



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.**

***LA MUERTE Y SUS INMEDIACIONES EN EL SIGLO XXI.***

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN  
P R E S E N T A**

**MONTSERRAT GÓMEZ RAMÍREZ.**

**ASESOR: DR. JORGE FEDERICO MÁRQUEZ MUÑOZ.**

**CIUDAD UNIVERSITARIA.**

**2007**



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.

*Le dedico el presente trabajo a mi padre,  
José Luis Gómez Galicia.*

*Y a todas aquellas personas que terminan su vida  
enfrentando enfermedades culminantes,  
en orfandad, olvido y miseria.*

*Los andares que compartimos juntos,  
fueron tan dulces, serenos y difíciles.  
En cada instante de esas horas trémulas,  
me sobrecogía, la duda, la incertidumbre, el temor  
y una infinita tristeza.*

*La soledad era una incómoda compañera  
persistente y constante, que me murmuraba  
discretamente... ¿dónde están todos?:  
una mano amiga, una palabra de aliento,  
una muestra de asistencia, compañía,  
sinceridad, tranquilidad.*

*En los momentos de desesperación, la  
única calma la encontré en los libros, la reflexión y la oración.  
Pero más aún en esas charlas discretas y cautivadoras  
con los pacientes terminales de los hospitales.*

*Era fácil reconocerlos, arrastraban la vida  
en su andar; en su mirada había miedo,  
duda, y un reclamo de atención que  
pocas veces era saciado.  
La mayoría de ellos olían a olvido.*

*Era inminente referirse a pesares, aunque  
por encima de éstos, existía un intercambio profundo  
de reflexiones donde la protagonista era la vida,  
no la muerte.*

*Lo cierto es que gracias a todas esas enseñanzas,  
Surgió este trabajo.*

*Gracias por todo papá, ahora sé que en ese suspiro,  
me dejaste una entrega infinita, una sensibilidad discreta,  
un humor lúdico como principio de resistencia,  
y un enorme respeto por el dolor de cada ser humano,  
en fin, tu esencia.*

*Ahora sé de las uniones eternas,  
que juegan día a día con la divinidad,  
y tienen como cómplice,  
el firmamento.  
Te amo.*

## LA MUERTE Y SUS INMEDIACIONES EN EL SIGLO XXI.

*Por Montserrat Gómez Ramírez.*

INTRODUCCIÓN.....	6
-------------------	---

### CAPITULO I

#### LA MUERTE COMO CONCEPTO Y PERCEPTO INTERDISCIPLINARIO.

1.- ¿CÓMO DEFINIR LA MUERTE?.....	10
1.1.- ANTROPOLOGÍA DE LA MUERTE.....	15
1.2.- VISIÓN DE LA MUERTE A TRAVÉS DE LA HISTORIA.....	26
1.3.- MUSA DE LA FILOSOFÍA.....	33
1.4.-DIVERSAS EXPLICACIONES PSICOLÓGICAS:.....	43
1.4.1.-El temor a la muerte como desencadenante de angustia.	
1.4.2.-La muerte desde la perspectiva de Sigmund Freud e Ignace Lepp.	
1.4.3.-Amor a la muerte y amor a la vida, Erich Fromm.	
1.5.- EL CONCEPTO DE MUERTE DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO.....	52
1.6.- LA MUERTE, VISIÓN DE ALGUNAS RELIGIONES.....	53
1.6.1.-Necesidades espirituales y religiosas.	
1.6.2.-La iglesia Cristiana.	
1.6.3.-Budismo.	
1.6.4.-Judaísmo.	
1.6.5.-Hinduismo y Sikhismo.	
1.6.6.-Musulmanes.	
1.6.7.-Humanistas y ateos.	

### CAPÍTULO II

#### LA TANATOLOGÍA: DISCIPLINA QUE BUSCA COMUNICAR Y DIFUNDIR EL PROCESO DE MORIR.

2.- SURGIMIENTO, DEFINICIÓN Y APORTACIONES DE LA TANATOLOGÍA.....	61
2.1.- INTERPRETACIÓN DE LA MUERTE EN MÉXICO EN EL SIGLO XXI.....	68
2.1.1.- ¿Cómo percibe y expresa el proceso de morir el mexicano?.....	73
a) Angustia.	

- b) Frustración.
- c) Culpabilidad.
- d) Depresión.
- e) Aceptación.

2.1.2.-Condiciones de los adultos mayores en México.....	77
2.1.3.-Esperanza de vida y muerte en la vejez.....	81
2.1.4.-Instituciones de tanatología en México y sus objetivos.....	85

- a) Asociación Mexicana de Tanatología A. C. (AMTAC)
- b) Instituto Mexicano de Tanatología A. C. (INMEXTAC)

### **CAPÍTULO III.**

#### **COMPRENDER, TRANSMITIR Y ENFRENTAR EL PROCESO DE MORIR.**

#### **3.- PÉRDIDAS, MIEDOS Y NECESIDADES DEL ENFERMO EN FASE TERMINAL.....89**

- 3.1.1.- Lo inevitable: La Enfermedad.
- 3.1.2.- Pérdidas y Miedos.
- 3.1.3.- Necesidades y Derechos.
- 3.1.4.- El Proceso de Morir.

#### **3.2.- APARECE EL DUELO EN LA FAMILIA.....113**

- 3.2.1.- El duelo del enfermo terminal y de su familia.
- 3.2.2.- Claves para ayudar en el proceso de recuperación.

- Los últimos momentos, la terapia del silencio.

- 3.2.3.- El dolor y la culpa como desencadenantes de crisis familiares.

#### **3.4.- ¿CUÁNDO EL DUELO SE VUELVE PATOLÓGICO?.....131**

- 3.4.1.- La depresión como síntoma de un mal desenvolvimiento del duelo.
- 3.4.2.- Trastornos provocados por la depresión.

#### **3.5.- COMENZAR UNA VIDA NUEVA DESPUÉS DE LA PÉRDIDA.....140**

- Recuperar la autonomía.
- Incrementar la seguridad personal.
- Optimizar el tiempo libre.
- El Perdón. Importantes beneficios que se obtienen cuando se pide y se otorga

- 3.5.5.- El trabajo personal para sanar.....145

3.5.6.-Expresar y sanar el dolor, labor del tanatólogo. Entrevista.....	147
CONCLUSIÓN.....	153
BIBLIOGRAFÍA.....	159
HEMEROGRAFÍA.....	161
SITIOS WEB.....	162

## INTRODUCCIÓN:

La muerte siempre es un acto vigente y universal, en cualquier momento podemos morir sin excepción alguna. La mayoría de las personas rechazan la muerte, no están concientes de ella o evitan hablar sobre el asunto, ello se debe a la sociedad mercantilista y de consumo en la que vivimos, “*consumo, luego existo*”, pareciera ser no sólo el lema sino el dogma actual, como si se pudiera comprar la *vida eterna*.

El problema es que las personas no se preparan para enfrentar la muerte, ya sea propia o ajena. No saben qué hacer, a quién recurrir para pedir ayuda u orientación a parte del médico -la mayoría de los cuales suelen carecer de calidez humana-, las personas que enfrentan la muerte la mayoría de las veces desconocen cuáles son sus derechos y sus obligaciones. Y mucho menos previenen las complicaciones que se avecinan.

En México existe un miedo generalizado para hablar de la muerte -las tradiciones como el 2 de noviembre tienen otra connotación-, el fallecimiento es un tema que no se aborda. Tal es el caso, por ejemplo, de los enfermos terminales de bajos recursos que viven una enorme desventura social debido a una inadecuada infraestructura institucional en materia de salud pública, incomprensión de su enfermedad, miedo a la muerte y abandono.

Todos hemos experimentado alguna pérdida irremediable, ya sea la de los abuelos, los padres, los hermanos, la pareja, los amigos, un hijo, el amante, o la pérdida de nuestra salud. A partir de las pérdidas irremediables se plantearon las siguientes preguntas a responder en esta tesis: ¿qué es la muerte, cómo enfrentarla, aceptarla y qué es lo que podemos hacer para *seguir vivos* cuando experimentamos la muerte de un ser que amamos?

En el primer capítulo se aborda el estudio de la muerte desde diversas perspectivas. La dimensión antropológica destaca, por ejemplo, que la muerte seguirá siendo la zona oscura en la que de la forma más categórica y permanente triunfarán la magia y el mito. Los ritos, prácticas y creencias alrededor de la muerte continúan siendo el sector más *primitivo* y *moderno* de nuestras civilizaciones.<sup>1</sup> Los antropólogos resaltan que los ritos funerarios revelan nuestras emociones ante la muerte. Por una parte, los rituales tienen como propósito asegurarnos la continua e inalterable presencia del finado, su permanencia en el cosmos, por otra, sin embargo, reafirman su ausencia en el orden natural establecido. Existe una ambivalencia al querer permanecer al lado del muerto y al mismo tiempo apartarlo de este mundo para reafirmar nuestra presencia en la

---

<sup>1</sup> En cuanto al estudio antropológico se revisaron los siguientes libros: **HERTZ**, Robert., La muerte. La mano derecha, Alianza Editorial Mexicana, México, 1990. **THOMAS**, Louis Vincent., Antropología de la muerte, Ed. FCE, México, 1993. **THOMAS**, Louis Vincent., El cadáver. De la biología a la antropología, Ed. FCE, México, 1989, p. 221. **MAUSS**, Marcel., Sociología y antropología, Ed. Tecnos, Madrid, España, 1991.

colectividad. Aceptación de la muerte y protesta contra la misma, conforman la existencia del ser humano desde su origen.

En el apartado histórico Edgar Morin articula en tres tiempos diacrónicos el estudio sobre la muerte: 1) Los hombres de las sociedades arcaicas, 2) Las sociedades metafísicas y 3) La época moderna. Morin considera que el progreso de la ciencia y de la técnica, el desarrollo del espíritu crítico, la expansión del espíritu individualista y competitivo impuesto por un mundo en donde la rentabilidad y el beneficio reemplaza a los antiguos valores, dejan sólo al individuo: *“La salvación, sí existe, no puede estar sino en él, así como la muerte es su muerte, que deberá afrontar sin la ayuda de Dios”*.<sup>2</sup> Por otro lado Philippe Aries plantea la existencia de cuatro parámetros: 1) Conciencia de sí mismo, 2) Defensa frente a la naturaleza salvaje, 3) Creencia en la sobrevivencia, y 4) Creencia en la existencia del mal; que a su vez corresponden a cuatro modelos: a) la muerte domada, b) la muerte propia, c) la muerte lejana y próxima y d) la muerte invertida; mismos que corresponden con cuatro distintos periodos históricos: el primero corresponde a la Primera Edad Media, el segundo a la Baja Edad Media, el tercero a los siglos XVIII y XIX y el cuarto al siglo XX.

La filosofía plantea que el sabernos mortales significa que la vida está perdida de antemano y que de la previsión cierta de la muerte brota el *espíritu*. La filosofía también reconoce que la muerte se encuentra desarticulada del lenguaje simbólico social, lo cual provoca que las personas vivan angustiadas.<sup>3</sup>

En términos psicológicos retomo principalmente los planteamientos de Sigmund Freud, Ignace Lepp y Erich Fromm. Para Freud uno de los factores por el cual hoy nos sentimos desorientados en este mundo, se debe a que existe una clara manifestación por prescindir de la muerte, a eliminarla de la vida y no a integrarla. La contradicción a la que se enfrenta el hombre desde tiempos pasados es la peculiar visión que éste adopta ante la muerte de los demás, la cual es sumamente distinta a la postura que adopta ante su propia muerte; por lo tanto existen dos actitudes opuestas ante la muerte, aquella que la reconoce como aniquilamiento de la vida y la que la niega, ocasionando un conflicto. Lepp destaca que la causa más frecuente de perturbaciones psíquicas radica no tanto en el temor a la muerte sino en la falta y pérdida del sentido de la vida. Fromm considera que existe una contradicción fundamental en el hombre, su afinidad con la vida y con la muerte, sin embargo, dependerá de su medio ambiente por cual de los dos instintos se oriente.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> En términos históricos, se estudiarán principalmente los siguientes libros: **MORIN**, Edgar., El hombre y la muerte, Editorial Kairós, Barcelona, España, 1994. **ARIÈS**, Philippe., El hombre ante la muerte, Ed. Taurus, Madrid, España, 1999. Y **CARSE**, James P., Muerte y existencia. Una historia conceptual de la mortalidad humana, Ed. FCE, México, 1987.

<sup>3</sup> Algunos textos que se consultaran para realizar el estudio filosófico de la muerte son: **PLATÓN**, El banquete, Fedón, Fedro, Ed. Orbis, Barcelona, España, 1993. **HEGEL**, G. W. F., Fenomenología del espíritu, Ed. FCE, México, 1987. **SCHOPENHAUER**, Arthur, El mundo como voluntad y representación, Ed. Porrúa, México, 1992. **SAVATER**, Fernando., Diccionario Filosófico, Ed. Planeta, México, 1996. **BAUDRILLARD**, Jean., El intercambio simbólico y la muerte, Monte Avila Editores, Caracas, Venezuela, 1993. Entre otros.

<sup>4</sup> Los textos principales a estudiar para el estudio psicológico de la muerte son: **FREUD**, Sigmund., El malestar en la cultura, Ed. Alianza, México, tercera reimpresión, 1989. **LEPP**, Ignace., Psicoanálisis de la



El apartado médico retoma brevemente el concepto de la muerte desde el punto de vista de la biología y la fisiología.

En el capítulo II se estudian qué es la tanatología y los hospicios. Se investigan los antecedentes y el establecimiento de la tanatología en México. Se estudia el carácter multidisciplinario de la tanatología para enfrentar en forma oportuna, informada, adecuada, equilibrada, armónica y por qué no, plena, los últimos días de nuestra vida.

Uno de los aspectos importantes para la tanatología es el proceso de morir, de ahí que se retoman principalmente los trabajos de la precursora de la tanatología, Elizabeth Kübler-Ross, de Igor Caruso –que estudia el duelo que se padece después de una pérdida- y el tanatólogo mexicano Alfonso Reyes Zubiría.<sup>5</sup>

La perspectiva de la tanatología sobre el estudio de la muerte adquiere mayor importancia al retomar las historias personales de los enfermos terminales, sus desventuras institucionales y la capacidad de elaborar un duelo satisfactorio entendiendo el contexto del mexicano.

La tesis concluye con un tercer y último capítulo, que es la continuación del segundo capítulo. En éste se plantea la dialéctica inevitable a la que se enfrenta todo ser humano en el transcurso de su vida: salud versus enfermedad. Proceso devastador para quien lo enfrenta y aún más si se trata de una enfermedad crónica, degenerativa y terminal. En este capítulo se elucidan los miedos y las necesidades de los enfermos y sus familiares, sus dolores, sus sentimientos de culpa, sus depresiones, el papel importante que desempeña el perdón para ambos y el trabajo personal para sanar por parte del sobreviviente. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el hombre es un ser bio-psico-social, para la tanatología, es, además, espiritual. Cuando una persona ha pasado por un duelo, tiene que reconstruir todos esos aspectos de su vida.<sup>6</sup>

---

muerte, Ed. Carlos Lohlé, Buenos Aires, Argentina, 1967. **FROMM**, Erich., El corazón del hombre, Ed. FCE, México, 1992.

<sup>5</sup> Parte de los textos que se consultaron para la elaboración del segundo capítulo son: **KÜBLER-ROSS**, Sobre la muerte y los moribundos, Ed. Grijalbo Mondadori, Barcelona, España, 2000. **KÜBLER-ROSS**, La muerte: un amanecer, Ediciones Luciérnaga, Barcelona, España, 1987. **CARUSO**, Igor., La separación de los amantes, Ed. Siglo XXI, México, 2003. **REYES**, Zubiría Luis Alfonso., El duelo y sus etapas tanatológicas, Segundo Congreso Nacional de Tanatología y Suicidio. Primer Simposio Internacional, México, 1994. **REYES**, Zubiría Luis Alfonso., Acercamientos Tanatológicos al enfermo terminal y su familia, Curso fundamental de Tanatología, Tomo III, México, 1996. **ELIAS**, Norbert., La soledad de los moribundos, Ed. FCE, México, 1989. **ORTIZ**, Quezada Federico., El acto de morir, Ed. McGraw-Hill, México, 2000. **MEJÍA**, Rivera Orlando., La muerte y sus símbolos. Muerte, Tecocracia y posmodernidad, Ed. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, 2000. Etcétera.

<sup>6</sup> Algunos de los textos que se revisaron para la elaboración del tercer capítulo son: **ABENGÓZAR**, Torres Ma. Carmen., Cómo vivir la muerte y el duelo, Ed. Universidad de Valencia, España, 1994. **BOWLBY**, J., La pérdida afectiva. Tristeza y depresión, Ed. Paidós, Barcelona, España, 1980. **FITZPATRICK**, R., *et al.*, La enfermedad como experiencia, Ed. CONACYT-FCE, México, 1990. **KASTENBAUM**, Robert., Entre la vida y la muerte, Ed. Herder, Barcelona, España, 1984. **KRAUS**, Arnold., Enfermar o sanar el arte del dolor, Ed. Plaza y Janés, México, 2003. **LEVINE**, Stephen., ¿Quién muere? Una exploración en el vivir y el morir conscientes, Ed. Era Naciente, Buenos Aires, Argentina, 1982. **MANNONI**, Maud., Lo nombrado y lo innombrable. La última palabra de la vida, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina, 1997. **RACCATAGLIATA**, Susana., Un hijo no puede morir. La experiencia de seguir viviendo, Ed. Grijalbo,

La muerte en la mayoría de los casos es increíble y abrumadora al atentar contra nuestra vida y sus significados, más aún si éstos no responden de manera segura y confiable a nuestras interrogantes sobre nuestro deceso, al equilibrio que con esfuerzo procuramos alcanzar no sólo en la muerte del otro sino en la propia.

La carencia de significados personales y sociales que existe ante la muerte se debe a que nos encontramos inmersos en una sociedad mercantilista, narcisista, hedonista y consumista, que enajena al hombre en la creencia de que puede pagar el *precio de su vida* y *resolver* el misterio de la muerte.

---

Santiago de Chile, 2001. **REOCH**, Richard., Morir bien, Ed. Paidós., México, 1998. **REOCH**, Richard., Morir bien, Ed. Paidós., México, 1998. **SHERR**, Lorraine., Agonía, muerte y duelo, Ed. El Manual Moderno, México, 1992. **WORDEN**., J. W., El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia, Ed. Paidós, Barcelona, España, 1991. Etcétera.

## CAPÍTULO I.

### LA MUERTE COMO CONCEPTO Y PERCEPTO INTERDISCIPLINARIO.

#### 1.- ¿CÓMO DEFINIR LA MUERTE?

Existe una verdad esencial, primordial, indubitable y universal: la muerte. Ningún ser humano escapa a ese acontecimiento. Sin embargo, ninguna definición la agota: *“El verdadero problema es que no tenemos una auténtica definición de la muerte<sup>7</sup>.”*

A la muerte se le interpreta pero es inescrutable, un misterio sobre el cual sólo se cuenta con algunos indicios, nunca los suficientes, por el contrario, pareciera que es tan pródiga e insondable como la vida:

**“Nada hay más evidente, universal e inevitable que la muerte: todo lo que está sujeto a la ley del tiempo está condenado a morir y desaparecer; todo ser viviente está destinado ineluctablemente desde su nacimiento a dejar de existir en un futuro incierto pero probablemente programado. Reflexionar sobre la muerte es enfrentarse con la certeza primordial<sup>8</sup>.”**

Para la tanatóloga Elisabeth Kübler Ross, la muerte no sólo es un arcano para la medicina, también un tabú:

**“De pronto un día me vino algo a la cabeza: la muerte. Todos los enfermos y médicos pensaban en ella. La mayoría la temían. Tarde o temprano, todos tendrían que enfrentarse a ella; eso era algo que médicos y enfermos tenían en común, y era probablemente el mayor misterio de la medicina. Y el mayor tabú también<sup>9</sup>.”**

Es difícil aceptar que nuestra vida tenga que terminar, es por ello que nuestro inconsciente rechaza la muerte<sup>10</sup>, incluso el médico la considera un fracaso:

**“Tal vez el principal obstáculo que nos impide comprender la muerte es que nuestro inconsciente es incapaz de aceptar que nuestra existencia deba terminar. Sólo ve la interrupción de la vida bajo el aspecto de un final trágico, un asesinato, un accidente mortal o una enfermedad repentina e incurable. Es decir, un dolor terrible. Para la**

---

<sup>7</sup> KÜBLER-Ross, Elisabeth, La rueda de la vida, Ediciones B, S.A., Punto de lectura No. 101, Barcelona, 1997, 390 p. 232.

