grupo de sobrevivientes se han develado a través de los datos expuestos. Si bien ni la escolaridad, ni la ocupación, ni el estado civil fueron determinantes en los resultados, pues ambos grupos eran semejantes en esos aspectos, la edad y su apego religioso quizá tuvieron su influencia; por un lado la madurez producto de la edad y por otro la relación positiva que hay entre apego religioso y sentido de la vida.

El grupo de sobrevivientes también se mostró en la pregunta “ B ”, la que indaga la diferencia percibida ante la vida entre antes de saberse enferma y ahora. Las mujeres reportaron un 66% de cambio positivo; el 30% señaló no percibir diferencias y solo el 4% reportó un cambio negativo en su actitud. Esta percepción favorable es lograda por el trabajo de los valores de actitud que señala Víktor Frankl, los cuales proporcionan sentido a través del dolor y ante circunstancias adversas como lo es no solo la enfermedad sino el difícil tratamiento, es por esto que creo, que estas diferencias en los resultados se debe a un crecimiento personal que les ha ayudado a su adaptación a la enfermedad. En este aspecto Víctor Frankl(1980 p.38) nos dice que el dolor solo tiene sentido si tú cambias.

Entre los cuatro aspectos que mide la prueba PIL, *significado de la vida; satisfacción por la propia vida; la libertad y miedo a la muerte*, la diferencia mas grande entre las medias de los dos grupos fue el *significado de la vida*, siendo el mas alto el grupo de sobrevivientes.

Esta diferencia significativa nos habla que la conciencia de la propia mortalidad de estas mujeres, las aleja de las trivialidades y accesorios de la vida y comunican a ésta una profundidad y una agudeza completamente diferentes a las mujeres de consulta externa.

Es posible que el puntaje alto del sentido de la vida funcione como amortiguador de la angustia a la muerte en las mujeres sobrevivientes y de ahí la diferencia entre los dos grupos. Esto ya fue presentado por Jhon Hinton, quien afirma la correspondencia positiva entre una vida satisfactoria, con sentido y una menor angustia o aceptación de la muerte.

Existe un resultado similar en las investigaciones de Matthews, A., Beker, F., Hann, D., Denniston, M., y Smith, T.(2002), quienes mostraron la relación positiva entre la satisfacción de la vida con los niveles de salud en mujeres sobrevivientes de cáncer de seno. Las calificaciones de la prueba de calidad de vida aplicada , como el funcionamiento físico y el bienestar emocional, fueron mas altas para quienes poseían satisfacciones de la propia vida.

El punto más importante en la discusión de las diferencias de los resultados de la prueba PIL, tal vez se deban a la influencia que el grupo de sobrevivientes de cáncer recibió de la Asociación Civil Reto, pues este grupo acudía a sesiones de autoayuda en el cual existe un fuerte contenido emocional como incentivo a su mejor adaptación de la enfermedad. Pimentel (1995, p. 258) afirma en sus conclusiones que la asociación de auto-apoyo promueve un cambio de actitud positivo del proceso emocional que produce el cáncer de mama.

Semejantes resultados confirman lo mencionado por Pimentel(1995), se trata de una investigación de Rutledge, D., y Raymon, J.(2001), quienes demuestran que la asistencia a un grupo de autoayuda en un retiro, tiene efectos positivos en la calidad de vida comparando sus mediciones antes y después de asistir a tal retiro de fin de semana.

La oportunidad de haber asistido a múltiples sesiones del grupo de autoayuda Reto, me hacen destacar que con frecuencia en tales sesiones exponían casos muy dolorosos, llenos de emotividad que lo transmitían a todos los presentes, entre de los cuales alguien sabía destacar alguna enseñanza de aquella difícil situación.

Las sesiones se cubrían también de mucha superficialidad, pues se hablaba de remedios, dietas, medicamentos, limitaciones físicas, etc. Después comprendí que tal superficialidad era de naturaleza defensiva que aminoraba su temor a la muerte.