<sup>8</sup> Cfr. VINCENT, Thomas Louis., La muerte, Ed. Altaya, España, 1999.

<sup>9</sup> KÜBLER-Ross, Elisabeth, Op. cit. p. 174.

<sup>10</sup> Para Freud: “Lo que llamamos nuestro inconsciente –los estratos más profundos de nuestra alma, constituidos por impulsos instintivos- no conoce, en general, nada negativo, ninguna negación –los contrarios se fundan en él-, y por tanto, no conoce tampoco la muerte propia, a la que sólo podemos dar un sentido negativo. En consecuencia, nada instintivo favorece en nosotros la creencia en la muerte. Quizá sea este el secreto del heroísmo”. FREUD, Sigmund., El malestar en la cultura, Ed. Alianza, México, 1989, p. 119.

mente del médico la muerte significaba otra cosa: un fracaso. Yo no podía dejar de observar que todo el mundo en el hospital evitaba el tema de la muerte<sup>11</sup>.”

El tema de la muerte también es discreto y silencioso para un moribundo, el legado de los moribundos al hablar con ellos sobre la muerte consistía en una serie de reflexiones que involucran más a la vida que a la muerte:

**“Las lecciones enseñadas por cada una de estas personas se resumían en el mismo mensaje: Vive de tal forma que al mirar hacia atrás no lamente haber desperdiciado la existencia. Vive de tal forma que no lamente las cosas que has hecho ni desees haber actuado de otra manera. Vive con sinceridad y plenamente. Vive<sup>12</sup>.”**

Los moribundos saben que están cerca de la muerte, pero no acostumbran hablar de ella, lo que desean es sinceridad, compañía, tranquilidad, paz espiritual, pero esos aspectos dependen de la forma como ellos conciben su vida, no su muerte:

**“Esa noche el reverendo Gaines y yo estábamos en la misma onda. Acordamos que hablar de la muerte y la forma de morir nos enseñaba que los verdaderos interrogantes que se planteaban la mayoría de los moribundos tenían más que ver con la vida que con la muerte. Deseaban sinceridad, cercanía y paz. Eso recalcaba que la forma de morir de una persona dependía de cómo vivía. Abarcaba los dominios prácticos y filosóficos, psíquicos y espirituales, es decir, los dos mundos que ambos ocupábamos<sup>13</sup>.”**

Las enseñanzas que se desprenden de las conversaciones con los moribundos, es la de hacer las cosas que valen la pena, que le den sentido a la vida, más que sobre *cómo morir*, las lecciones eran sobre *cómo vivir*.

**“Más adelante alguien me preguntaría qué me habían enseñado sobre la muerte todos esos moribundos. Primero pensé dar una explicación muy clínica, pero eso no iba conmigo. Mis pacientes moribundos me enseñaron muchos más que lo que es morir. Me dieron lecciones sobre lo que podrían haber hecho, lo que deberían haber hecho y lo que no hicieron hasta cuando fue demasiado tarde, hasta que estaban demasiado enfermos o débiles, hasta que ya eran viudos o viudas. Contemplaban su vida pasada y me enseñaban las cosas que tenían verdadero sentido, no sobre cómo morir, sino sobre cómo vivir<sup>14</sup>.”**

Reflexionando sobre la vida y la muerte, al parecer se trata de una experiencia similar, el inicio de un viaje, en el primer caso, la travesía es activa, en el segundo, apacible, relajada y serena, ¿será así?:

---

<sup>11</sup> KÜBLER-Ross, Elisabeth, Op. cit. p. 190.

<sup>12</sup> *Ibíd.* p. 198.

<sup>13</sup> *Ibíd.* p. 200.

<sup>14</sup> *Ibíd.* p. 224.

**“... llegué a la conclusión de que el nacimiento y la muerte son experiencias similares, cada una el inicio de un viaje. Pero después llegaría a la conclusión de que la muerte es la más agradable de esas dos experiencias, mucho más apacible. Nuestro mundo estaba lleno de nazis, sida, cáncer y cosas de éstas. Observé que, poco antes de morir, los enfermos se relajaban, incluso los que se habían rebelado contra la muerte. Otros, al acercarse su final, parecían tener experiencias muy claras con seres queridos ya muertos, y hablaban con personas a las que yo no veía. Prácticamente en todos los casos, la muerte venía precedida por una singular serenidad<sup>15</sup>.”**

Algo conmovedor y sorprendente es cómo interpretan los niños moribundos su muerte, ellos no han vivido lo suficiente para cargar con una serie de asuntos inconclusos o equivocados que les impida decir lo que sienten y quieren para estar tranquilos:

**“Los niños eran incluso mejores maestros que los adultos. A diferencia de éstos, los niños no habían acumulado capas y capas de <<asuntos inconclusos>>. No tenían toda una vida de relaciones deterioradas ni un currículum de errores. Tampoco se sentían obligados a simular que todo iba bien. Por intuición sabían lo enfermos que estaban e incluso que se estaban muriendo, y no ocultaban los sentimientos que eso les producía<sup>16</sup>.”**

La principal pregunta que inquieta a la mayoría de los moribundos es ¿qué pasará después de que muera?, ésta inquietud presente en la mayoría de los pacientes que se acercaban la fase terminal inquietó a Kübler Ross y a su compañera de trabajo Mwalimu, lo que las llevó realizar investigaciones sobre la vida después de la muerte a principios de los años setenta, entrevistaron a 20'000 personas aproximadamente, de edades entre los 2 y los 99 años y de culturas tan diversas como la esquimal, la de los indios norteamericanos, la protestante y la musulmana, en todos esos casos encontraron experiencias semejantes. Además, hasta ese momento, Kübler Ross no creía que existiera una vida después de la muerte, sin embargo, se dio cuenta de que las referencias de los entrevistados no tenían nada que ver con alucinaciones ni coincidencia:

**“Los sujetos no sólo nos decían que esas experiencias de muerte no eran dolorosas sino que explicaban que no querían volver. Después de ser recibidos por sus seres queridos o por guías, viajaban a un lugar donde había tanto amor y consuelo que no deseaban volver; allí tenían que convencerlos de que regresaran. <<No es el momento>> era algo que oían prácticamente todos. Recuerdo a un niño que hizo un dibujo para poder explicar a su madre lo agradable que había sido su experiencia de la muerte. Primero dibujó un castillo de vivos colores y explicó: <<Aquí es donde vive Dios>>. Después dibujó una estrella brillante: <<Cuando miré la estrella, me dijo “Bienvenido a casa”<sup>17</sup>>>.”**

---

<sup>15</sup> *Ibíd.* p. 232.

<sup>16</sup> *Ibíd.* p. 249.

<sup>17</sup> *Ibíd.* p. 259. Respecto a si hay vida después de la muerte, consultar: **MOODY**, Raymond A., *Una vida después de la vida*, Ed. EDAF, Madrid, España, 1984. En este texto el autor recopiló testimonios de personas que enfrentaron la muerte clínica y que, al ser reanimadas, revelaban detalles semejantes que apuntaban a una misma conclusión: la existencia de otra vida después de la muerte. La investigación de Moody fue paralela a

De acuerdo con dichos hallazgos, se concluyó que la muerte no existe, en los términos de su definición tradicional:

**“Pensé que cualquier definición nueva debía trascender la muerte del cuerpo físico; debía tomar en cuenta las pruebas que teníamos de que el hombre posee también alma y espíritu, un motivo superior para vivir, una poesía, algo más que la mera existencia y supervivencia física, algo que continúa<sup>18</sup>”.**

Pero no todos opinan de la misma forma, es cierto que obras recientes y ampliamente leídas hablan de la posibilidad de la existencia de “vida después de la muerte”, e incluso afirman tener evidencias empíricas. Sin embargo, tales esfuerzos apenas si reflexionan en el hecho de que la sobrevivencia de una persona más allá de la muerte requiere una concepción específica acerca de la muerte y la naturaleza humana:

**“cualquier argumento acerca de la sobrevivencia de la personalidad debe mostrar al menos que en su existencia subsecuente la personalidad es capaz de tener experiencias casi de la misma manera es que es capaz de hacerlo en su forma actual<sup>19</sup>”.**

Después de pasar por tantas experiencia sobre la muerte, Kübler Ross se percató de que enfrentar la muerte es una cuestión de Fe en Dios, es decir, de que él jamás enviaría a alguien algo que no fuera capaz de soportar:

**“Ésa fue la lección, Tenía que experimentar todo el horror de mil muertes para reafirmar la dicha que vino después. Repentinamente, pasar por esa terrible prueba se convirtió en cuestión de fe, como ocurre con la vida misma. Fe en dios, fe en que jamás Él enviaría a nadie algo que no fuera capaz de soportar. Fe en mí misma, fe en que sería capaz de soportar cualquier cosa que dios me enviara, que por doloroso y angustioso que fuera, yo sería capaz de pasar por ello<sup>20</sup>”.**

---

la de Kübler-Ross. Otros textos que se pueden consultar desde el punto de vista planteado por Moody son los siguientes: **KASTENBAUM**, Robert., Entre la vida y la muerte, Ed. Herder, Barcelona, España, 1984, pp. 69-88. Y el texto editado por Gary Doore titulado ¿Vida después de la muerte?, en el cual pensadores prestigiosos como K. Wilber, R. Sheldrake, S. Levine, C. Tart, C. Wilson, S. Grof, S. Krippner y otros, exploran en diversos campos del conocimiento que van de la conciencia, la psicología, la biología, la parasicología, el chamanismo y otras tradiciones espirituales ¿Qué es la muerte? ¿Y si sobrevive a la muerte algún aspecto clave del ser humano? **DOORE**, Gary (editor)., ¿Vida después de la muerte?, Ed. Kairós, Barcelona, España, 2000.

<sup>18</sup> **KÜBLER**-Ross, Elisabeth, La rueda de la vida, Op. cit. p. 259. Cfr. **KÜBLER**-Ross, Elisabeth, La muerte: un amanecer, Ediciones luciérnaga, Barcelona, España, 1987. En este texto la autora plantea que existe una vida después de la muerte, que el deceso es sólo un pasaje a un nuevo estado de conciencia en el que se continua existiendo, comprendiendo y en el que el espíritu tiene la posibilidad de proseguir su crecimiento. Para la doctora, los seres que se encuentran en el umbral de la muerte no <<alucinan>> cuando ven a personas que ya murieron venir a buscarlos.

<sup>19</sup> **CARSE**, James P., Muerte y existencia. Una historia conceptual de la mortalidad humana, Ed. FCE, México, 1987, p. 19.

<sup>20</sup> **KÜBLER**-Ross, Elisabeth, La rueda de la vida, Op. cit. p. 299.

Cuanto más se conozca una persona y acepte la vida como un desafío en la cual las decisiones más difíciles son las que nos exigen más, uno se dará cuenta que el cielo y el infierno se encuentran definidos por la forma en como vivimos en el presente y que la lección última es aprender a amar y a ser amados incondicionalmente:

**“No hay que tener miedo; no hay ningún motivo para tenerlo si recordamos que la muerte no existe. En lugar de tener miedo, conozcámonos a nosotros mismos y consideremos la vida un desafío en el cual las decisiones más difíciles son las que más nos exigen, las que nos harán actuar con rectitud y nos aportarán las fuerzas y el conocimiento de Él, el Ser Supremo. (...) Cuando estoy en la transición de este mundo al otro, sé que el cielo o el infierno están determinados por la forma como vivimos la vida en el presente. *La única finalidad de la vida es crecer. La lección última es aprender a amar y a ser amados incondicionalmente*<sup>21</sup>”.**

La muerte forma parte de la vida, no deja indiferente a nadie, sus enseñanzas son terribles pero también humanas, profundas, reveladoras, quizás por ello, quien ama la vida y no la muerte, realmente no ama la vida:

**“La muerte es a la vez horrible y fascinante; por lo tanto no puede dejar a nadie indiferente. Horrible porque separa para siempre a los que se aman, porque el chantaje de la muerte es el instrumento privilegiado de todos los poderes, porque hace que nuestros cuerpos terminen por desintegrarse en una podredumbre innoble. Fascinante porque renueva a los vivos e inspira casi todas nuestras reflexiones y nuestras obras de arte, al tiempo que su estudio constituye un camino real para captar el espíritu de nuestra época y los recursos insospechados de nuestra imaginación. Puede decirse con verdad que amar la vida y no amar la muerte significa no amar realmente la vida<sup>22</sup>”.**

En este orden de ideas, Jaime Sabines lo expresa desde la amatista de la poesía: *“Te digo en serio que la muerte no existe. De pronto lo descubres. (...) el agua, llena de tantas cosas minúsculas, llena de luz, de música, de insectos destruidos, de zancudos cristianos caminando sobre su superficie; el agua que se bebe la sombra de los árboles; el ganado a su orilla, las quietas vacas en el viento, el viento quieto como una transparencia; toda la tarde, todo el concierto, la armonía, el deslumbrante misterio que estalla allí a tu alcance, tan sencillo y tan simple. Y tú dentro de todo, con todo en ti mismo. Te digo que sólo la vida existe<sup>23</sup>”.*

La muerte, ajena a toda definición, juega y se confabula con todas aquéllas interpretaciones que han arrojado las diversas disciplinas que la han estudiado.

---

<sup>21</sup> *Ibíd.* p. 386.

<sup>22</sup> **VINCENT**, Thomas Louis., *La muerte*, Ed. Altaya, España, 1999, p. 154.

<sup>23</sup> **ORTIZ**, Quezada Federico., *El acto de morir*, Ed. McGraw-hill, México, 2000, pp. 75-76. La cita de Sabines es suya.

## 1.1.- ANTROPOLOGÍA DE LA MUERTE.

El historiador o antropólogo se entusiasman al descubrir que los hombres de Neandertal <<no eran unos brutos como se ha dicho. Dieron sepultura a sus muertos>>, como asegura Eugene Pittard, en palabras de Morin. El hombre de Neandertal no sólo enterraba a sus muertos, sino que, en ocasiones, los reunía en un mismo lugar. No puede tratarse exclusivamente de una cuestión de instinto, en los albores del pensamiento humano, se traduce en una especie de rebelión contra la muerte:

**“Así, pues en las fronteras de la *no man’s land* antropológicas, el primer testimonio fundamental, universal, de la muerte humana lo da la sepultura<sup>24</sup>”.**

Con la sepultura el hombre traslada su rebelión y miedo de la muerte al cadáver, y es éste quien ha suscitado emociones que han adquirido carácter social en forma de prácticas funerarias<sup>25</sup>, ésta conservación del cadáver implica una prolongación de la vida<sup>26</sup>. El que no se abandone a los muertos implica su supervivencia. Debido a la fe que tiene en sí misma una sociedad “sana” no puede admitir que un individuo que ha formado parte de su propia sustancia, en la que ha impreso su marca, se pierda para siempre: *“La última palabra ha de ser la de la vida<sup>27</sup>”*. Por ello al difunto se le “auxiliará” de diversas formas para salir de la angustia de la muerte y volver a la paz de la comunión humana:

**“Esta liberación, esta reintegración, constituyen..., uno de los actos más solemnes de la vida colectiva en la sociedades menos avanzadas a las que podemos llegar. Y cuanto, más cercana a nosotros, la Iglesia cristiana garantiza a los que están plenamente integrados en ella <<la resurrección y la vida>>, no hace más que formular, rejuveneciéndola, la promesa que toda sociedad religiosa hace a sus miembros<sup>28</sup>”.**

De este modo la resurrección en lugar de ser efecto de una ceremonia determinada, es efecto de la gracia de Dios aplazada indefinidamente:

---

<sup>24</sup> *Ibíd.* p. 22.

<sup>25</sup> Sobre el papel que han desempeñado las exequias en las sociedades arcaicas, consultar: **HERTZ**, Robert., La muerte. La mano derecha, Alianza Editorial Mexicana, México, 1990.

<sup>26</sup> De acuerdo con Thomas, en la mayoría de las sociedades arcaicas o modernas, se pretende retardar u ocultar la putrefacción del cadáver: <<La tanatopraxia, esa purificación *a la americana*, lo libera de las manchas en que el inconsciente se obstina en ver las marcas de una agresividad y los peligros de un funesto contagio. Los gastos ostentatorios y los refinamientos que presiden la presentación del muerto anulan la culpabilidad, a propósito de la cual Freud explica que es inseparable de la experiencia de la muerte. Los “primitivos” multiplican las ofrendas, sacrificios, danzas y cantos para favorecer la integración del difunto a su categoría de ancestro y evitar que regrese a trastornar a los sobrevivientes. Los clientes de los *funeral-homes* firman abultados cheques para “no tener nada que reprocharse”, lo cual es también una forma de liberarse de la obsesión del ser querido desaparecido y de conciliarse con él. Solamente las costumbres han cambiado; las motivaciones inconscientes permanecen>>. **THOMAS**, Louis Vincent., El cadáver. De la biología a la antropología, Ed. FCE, México, 1989, p. 221.

<sup>27</sup> **HERTZ**, Robert., La muerte. La mano derecha, Op. cit. p. 91.

<sup>28</sup> *Ibíd.* p. 91.



**“Así, en cualquier momento de la evolución religiosa que busquemos, la noción de muerte se une a la de resurrección, a la exclusión le sucede una nueva integración<sup>29</sup>”.**

El temor a la muerte es menos pronunciado en los pueblos arcaicos que en las sociedades actuales. En los primeros, la sociedad se afirma en detrimento del individuo, en éstos, el individuo experimenta su afirmación como más verídica que la de su individualidad; el rechazo y horror a la muerte se difumina, se hacen a un lado<sup>30</sup>.

Un ejemplo es el estado de guerra, en el cual se da una disolución de la presencia de la muerte, por el hecho de que predomina la afirmación de la sociedad sobre la afirmación de la individualidad<sup>31</sup>.

La muerte conmociona al individuo, éste niega el cadáver que empieza a pudrirse, sus obras sobrenaturales, con las que busca una escapatoria, son la evidencia de su oposición a la naturaleza: “*Se cree un ángel, pero su cuerpo es animal, y como el de un animal se pudre y disgrega*”, subraya Morin. Esa naturaleza es la especie humana que, al igual que todas las especies evolucionadas, vive de la muerte de sus individuos: “lo que nos permite entrever no sólo una inadaptación exterior, general, del hombre a la naturaleza, sino una inadaptación íntima del individuo humano a su propia especie”, dirá Morin.

Para Morin, el horror a la muerte, riesgo de muerte, son los dos polos de una *antropología de la muerte*. Y subyacente a estos dos polos, está la ceguera animal, el olvido de la muerte. La individualidad jamás es estable, está siempre en conflicto, va sin cesar del olvido de la muerte al horror a la muerte, del horror a la muerte al riesgo de muerte, tanto en el caso del cobarde como del héroe.

El campo de la muerte seguirá siendo la zona oscura en la que de la forma más categórica y permanente triunfarán la magia y el mito:

**“Los ritos, prácticas y creencias alrededor de la muerte, continúan siendo el sector más <<primitivo>> de nuestras civilizaciones, a partir de los cuales podría reconstruirse sin muchas dificultades una psico-sociología de la muerte arcaica<sup>32</sup>”.**

---

<sup>29</sup> *Ibidem*.