Parece ser que la asociación civil grupo Reto funciona como generador de defensas, donde a través de cuidados, consejos, acceso a servicio médico y a accesorios (prótesis), refuerza los dos mecanismos de defensa descritos por Yalom(1984), el sentirse especiales, inviolables, por lo que no les puede suceder nada malo y la otra defensa es la creencia arraigada de la llegada de un salvador, que les ayudará en el último momento (el médico, la coordinadora del grupo o dios).

Si bien el grupo Reto promueve un cambio de actitud positivo, eso no quiere decir que no se hablara de la muerte directa o indirectamente en las sesiones; en ocasiones se enteraban de algún deceso de una integrante que hacía tiempo no asistía al grupo, produciendo gran conmoción en todas ellas.

Por otra parte, algo que no dejó incrementar los puntajes de la PIL en muchos casos , fue la difícilísima adaptación que tienen que hacer ante una cirugía de

pecho y la caída del cabello, ya que estas parte del cuerpo están muy asociadas a la feminidad, la crianza y la sexualidad. Estos procesos de adaptación no son rápidos, por lo que el duelo requiere mas tiempo, pues se elabora varias veces a lo largo de los tratamientos médicos. A pesar de lo anterior hay elementos para establecer una relación positiva entre la conciencia de la muerte y el sentido o significado de la propia vida.

CONCLUSIÓN

Desde un principio la intención de este estudio ha sido la búsqueda de datos y evidencias a nivel exploratorio y descriptivo sin intentar llegar a ser inferencias o generalizaciones, para ello se requeriría un estudio más profundo y una selección de la muestra aleatoria representativa, pues el muestreo de esta investigación fue no probabilístico.

Dados los datos cuantitativos de ambas muestras, como se pudo apreciar son similares en cuanto al rango escolaridad (nivel secundaria en su mayoría); ocupación (el hogar en su mayoría); estado civil (casadas en su mayoría); religión (católica en su mayoría para ambas muestras), salvo la edad que fue mayor su media para el grupo de sobrevivientes. Esto nos lleva a concluir que el aumento de la prueba de PIL para el grupo de sobrevivientes se debe a la conciencia del alto riesgo a morir, lo que las llevó a revalorar la propia vida dándole a esta mayor sentido a partir del conocimiento de su enfermedad. Esto condujo a la aceptación de la hipótesis de investigación.

Estos resultados coinciden con investigaciones como las realizadas por James M. Thomas y Elliot A. Weiner (1984), donde compararon los resultados de la prueba PIL por tres grupos: los críticamente enfermos; los no tan críticamente enfermos y un grupo control, donde los muy enfermos obtuvieron las puntuaciones más altas.

Existen diversos puntos de concordancia de estos resultados con los expuestos en el marco teórico, uno de ellos es el señalado por Viktor Frankl(1987), quien expone que a través del sufrimiento en situaciones límite, y si se enfrenta sabiamente, pueden ser origen de desarrollo humano y de verdaderos logros internos, donde el sufrimiento tiene sentido si uno logra transformarse en otro.

LIMITACIONES Y APORTACIONES

Los resultados de esta investigación solo son validas a la población del grupo Reto, por lo que se sugiere que se elabore un estudio similar con poblaciones diversas no pertenecientes a grupos constituidos, pues esto pudo influir en los resultados. Puede también sugerirse un estudio longitudinal para analizar las diferencias de los resultados a través de tiempo.

De una manera indirecta suponemos en esta investigación que las mujeres con cáncer de mama en remisión tuvieron mayor conciencia de la muerte, por lo que su sentido y significado fue mayor en la prueba de PIL que el otro grupo de mujeres de consulta externa, por lo que sería conveniente elaborar un instrumento psicométrico que mida conciencia de la muerte, la cual deberá ser sensible con las personas en una situación límite.

También se sugiere se elabore un estudio similar en el que qué incluyan personas del sexo masculino, y observar qué diferencias pudieran darse en los resultados.