<sup>30</sup> MAUSS, Marcel., *Sociología y antropología*. Ed. Tecnos, Madrid, España, 1991, pp. 292-305. En este texto, en el apartado titulado “Efectos físicos en el individuo por la idea de la muerte sugerida por la colectividad (Australia y Nueva Zelanda)”, Mauss estudia los efectos psicológicos y físicos que un individuo propicia al ‘suponer’ que se encuentra hechizado o por haber cometido una ‘falta social’, es decir, al atentar contra la moral colectiva, el daño que comete es tan grave que tiene que pagarlo con su propia muerte, esta situación tiene lugar aún y cuando no este enfermo, no exista daño físico alguno, ni una prueba palpable de su falta. El peso de la colectividad sobre el individuo es indubitable.

<sup>31</sup> “...en periodos de guerra, cuando las sociedades se coagulan y endurecen para resistir y vencer, es decir, en los periodos de muerte, ésta se difumina, y la inquietud que antes provocara se desvanece. La paz y la vida tranquila, cuando los lazos sociales se relajan, ven reaparecer el miedo individual. Entonces la idea de la muerte comienza a atormentar al individuo que ha vuelto a recobrar su contorno propio: *La muerte es una idea civil*”. MORIN, Edgar., *El hombre y la muerte*, Op. cit. p. 41.

<sup>32</sup> *Ibid.* p. 108.

Al hombre no le es posible adaptar la muerte, ni su técnica, ni su saber han podido jamás hacer retroceder la hora de la muerte, ni penetrar en el interior de su secreto, para resucitar a un muerto. No puede hacer otra cosa que adaptarla mágicamente; sólo así la voz: <<Lázaro, levántate y anda>>, encuentra una respuesta: “Solo puede humanizarla míticamente. Los mitos de la muerte satisfacen fantásticamente esta reivindicación esencial del individuo<sup>33</sup>”. ¿Sabrá hacerlo alguna vez la técnica? ¿O por el contrario, la muerte continuará siendo para el hombre la irreparable plaga desconocida<sup>34</sup>?

Morin expone que existe una triple necesidad hegeliana de la muerte: a) necesidad metafísica, la cual es sublimada con el nombre de *espíritu*, reposa en una asimilación abusiva de la muerte a la negación; b) necesidad biológica proveniente de la especie, proveniente de sus instintos animales y c) necesidad absoluta de riesgo, para el progreso humano y la afirmación de la individualidad está inscrita en la historia, en la lógica del progreso. De ahí la importancia de reconocer estas tres necesidades, es necesario desembarazarse de todo discurso que postule el sin-sentido, la inutilidad, la absurdidad de la muerte.

El siglo XX con su civilización envejecida (Morin) y su individualidad cultural, trae consigo el espectro de la muerte, tratándose ante todo de huir de la angustia por la muerte, la conciencia acompañará siempre a sus más frenéticas tentativas de olvido. De alguna manera los seres humanos saben que están tratando de olvidar la muerte y ese saber que no pueden destruir devuelve constantemente el espectro.

De igual forma, necesitamos abandonar posturas fantásticas relativas a la muerte, pues implican un divorcio constante entre la vida del hombre y su muerte, ya sea porque se esfuerzan en disolver a la muerte por medio de una moral optimista de la vida, ya sea porque lleguen a emponzoñar la vida al pretender organizarla en función de la muerte, por la misma razón necesitamos escuchar la llamada antropológica, dirigida al *hombre vivo mortal* en su totalidad concreta: “La moral antropológica nos dice que nos atrevamos a ser únicos, pero nunca aislados<sup>35</sup>”.

Louis Vincent Thomas en su obra *Antropología de la muerte*<sup>36</sup>, utilizó un método comparativo para estudiar a la muerte y con éste estableció una correlación diferencial entre una sociedad arcaica actual sobre la que esta bien

---

<sup>33</sup> *Ibíd.* p. 109.

<sup>34</sup> “Así pues, se ha seguido la vía abierta por Hegel, y sobre todo por Marx, abierta aunque no explorada por lo que a la muerte se refiere. Gracias a sus indicaciones, gracias a las adquisiciones posteriores de las ciencias humanas, pese a la dispersión de dichas adquisiciones, nos es posible la construcción de una antropología”. *Ibíd.* 110.

<sup>35</sup> *Ibíd.* p. 357.

<sup>36</sup> THOMAS, Louis Vincent., *Antropología de la muerte*, Ed. FCE, México, 1993.

informado (el mundo tradicional<sup>37</sup> negro-africano) y la sociedad industrial, mecanizada, productivista (la nuestra).

Su método sólo proporciona un marco de referencia ejemplar que no permite la generalización. En todo caso, destaca las notorias divergencias en cuanto a las creencias, las actitudes y los ritos, tanto en el plano individual como en el colectivo. De todos modos y a pesar de las diferencias espacio-temporales, no se dejan de encontrar *algunas constantes*, por ejemplo, el horror al cadáver en descomposición; la asociación entre la muerte y la iniciación; el prestigio otorgado a la muerte-fecunda; el mantenimiento de la muerte-renacimiento; importancia otorgada a la muerte maternal; el lugar de la muerte en la vida económica o en el arte fúnebre; las relaciones entre muertos y vivos, etcétera.

Unidad-especificidad del hombre (*en y a pesar* del pluralismo cultural) revelada por el estudio de la muerte; unidad de las “ciencias de la muerte”, tal debería ser el doble objetivo de la *antropotanatología*, manifiesta Thomas. Algunos considerarán presuntuosa esta tentativa en el estado actual de nuestros conocimientos y tendrán razón. Sin embargo, la empresa merece intentarse. Cuando menos ofrece la ventaja de promover una tentativa de reunir todo nuestro saber sobre el problema. Pero puede ir más lejos todavía. El simple hecho de que la muerte haya sido tratada hasta aquí, en Occidente, de una manera inconexa y como realidad reductible a un sólo aspecto, permite comprobar hasta qué punto se ha impuesto la prohibición que pesa sobre ella: “*Debemos esperar que un procedimiento unitario desemboque en una antroposofía, síntesis del arte de bien vivir y bien morir*”<sup>38</sup>. El hombre, si conoce mejor la muerte, no se desvelará más por huir de ella u ocultarla. Apreciará mejor la vida; la respetará antes que nada en los otros.

Otro punto que la *antropotanatología* saca a luz es la doble relación que la muerte mantiene con la colectividad. Se encuentra aquí otra diferencia entre el mundo africano y el occidental. Para el primero, el grupo toma a su cargo al individuo desde el nacimiento hasta la muerte, lo integra en los diferentes medios sociales, multiplica los ritos de transición, lo materniza y asegura en caso de enfermedad, reglamenta la tristeza, organiza los funerales y el duelo. En el mundo occidental, por el contrario, el individuo se encuentra solo frente a sus problemas

---

<sup>37</sup> Thomas acota, no hay que engañarse en cuanto al sentido de la palabra “tradicional”. En algún caso, denota sólo la idea de pureza, de autenticidad, de especificidad, situada *ne varietur* fuera de los condicionamientos sociohistóricos. Por “tradicional” se entiende el conjunto de prácticas que, en el curso de una cierta época suficientemente alejada y extendida, han arraigado profundamente hasta convertirse hoy en hábitos, incluso en automatismos, que por eso mismo no son en absoluto cuestionados. Actualmente se ha producido un deslizamiento semántico del término “tradicional”: apenas empieza a considerarse tal a partir del momento en que las prácticas hasta entonces convencionales se muestran inadaptadas o no operacionales con relación a la adopción de un género de vida relativamente nuevo, debido al contacto de otras culturas con las técnicas más avanzadas (condiciones externas) o por transformaciones internas cualitativas, o por ambas a la vez. Así, ciertos aspectos de la primera cultura, por su inadecuación con las prácticas nuevas, se convierten en sectores tradicionales, que a veces entran en decadencia en un plazo más o menos breve y terminan en el museo del folklore. En cambio, las civilizaciones “tradicionales” negro-africanas, a pesar del efecto colonial, han conservado una asombrosa vitalidad, especialmente en el medio rural.

<sup>38</sup> *Ibíd.* p. 15.

(inseguridad, angustia, traumatismos diversos); muere solo, no está ya rodeado de símbolos y de ritos tranquilizadores, nada está previsto –todo lo contrario- para favorecer el trabajo del duelo.

La reflexión antropológica se esfuerza siempre por caracterizar lo que constituye *la especificidad de la experiencia humana*<sup>39</sup>. Hacer una antropología de la muerte –o intentar apenas una aproximación a ella- implica *un planteo total de situación* en un sistema sociocultural, donde cada grupo concibe a la muerte de una cierta manera. De ahí que no haya sido posible extender indefinidamente el presente estudio, enfocar en el marco de la sociedad tradicional (la negro-africana) y de la sociedad técnica (el mundo occidental) tanto la muerte individual como la colectiva, tanto la muerte del hombre como la de los objetos de la naturaleza. Es que el universo, al menos el universo terrestre, es ante todo *un mundo histórico-social*, al decir de Thomas.

No se trata, por lo tanto, de emitir juicios de valor, ni siquiera de indicar una preferencia. Simplemente se subraya la diferencia entre dos sistemas culturales. Para el Occidente, que busca la rentabilidad y el beneficio, el mundo es objetividad, es utilizado, explotado. Para el hombre arcaico, el mundo es de alguna manera un *alter ego*, un foco de fuerzas vivas que es preciso respetar, con el cual se establecen relaciones vivientes y cotidianas, humanizadas, del orden del discurso, con el que se vive en simbiosis estrecha –revelada tanto por el análisis de los elementos constitutivos del yo como por el uso ritualizado de las técnicas-, y que por lo tanto él no podría destruir sin destruirse a sí mismo, como se puede apreciar en el siguiente cuadro elaborado por Thomas, veamos:

<i>Temática</i>	<i>Civilización negro-africana</i>	<i>Civilización occidental</i>
<b>Tipo de sociedad o civilización.</b>	Sociedad de acumulación de hombres.	Sociedad de acumulación de bienes.
	Rica en signos.	Rica en objetos y técnica.
	Economía de subsistencia; penuria pero primacía del valor de uso.	Rentabilidad, abundancia, derroche; sociedad de consumo; primacía del valor de cambio.
	Cuidado de las relaciones	Tanatocracia burocrática o

<sup>39</sup> Según Morin tres rasgos podrían ser significativos a este respecto: <<Antes que nada, *la toma de conciencia* del acontecimiento que perturba profundamente el estatuto de la persona, de ahí los ritos funerarios conocidos desde el paleolítico; de ahí las creencias en la supervivencia. ¿Es éste un privilegio humano? En cierto sentido, no. Es verdad que los animales, al menos los animales domésticos, “sienten venir la muerte”; ellos van a morir de preferencia allí donde han vivido( perro) o se esconderán (gato) o demostrarán resignación (caballo). Existe también el *traumatismo*, el del dolor provocado por la desaparición del ser amado, el *ausente* (puesto que ha desaparecido)/*presente* (ya que ocupa la conciencia de los sobrevivientes) por excelencia, y sobre todo cuando se está produciendo el horror de la descomposición. En cuanto al tercer carácter antropológico, él se refiere a la cuestión del *más allá* y a la creencia de que algo continúa después de la muerte: los ritos ligados a los funerales “suponen de alguna manera una supervivencia, una nueva vida”, aun si hoy la esperanza de una existencia después de la muerte va perdiendo fuerza>>. Revisar: **MORIN**, Edgar., *El hombre y la muerte*, Op. cit.

	personales y búsqueda cotidiana de la paz.	tecnocrática.
	Espíritu comunitario.	Exaltación del individualismo.
	Sentido de la continuidad y del diálogo; papel del mito, del tiempo repetitivo y del tiempo escatológico.	Sentido de la ruptura: papel de la ciencia, de la técnica, del tiempo explosivo.
<b>Significación del hombre.</b>	En el centro del mundo.	Considerado como producto, mercancía, productor, consumidor.
	La criatura más preciosa, pero altamente socializada.	Individualizado y alienado.
	Valoración del anciano.	Anciano desvalorizado, dejado de lado.
<b>Naturaleza de lo imaginario.</b>	Preponderancia del símbolo y del rito simbólico.	Lo imaginario predomina sobre el símbolo; desaparición del rito simbólico.
<b>Actitud frente a la vida.</b>	Promoción de la vida bajo todas sus formas (biológica, sexual, espiritual).	Desprecio por la vida: sociedad mortífera (mata o hace morir).
	Respeto por el cuerpo: ritmo como lenguaje corporal.	Actitud equívoca con respecto al cuerpo.
	Aceptación y trascendencia. <i>Desplazamiento</i> (en el extremo neurosis).	Angustia más o menos reprimida. <i>Negación</i> (en el extremo, psicosis).
	Integración de la muerte como elemento necesario del circuito vital (realidad ontológica).	Huida ante la <i>muerte ontológica</i> en beneficio de la <i>muerte accidente</i> que la ciencia podrá suprimir.
	Muerte ideal: “buena” muerte.	Muerte ideal: “bella” muerte.
<b>Actitud ante la muerte.</b>	Maternización y segurización. El grupo lo toma a su cargo.	Se muere solo, casi siempre en el hospital. Ni ayuda ni asistencia.
<b>Actitud frente a los difuntos y los sobrevivientes.</b>	Importancia del duelo y de los ritos. Numerosos tabúes.	Duelo escamoteado. Ningún tabú.
	Omnipresencia de los muertos. Prestigio del antepasado. Reencarnación eventual.	Muerte obsesiva o muerte rechazada.
	Cementerio sin importancia, pero culto de los antepasados.	Cementerio descuidado o fetichismo del panteón.
<b>Pedagogía de la muerte.</b>	Se enseña desde que nace.	Ninguna pedagogía <sup>40</sup> .

<sup>40</sup> THOMAS, Louis Vincent., Antropología de la muerte, Op. cit. pp. 627-628.

Toda civilización es, para retomar la expresión de G. Balandier<sup>41</sup> -en palabras de Thomas-, un “engaña-muerte” que persigue su propia amortalidad (persistencia en el tiempo). Y esto lo puede hacer de dos maneras: ya sea que organice las fuerzas colectivas que se oponen a la muerte (rito iniciático), o que oculte a la muerte (diversión), o que juegue con ella (droga, juegos violentos), o que la proyecte hacia las profundidades del inconsciente (muerte y palabra vacía):

**“En el primer caso (sociedad negro-africana), la muerte real es trascendida por el ritual simbólico<sup>42</sup>, en el segundo (sociedad occidental), se pasa de lo colectivo a lo individual, de lo simbólico a lo imaginario<sup>43</sup> (*stricto sensu*), del rito “litúrgicamente codificado” a la anarquía de las fantasías individuales. Es pues, un profundo foso cultural el que separa a estos dos universos<sup>44</sup>”.**

Lenguaje de la muerte, lenguaje de los muertos, lenguaje a propósito de la muerte, tales son los tres temas que separan y aproximan en este punto al occidental y al negro africano, gracias a una inconsciente<sup>45</sup> común. En efecto, en los dos casos se trata de reglamentar por la omnipotencia del verbo las actitudes y los comportamientos, ya para domesticar la muerte, ya para precaverse de ella:

**“Este lenguaje no está hecho simplemente de palabras y frases, sino también de silencios, de encantamientos, de interjecciones, de gestos y de mímicas. Fruto de la inteligencia especulativa, suele estar a menudo penetrado de fantasías (individuales**

---

<sup>41</sup> Sociólogo y etnólogo francés nacido en 1920.

<sup>42</sup> El símbolo, entendido como, cualquier elemento que representa un concepto y objeto, en virtud de alguna semejanza o correspondencia establecida. El símbolo debe su importancia principal a la idea primaria que representa y niega. Los símbolos son generalmente sensoriales y concretos, en tanto que la idea que representan puede ser abstracta. Los símbolos tienen una constancia relativa de significado, tanto para el individuo, como para la raza, y exhiben incluso una ubicuidad notable entre razas y culturas diferentes y en periodos históricos muy distintos, sus posibles variaciones son por lo general muy pequeñas e independientes de factores condicionantes individuales. Según afirma Levi-Strauss, toda cultura puede considerarse como un conjunto de sistemas simbólicos. La noción de un orden simbólico fue introducida en ciencias sociales por Levi-Strauss, estableciendo el hecho de que la interacción humana responde a sistemas de reglas que la rigen y que pueden formularse. Dichos sistemas conforman una estructura, que como tal es inconsciente, no sabida, pero puede ser deducida. De este modo, aplica a la antropología la hipótesis saussureana de que, así como la lingüística puede darse su objeto al definir la lengua como sistema de signos, es posible estructurar otros campos del conocimiento que dan cuenta de hechos que también tienen la estructura de los signos. Tales hechos dependen, según Ferdinand de Saussure, de la función simbólica, y la ciencia de la que se desprenderían estos campos será la semiología como ciencia general de los signos. Revisar: **LÉVI-STRAUSS, Antropología estructural**, Buenos Aires, EUDEBA, 1977.

<sup>43</sup> El concepto de *imaginario* se emplea con diversos alcances, para fines del presente trabajo se aborda desde el enfoque sociológico, el cual considera que toda sociedad tiene su imagen particular de la realidad social, la cristalización o concreción del pensamiento que se produce en una sociedad determinada; si bien se pueden producir diferentes explicaciones de la realidad, solo una se corresponde con la elaborada en un momento dado por una sociedad dada. La utilización del término imaginario social como una categoría explicativa, es introducida por E. Durkheim, F. de Saussure, Lévi-Strauss, J. Lacan, R. Barthes, P. Bourdieu, E. Verón, entre otros. Revisar: **S. DI TELLA**, Torcuat (coord.), Diccionario de ciencias sociales y políticas, Ed. Emece, Buenos Aires, Argentina, 2001. pp. 359-363.

<sup>44</sup> **THOMAS**, Louis Vincent., Antropología de la muerte, Op. cit. p. 218.

<sup>45</sup> Para profundizar sobre el inconsciente consultar el apartado Diversas explicaciones psicológicas.

o colectivas), en relación con el sistema sociocultural, ya sea de orden oral o escritural, gestual o actitudinal<sup>46</sup>”.

Con base en ello es justo decir, por lo tanto, que la dimensión simbólica se ha convertido en capital económico, para emplear las palabras de Pierre Bourdieu<sup>47</sup> –según Thomas- dejando al hombre desprovisto frente a la muerte, a esa muerte que hoy lo espanta más que nunca y a la que tanto le rehuye.

La cuestión fundamental que se plantea entonces es saber qué lugar ocupa hoy en la vida cotidiana la meditación sobre los muertos ilustres, santos católicos o héroes nacionales. Parece en verdad que estamos en presencia de actitudes episódicas, el culto de los Santos y el de las reliquias, que a veces les está asociado, parecen revelar hoy una baja sensible. Se advierte entonces la profunda diferencia que separa a la civilización negro-africana de la civilización occidental. La primera es *simbólica*, los muertos y los vivos constituyen una misma comunidad, y esto mucho más fácilmente porque el difunto sigue siendo el próximo, el que podrá encarnarse o poseer un superviviente de su elección. La occidental, por el contrario, es más bien una civilización de la ruptura, la muerte está considerada “como lo contrario de la vida”, y no se acepta ni el diálogo ni la simbiosis entre ellas.

Así pues, se pueden extraer dos conclusiones en cuanto a las actitudes frente a los difuntos. La primera: aunque en África los muertos ocupan un lugar importante en la vida social, ellos no dejan de estar, como se ha dicho, en *su* lugar; el culto que se les rinde es “exterior” e “institucionalizado”, el diálogo con el desaparecido produce efectos sustanciales, tanto en el individuo como en la colectividad<sup>48</sup>. En Occidente, por el contrario, se rechaza a los difuntos, se los descuida, porque simbolizan nuestra propia muerte que tratamos de ignorar, porque son nuestro pasado y a nosotros sólo nos interesa el porvenir, es decir, la acción y la rentabilidad. Si se les rinde culto, es de manera individual, casi morbosa, o para obedecer a un formalismo social el día de los muertos. Pero estos difuntos a los que no se puede excluir impunemente, se interiorizan bajo la forma de silencios dolorosos y permanentes. Por haber liquidado el simbolismo ritual sin haber previsto sistemas sustitutivos, asistimos a la aparición de un imaginario a veces anárquico, en el límite de la patología.

---

<sup>46</sup> THOMAS, Louis Vincent., Antropología de la muerte. Op. cit. p. 512.

<sup>47</sup> Sociólogo francés nacido en 1930.

<sup>48</sup> MAUSS, Marcel., Sociología y antropología, Ed. Tecnos, Madrid, España, 1991, pp. 292-305. En este texto, en el apartado titulado “Efectos físicos en el individuo por la idea de la muerte sugerida por la colectividad (Australia y Nueva Zelanda)”, Mauss estudia los efectos psicológicos y físicos que un individuo propicia al ‘suponer’ que se encuentra hechizado o por haber cometido una falta, es decir, al atentar contra la moral colectiva, el daño que comete es tan grave que lo tiene que pagar con su muerte, esta situación tiene lugar aún y cuando no este enfermo, no exista daño físico alguno, ni existe una prueba palpable de sus faltas.

La segunda observación se refiere a las relaciones con el difunto, especialmente en el periodo del duelo psicológico; y ellas dependen directamente del tipo de relaciones que se mantenían con el vivo que él fue. De acuerdo con Vincent Thomas, A. Godin distingue a este respecto tres actitudes: A) Relación donde predomina el *narcisismo*<sup>49</sup>, cuando el otro nos servía más que nada para satisfacer nuestras propias necesidades. La experiencia de la separación se teñirá entonces de una frustración con mayor o menor grado de rebeldía. B) Relación marcada por una dominante *agresiva*<sup>50</sup>. Una experiencia de deseo se cargaría aquí de culpabilidad, más profunda y durable en la medida en que esta agresividad no es conciente ni reconocida. Hay quien pasa horas en las exequias de las personas a las que, cuando vivían, no les concedía casi dedicación afectiva. C) Relación donde predominaría el *magnetismo*, es decir, cuando los lazos de vinculación amorosa (de los que no está necesariamente excluida la agresividad) han evolucionado hasta el completo reconocimiento de un destino y de una libertad 'otra'. Thomas plantea la hipótesis de que la experiencia de una muerte así combina el reconocimiento (acción de gracias) por el camino recorrido juntos, con un modo nuevo, interiorizado, de presencia del desaparecido: *"En este caso, el duelo aceptado produce un último encuentro con el otro, desaparecido, en que las imágenes del pasado se apoyan en las figuras simbólicas de una unión 'final', y vienen a facilitar la anticipación de la muerte en el que sigue viviendo"*.

Idealización del difunto o depreciación de su imagen; búsqueda del recuerdo o rechazo; deseo de vivir *como si él estuviera presente* o depresión y desesperanza, deben interpretarse en relación con estas actitudes tipo.

El análisis de las creencias y actitudes que el hombre considera tranquilizadoras sirven para confirmar, por una parte, la sorprendente complejidad, la asombrosa riqueza de los medios concebidos por lo imaginario para organizar la tristeza, luchar contra el dolor de la separación y la angustia de la muerte: *"las creencias, los sistemas de pensamiento, la liturgia de los ritos, las técnicas para reencontrar a los muertos y recuperar lo que su nuevo estado puede tener de benéfico para los supervivientes, se componen diferentemente según las áreas culturales"*<sup>51</sup>. Por otra parte, se pudo apreciar la diferencia, a pesar de numerosas analogías de situaciones, que separa a una sociedad "arcaica" del mundo occidental.

En el primer caso, el campo de lo imaginario privilegia el lenguaje del símbolo, acepta a la muerte para trascenderla mejor, hace del difunto un alter ego.

---

<sup>49</sup> *Narcisismo*. "Nombre derivado de Narciso, el joven de la leyenda griega que se enamoró del reflejo de su figura en el agua. Término introducido por Sigmund Freud para designar el proceso (o estadio) en que el cuerpo propio es el único objeto de libido. Es retomado en las ciencias sociales refiriéndose a los individuos cuya vida gira en torno a ellos, y todas las dimensiones de su vida: económicas, sociales, emocionales, sólo son satisfactorias si conllevan un beneficio propio." **DORSCH**, Fredrich., *Diccionario de psicología*, Ed. Herder, Barcelona, 1976.

<sup>50</sup> Relación *agresiva*, en la medida que encierra sentimientos de culpa, frustración, que comienzan a minar el desempeño de la persona. **DORSCH**, Fredrich., Op. Cit.

<sup>51</sup> **THOMAS**, Louis Vincent., *Antropología de la muerte*, Op. cit. p. 661.



En el segundo, el registro de lo simbólico se reduce, el miedo a la muerte, negada por excelencia, se conforma con intermediarios imaginarios más próximos a los impulsos que al rito representado y vivido, ya sea que se rechaza la posibilidad de morir, ya que se aferre a supervivencias empobrecidas de los grandes mitos, o que se trate de legitimar por la ciencia ciertas actitudes que no son más que modestos sustitutos de los ritos de ayer.

En el pasado, las conductas tranquilizadoras estaban en el centro de la vida y la exigencia de inmortalidad constituía la garantía mayor, la certidumbre absoluta, ya fuera que se tradujese en la reencarnación posible, en la vida ancestral o en la contemplación de Dios. Es cierto que el individuo organizado de manera plural (alma y cuerpo, para simplificar) podía contar con el grupo donde esta inserto. No ocurre lo mismo hoy: “al acentuarse la individualización, la unidad del cuerpo viene a oponerse a ese desdoblamiento y el hombre se siente mortal”. Entonces, o bien trata de olvidar esa perspectiva, o bien persigue su obsesión de sobrevivir, en el más allá si es creyente, o aquí abajo y bajo formas múltiples, si no lo es: criogenización –técnica de conservación en frío-, inmortalidad por piezas separadas, inmortalización por el recuerdo.

El ser humano no ha dejado de reaccionar ante la muerte y la corrupción, de multiplicar fantasías y sistemas, actitudes y ritos, que transformaran la pérdida en nuevas presencias y la descomposición en procesos de sublimación. Tal es el papel atribuido a lo imaginario en el que aparecen ciertas formas impulsivas que el psicoanálisis ha develado. Como las imágenes, las representaciones, las asociaciones-clave, que a veces adoptan el “lenguaje del cuerpo”, a veces el del “espíritu” e introducen los sistemas de símbolos que subyacen en los arquetipos del grupo considerado y conducen a temas rituales litúrgicamente codificados.

Para Thomas, Lévi-Strauss<sup>52</sup> mostró muy bien en qué consiste la eficacia simbólica. Lo imaginario reclama su actualización, pues en un sentido la contiene. Resulta desdeñable si sustituye a la acción que provoca, anima o acompaña. Pero es altamente benéfico si la compensa cuando ello es imposible. Se puede, pues, alcanzar la liberación en o por lo imaginario, trátase de: lo imaginario de salvación, lo imaginario de concepción o la actitud científica.

El interés del análisis del caso negro-africano es que justamente pone de relieve la existencia de lo *imaginario de salvación*: ritos como los funerales, y más todavía la iniciación, muestran de qué manera la muerte puede ser aceptada y trascendida colectivamente. El mundo occidental, como se ha dicho, no tiene esta sabiduría, a pesar del tema cristiano de la Resurrección y de la Redención. Desde los ritos funerarios (exequias y duelos) a los procedimientos parapsíquicos para entrar en relación con los fallecidos, comprobamos un empobrecimiento del lenguaje simbólico, que consagra la pérdida de vitalidad de este tipo de imaginario, o más bien su reducción a algunos mecanismos de negación.

---

<sup>52</sup>Antropólogo francés nacido en Bruselas en 1908. En la Universidad de São Paulo estudió las culturas indígenas del Mato Grosso y de la Amazonia.

*Lo imaginario de concepción*, de esencia teológica o filosófica, se divide en opciones bastante diversas: clásica o moderna para los teólogos, materialismo marxista o espiritualismo cristiano o ateo para los filósofos, sin olvidar la corriente estructuralista o inspirada en el psicoanálisis: cada doctrina trata a su manera de resolver la cuestión de la muerte, sin llega a interesar a las masas populares – salvo quizás el marxismo y el pensamiento cristiano-, como lo hacen los mitos negro-africanos que se encarnan en los ritos y comandan los actos de la vida cotidiana. Por otra parte, es preciso admitir que estas diversas concepciones no han renovado casi, ni siquiera profundizado, las cuestiones fundamentales que el hombre se ha planteado siempre.

Queda, por último, *la actitud científica*, en la que algunos depositan todas sus esperanzas (victoria sobre la vejez y la muerte, criogenización, inmortalidad terrenal). Pero, aparte de que la ciencia en este campo promete más de lo que efectivamente da, no olvidemos que ella también se vincula muy a menudo con la muerte.

Empobrecimiento del lenguaje propio de la muerte; restricción del campo simbólico; rechazo de los ritos; escamoteo del duelo; incertidumbre de las creencias tranquilizadoras; tal es efecto del desasosiego que experimenta hoy el hombre occidental frente a la muerte. No podía ser de otra manera, desde que en la mayoría de los casos “el poder” predomina sobre el “sentido”, el “beneficio” sobre el respeto a la persona, el miedo a la muerte sobre la alegría de existir. Mientras que el valor de cambio se imponga a expensas del valor de uso, el hombre seguirá siendo incapaz de vivir bien y de bien morir.

Elogiar el caso africano, tal como se ha hecho aquí en repetidas ocasiones, significa simplemente que en esta área cultural, las cuestiones vinculadas con la muerte se resuelven en bien de los intereses individuales o grupales; y no es por azar que tales sociedades sitúan al hombre en su cosmología, en el centro del mundo, y en sus ritos, en el centro de sus preocupaciones. Lo que no presupone en absoluto que se pretenda dar de ellas una imagen idílica. África conoce las desigualdades sociales, la explotación de los menores por los mayores, la pobreza y la alineación posteriores a la trata de negros, etcétera. Se comprende entonces por qué y cómo, ante la penuria de los objetos y la falta de dominio técnico, África ha llegado a concebir sistemas de pensamiento, mitos y ritos cuya función terapéutica de tranquilización y de consuelo resulta indiscutible.

Al parecer el África “tradicional” ofrece un ejemplo destacable de cómo resolver los problemas de la muerte; ejemplo que existe probablemente en otros pueblos no industrializados y que quizás existió en el pasado de Europa<sup>53</sup>.

---

<sup>53</sup> Los problemas relativos a los orígenes y causas de la muerte y a la condición de las almas en la otra vida han interesado siempre a todas las razas y a todos los pueblos, tal el es caso de los Abipones (indios del Paraguay); los Araucanos chilenos; los indios Bakairi de Brasil; los indígenas de la Guyana; los Setas de las islas filipinas; los Pamues del Congo francés; los Melanesios y los Cafres del África del Sur; etcétera. Para profundizar en dichos aspectos consultar: ENCICLOPEDIA UNIVERSAL ILUSTRADA, EUROPEA-AMERICANA, Tomo XXXVII, Ed. Espasa-Calpe, Madrid, España, 1980, pp. 119-122.

Decimos bien África “tradicional”, la que resiste por un tiempo a la occidentalización, y no una hipotética África, presuntamente “pura”, integralmente “auténtica”, lo que, como bien se sabe, es un mito desdeñable. En una palabra la referencia al caso africano sólo podía tener un valor ilustrativo: existen sociedades que por su sabiduría y/o oportunidad supieron trascender juiciosamente el tabú de la muerte<sup>54</sup>. No es que Occidente deba imitar tal modelo, lo que por supuesto sería imposible, ni deseable por razones más que evidentes. Pero apoyándose en la idea básica de que una civilización de acumulación de hombres logra conjugar el respeto a la vida (y no solamente a la vida humana) y la aceptación de la muerte, el mundo industrializado tendría que tratar de forjar una sociedad nueva.

## 1.2.- VISIÓN DE LA MUERTE A TRAVÉS DE LA HISTORIA.

En el siglo XVI apareció en Inglaterra la idea de registrar en las parroquias los bautizos, casamientos y sepulturas:

**“Aunque sus inicios no son totalmente conocidos, si se sabe que en 1532 el Consejo Real de Londres deseaba conocer los avances y estragos de las epidemias, para lo cual promovió la creación y uso público de boletines sobre mortalidad, en un intento de proporcionar a las autoridades de la ciudad un conocimiento de la gravedad, de la evolución y de los lugares de aparición y desaparición de la peste<sup>55</sup>”.**

Durante el primer siglo a partir del surgimiento de estos boletines, la recopilación de sus datos y la publicación aparecía y desaparecía posiblemente conforme crecía y decrecía el temor sobre las epidemias: “Pero desde 1603 se regulariza su elaboración y a partir de 1625 se convierten en publicaciones periódicas<sup>56</sup>”. Con esta información disponible pudo lograrse la primera apreciación acerca de la regularidad de la acción colectiva de la muerte, de tal manera que permite una descripción matemática del fenómeno.

Edmund Halley –astrónomo mejor conocido por el cometa que estudió y el cual lleva su nombre- construyó lo que sería la primera tabla de mortalidad con las características suficientes para describir el comportamiento estadístico de la muerte. Tal trabajo lo llevo a cabo a finales del siglo XVII al analizar las estadísticas de la población, las muertes y las edades en que aquellas ocurrían en la ciudad alemana de Breslau:

**“En su estudio se señalan por primera vez las oportunidades que se tiene de sobrevivir año con año en relación con la edad alcanzada, y nos permitió percatarnos, también por primera vez, de la forma general que guarda la mortalidad de la raza humana respecto al tiempo que se lleva vivido”.**<sup>57</sup>

---

<sup>54</sup> *Ibíd.* p. 122-128. En estas páginas se menciona el importante papel que ocupa el mito frente a la muerte.

<sup>55</sup> **HAM**, Chande Roberto., “De cuando la muerte se convierte en teorema”, en revista *Diálogos*, Artes/Letras/Ciencias Humanas, volumen 19, número 1 (109), enero-febrero, México, 1983, p. 62.

<sup>56</sup> *Ibíd.*

<sup>57</sup> *Ibíd.* p. 63.

En esta tarea de cuantificar la muerte, a partir de la tabla de mortalidad, se puede suponer un límite a la vida humana, más allá del cual nadie vivirá. En prácticamente todas las tablas construidas desde Halley hasta nuestros días tal límite varía alrededor de los 100 años; aunque de vez en cuando nos encontramos con transgresores a esa hipótesis de la tabla de mortalidad, seres humanos que viven más de 100 años, los cuáles constituyen, no obstante, una excepción a la regla.

Una pregunta pertinente que surge es la siguiente: ¿Cuáles fueron las razones de Halley para distraer su atención del cielo, del firmamento, para fijarla en algo tan terreno como la muerte? Según Roberto Ham, puede ser que haya sido la guerra o el comercio, ya que es siempre uno de estos dos motivos el que hace que la ciencia pura se convierta en ciencia aplicada; en el caso de Halley, fue el comercio el que solicitó conocer estadísticamente cómo mueren las personas:

**“La cuestión que los financieros de la época se planteaban era la de establecer qué suma de dinero suficiente y justa debería cobrarse para garantizar a una persona una renta vitalicia, esto es, el pago de una cantidad anual mientras tal persona viviera<sup>58</sup>”.**

El trabajo de Halley de calcular el fondo monetario necesario para realizar tal operación, dio lugar a los esquemas modernos de cálculo y financiamiento de pensiones y seguros de vida, a partir de los cuales se crearon las técnicas actuariales y se sentaron muchas de las bases del análisis demográfico.

La humanidad no ha dejado de reflexionar jamás sobre la muerte, es decir, tanto en su origen como en sus causas inmediatas, su significación, sus modalidades y consecuencias. Se debe a Edgar Morin<sup>59</sup> el mérito de haber logrado articular en tres tiempos diacrónicos el estudio sobre la muerte: el primero se refiere a las *sociedades arcaicas*; el segundo, a las *sociedades metafísicas* y el tercero, a la *época moderna*.

Los hombres de las *sociedades arcaicas* (del gr. *arkhaikos*, antiguo) fueron impresionados antes que nada, en el plano imaginario, por lo contagioso de la muerte. Concibieron entonces una multiplicidad de ritos para detener este contagio sugerido por la descomposición del cadáver y también para favorecer el pasaje del difunto al mundo de los espectros. Para ellos resultaba repulsiva la idea de una muerte definitiva, la muerte sólo podía ser para ellos una muerte-renacimiento. De ahí surge la idea de que los desaparecidos viven en otra parte su vida como vivientes. Los muertos para ellos, no tienen nada de humanos desencarnados, de espíritus, como erróneamente se ha pretendido a menudo. Se trata más bien de dobles, o si se prefiere, de espectros que toman formas de fantasmas, que acostumbran acompañar al vivo durante toda su existencia, en sus sueños, en su sombra o en su aliento:

**“El *ka* egipcio, el *genius* romano, el *Bephaim* hebreo, el *Frevoli* o *Fravashi* de las personas, son de hecho vivientes invisibles que aman y odian, protegen o se**

---

<sup>58</sup> *Ibíd.* p. 63.

<sup>59</sup> *Cfr.* MORIN, Edgar., El hombre y la muerte, Editorial Kairós, Barcelona, España, 1994.

vengan; son siempre muy exigentes y hay que contar con ellos en forma permanente<sup>60</sup>”.

Respecto a los hombres de las *sociedades metafísicas*, se asiste a una separación radical de vivos y muertos. Así se llega del doble al dios, pasando por el muerto-antepasado-dios, la divinidad potencial del muerto, pero a través de selecciones severas donde los muertos-antepasados y los muertos-jefes se separan de los otros muertos, los grandes antepasados se distinguen de los pequeños antepasados y los dioses se destacan entre los grandes antepasados: “En su desarrollo, la historia del Panteón divino será el reflejo de la historia humana. De la sociedad basada en las cosechas a las ciudades marítimas, de los clanes a los imperios, los dioses triunfantes, antiguos totems de los clanes vencedores, se convertirán en dueños del mundo. Seleccionado por la guerra y la victoria, producto de múltiples sincretismos sucesivos, el panteón unificado de los dioses, que agrupa a dioses-clientes y a dioses-feudales alrededor de los grandes dioses, reflejarán la unificación social, así como sus conflictos reflejarán los conflictos humanos<sup>61</sup>”.

Desde ese momento, los dobles desaparecerán, mientras que la noción de espíritu alcanzará todo su sentido, así como la de alma:

**“La verdadera inmortalidad (espíritu) reemplaza entonces la amortalidad (doble). Nacen las religiones de la salvación. Al morir, el alma abandona el cuerpo, evita a los demonios y llega al Paraíso. El ideal platónico, la búsqueda de salvación de los cristianos, la aspiración ascética al Nirvana o al Uno-Todo en los sistemas de pensamiento orientales, ilustran cabalmente esta tendencia, aunque sin agotarla<sup>62</sup>”.**

En cuanto a la *época moderna*, aporta otra visión. El hombre no se deja invadir por los espíritus (menos aún por los dobles) y deja de otorgarle el menor crédito a los mitos o a los ritos. En nombre de la ciencia –como en Marx- o quizás para desbordar su angustia –como lo hizo Nietzsche-, proclama solemnemente la muerte de Dios. En este sentido, los progresos de las ciencias y de las técnicas, el desarrollo del espíritu crítico, la expansión del espíritu individualista y competitivo impuesto por un mundo donde la rentabilidad y el beneficio reemplazan a los antiguos valores:

**“La salvación, sí existe, no puede estar sino en él, así como la muerte es su muerte, que deberá afrontar sin la ayuda de Dios<sup>63</sup>”.**

O bien la muerte será ignorada, rechazada, por estar fuera de la acción “de la energía práctica del hombre” y no tener la praxis revolucionaria nada que hacer con ella (Marx); o bien se la reconocerá como sin sentido, no como mi posibilidad,

---

<sup>60</sup> Cita de Thomas en: THOMAS, Louis Vincent., *Antropología de la muerte*, Ed. FCE, México, 1993, p. 182.

<sup>61</sup> *Ibíd.* pp. 182-183.

<sup>62</sup> *Ibíd.* p. 183.

<sup>63</sup> *Ibíd.*dem.

sino como la negación de mis posibilidades: “la anulación siempre posible de mis posibilidades, que esta fuera de mis posibilidades<sup>64</sup>”.