Finalmente, según nuestros resultados, dado que ser consciente de nuestra propia finitud incrementa y revaloriza nuestro sentido de vida, encaminar estos hallazgos a un nivel preventivo a través de programas educativos como lo existe en otros países donde la educación de la mortalidad se realiza. Tal vez servidores públicos como cuerpos policíacos, transportistas de pasaje o quienes laboran en el sector salud, si fueran más conscientes de su mortalidad estimularía en ellos su responsabilidad en su trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Aizpuru, A. (1994). Confrontando la finitud humana. Psicoterapia con pacientes terminales. En Prometeo. Num. 6, 19-20. Verano México. Universidad Iberoamericana.
- 2.- Anónimo. El libro de los muertos, (1974) p.5. México: Ateneo.
- 3.- Anthony Silvy, The Discovery of Death in Childhood and after, Basic Books, Nueva York, 1972.
- 4.- Asato, M. (1990). La depresión y ansiedad en el paciente oncológico y su interrelación con el dolor. Tesis de licenciatura en Psicología, UNAM, México.
- 5.- Baizan, M.A. (1997) La aplicación de la logoterapia al ámbito educativo. Tesina de licenciatura en Psicología, UNAM, México.
- 6.- Bakan P.(1970). Dolor, sacrificio y miedo. Ed: F.C.E. México. p.15.
- 7.- Barnes, R.(1994) International Forum for Logotherapy finding Meaning in unavoidable suffering .Vol.17(1) spn.1994,p.20.
- 8.- Bayes, R. (1985) Psicología Oncológica. Ed. Martínez Roca. Barcelona, España. p.13.
- 9.- Becker, E. El eclipse de la luna. (1979).FCE. México. p.33.

- 10.- Brand, M. (1991) Investigación del sentido de la vida según V. Frankl en estudiantes de la Ibero. Tesis doctoral: Universidad Iberoamericana México.
- 11.- Callan David B.(1989) Hope as a clinical issue in oncology social work. Journal of Psychosocial Oncology. Vol.7(3)1989. p.p.31-46.
- 12.- Canales, J.(1999). Propuesta de Intervención en Crisis a familiares de pacientes terminales. Tesis de licenciatura, facultad de Psicología. UNAM, México.
- 13.- Carse, J.(1987) Muerte y Existencia. F.C.E. Méx.
- 14.- Castaneda, C. Viaje a Ixtlán. F.C.E. Méx.1975 pp.61-63.
- 15.- Chaklin, A.(1981). Lo que Ud. debe saber sobre el cáncer. México: Ed. Quinto Sol. p.8.
- 16.- Delgado, P. (1998) Construcción de actitudes y creencias sobre la muerte en pacientes terminales. Tesis de Licenciatura en Psicología. México. UNAM. ENEP Iztacala.
- 17.- Fabry, J.B.(1977). La búsqueda de significado. México: Fondo de Cultura Económica.
- 18.- Fizzotti, E. (1981). De Freud a Frankl. Interrogantes sobre el vacío existencial. (2da. ed.). Pamplona: EUNSA (Original de 1978).
- 19.- Terry, R. (1980.) Cap.II: Patología del Cáncer, del libro Oncología para Médicos y estudiantes de Medicina. Ed Universidad de Rochester, Impreso en México.
- 20.- Frankl, V.(1978) Psicoanálisis y existencialismo de la psicoterapia a la logoterapia. Fondo de Cultura Económica. México.(Original 1946, revisado en 1971).