Philippe Ariés en su texto *El hombre ante la muerte*<sup>65</sup>, plantea la existencia de cuatro **parámetros**: 1. Conciencia de sí mismo, 2. Defensa frente a la naturaleza salvaje, 3. Creencia en la sobrevida, 4. Creencia en la existencia del mal. Que a su vez corresponden a cuatro **modelos**: a) La Muerte Domada, b) La Muerte Propia, c) La Muerte Lejana y Próxima d) La Muerte Invertida. Mismos que se corresponden con cuatro distintos **periodos históricos**: el primero corresponde a la Primera Edad Media, el segundo a la Baja Edad Media, el tercero a los siglos XVIII y XIX y el cuarto al Siglo XX.<sup>66</sup>

La hipótesis de Ariés se refiere a la <<relación entre la actitud ante la muerte y la conciencia de uno mismo, de su grado de ser, más simplemente, de su individualidad>>. Ahora se analizarán los parámetros, sus modelos y su correspondiente época histórica.

PERIÓDO HISTÓRICO	PARÁMETRO	MODELO: MUERTE DOMADA
PRIMERA EDAD MEDIA FINALES V-XI	Conciencia de sí mismo.	La vida y la muerte constituyen en mayor medida actos colectivos que individuales. Existe una solidaridad entre el individuo y su colectividad que se refiere al papel activo que el moribundo acepta: la escena de los adioses y del duelo. Se considera a la muerte como el medio para continuar la especie; no constituye un drama personal sino que existe una ligazón entre el moribundo, los familiares y amigos, quienes se reúnen alrededor del lecho para comulgar en el momento final.
	Defensa frente a la naturaleza salvaje.	Se manifiesta mediante el ritual de la muerte. Es decir, la comunidad intenta controlar a través de ceremonias el desgarró emocional que puede provocar la muerte en sí misma.
	Creencia en la sobrevida.	Es cierto que a pesar de las condiciones mal conocidas acerca de la otra vida después de la muerte, las personas de esta época creen en su existencia. La sobrevida se identifica como una espera. ¿Qué espera? La Iglesia asegura que los muertos esperan “lo que será el verdadero fin de la vida, la resurrección en la gloria y la vida del siglo futuro”.

<sup>64</sup> Ibídem.

<sup>65</sup> ARIÈS, Philippe., *El hombre ante la muerte*, Ed. Taurus, Madrid, España, 1999.

<sup>66</sup> Para fines didácticos se delimitó los dos primeros periodos históricos que menciona Ariés acotándolos cronológicamente, de la siguiente manera: Primera Edad Media, Siglos V-XI; Segunda Edad Media, Siglos XII-XVII.

	Creencia en la existencia del mal.	A la muerte se le conceptualiza como un mal, una desgracia. Los diversos aspectos del mal serían el sufrimiento, el pecado y la muerte. En el cristianismo este mal queda representado por el pecado original y la resignación.
--	------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PERIODO HISTÓRICO	PARÁMETRO	MODELO: <b>LA MUERTE PROPIA.</b>
<b>EDAD MEDIA XII-XVII</b>	Conciencia de sí mismo.	Si antes existía una visión de los bienes o males como comunitarios, ahora se desplaza el foco de atención al individuo de manera que prevalece el sentido de identidad del propio individuo sobre el sometimiento al destino. Se empieza a sentir un deseo de gozar la vida, se ama la vida, los placeres son inmediatos.
	Defensa frente a la naturaleza salvaje.	¿Cómo defiende la sociedad a sus miembros contra la naturaleza salvaje de la muerte cuando se exalta la identidad individual pudiendo parecer más desgarradora que antes? Perpetuando la escena de la muerte en el lecho y acentuando la ritualización mediante procesiones eclesiásticas –con un séquito-, los servicios de la Iglesia y el cuerpo presente. Lo que es más sorprendente es la síntesis que se consigue entre el individuo y la protección de la sociedad ante la naturaleza salvaje de la muerte, a través de la ocultación del rostro del difunto bajo las máscaras de los sudarios.
	Creencia en la sobrevida.	El individuo ya no se conforma con dormir el sueño profundo que sucedía a la muerte de antaño en un estado de espera, sino que aboga por un alma inmortal que asegure su identidad creadora.
	Creencia en la existencia del mal.	Un arte macabro alterna con la ocultación del rostro del difunto como reflejo del malestar sufrido por la pérdida de la amada vida. Por tanto, existe una ocultación definitiva del cuerpo muerto y el uso prolongado del testamento.

EPOCA HISTÓRICA	PARÁMETRO	MODELO: <b>LA MUERTE LEJANA Y PRÓXIMA.</b>
SIGLOS XVIII Y XIX.	Conciencia de sí mismo.	En la historia revisada se ha pasado de un sentido de colectividad –todos hemos de morir- a una preocupación por la muerte de uno mismo. Pero es en la época romántica cuando se desatan las pasiones y el dolor por la pérdida del ser amado, por la muerte del otro. Es la época en la que nace la familia nuclear que sustituye a la colectividad y que aporta una nueva función: la absoluta afectividad. Se traslada la preocupación de la muerte de uno mismo al temor por la pérdida del otro.
	Defensa frente a la naturaleza salvaje.	Se produce una confusión entre el amor y la muerte, el placer y el sufrimiento, el orgasmo y la agonía que se unen en una sola sensación; este pensamiento queda ilustrado por el mito de la erección del ahorcado. En este momento surge el miedo a ser enterrado vivo, lo cual supone un conocimiento.
	Creencia en la sobrevida.	Se inventa algo nuevo en esta época: la muerte es patética y bella como la misma naturaleza, ofreciendo una notable brillantez a un fenómeno al que se le restaba importancia. Después de la muerte las almas que no deseaban la separación encuentran un espacio para el reencuentro. Supone un conocimiento acerca de un estado mixto entre la vida y la muerte del que se puede regresar.
	Creencia en la existencia del mal.	Se asocia a la muerte con el mal físico y el pecado, se empieza a no creer en el infierno ni en la relación entre la muerte y el pecado. Los supervivientes quedaban así “más tranquilos” máxime cuando se aseguraba a los muertos el paso por el purgatorio.

EPOCA HISTÓRICA	PARÁMETRO	MODELO: <b>LA MUERTE INVERTIDA.</b>
SIGLO XX.	Conciencia de sí mismo.	La preocupación por la muerte del otro, el amor que se siente por el otro se vuelven más rigurosos de manera que no se disfruta ya de la comunión entre el moribundo y sus seres queridos que había impregnado de belleza al periodo anterior, sino que la noticia de la muerte inminente se oculta.



Defensa frente a la naturaleza salvaje.	Existe una implicación de la sociedad en la muerte del otro. Ya no es necesario defenderse contra la naturaleza salvaje puesto que ésta queda humanizada gracias al progreso tecnológico, en general, y médico, en particular.
Creencia en la sobrevida.	Se supone que la protección del moribundo supera el momento de la comunión al ocultar las emociones y evitar la posibilidad de comunicación en el último momento de su vida. ¿Qué contribuye a que se evite esa intimidad del último momento? El enfermo se halla medicalizado. Lo que importa es enfrentar el último suspiro, como la verdadera finitud, después de éste, nada queda.
Creencia en la existencia del mal.	El miedo es sustituido por la vergüenza. Se piensa que el mal como tal no es inherente al hombre sino que la sociedad –por medio de la vigilancia y el castigo- es capaz de controlar la conducta de los individuos. Una manifestación del mal se considera también como un error del sistema hospitalario. Incluso el mal físico es controlado por los avances en medicina. La muerte se percibe como detestable pues está envenenada por la enfermedad y por el traslado al hospital.

A pesar del último modelo, no es posible desprenderse de la realidad ineludible de la muerte. La sociedad actual no la reconoce, la silencia. La trata con indiferencia y procura evitarla. Aun así no se puede decir que esta actitud halla aniquilado la muerte ni el miedo que conlleva; más bien la técnica médica supone un velo bajo el cual los antiguos salvajismos de la naturaleza vuelven silenciosamente.

Aries arguye que la creencia en la existencia del mal de antaño repercutía en la doma de la muerte. En cambio, la supresión del mal ha vuelto a la muerte a su estado salvaje. Según el autor, los psicólogos, sociólogos, antropólogos, filósofos de hoy tratan de volver a unir la muerte con la felicidad, para proponer adoptar ante la muerte una actitud de aceptación más que de vergüenza.

### 1.3.- MUSA DE LA FILOSOFÍA.

*“Únicamente, ciertas criaturas dotadas de una gracia especial parece que llegan a sobreponerse, a través de la continuidad mística de lo transitorio y lo eterno, a la hora irremediable de su consumación corporal. Mas la mayoría sólo somos capaces de teorizar sobre la muerte y dedicarle bellas frases mientras gozamos de buena salud. Desde el momento en que la muerte nos sale al camino o la vemos entrar en nuestro hogar dejamos ya de ser filósofos. Todas nuestras ideas sobre ella se desvanecen; no hacemos, entonces, más que sentir, y nuestros ojos, llenos de lágrimas, nos impiden ver.”*  
Eugenio Pérez del Río.

Platón propone una “solución” al reto de la muerte, en su diálogo *Fedón*<sup>67</sup>, su idea básica es homologar el pensamiento filosófico a una muerte metafórica que nos desgaja de la naturaleza corruptible del cuerpo y la materia para llevarnos más allá del tiempo hasta la contemplación intemporal de la idea. También en *La República*<sup>68</sup> sustenta la misma perspectiva pero de una forma mitológica:

**<<Filosofar es morir, es abandonar este mundo de imágenes, esta caverna de sombras por otro mundo que existe más de verdad, pues se halla eternamente presente; pero abandonarlo no en un sentido espacial, sino justamente en el sentido de la transformación del ser implicado por el acto filosófico<sup>69</sup>>>.**

La muerte –a las apariencias, a los sentidos, al cuerpo, a las pasiones y emociones instintivas, a los sentimientos...- es la vía propia del filósofo, el camino epistemológico que le permite despertarse del sueño ignorante y carnal de los demás mortales.

En este sentido Hegel (1770-1831) declaró en la *Fenomenología*<sup>70</sup> que el único modo de acceder a la conciencia humana es superar el apego animal a la vida, el pánico a la muerte. Puesto que la naturaleza no es en sí misma sino el “cadáver” de la idea, sólo quien se atreva a superar su condicionamiento natural alcanzará la perdurable vitalidad desencarnada del espíritu:

**“Para empezar de veras a pensar primero hay que suicidarse por exigencia metodológica, pero luego se resucita de entre los muertos arropado por el sudario del toga sapiencial<sup>71</sup>”.**

<sup>67</sup> PLATÓN, *El banquete. Fedón*. Fedro, Ed. Orbis, Barcelona, España, 1993, pp. 115-246.

<sup>68</sup> PLATÓN, *La República*, Edicomunicación, Barcelona, España, 1999.

<sup>69</sup> *Ibíd.*

<sup>70</sup> HEGEL, G. W. F., *Fenomenología del espíritu*, Ed. FCE, México, 1987.

<sup>71</sup> SAVATER, Fernando., *Diccionario Filosófico*, Ed. Planeta, México, 1996, p. 253.

En la tradición occidental, aunque fuertemente impregnada por la sabiduría oriental, la visión más profunda de la relación entre muerte e individualidad es la brindada por Arthur Schopenhauer (1788-1860). Para él, nada muere con la muerte salvo la individualidad misma.<sup>72</sup> Para Schopenhauer, nadie vive en el pasado ni tampoco en el futuro, cada individualidad no tiene otra sede que el *presente*; el aquí y ahora.

Sabemos que la certeza de la muerte es un elemento constante en nuestra experiencia vital, el hombre intenta aprehenderla de diferentes maneras y en ello su contexto social, cultural y geográfico tiene mucho que ver, así como sus experiencias cercanas con la muerte; por lo tanto nos encontramos en una nebulosa de interpretaciones en torno al deceso de nuestra vida, donde sería oportuno destacar la acotación de Max Scheler (1875-1928), quien atinadamente enfatiza que el *hombre moderno presenta una nueva actitud ante la muerte*. Para Scheler, el hombre moderno es aquél que se encuentra impulsado por la idea de progreso,<sup>73</sup> obsesionado por las ganancias materiales, -ya que éstas le dan sentido a su existencia-, el hombre moderno no vive pensando en la muerte, resulta inexistente para él, su vida acelerada, su instinto de supervivencia se encuentra entretenido con sus ansias de fortuna, diversión y trabajo. Aunque temida, la muerte ya no existe para él, se encuentra reprimida; depositándolo así, en una angustia vital que lo sobrepasa y lo ensombrece, lo vuelve incapaz de crear o encontrar un símbolo para ella; y cuando ésta toca a su puerta se convierte en una abrupta intrusa: ¡brutal y violenta!

Al hombre moderno le sobreviene la muerte como catástrofe. Presa de un enorme individualismo, se encuentra perdido en un yo social que piensa y se debe al “otro”, es decir, la “imagen” que tengan los demás de él, es lo único que le importa, eso parece ser que es lo que le da identidad. Por lo tanto, no vive ni muere para él. En la puesta en escena de su vida, día con día, se olvida que tiene que vivir para sí, que tiene que aprender a morir para sí, y encontrar los símbolos necesarios para reconciliarse con su finitud.

**“Como una figura bordada con sedas abigarradas, construía el tipo antiguo los contenidos particulares de su vida, sus acciones y obras, dentro de la estructura de la totalidad de una vida flotante siempre ante sus ojos. Vivía en vista de la muerte. La muerte era un poder rector y conformador de su vida: algo que confería a ésta articulación y estructura. Pero este nuevo tipo vive literalmente “al día”, hasta que súbitamente y por modo extraño no haya ningún nuevo día<sup>74</sup>”.**

Para el pensador americano Ernest Becker (1924-1974) –a partir de la antropología, la sociología cultural y el psicoanálisis- ha sido este siglo uno de los que han subrayado tal carácter universal con mayor acuidad, y señala: *“todo poder*

---

<sup>72</sup> SCHOPENHAUER, Arthur, *El mundo como voluntad y representación*, Ed. Porrúa, México, 1992.

<sup>73</sup> “...el llamado ‘progreso’; progreso sin finalidad, sin sentido, un progreso en el cual, como Sombart ha mostrado, el progresar mismo se convierte en sentido del progreso”. SCHELER, Max., *Muerte y supervivencia*, Ed. Revista de Occidente, Madrid, España, 1934, p. 27.

<sup>74</sup> *Ibíd*em p. 56.

es en esencia poder de negar la mortalidad<sup>75</sup>”, es decir promesa de victoria social contra la muerte.

Por su parte, Elías Canetti (1905-1994) en su texto *La provincia del hombre* tiene el pudor de no vociferar lo que desearía que hubiera en lugar de la muerte, se limita a negarse a hacer las pases con ella, a resignarse de cualquier modo ante su imperio. No la *piensa*, se dedica a rechazarla, a negarle su derecho de pernada sobre todo lo viviente, sobre nosotros: *“Siempre te preguntan qué quieres decir cuando despotricas con la muerte. La gente quiere de ti las baratas esperanzas que las religiones han devanado hasta la saciedad. Pero yo no sé nada. No tengo nada que decir a esto. Mi forma de ser, mi orgullo consiste en no haber halagado jamás a la muerte. Como todo el mundo, algunas veces, muy pocas, la he deseado, pero nadie ha oído nunca de mis labios una alabanza a la muerte, nadie puede decir que yo haya inclinado nunca la cerviz ante ella, que la haya aceptado o embellecido. Me parece lo más inútil y maligno que ha habido nunca, la calamidad fundamental de cuanto existe, lo incomprensible, lo que jamás ha sido resuelto, el nudo en el que, desde siempre, todo se encuentra atado y cogido y que nadie se ha atrevido a cortar”*.

Eugenio Pérez del Río denomina al hombre moderno *instintivo*<sup>76</sup>, y lo describe como aquél que carece de todo ideal de vida, hace lo que le place pero ignora el sentido y el alcance de la libertad, solo busca alcanzar un acomodamiento de las circunstancias, un vivir desperdiciando el tiempo, una simple consumación de la vida:

**“Pero para estos goces se necesita vigor, salud y juventud. Cuando no se tienen acaba uno por descender a nivel más ínfimo: la avaricia. De todas las pasiones, la avaricia es, en efecto, la más absorbente, la más pertinaz, pues perdura para sostener un cadáver próximo a pudrirse”<sup>77</sup>.**

En contraparte a este tipo de hombre existe el “hombre vitalista”, <<esos exaltados naturalistas>>, para ellos la muerte es una actitud más de la vida que se articula como un quehacer más del hombre. Se destaca que la clasificación que maneja Pérez del Río es acomodaticia, al referirse al hombre <<instintivo>> o <<vitalista>>:

**“El vitalista odia la mediocridad y siente apetencia por lo extraordinario, casi podría decirse que por lo inverosímil. Su rasgo distintivo es un activismo fantástico, al que le lleva, precisamente, una tensa e irrefrenable voluntad de vivir. Su ímpetu le hace saltar las fronteras de la medida vital y situarse en un mundo mítico y loco (Hércules**

---

<sup>75</sup> **BECKER**, Ernest., *La lucha contra el mal*, Ed. FCE, México, 1992.

<sup>76</sup> “Se le podría designar con otros nombres. <<bon vivant>>, le llaman, contemplando su lado más favorable, los franceses, existente bruto, <<Seide>> (Heidegger); farsante, indecente, serio, <<ser-en-sí>> (Sartre); hombre-masa Ortega, etc. Pero cualquiera que sea el nombre que le asignemos, estamos aludiendo a ese sujeto inane, intercambiable e impuro que sólo puede ser lo que es: impotente para adelantarse a sí mismo, prisionero de un sueño gregario, mera inmovilidad”. **PÉREZ** del Río, Eugenio., *La muerte como vocación en el hombre y la literatura*, Ed. laia, Barcelona, España, 1984. p. 46.

<sup>77</sup> *Ibíd.* p. 46.

vendría a ser la imagen a este vitalismo a que me refiero, idealista y viril). El carácter esencial del vitalista es su proyección heroica<sup>78</sup>”.

Cuando el hombre tenga la capacidad de voltear su mirada a la naturaleza; mirada curiosa, interrogativa, propositiva, y logre romper con esa melancolía negativa que se genera cuando se sabe mortal, transformará entonces en positiva toda su existencia.

La melancolía<sup>79</sup> a la cual se refiere Pérez del Río, es una condición humana, y nadie está exento de sentirla, algunos la sienten en más ocasiones que otros. No es por incapacidad interna por lo que el hombre no es dichoso, en gran medida, no es dichoso porque el hombre ha sido incapaz de identificarse de acuerdo a su historia y posibilidades, entender y enfrentar aquéllas situaciones que lo limitan y lo delimitan, y aprender a convivir más con lo natural. Por su parte Jean J. Rousseau cree que la infelicidad humana es fácilmente remediable: *“basta con reformar la sociedad y prestar mayor atención a la naturaleza”*. Para Francois-Marie Arouet mejor conocido como Voltaire, la solución en todo estaría –aún cuando lo haya dicho con ironía- en permitir al hombre dar cumplida satisfacción a sus instintos. Y Claude-Adrien Helvetius encuentra en la ignorancia el origen de todas las aflicciones: <<Con el saber, la dicha, el equilibrio y la perfección de la vida estarían asegurados>>.<sup>80</sup>

El hombre alcanzará la conmoción espiritual y física en su grado máximo, cuando surja de repente, sin esperarlo, pero inevitable, la enfermedad; ese desequilibrio orgánico revelador –según Pérez del Río- que lo llevará a reconocer que el mal y el dolor son una ley en la existencia misma: *“La enfermedad es la <<conditio óptima>> para acomodar nuestro ánimo a la idea de la muerte. Mientras no logremos evitar la muerte, el ideal de una salud perfecta será, pues, un ideal perverso.”* La enfermedad es la actividad más intensa que el hombre pueda desplegar:

**“...es un movimiento frenético y... estacionario, el más rico derroche de energía sin gestos, la espera hostil y apasionada de una fulguración irreparable<sup>81</sup>”.**

Dependemos absolutamente del cuerpo, por lo tanto la enfermedad es nuestra más importante aventura. Del Río destaca que la enfermedad es la expresión física y orgánica de nuestro cuerpo, que será traducida en miedo, miedo a nuestra propia muerte:

**“El hombre tiene conciencia desde que empieza a vivir de que es un ser vulnerable. La previsión del riesgo le hace buscar, cuando es niño, el contacto de los que le han dado el ser, y más tarde, de manera sucesiva, la protección del tótem y del**

---

<sup>78</sup> *Ibíd.* p. 47.