- 21.- Frankl, V.(1980). Ante el Vacío Existencial. Herder: Barcelona. (original 1977).
- 22.- Frankl, V.(1984) Psicoterapia y Humanismo. (2da.ed.) México: Fondo de Cultura Económica.(1ª. ed. en inglés, 1978).
- 23.- Frankl, V. (1987) El Hombre en busca de sentido.(8ª ed.) Barcelona: Herder. (original, 1946).
- 24.- Frankl, V. (1988). La Voluntad de Sentido. Barcelona: Herder. (original,1982).
- 25.-Frankl, V. (1994). Logoterapia y análisis existencial (2ª ed.). Barcelona: Herder. (original, 1987).
- 26.- Freud, S. (1957). Thoughts for the Times on War and Death, vol. XIV en Standard Edition, Hogarth Press, Londres 1957; (publicado originalmente 1915), p.291; versión castellana: Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte, en Obras completas, vol.2, biblioteca nueva, Madrid 1973.
- 27.- Fromm, E. (1985). El corazón del hombre. FCE, México.
- 28.- García, R. (1985). Enciclopedia metódica. Larrousse en color. México Larrousse tomo 4.
- 29.- Garibay, A.(1986). Mitología griega. Dioses y Héroes. México: Porrúa
- 30.- Golberg, M.(1994). La epidemiología sin esfuerzo. Madrid: Días de santos
- 31.- Holland, C. y Massie, J.(1987). The cancer patient: Psychosocial problems and Support. American Society of Clinical Oncology, ASCO. 23rd. Annual meeting May 17-19, Atlanta, Georgia. pp. 132-149.

- 32.- Jasper, K. (1993). Filosofía de la existencia. Ed. Planeta Agostini. México. (original de 1937).
- 33.- Kubler, E. (1975). Sobre la muerte y los moribundos. Ed. Grijalvo: Barcelona, Buenos Aires, México.
- 34.- Kubler, E. (1986). Una luz que se apaga. Ed. Pax-México. (1ª. reimpresión).
- 35.- Matthews, A., Beker, F., Hann, D., Denniston, M., y Smith, T. (2002) Health status and life satisfaction among breast cancer survivor peer support volunteers. Psycho-Oncology 11: 199-211. Published online in Wiley InterScience(www.inerscience.wiley.com)
- 36.- May, R. (1990). Dilema Humano. México: Ed. Gedisa.
- 37.- Medina, S. (1999). Comparación entre la vida y la muerte a través de la tanatología. Tesina UNAM. Fac. de Medicina. (Asociación Mexicana de Tanatología).
- 38.- Meyer, J. (1983) Angustia y conciliación de la muerte en nuestro tiempo. Barcelona: Herder.
- 39.- Morse M. y Perry P. (1992) Transformed by the Light: The power full effect, of near-death experiences on peoples lives. New York: Villard Books.
- 40.- Neimeyer, A. (1997) Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. España: Paidós.
- 41.- Novoa, J. (1977) Al principio fue el miedo. México: A.T.E. p. 7.
- 42.- Ortiz, F. (1985) La enfermedad y el hombre. Ed. Nueva Imagen México, Caracas, Buenos Aires.

- 43.- Ortiz, F. (1987) El acto de morir. Ed. Nemesis, México.
- 44.- Papalia y Olds. (1985) Desarrollo Humano. México: Mac Graw-Hill.
- 45.- Pareja, G. (1989) Víctor E. Frankl. Comunicación y resistencia. (2^a. ed) México: Premia Editora. (original de 1987).
- 46.- Pereda, R. (1988) Importancia de la prevención y tratamiento de los efectos psicológicos que surgen en pacientes en relación a la muerte, una alternativa para un mejor enfrentamiento. Tesis de Lic. Psicología. México. UNAM. ENEP Iztacala.
- 47.- Pérez, O. (1989) Bioética. Madrid: Taurus.
- 48.- Piaget, J. (1978) La representación del mundo en el niño 4^a. Ed. Madrid Morata. pp.72-80
- 49.- Pimentel, S.(1995) Estudio comparativo de cambio de actitudes en pacientes con cáncer mamario a través de un grupo de autoapoyo. Tesis de Lic. Psicología. UNAM.
- 50.- Portilla, L. (1992) Visión de los vencidos. Relaciones Indígenas de la conquista. Ed. Universidad Nacional Autónoma de México (13^a. Edición).
- 51.- Pratt, E. A death education laboratory as a medium for influencing freeligs toward death, "Dissertation Absytracts" (1984) 4026 (B).
- 52.- Pucheu, S.(1988) The sensation of recovery and its psychological variations. Psychology Medicale. vol. 20 (9) p.1279-1280.

- 53.- Quintanar, F.(1996) La conocida imagen de la muerte. Problemas conceptuales en su estudio psicológico. Prometeo No.6. Verano. México: Universidad Iberoamericana.
- 54.- Quitmann, H. (1989) Psicología humanista. Barcelona: Herder. (original de 1985).
- 55.- Rage, E. (1994) Vacío Existencial. Psicología Iberoamericana, 1994 2 (1) pp.158-166).
- 56.- Reyes, Z. (1998) Consideraciones básicas en la investigación psicológica con pacientes de cáncer. Barcelona: Herder.
- 57.- Riojas, R. (1999). Modelo psicoterapéutico de corte psicoanalítico, para el manejo de la angustia generada ante el proceso de morir. Tesis de Doctorado en Psicoterapia Psicoanalítica. México. Universidad Intercontinental.
- 58.- Rubin, P. (1980). Oncología clínica, cap. I: Exposición del problema clínico oncológico. Ed. Universidad de Rochester. Impreso en México.
- 59.- Rutledge, D., y Raymon, N.(2001) Changes in well-being of women cancer survivors following a survivor weekend experience. Rutledge-Vol 28, No. 1. Women's Cancer Resource Center <http://www.wcrc.org/>
- 60.- Sádaba, J. (1991) Saber morir. España. Libertarias Prodhufi.
- 61.- Saldaha, E.(1993). Terapia vivencial. Un abordaje existencial en psicoterapia. Argentina: Lumen
- 62.- San Agustín. (1984). Mi Confesión. México: Porrúa p. 51.

- 63.- Sciacca, (1977). Las grandes corrientes del pensamiento/tr. José Ávila Selma. Madrid: Ed. Guadarrama.
- 64.- Séneca, M. (1980) Cartas a Lucilio. México: FCE. p.145.
- 65.- Shain, W. (1981). Self-esteem, Sexuality and cancer management (cap.16), del libro Psychoterapeutic treatment of cancer patients. New York: Jane Golberg, The Free Press.
- 66.- Sherr, L.(1992). Agonía, Muerte y Duelo. México: Manual Moderno p. 227.
- 67.- Shubin, B; Gritsman, Y. (1989) El Hombre contra el Cáncer. Ed. Mir Moscú
- 68.- Sontag, S.(1985). Illnes as metafhor. New York: Farrar
- 69.- Tena-Suck,A.; Rage, E. y Derbez, A. (1999). Confiabilidad y Validez de tres Instrumentos acerca del Sentido de la Vida. Enseñanza e Investigación en Psicología. vol. 6. No. 1. Enero-Junio. 2001. Universidad Iberoamericana.
- 70.- Terry, R. (1980). Oncología para Médicos y estudiantes de Medicina. Cap. II: Patología del cáncer. Ed. Uiversidad de Rochester, impreso en México.
- 71.- Thomas, J. y Weiner, E. (1974) Psychological differrences among groups of critically ill hospitalized patients, noncritically ill hospitalized patients, and well controls. Journal of consulting and clinical Psychology. vol. 42, No.2, p. 274-279.
- 72.- Thomas, V. (1983). Antropología de la muerte. México: FCE. p. 607.

- 73.- Viamonte, M. (1993). Al encuentro de la salud, felicidad y longevidad. México: Trillas.
- 74.- Villalobos, (1997). Sensibilidad al temor a la muerte en adolescentes. Tesis de Lic. en Psicología. México. UNAM. ENEP Iztacala.
- 75.- Vrousos, C; Koloide, H. y Bachelot, C. (1998). Psychologie Medicale. Vol. 20 (9) Sep. pp. 1277- 1278.
- 76.- Westheim, P. (1985). La calavera. México: FCE. pp. 10-16
- 77.-Yalom, I. (1984). Psicoterapia existencial. Barcelona: Herder.
- 78.- Ziegler, J. (1976). Los vivos y los muertos. México: Ed. Siglo XXI.