<sup>79</sup> *Melancolía.*- (gr. Melas, negro; kholos, bilis): tristeza pronunciada, persistente y de causas imprecisas, para la psicología, es un estado que se deriva de un complejo de culpabilidad. DORSCH, Fredrich., *Diccionario de psicología*. Ed. Herder, Barcelona, 1976, p. 638.

<sup>80</sup> *Ibíd.* p. 34. Cita de Pérez del Río.

<sup>81</sup> CIORAN, E. M., *Breviario de podredumbre*. Op. cit. p. 28.

**exorcismo, de la religión y de la ciencia. El miedo es la más antigua y arraigada emotividad del hombre<sup>82</sup>”.**

Es así como el miedo, más allá del amor fue la causa del extraordinario respeto a los muertos y de la adoración que se les hizo objeto. La muerte ajena es para mí una advertencia. Es el aviso de que yo he de morir algún día también. Y ello me fuerza a vivir en la anticipación constante del fin, a tomar conciencia de que la muerte es mi única y definitiva posibilidad en el mundo. Si no murieran los demás, nada habría capaz de atenuar el tremendo pavor de nuestra muerte. <<Antes que yo se han ido muchos, después que yo, todos>>, de ésta manera se consuela Séneca, el estoico. Así pues: << si es ley y no pena ¿qué me aflijo?>><sup>83</sup>”.

Por muchos males que tenga la vida, nuestro amor a la existencia es tan acendrado que no podemos sinceramente aborrecerla, seguimos fieles a la vida aunque neguemos todas sus trágicas consecuencias, en palabras de E. M. Cioran (1911-1995): <<Porque no reposa sobre nada, porque carece hasta de la sombra misma de un argumento, es por lo que perseveramos en la vida. La muerte es demasiado exacta; todas las razones se encuentran de su lado. Misteriosa para nuestros instintos, se dibuja, ante nuestra reflexión límpida, sin prestigios y sin los falsos atractivos de lo desconocido. A fuerza de acumular misterios nulos y de monopolizar el sin sentido, la vida inspira más espanto que la muerte: es ella la gran Desconocida>>.<sup>84</sup>

La vida, como pensaba Cioran, no es el conjunto de funciones que se resisten a la muerte, es, más bien, el conjunto de funciones que nos arrastran a ella. Lo cual no significa que nos encontremos en un constante enamoramiento con ella, ya que si bien se encuentra en nosotros, si tuviéramos una conciencia constante de ese temor a la muerte, seríamos incapaces de funcionar normalmente. Cioran apuesta más por convertirla en un principio de eficacia *mística*:

**“Los que no saben sacar beneficio de sus posibilidades de no ser, permanecen extraños a sí mismos: fantoches, objetos provistos de un yo, dormidos en un tiempo neutro, ni duración ni eternidad. Existir es sacar provecho de nuestra parte de irrealidad, es vibrar al contacto con el vacío que está en nosotros. El fantoche, por su parte, permanece insensible al suyo, lo abandona, lo deja decaer...<sup>85</sup>”.**

Al meditar sobre la muerte, por un momento uno se percata de que nuestra finitud conspira contra nuestras aspiraciones ideales y que tienen el mismo fin que nuestro cuerpo, caducan:

---

<sup>82</sup> PÉREZ del Río, Eugenio., *La muerte como vocación en el hombre y la literatura*, Op. cit. p. 57.

<sup>83</sup> *Ibíd.* p. 115.

<sup>84</sup> CIORAN, E. M., *Breviario de podredumbre*, Ed. Taurus, Buenos Aires, Argentina, 1991.

<sup>85</sup> CIORAN, E. M., *Adiós a la filosofía*, Ed. Alianza, Madrid, España, 1995, p. 92.

**“La manera como todos nosotros morimos, hombres, animales, flores, constituye una conspiración de la materia en contra nuestra. Morimos tal y como nos lo ha prescrito la naturaleza, traicionamos todas nuestras aspiraciones elevadas, todos los anhelos de disolvernarnos en alguna parte más allá de nosotros mismos, de quebrar nuestras alas en un silencio inmaterial. Al morir, caemos en nuestro más acá. Y por eso cada muerte es motivo de vergüenza. En efecto, ¡me da vergüenza de morir! ¿Por qué no prueba cada uno de mis átomos a holgar por el espacio para que yo me disuelva, feliz de no volver a reencontrarme...? <sup>86</sup>”.**

Cuando la muerte se presenta, también termina definitivamente con cualquier anhelo e ideal personal, sin embargo, para Jean-Francois Lyotard (1924-1998), la creación, el arte, es una vía trascendental que se instala en lo atemporal:

**“El arte es el deseo que el alma tiene de escapar a la muerte que lo sensible le promete, pero celebrar en lo sensible mismo es lo que le quita de la inexistencia <sup>87</sup>”.**

Somos una sociedad de marginados –dirá por su parte Jean Baudrillard<sup>88</sup>- hemos arrojado a la periferia de la normalidad, convirtiéndolos en <<categorias>> a múltiples seres humanos: los pobres, los subdesarrollados, los perversos, los transexuales, las mujeres, los intelectuales, etc; lo justificamos teniendo como base una definición a la cual Baudrillard denominará “racista” de lo <<humano normal>>:

**“Sin embargo, hay una exclusión que precede a todas las demás, más radical que la de los locos, los niños, las razas inferiores, una exclusión que precede a todas ellas y les sirve de modelo, que está en la base misma de la <<racionalidad>> de nuestra cultura: es la de los muertos y la muerte <sup>89</sup>”.**

Los muertos han dejado de existir, han sido arrojados fuera de la circulación simbólica de la sociedad. Instalados en la periferia de nuestro pensamiento, así como de nuestro espacio físico y mental, se han convertido en proscritos del grupo de los vivos, nada ha sido previsto para ellos:

**“No hay lugar, ni espacio tiempo asignado a los muertos, su estancia es inencontrable (sic), helos ahí arrojados a la utopía radical; ni siquiera amontonados: volatilizados <sup>90</sup>”.**

Estamos inmersos en una “desocialización de la muerte”, lo cual significa que hemos traducido a la muerte como una fatalidad individual, un proceso natural, que no merece reflexión alguna, sino meras respuestas convencionales

---

<sup>86</sup> CIORAN, E. M., El libro de las quimeras, Ed. Tusquets, Barcelona, España, 1996, p. 157.

<sup>87</sup> LYOTARD, Dolores, Milner Jean-Claude y Sfez Gérald (coords)., Jean-Francois Lyotard, el ejercicio de la diferencia, Ed. Taurus, México, 2003, p. 99.

<sup>88</sup> Jean Baudrillard nació en 1929, Reims, Alemania. Estudió germanística en Alemania. Desde 1966 trabajó como asistente de Lefebvre, durante 20 años fue profesor de sociología de la Escuela Superior de Nanterre, en París. Ha impartido lecciones en diversas ciudades de Norteamérica y Sudamérica, cuenta con la habilitación oficial en la Sorbona. Es redactor de la revista *Traverse*. Revisar: VOLPI, Franco, Enciclopedia de obras de filosofía, Ed. Herder, Barcelona, 2005, p. 225.

<sup>89</sup> BAUDRILLARD, Jean., El intercambio simbólico y la muerte, Monte Avila Editores, Caracas, Venezuela, 1993, p. 145.

<sup>90</sup> *Ibíd.* p. 151.

que sirven como sedantes. Lejos estamos de entender que la muerte es una relación social que acontece en la comunidad, un intercambio simbólico:

**“Mientras que todo nuestro idealismo converge en la ilusión de una materialidad biológica de la muerte: discurso de la <<realidad>>, que es de hecho el de lo imaginario, y que los primitivos superan en la intervención de lo simbólico. Esa gran época de la operación simbólica es la iniciación. No aspira a conjurar la muerte ni a <<sobrepasarla>>, sino a articularla socialmente<sup>91</sup>”.**

Sacrificado el intercambio simbólico, lo hemos sustituido por otros tipos de intercambio, que se adaptan a esta sociedad, intercambios: económicos, sociales, políticos, culturales, etc. Esta ruptura se traducirá en una incesante angustia de muerte:

**“... la muerte: ella se intercambia de todos modos, en el mejor de los casos, se intercambiará de acuerdo con un ritual social, como entre los primitivos, en el peor, se rescatará en un trabajo individual de duelo. El inconsciente radica en la distorsión de la muerte de un proceso simbólico (intercambio, ritual) en un proceso económico (rescate, trabajo, deuda individual). De ello resulta una diferencia considerable el gozo: nosotros traficamos con nuestros muertos con la moneda de la melancolía, los primitivos viven con los suyos bajo los auspicios del ritual y la fiesta<sup>92</sup>”.**

En algunos pueblos donde existe un intercambio colectivo, a través de los rituales y los mitos, se mantiene una lógica de intercambio, recíproco y ambivalente con todo lo que les rodea, incluso las catástrofes naturales y la muerte están realmente contempladas en el marco de sus estructuras sociales. Baudrillard destaca que <<la muerte se juega y se gana simbólicamente; el muerto gana en ello su estatus y el grupo se enriquece con su compañero>>. Toda muerte es social, pública, colectiva, la pena es absorbida por el grupo.

Desde el momento en que no somos capaces de intercambiar simbólicamente la muerte; Baudrillard hablará entonces de una instrumentalización de la muerte; desconocemos que su socialización no es otra cosa que compartir, socializarla entonces significará intercambiarla:

**“En el orden primitivo todo está constituido para que sea así. En el orden de nuestra cultura, por el contrario, todo está constituido para que ella no sobrevenga jamás a nadie de algún otro, sino solamente de la <<naturaleza>>, como una caducidad impersonal del cuerpo. Vivimos nuestra muerte como fatalidad <<real>> inscrita en nuestro cuerpo, porque no sabemos inscribirla en un ritual simbólico de intercambio...<sup>93</sup>”.**

Socializar la muerte no es otra cosa que <<ese paso descomunal del intercambio simbólico de las diferencias a la lógica social de las equivalencias>>. Siendo así, podría pensarse entonces que la frase profunda de Augusto Comte según la cual el curso de la historia universal se halla determinado y apoyado cada vez más en los muertos y cada vez menos en los vivos se encuentra fuera de

---

<sup>91</sup> Ibídem.

<sup>92</sup> Ibíd. p. 156

<sup>93</sup> Ibíd. pp. 194-195.



lugar, o quizá nos despierta a un nuevo planteamiento: ¿qué relación mantiene el hombre moderno con la muerte?

No es la razón o el lenguaje lo que hace la diferencia específica de la estirpe humana. Es la *certidumbre* de la muerte lo que nos convierte en humanos. Saber que somos mortales quiere decir que la vida está perdida de antemano. De la previsión cierta de la muerte –propia, ajena- como certidumbre inexorable brota el *espíritu*. Tener espíritu significa *dar al cuerpo por perdido* y amarlo así, en su marcha y en su quebranto: “*El espíritu no es pues lo que nunca muere sino lo que siempre sabe que va a morir.*”<sup>94</sup> Para Fernando Savater ética es el propósito racional de vivir con perspectiva de inmortalidad pero sabiéndonos mortales.

Para la filosofía materialista tradicional la muerte es indudable, no constituye un nuevo problema, ni un desafortunado peligro, sino la definitiva liberación de todo problema y de todo peligro imaginable.

La muerte nos inquieta por dos razones: 1º. Suponemos que es el paso a otro tipo de existencia donde corremos el peligro de enfrentarnos a seres terribles, castigos eternos, etc. 2º. Porque nos lleva a la nada y nos priva de nuestros bienes, nuestros placeres, el amor de nuestros seres queridos, el gozo de nuestras expectativas, etc. En ambos casos, la raíz de nuestra inquietud consiste en que *no creemos verdaderamente en la muerte como tal*. La muerte nos preocupa porque no la asumimos con seriedad como lo que es, *cesar de ser*:

**“Pero Epicuro... subraya que en la muerte no hay nada que temer, puesto que somos incompatibles con ella (si estamos nosotros, aún no hay muerte; si está la muerte, no estamos nosotros) y por tanto nada puede traernos ni quitarnos. La muerte no es ni un mal ni un bien, sino el final de todo mal y de todo bien...”**<sup>95</sup>

La pregunta << ¿adónde iremos tras la vida?>> no puede obtener más respuesta que la ofrecida por Séneca y tantos otros: *ex quo natus es duceris*, se te lleva allí de donde viniste: “¿Conociste presencias horribles o benévolas antes de nacer, fuiste entonces castigado o premiado, echaste de menos algo o a alguien durante la previa eternidad en la que aún no eras? Pues eso es lo mismo que te espera –es decir, que no te espera- cuando dejes de ser.”<sup>96</sup>

Sin embargo, esta reflexión sensata no apacigua por completo nuestro escándalo y nuestro rechazo de la muerte ¿Por qué? Porque la muerte nos despoja de algo que no teníamos antes de nacer, aún más, de algo que no teníamos antes de saber con certeza que vamos a morir. Lo que teme perecer en la muerte es: “*¡nuestra individualidad persona!*”<sup>97</sup>.

---

<sup>94</sup> SAVATER, Fernando., *Diccionario Filosófico*, Ed. Planeta, México, 1996, p. 227.

<sup>95</sup> *Ibíd.* p. 236.

<sup>96</sup> *Ibíd.*

<sup>97</sup> *Ibíd.* p. 237.

Los individuos son cada vez más homogéneos y menos capaces de personalidad diferenciada, se funden en una colectividad como reacción en busca de cobijo y un intento de recobrar la virtualidad antitanática de la pertenencia al colectivo: *“Individualidad, invención que cada cual hace consigo mismo y que desaparece también con él”*<sup>98</sup>.

Pues bien, el presente es un dominio seguro que nada nos puede arrebatar; el individuo que teme a la muerte, lo que teme es verse privado del presente:

**“Si estamos reconciliados individualmente con el presente podemos tenernos por invulnerables, porque el individuo siempre es *ahora* y la muerte siempre llega *luego*. Según Schopenhauer, el individuo no teme perder con la muerte la vida o el mundo – cuya eternidad está, ay, asegurada- sino su entidad individual misma, la cual está necesariamente ligada al presente y por tanto no debería inquietarse por ningún futuro sino sólo por los dolores del presente mismo”**<sup>99</sup>.

Quien sabe que no quiere morir no sabe más que eso, pero nunca *“qué es lo que quiere en lugar de morir”*<sup>100</sup>. Dado que la muerte permanece y ha de permanecer ‘inasimilable’, el hombre libre en nada piensa menos que en la muerte, por eso para Spinoza<sup>101</sup>: *“el hombre libre en nada piensa menos que en la muerte y toda su sabiduría está concentrada en la vida”*. El pensamiento sobre la muerte siempre quiere sacar provecho de ella para conseguir obediencia, orden, humillación de la vida, derogación del placer.

Savater destaca además que las sociedades avanzan hacia una agudización del individualismo, no sólo reforzando o estableciendo los derechos del individuo sino también su desamparo cósmico.<sup>102</sup>

El hombre se funde en una colectividad buscando cobijo, aunque esto implique renunciar a sus interrogantes personales, y a su capacidad de crearse, diferente a los demás, ya que esto implicaría -en la mayoría de los casos- ser excluido de esa colectividad homogénea, que le ofrece a cambio: identidad, diversión, compañía y en el mejor de los casos, recobrar la virtualidad antitanática que surge al pertenecer al colectivo. Las sociedades son complejos dispositivos que niegan los efectos de la muerte. Los grupos humanos pretenden trascender nuestro común destino físico y procuran símbolos o ideologías inmortalizadores:

---

<sup>98</sup> *Ibíd.* p. 238.

<sup>99</sup> *Ibíd.* p. 227.

<sup>100</sup> *Ibíd.* p. 241.

<sup>101</sup> *Benedictus de Spinoza (1632-1677)*. Nació en Ámsterdam. Representante principal del racionalismo moderno, se halla entre los clásicos de la filosofía. Es uno de los filósofos de la Época Moderna. Desarrolló radicalmente el pensamiento fundamental de su filosofía, a saber, el de la inmanencia de todas las cosas en Dios y su procedencia necesaria de él (determinismo radical); y sacó de ahí las consecuencias pertinentes para la teoría del conocimiento, la ética y la teoría de la sociedad y precisamente por eso su filosofía. **VOLPI, Franco.**, *Enciclopedia de obras de filosofía*. Op. Cit. P. 2026.

<sup>102</sup> **SAVATER, Fernando.**, *Diccionario Filosófico*, Ed. Planeta, México, 1996, p. 237.

*“podemos considerar las sociedades como estructuras (o si se prefiere, como prótesis) de inmortalidad<sup>103</sup>”.*

Esos mecanismos que nos impulsan a pertenecer a algo, sin ni siquiera estar seguros del ¿por qué? Estos mecanismos nos dictan cómo son las cosas, cómo deberían de ser y cómo serán. Frente a estos mecanismos, lo único que queda por hacer es recobrar el rito, aquél rito que surge de esa necesidad de compartir y cooperar frente a nuestra finitud.

La socialización, el símbolo y el rito, primero en solitario y luego de manera colectiva, se perfilan como los senderos por los que hay que caminar, donde el ritual se cumple al compartir, ya que:

**“... los rituales comunitarios surgen de esta necesidad de cooperación frente a la muerte. El fundamental imperativo de todo ritual es lo que uno no puede conseguir solo: el hombre no puede impartirse vida así mismo sino que debe conseguirla de sus congéneres humanos<sup>104</sup>”.**

Podría seguir mencionando a más filósofos y sus muy peculiares posturas entorno a la muerte, pero la lista no se agotaría, en el mejor de los casos, prefiero concluir con lo dicho hasta el momento.

Lo que hace la diferencia específica de la estirpe humana del resto de los seres vivos no es la razón o el lenguaje, sino la *certidumbre* de la muerte. Saber que somos mortales significa que la vida está perdida de antemano. De la previsión cierta de la muerte –propia, ajena- como certidumbre inexorable brota el *espíritu*. Tener espíritu significa dar el cuerpo por perdido y amarlo así, en su marcha y en su quebranto. El espíritu es lo que siempre sabe que va a morir.

Reconocer que la muerte se encuentra desarticulada en el lenguaje simbólico social, y en el pero de los casos, en nuestro propio lenguaje simbólico, resulta confrontante en un inicio, y culmina con un irreconocible sentimiento de angustia. Angustia que nos acompaña día con día, dependiendo de las experiencias de muerte que aniden en nuestra conciencia; esa angustia será proporcional a la incapacidad que tengamos de socializar e intercambiar simbólicamente nuestro concepto de muerte.

Inmersos en una vida atiborrada de individualismo, asistimos solos a nuestra propia muerte y enfrentamos también solos el adiós a nuestros muertos. No existe un intercambio simbólico<sup>105</sup>, si acaso existe, una repetición asumida como tradición.

Debemos crear el mundo simbólico en colectividad y tratar de erradicar el discurso en el cual la muerte se convierte en fatalidad, nulidad de la existencia,

---

<sup>103</sup> *Ibíd.* p. 228.

<sup>104</sup> *Ibíd.* p. 229.

<sup>105</sup> Revisar: Nota al pie de página número 44, donde se retoma el término.

castigo y soberbia, debemos cambiar ese discurso y encontrar sus justas equivalencias.

Pero ese propósito primero lo tenemos que lograr en solitario. Debemos crear nuestro propio universo simbólico que nos permita ser más libres y reconciliarnos con nuestro particular miedo a la muerte, el cual en ocasiones no queremos reconocer. Pero quien ha estado alguna vez enfermo, habrá de admitir, que en ese tipo de situaciones se despliegan todos nuestros fantasmas y surgen todas nuestras interrogantes en torno a la muerte. Debemos tratar de interpretar nuestro temor a la muerte, pero no sólo a esa muerte entendida como consumación de la existencia, sino a todas aquellas muertes que nos acompañan, todos esos desprendimientos que lastiman el alma.

Moriremos. Eso es todo. Pero solo de nosotros depende que esa muerte sea un pedazo de infinito, un sueño y una poesía de la materia. No me rebelo contra la muerte, sino contra el modo de morir.

## **1.4.- DIVERSAS EXPLICACIONES PSICOLÓGICAS.**

### **1.4.1.- El temor a la muerte como desencadenante de angustia.**

La muerte entendida como un *fin total*, es un concepto vacío, ni siquiera podemos imaginar la nuestra, la muerte es siempre la muerte de los demás. En el transcurso de la historia humana, todas las culturas, todas las religiones establecidas, todos los ateísmos e incluso los ignorantes, han sentido la angustia de la muerte.

¿Qué angustia al hombre? No el sueño sin fin que tanto le cuesta imaginar, sino la ruptura del *yo* que tanto le costó construir desde la cuna: *“Los mitos y los casos clínicos revelan la angustia del héroe ante la marejada del inconsciente que amenaza con saltar los diques del islote donde el yo racional se encerró en estrechas fronteras. El niño empieza a experimentar la angustia de la muerte en el momento en que empieza a decir yo, en vez de hablar de sí mismo en tercera persona”<sup>106</sup>*.

En ciertas experiencias en las cuales se encuentra en peligro el cuerpo, el hombre se angustia porque su personalidad se encuentra en riesgo e incluso puede experimentar un abandono metafísico al vislumbrar el fin de su vida, para Landsberg, la muerte aparece ante nosotros como la destrucción de la persona, cuando consideramos amenazado nuestro cuerpo, nos sentimos aniquilados, disueltos, a la deriva, ya que carecemos de una *fuerza central propia*, alejada de la seguridad que nos brinda el cuerpo:

---

<sup>106</sup> *Ibíd.* p. 322.

**“Cuando el hombre se capta en este estado, la angustia de la muerte, tan distinta del miedo vital, llega a su punto culminante. Ahora bien, el espíritu personal se concentra en esta misma angustia. Esta angustia es el temblor de la persona ante un abandono metafísico, abandono en el que ya se ve, por una anticipación del fin de la vida corporal<sup>107</sup>”.**

En este espacio se retomaran principalmente los enfoques de Sigmund Freud, Ignace Lepp y Erich Fromm, para entender el miedo y la angustia que el hombre siente a la muerte.

#### **1.4.2.- La muerte desde la perspectiva de Sigmund Freud e Ignace Lepp.**

En todo caso el verdadero problema de la muerte, que revela la crisis del siglo es que, como ha dicho Freud, <<no podemos conservar por más tiempo nuestra antigua actitud ante la muerte, y aún no hemos encontrado una nueva>>.

Para Sigmund Freud, uno de los factores por el cual hoy nos sentimos desorientados en este mundo, antes tan bello y familiar, es el cambio de actitud que hasta ahora se venía observando ante la muerte, es decir, ha existido una patente inclinación a prescindir de la muerte, a eliminarla de la vida:

**“Así, la escuela psicoanalítica afirma que, en el fondo, nadie cree en su propia muerte, o lo que es lo mismo, que en lo inconsciente<sup>108</sup> todos nosotros estamos convencidos de nuestra inmortalidad<sup>109</sup>”.**

En cuanto a la muerte de los demás, el hombre civilizado evitará cuidadosamente hablar de semejante posibilidad, con tal de evitar que la muerte se le aparezca. Acentuamos siempre la motivación casual de la muerte, el accidente, la enfermedad, la infección, la ancianidad y delatamos así nuestra tendencia a rebajar a la muerte de la categoría de una necesidad a la de un simple azar. Ante el muerto mismo adoptamos una actitud singular, como de admiración a alguien que ha llevado a cabo algo muy difícil:

**“Le eximimos de toda crítica; le perdonamos, eventualmente, todas sus faltas; anhelamos que en la oración fúnebre y en la inscripción sepulcral se le honre y ensalce. La consideración al muerto -que para nada la necesita- está para nosotros por encima de la verdad y, para la mayoría de nosotros, seguramente también por encima de la consideración a los vivos<sup>110</sup>”.**

La actitud que se tenga ante la muerte ejerce, sin embargo, una fuerte influencia sobre nuestra vida. La vida se empobrece, pierde interés, cuando la puesta máxima en el juego de la vida, esto es, la vida misma, no debe ser arriesgada. Excluimos así de la vida toda una serie de empresas peligrosas, desde

---

<sup>107</sup> Ibíd. pp. 322-323.

<sup>108</sup> Para Freud, el psicoanálisis (análisis de la psique) la vida está dominada por el inconsciente, que es un área psíquica, con deseos e impulsos propios (principalmente sexuales), con formas de expresión y <mecanismos > especiales, **DORSCH**, Fredrich., Diccionario de psicología, Ed. Herder, Barcelona, 1976, 490 p.

<sup>109</sup> **FREUD**, Sigmund., El malestar en la cultura. Ed. Alianza, México, tercera reimpresión, 1989, p. 111.

<sup>110</sup> Ibíd. p. 112.

luego, pero inevitables, tales como las incursiones aéreas, las expediciones a tierras lejanas y los experimentos con sustancias explosivas. La tendencia a excluir la muerte de la cuenta de la vida trae consigo otras muchas renunciaciones y exclusiones. Entonces habrá de suceder que buscaremos en la ficción, en la literatura y en el teatro una sustitución de tales renunciaciones.

Los seres humanos experimentamos una desorientación actual y la parálisis de la capacidad funcional tienen su origen en la imposibilidad de mantener la actitud que se había adoptado ante la muerte, sin que hasta ahora se hayan encontrado otras perspectivas. Quizá podamos lograrlo –según Freud- orientando nuestra investigación psicológica hacia otras dos actitudes ante la muerte: “hacia aquella que podemos atribuir al hombre primordial, al hombre de la Prehistoria, y hacia aquella otra que se ha conservado en todos nosotros, pero escondida e invisible para nuestra conciencia, en estratos profundos de nuestra vida anímica<sup>111</sup>”.

El hombre primordial (primitivo) tomó en serio la muerte, la reconoció como la supresión de la vida y se sirvió de ella en este sentido; mas, por otro, hubo de negarla y la redujo a la nada. Esta contradicción se hizo posible por cuanto el hombre primordial adoptó ante la muerte de los demás, el extraño o el enemigo, una actitud radicalmente distinta de la que adoptó ante la suya propia. La muerte de los demás le era grata; suponía el aniquilamiento de algo odiado, y el hombre primordial no tenía reparo alguno en provocarla. Era, de cierto, un ser extraordinariamente apasionado, más cruel y más perverso que otros animales.

Para el hombre primordial, la muerte propia resultaba tan inimaginable e inverosímil como todavía hoy para cualquiera de nosotros. Sucedió cuando vio morir a alguno de sus familiares, su mujer, su hijo o su amigo, a los que amaba, seguramente, como nosotros a los nuestros, pues el amor no puede ser mucho más joven que el impulso asesino. Hizo entonces, en su dolor, la experiencia de que también él mismo podía morir, y todo su ser se rebeló contra ello, cada uno de aquellos seres amados era, en efecto, un trozo de su propio y amado yo. Mas, por otro lado, tal muerte le era, sin embargo, grata, pues cada una de las personas amadas integraban también algo ajeno y extraño a él. La ley de la ambivalencia de los sentimientos, que aún domina hoy en día nuestras relaciones sentimentales con las personas que nos son amadas, regía más ampliamente en los tiempos primitivos.

Para Freud, el enigma intelectual que la imagen de la muerte planteaba al hombre primordial hubo de forzarle a reflexionar, y fue así el punto de partida de toda reflexión. Habremos, pues, de limitar y corregir tal afirmación; ante el cadáver del enemigo vencido, el hombre primordial debió de saborear su triunfo, sin encontrar estímulo alguno a meditar sobre el enigma de la vida y la muerte:

---

<sup>111</sup> *Ibíd.* p. 114.

**“Lo que dio su primer impulso a la investigación humana no fue el enigma intelectual, ni tampoco cualquier muerte, sino el conflicto sentimental emergente a la muerte de seres amados, y, sin embargo, también extraños y odiados. De este conflicto sentimental fue del que nació la Psicología<sup>112</sup>”.**

El hombre no podía mantener alejada de sí la muerte, puesto que le había experimentado en el dolor por sus muertos; pero no quería tampoco reconocerla, ya que le era imposible imaginarse muerto. Llegó, pues, a una transacción: admitió la muerte también para sí, pero le negó la significación de un aniquilamiento de la vida. Ante el cadáver de la persona amada, el hombre primordial inventó los espíritus, y su sentimiento de culpabilidad por la satisfacción que se mezclaba a su duelo hizo que estos espíritus primigenios fueran perversos demonios, a los cuales había que temer:

**“El recuerdo perdurable de los muertos fue la base de la suposición de otras existencias y dio al hombre la idea de una supervivencia después de la muerte aparente. Sólo más tarde consiguieron las religiones presentar esta existencia póstuma como la más valiosa y completa y rebajar la vida terrenal a la categoría de una mera preparación. Y, consecuentemente, se prolongó también la vida en el pretérito, inventándose las existencias anteriores, la transmigración de las almas y la reencarnación todo ello con la intención de despojar a la muerte de su significación de término de la existencia<sup>113</sup>”.**

La negación de la muerte empezó a temprana edad, negación a la cual Freud ha calificado de convención cultural. Ante el cadáver de la persona amada nacieron no sólo la teoría del alma, la creencia en la inmortalidad y una poderosa raíz del sentimiento de culpabilidad de los hombres, sino también los primeros mandamientos éticos. El mandamiento primero y principal de la conciencia fue: <<No matarás>>. El cual surgió como reacción contra la satisfacción del odio, oculto detrás del duelo por la muerte de las personas amadas, y se extendió paulatinamente al extraño no amado, y, por último, también al enemigo. Aceptamos la muerte cuando se trata de un extraño o un enemigo, y los destinamos a ella tan gustoso y tan sin escrúpulos como el hombre primordial.

Existe una actitud ante la muerte, propia de nuestra interioridad, también a nuestro inconsciente se le presenta un caso en el que las dos actitudes opuestas ante la muerte, la que la reconoce como aniquilamiento de la vida y la que la niega como irreal, chocan y entran en conflicto. Y este caso es el mismo que en la época primitiva. La muerte de una persona amada, el padre o la madre, el esposo o la esposa, un hermano, un hijo o un amigo querido, son para nosotros, un patrimonio íntimo, partes de nuestro propio yo; pero también son, por otro lado, parcialmente, extraños o incluso enemigos. Todos nuestros cariños, hasta los más íntimos y tiernos, entrañan, salvo en contadísimas situaciones, un grado de hostilidad que puede estimular al deseo inconsciente de muerte<sup>114</sup>. Pero de esta ambivalencia no

---

<sup>112</sup> Ibíd. p. 116.

<sup>113</sup> Ibíd. pp. 117-118.

<sup>114</sup> Para Freud, el hombre tiene pulsiones que tienen como objetivo la destrucción de la vida. Se manifiesta en forma de agresión y destrucción, dirigida contra otras personas (separación, rechazo, odio, destrucción), o

nacen ya, como en tiempos remotos, el animismo y la ética, sino la neurosis, la cual nos permite también adentrarnos muy hondamente en la vida psíquica normal:

**“En resumen: nuestro inconsciente es tan inaccesible a la representación de la muerte propia, tan sanguinario contra los extraños y tan ambivalente en cuanto a las personas queridas, como lo fue el hombre primordial<sup>115</sup>”.**

¿No sería mejor dar a la muerte, en la realidad y en nuestros pensamientos, el lugar que le corresponde y dejar volver a la superficie nuestra actitud inconsciente ante la muerte, que hasta ahora hemos reprimido tan cuidadosamente?

Esto no parece constituir un progreso, sino más bien, en algunos aspectos, una regresión; pero ofrece la ventaja de tener más en cuenta la verdad y hacer de nuevo más soportable la vida. Soportar la vida es, y será siempre, el deber primero de todos los vivientes. La ilusión pierde todo valor cuando nos lo estorba:

**“Si quieres soportar la vida, prepárate para la muerte<sup>116</sup>”.**

Para Ignace Lepp, las teorías filosóficas no pueden vencer el miedo a la muerte ni hacer al hombre capaz de soportar valerosa y lúcida su absurda fatalidad, es por ello que la gran mayoría de nuestros contemporáneos recurren sobre todo a dos “técnicas” que les permitan vivir con el miedo al deceso, estas son la huida y la represión:

**“... en los países que poseen un elevado nivel de vida material, se observa, cuando se mira detenidamente, que el abuso del alcohol, de los narcóticos y los euforizantes, la búsqueda desenfrenada de placeres y distracciones son otras tantas tentativas de *divertirse* del miedo a la muerte<sup>117</sup>”.**

El único antídoto eficaz contra el miedo a la muerte parece hallarse precisamente en un intenso amor a la vida. No se trata de reprimir el miedo ni de “olvidar” que uno es mortal. Es preciso saber que podemos morir, efectivamente, en cualquier momento, y sin embargo, vivir como si no debiéramos morir jamás. Lepp afirma que son muchos los hombres, tanto de acción como de pensamiento, que logran sin artificio alguno vivir esta aparente contradicción. A esto llegan sin ningún esfuerzo excepcional, en virtud del poder no reprimido de su instinto de vida.

**“La constante meditación sobre la muerte resulta paralizante para la acción y la vida. Por otra parte, de nada sirve confirmar la idea de la muerte en el inconsciente o esforzarse por ahogarla en una oleada de diversiones. Vale más mirar la realidad de**

---

contra el propio sujeto, odio y destrucción contra sí. Revisar: **FREUD**, Sigmund., Psicopatología de la vida cotidiana, Ed. Alianza, Madrid, 1970, p. 241.

<sup>115</sup> *Ibíd.* pp. 122-123.

<sup>116</sup> *Ibíd.* p. 123.

<sup>117</sup> **LEPP**, Ignace., Psicoanálisis de la muerte, Ed. Carlos Lohlé, Buenos Aires, Argentina, 1967, p. 95.



frente, reconocer francamente el escándalo que representa para nuestra inteligencia y nuestro corazón. Sólo así nos será posible tal vez intentar sublimarla<sup>118</sup>”.

La mayoría de las personas están de acuerdo, pues, en que la muerte sólo puede tener sentido y significación a condición de que la vida los tenga; y si la vida los tiene, también los tendrá la muerte. Lepp suele interrogar a la gente sobre el sentido de la vida, no de la vida en general, sino sobre la suya propia.

Su experiencia no le permite dudar de que la causa más frecuente de las neurosis y otras dificultades psíquicas no se halla en absoluto en los conflictos inconscientes de la sexualidad, como afirma el psicoanálisis ortodoxo. Puede que si haya ocurrido en la época de Freud, en la sociedad puritana de Viena y otros lugares. Sin embargo, acota Lepp, en nuestra época la causa más frecuente de perturbaciones psíquicas parece radicar en la falta o pérdida del sentido de la vida. A este respecto Víctor E. Frankl señala: “Hoy en día el deseo de significado se ve frustrado a nivel mundial. Cada vez hay más gente obsesionada por un sentimiento de falta de sentido, que a menudo viene acompañado por un fuerte sentimiento de vacío, o como yo lo llamo, un vacío existencial. Se suele manifestar en forma de aburrimiento y apatía. Mientras que el aburrimiento es indicativo de una pérdida de interés por el mundo, la apatía revela una total falta de iniciativa a la hora de hacer algo en el mundo, de cambiar algún aspecto del mundo<sup>119</sup>”.

A cada uno toca dar sentido a su vida, pero es preciso saber y poder hacerlo, la verdadera causa de las dificultades en el hombre y de su angustia reside en una vida desprovista de sentido:

**“Las dificultades conyugales, profesionales, sociales; se manifiestan más que como causas, como consecuencias de una vida cuyo sentido se ignora<sup>120</sup>”.**

El hombre puede vivir para sus hijos, para la patria, para la humanidad, para el arte o la ciencia, o para la gloria de Dios<sup>121</sup>. Lo que desde el punto de vista psicológico importa, es que tenga presente de que su vida tiene sentido.

Una falsa concepción de la vocación del hombre y del sentido de la vida suele ser la causa del sentimiento de fracaso e infelicidad. En realidad, la vocación y el sentido de la vida de cada uno depende de la libre elección personal.

---

<sup>118</sup> *Ibíd.*, p. 175.

<sup>119</sup> *Cfr.* FRANKL, Víctor E., El hombre en busca del sentido último, Ed. Paidós, México, 2000. Frankl añade: “De alguna forma, el vacío existencial podría considerarse como una neurosis sociogénica. Sin duda alguna, nuestra sociedad industrializada no puede llegar a satisfacer todas las necesidades humanas, y su compañera, la sociedad de consumo, no hace más que crear nuevas necesidades a satisfacer; pero la necesidad más humana –la necesidad de hallar y dar un sentido a nuestras vidas- no encuentra sitio en nuestra sociedad. (...) Concretamente, fenómenos como la adicción, la agresión y la depresión son debidos, en último término, a la sensación de futilidad. De nuevo me remito a las citas: de los casos de adicción a las drogas estudiadas por Stanley Frippner, <<nada parecía tener sentido>> para no menos del 100%”, pp. 186-187.

<sup>120</sup> LEPP, Ignace., Psicoanálisis de la muerte, Op, cit., p. 182.

<sup>121</sup> Opinión que comparte Víctor E. Frankl en El hombre en busca del sentido último, Op. cit., pp. 95-101.

Es posible disfrutar con la libertad de elección que cada uno debe hacer de su existencia en el tiempo. Hay que hacerlo en función de nuestras convicciones más profundas y de las exigencias más auténticas de nuestro corazón:

**“... estoy totalmente de acuerdo con el físico Jean Charon, cuando escribe: ‘Yo me elijo por entero a cada instante a partir de lo que soy, y solamente a partir de ahí’<sup>122</sup>”.**

Si logramos dar sentido a nuestra vida, nuestra muerte también lo tendrá. Según Lepp, los hombres que viven intensamente y saben por qué viven, enfrentan una gran serenidad en su envejecimiento y la proximidad de la muerte. Conscientes de haber vivido por algo, de haber llevado una vida plena, pueden dar con toda espontaneidad sentido y significación al último acto de su existencia, a la muerte. La conciencia de que se muere por algo grande y noble quita a la muerte su carácter de catástrofe absurda, no sólo a los ojos de quienes van a morir sino también a los de quienes los aman y han de sucederles.

### **1.4.3- Amor a la muerte y amor a la vida, Erich Fromm.**

En contraste con el supuesto de Freud relativo al “instinto de la muerte”, para Erich Fromm éste resulta una cualidad inherente a toda materia viva el vivir, el conservar la existencia, y comparte lo que dijo Spinoza: “Todas las cosas, en cuanto son, se esfuerzan por persistir en su ser”. Observamos esta tendencia a vivir en toda la materia viva que nos rodea; en la hierba que crece entre las piedras en busca de luz y de vida; en el animal que luchará hasta lo último para escapar a la muerte; en el hombre que dará casi cualquier cosa para conservar la vida:

**“El ciclo de la vida es unión, nacimiento y crecimiento, así como el ciclo de la muerte es cesación de crecimiento, desintegración, descomposición<sup>123</sup>”.**

La persona que ama plenamente la vida se siente atraída por el proceso de la vida y el crecimiento en todas las esferas. Quiere moldear e influir por el amor, por la razón, por su ejemplo, no por la fuerza, no aislando las cosas ni por el modo burocrático de administrar a las gentes como si fuesen cosas. Goza de la vida y de todas sus manifestaciones, y no de la mera agitación. El biófilo no vive en el remordimiento y la culpa, que no son, después de todo, más que aspectos de la aversión a sí mismo y de la tristeza. Se orienta rápidamente hacia la vida y procura hacer el bien. De acuerdo con Spinoza: “Un hombre libre piensa en la muerte menos que en cualquier otra cosa, y su sabiduría es una meditación no sobre la muerte sino sobre la vida”.

Opuesto al instinto de la muerte es el instinto de la vida. Mientras el instinto de la muerte (llamado a veces *thánatos* en la literatura psicoanalítica, aunque no

---

<sup>122</sup> LEPP, Ignace., Psicoanálisis de la muerte, Op, cit.,pp. 184-185.

<sup>123</sup> FROMM, Erich., El corazón del hombre, Ed. FCE, México, 1992, p. 47.

por Freud) tiene la función de separar y desintegrar, Eros tiene la de enlazar, integrar y unir organismos entre sí y las células dentro del organismo. La vida de cada individuo es, pues, un campo de batalla de esos dos instintos fundamentales.

La mayor parte de los seres vivos parecen luchar por la vida con tenacidad extraordinaria, y sólo excepcionalmente tiende a destruirse. Vemos que algunas personas se caracterizan por una pasión especialmente intensa de destruir a otras, mientras que la mayoría no muestra ese grado de destructividad. Este grado menor de destructividad contra los demás no es, empero, igualado por un grado correspondientemente alto de autodestrucción, de masoquismo, de enfermedad, etc.<sup>124</sup> Teniendo en cuenta todas estas objeciones a las teorías de Freud, Fromm sugiere un desarrollo de la teoría en la siguiente dirección: La contradicción entre Eros y la destrucción, entre la afinidad con la vida y la afinidad con la muerte es, ciertamente, la contradicción más fundamental que existe en el hombre. Pero esta dualidad no es la de dos instintos biológicamente intrínsecos, relativamente constantes y luchando siempre entre sí hasta la victoria final del instinto de la muerte, sino que es la que existe entre la tendencia primaria y más fundamental de la vida –preservar en la vida- y su contradicción, que toma existencia cuando el hombre no tiene esa meta.

El instinto de muerte representa *psicopatología*, y no, como en la opinión de Freud, una parte de la *biología normal*:

**“El instinto de la vida constituye, pues, la potencialidad primaria del hombre; el instinto de la muerte es una potencialidad secundaria. La potencialidad primaria se desarrolla si existen las condiciones apropiadas para la vida, así como una semilla sólo germina si existen las condiciones adecuadas de humedad, temperatura, etc. Si no existen las condiciones adecuadas, aparecerán las tendencias necrófilas y dominarán a la persona<sup>125</sup>”.**

Fromm se cuestiona: ¿Qué factores producen el desarrollo de las orientaciones necrófilas y biófilas en general, y más específicamente, la mayor o menor intensidad de la orientación hacia el amor de la vida en un individuo o un grupo dados? Y se responde: “No tengo una contestación plena a esta importante pregunta. En mi opinión es de la mayor importancia estudiar más este problema. No obstante, puedo aventurar algunas respuestas de tanteo a las que llegué sobre la base de mi experiencia clínica en psicoanálisis y de la observación y el análisis de la conducta de grupo”.

El amor a la vida es tan contagioso como el amor a la muerte. Se comunica sin palabras ni explicaciones, y desde luego sin ningún sermoneo acerca de que hay que amar la vida. Entre las condiciones específicas necesarias para el desarrollo de la biofilia Fromm menciona las siguientes: “cariño; relaciones afectuosas con otros durante la infancia: libertad y ausencia de amenazas...”, y

---

<sup>124</sup> Comparar el estudio de estadísticas sobre el suicidio y el homicidio en **FROMM, Erich.**, Psicoanálisis de la sociedad contemporánea, Ed. FCE, México, 1963.

<sup>125</sup> **FROMM, Erich.**, El corazón del hombre, Op. cit., p. 53.

destaca que el amor a la vida se desarrollará más en una sociedad que pueda ofrecer:

- a) Seguridad.- Entendida como aquél conjunto de medidas que se toman para que el hombre no sienta amenazadas las condiciones materiales básicas para una vida digna.
- b) Justicia.- En el sentido de que nadie pueda ser un fin para los propósitos de otro.
- c) Libertad.- En el sentido de que todo individuo tiene la posibilidad de ser un miembro activo y responsable de la sociedad.

**“Este último punto es de particular importancia. Hasta una sociedad en que existen seguridad y justicia puede no ser conducente al amor a la vida si no se estimula la actividad creadora del individuo. No basta que los hombres no sean esclavos; si las condiciones sociales fomentan la existencia de autómatas, el resultado no será amor a la vida, sino amor a la muerte<sup>126</sup>”.**

La vida sólo puede experimentarse en sus manifestaciones individuales, en la persona individual lo mismo que en un pájaro o una flor. No hay vida de “las masas”, no hay vida en abstracto.

Nuestra actitud hacia la vida se está haciendo hoy cada vez más mecánica. En un industrialismo burocráticamente organizado y centralizado, se manipulan los gustos de manera que la gente consume al máximo y en direcciones previsibles y provechosas. Su inteligencia y su carácter se uniforman por el papel siempre creciente de pruebas que seleccionan al mediocre y falto de ánimo con preferencia al original y atrevido. En realidad, la civilización burocrático-industrial que triunfó en Europa y en los Estados Unidos creó un tipo nuevo de hombre, que puede describirse como el *hombre organización*, el *hombre autómata* y el *homo consumens*, dirá Fromm. Es, además, *homo mechanicus*, un hombre artefacto, profundamente atraído por todo lo que es mecánico, y predispuesto contra lo que es vivo. Es cierto que el equipo biológico y fisiológico del hombre lo provee de impulsos sexuales tan fuertes, que hasta el mismo *homo mechanicus* tiene deseos sexuales y busca mujeres. Hay, manifiestamente, un número grande de hombres que se interesan por coches sport, aparatos de televisión y radio, viajes espaciales, y por gran número de artefactos, más que por las mujeres, el amor, la naturaleza o la comida; que se sienten más estimulados por la manipulación de cosas inorgánicas, mecánicas, que por la vida. El *homo mechanicus* espera que tiene que haber un botón que, al oprimirlo, traiga felicidad, amor, placer. El *homo mechanicus* en consecuencia, se hace indiferente a la vida, se siente fascinado por lo mecánico y al fin atraído por la muerte y la destrucción total. En resumen:

**“... la cuantificación, la abstracción, la burocratización y la “cosificación” –las características mismas de la sociedad industrial moderna-, no son principios de vida sino de mecánica cuando se aplican a personas y no a cosas. La gente que vive en ese sistema se hace indiferente a la vida y hasta es atraída por la muerte. No se da**

---

<sup>126</sup> *Ibíd.* pp. 55-56.

**cuenta de ello. Toma los estremecimientos de la emoción por las alegrías de la vida y vive con la ilusión de que está mucho más viva cuantas más sean las cosas que posee y usa<sup>127</sup>”.**

Fromm

acota, la producción industrial como tal no es necesariamente contraria a los principios de vida. La cuestión es si los principios de vida están subordinados a los de la mecanización, o si los principios de vida son lo predominantes. Y formula una pregunta interesante: “¿Cómo es posible crear un industrialismo humanista opuesto al industrialismo burocrático que gobierna hoy nuestras vidas?”.

### **1.5.- EL CONCEPTO DE MUERTE DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO.**

El diagnóstico médico de la muerte ha cambiado debido al desarrollo de las técnicas de resucitación y de sostén de las funciones vitales. La muerte se diagnóstico durante muchos años cuando no había actividad cardiaca alguna ni tampoco función respiratoria, sin embargo, en la actualidad el paro cardiaco puede ser revertido si el corazón no está dañado irremediablemente y existen ventiladores mecánicos que evitan una falla respiratoria.

Fue el Informe de Harvard (1968) el primer informe difundido y aplicado, constituyó el modelo básico que propuso los criterios que se debían de considerar para declarar a una persona, muerta:

- 1.- Coma, con ausencia de respuesta a ningún estímulo.
- 2.- Apnea, comprobable por el retiro del ventilador durante tres minutos a partir de un estado de normocapnia (tensión normal de bióxido de carbono en la sangre) previa, con ausencia de todo movimiento muscular somático.
- 3.- Ausencia de reflejos cefálicos y de actitud corporal.
- 4.- Ausencia de reflejos espinales (cualquier reflejo cuyo arco esté conectado con un centro de la médula espinal).
- 5.- Electroencefalograma plano, cuyo registro dure un mínimo de diez minutos.
- 6.- Persistencia de estos criterios durante veinticuatro horas.
- 7.- Ausencia de intoxicación por drogas depresoras del SNC y de hipotermia menor de 32,2 grados centígrados<sup>128</sup>.

Cabe señalar que algunos de estos criterios pueden fallar, sobre todo el 5. Pérez Valera cita casos excepcionales que se conocieron en 1969: uno en Tokio

---

<sup>127</sup> *Ibíd.* p. 63.

<sup>128</sup> “Sin embargo, estos criterios presentan una dificultad práctica: después de veinticuatro horas, seguramente estarán afectados los órganos para el trasplante. Por ejemplo, si las condiciones son favorables, el corazón puede sobrevivir, nada más, entre una hora y hora y media, sin flujo sanguíneo; los riñones, unas dos horas y media; los pulmones, un máximo de una hora; el hígado, cuando mucho media hora; y el cerebro, diez minutos a lo más”. *Ibíd.* p. 59.

en el que el cerebro de una persona funcionó normalmente después de un mes de EEG plano<sup>129</sup>.

Poco después de la publicación del Informe de Harvard se pidió otro criterio adicional: comprobar la falta de oxígeno en el cerebro<sup>130</sup>.

De acuerdo con Castillo Valery, puede decirse que las normas generales para la determinación de la muerte, de acuerdo con criterios neurológicos son:

1.- Estado de coma de etiología conocida, consecuencia de una enfermedad estructural irreversible del SNC o de una causa metabólica endógena irreversible. Se descarta la intoxicación por depresores del SNC.

2.- Que el paciente no este en hipotermia, shock, ni bloqueo muscular.

3.- Si el paciente presenta los siguientes signos: ausencia total de manifestaciones de funcionamiento cerebral; ninguna respuesta a estímulos dolorosos; pupilas fijas y sin ninguna respuesta a la luz; ausencia de reflejo corneal, de reflejo oculocefálico y oculoestibular; ausencia de respuesta refleja por estimulación faríngea o traqueobronquial; apenas demostrada por falta total de movimientos respiratorios espontáneos, por lo menos durante 10 minutos.

4.- EEG plano que evidencie total ausencia de actividad eléctrica cerebral<sup>131</sup>.

## 1.6.- LA MUERTE, VISIÓN DE ALGUNAS RELIGIONES.

La sensibilidad y el diálogo pueden, a menudo, prevenir choques religiosos y culturales que suelen darse y enfatiza la necesidad de que el tanatólogo y el equipo médico averigüen, a través del enfermo o la familia, si existen necesidades o requisitos específicos que deberían saber con relación a esta persona en particular.

De vez en cuando hay grandes variantes en los niveles de práctica de una persona a otra que practique una religión específica, a pesar de esto, las familias generalmente se sienten muy complacidas si el cuerpo médico manifiesta interés en sus creencias y en su cultura y reconoce que el paciente puede tener necesidades en estas áreas de su vida:

“Un jefe africano, que era prácticamente cristiano agonizaba en un hospital británico. El capellán anglicano lo había auxiliado durante su enfermedad hasta que finalmente murió. En la noche de su muerte, su viuda solicitó que el capellán regresara al pabellón para que se dijeran las oraciones

---

<sup>129</sup> “Otro el de un niño en Israel cuyo cerebro mostró una cierta actividad luego de dos semanas de EEG plano y que dos meses más tarde estaba del todo normal”. *Ibíd.* p. 59.

<sup>130</sup> *Ibíd.*

<sup>131</sup> *Ibíd.* pp. 59-60. En cuanto a lo que le ocurre al cuerpo después de la muerte clínica consultar: **THOMAS, Luis Vincent.**, El cadáver. De la biología a la antropología, Ed. FCE, México, 1989.

adecuadas. Al llegar, el capellán encontró a la viuda en un estado de mucha angustia e incapaz de mantenerse en pie. Le dijo al capellán que deseaba estar presente mientras se decían las oraciones y que él y la hermana de guardia nocturna la ayudaran a recorrer el corredor para ir al cuarto en el que su esposo estaba tendido. Recuperando sus fuerzas, la viuda tomó el control de la situación y le pidió al capellán que se parara cerca de la ventana y a la hermana cerca de la puerta. Para ese entonces, habían llegado dos mujeres africanas que eran parientes y cuando el capellán empezó las “oraciones de comendatario”, las tres mujeres jalaban la cama al centro de la habitación y empezaron a bailar y a cantar alrededor de la cama en que yacía el jefe fallecido. Ni el capellán ni la hermana de guardia nocturna habían experimentado esto anteriormente, pero reconocían que era importante para la familia. Cuando las oraciones terminaron y el canto se concluyó, la mujer abandonó el cuarto y regresó a la oficina de guardia de la hermana y, sentándose en el piso, empezó a gemir vehementemente. Hubiera sido fácil intervenir y decir que el hospital no permitía el canto y el baile después de la media noche en los pabellones y prevenir la expresión de pena que era natural en este grupo de mujeres. En el dolor, es importante que digamos adecuadamente “adios” a la persona que ha muerto, y esa tarde tuvieron lugar dos despedidas: la despedida cristiana... de alguien que había muerto en la fe, y la despedida tribal a un jefe de la tribu por aquellos que tenían la solemne responsabilidad de asegurarse que todo se llevara a cabo de acuerdo a las profundas raíces de su tradición cultural. Haber impedido cualquiera de los dos rituales hubiera causado gran aflicción...”<sup>132</sup>.

Es necesario ser flexibles y sensibles por parte del tanatólogo y el equipo médico hacia todos aquellos que están muriendo o agonizando, ya que, es imposible saber todo acerca de cada grupo cultural o religioso. Se puede leer acerca de otras culturas y sistemas de pensamiento, pero si se espera que todas las personas se adecuen a la literatura, frecuentemente se incurrirá en un error.

Si no se es sensible a este hecho, se pueden estructurar las cosas de tal forma que el paciente se sienta impedido a expresar sus sentimientos en la forma más adecuada para él, en ocasiones se le puede hacer sentir culpable. El equipo médico y los tanatólogos, deben estar alertas a sus propias suposiciones con relación a lo que ayuda y lo que no es útil de su comportamiento para las personas que están enfermas.

### **1.6.1.- Necesidades espirituales y religiosas.**

Es valioso acotar una diferencia entre las necesidades *espirituales* y *religiosas* de las personas en momentos de enfermedad y de angustia.

---

<sup>132</sup> SPECK, P., “Aspectos culturales y religiosos de la muerte” en SHERR, Lorraine *Agonía, muerte y duelo*, Op. cit. pp. 39-40.

El término “religioso” se refiere más a la necesidad de poner en práctica la espiritualidad. Esto puede manifestarse como la necesidad de ver a un sacerdote, de solicitar a un capellán, tener tiempo para meditar o para rezar, recibir los sacramentos, etcétera.

El término “espiritual” se refiere a lo que concierne a las últimas consecuencias y a menudo es contemplado como una búsqueda de significado.

Los aspectos espirituales pueden manifestarse a través de cuestionamientos tales como “¿Por qué me sucedió esto a mí? ¿Por qué ahora? ¿Qué he hecho para merecer esto? No es justo. ¿Qué soy ahora que me ha pasado esto? Estos cuestionamientos son más espirituales que médicos y pueden ser dirigidos a cualquier gente que se encuentre cerca. Cuando una persona está tratando de encontrarle algún significado a una experiencia personal mirará hacia muchas direcciones, empezando con las cosas que lo han hecho encontrar un sentido en el pasado. Esto puede ser su cultura o que la persona ha desarrollado una filosofía de la vida que ha dado siempre respuestas a lo que busca y por tanto le permite enfrentarse. Este acercamiento filosófico puede no tener nada que ver con la religión, ni en forma popular ni en su manifestación ortodoxa. Otros pueden expresar su creencia en Dios que nunca se ha manifestado ni practicado dentro de una religión ortodoxa, pero que han buscado para “trascender”. Si el paciente desea manifestar estos cuestionamientos entonces el tanatólogo o los asistentes necesitan establecer una buena relación de confianza en donde el paciente se sienta seguro de compartir algunas reacciones de dolor y de placer ante lo que ésta ocurriendo. Una vez que se haya establecido la relación, la persona enferma podrá manifestar varios síntomas de angustia *espiritual*: a) sensación de vacío/desesperanza; b) sufrimiento intenso; c) Alejamiento de Dios, incapacidad para tener fe: romper con los lazos religiosos/culturales; d) ira contra Dios, la religión y el clero; e) sentimiento de culpa o de vergüenza; f) sentimientos no resueltos en relación a la muerte<sup>133</sup>.

No todos los pacientes serán fervientes devotos de alguna religión o filosofía de la vida y pueden no haber pensado en una clara posición religiosa, agnóstica o ateísta, sin embargo, esto no quiere decir que no tendrán necesidades espirituales. El principal requisito en todos los casos es la privacidad, tranquilidad, bienestar y el libre acceso a la ayuda y servicio religioso tanto como esa persona lo desee, así como una actitud sensible por parte de todos aquellos que cuiden de los moribundos y de su familia.

**1.6.2.- La Iglesia Cristiana:** En el núcleo de la religión cristiana está la figura de Jesucristo, quien ante los cristianos, ha sido tanto humano como divino.

Los cristianos creen que es a través de la muerte de Jesús que la humanidad se ha reconciliado con Dios; también creen que por la resurrección de Cristo, Él salvó al mundo de la muerte y del pecado y que da nueva vida a quienes creen en él. Esta nueva vida va más allá de la sepultura y puede ser

---

<sup>133</sup> *Ibíd.* Para profundizar en tales aspectos consultar de la página 48 a la 50.



experimentada por el creyente cuando se convierte en Cristiano a través del rito del bautismo con agua en “el nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo”.

Algunos pacientes y familias estarán muy claros acerca de su religión y de la clase de servicio que desean recibir, mientras que otros ni siquiera han pensado en ello. Sin embargo, se le debe ofrecer al paciente toda clase de oportunidades para prepararse a morir en la forma que desee y para ver al sacerdote o ministro.

El paciente católico normalmente deseará ver a un sacerdote y recibir la “extremaunción”. En un principio esto se asocia con los “últimos ritos”, pero actualmente se les administra a personas que no necesariamente están agonizando y tiene como objetivo ayudarlos a lograr la salud y no sólo prepararlos para la muerte. Usualmente la persona hará un acto de confesión, recibirá la absolución, la Sagrada Comunión y la unción con aceite. Este servicio puede dar mucha tranquilidad a los parientes y al paciente, y el nuevo énfasis evita que el enfermo se torne aprensivo:

**“A la hora de la muerte, los parientes pueden desear que un sacerdote este presente para orar con o por el moribundo así como para encomendarle a Dios el cuidado de esa persona y ofrecer apoyo a los familiares. Por lo general, hay dos aspectos de estas oraciones de comendación en que se expresa confianza en Cristo y en su labor de salvación que son tanto encomendar al moribundo a la merced y al amor de Dios, así como autorizarle morir<sup>134</sup>”.**

**1.6.3.- Budismo:** El camino budista exhorta a tener compasión, por cualquier forma de vida:

**“Dado que creen en la reencarnación<sup>135</sup>, todos los budistas deben aceptar la responsabilidad de la manera en que ejercen su libertad, ya que las consecuencias de la acción pueden ser vistas en vida posteriores<sup>136</sup>”.**

Por tanto, es importante que el budista se comporte correctamente y esto incluye no matar. El aborto y la eutanasia activa no están permitidos. Los budistas aceptan las transfusiones de sangre y el trasplante de órganos ya que en sus creencias, es fundamental ayudar al prójimo. El paciente budista con frecuencia es

---

<sup>134</sup> **SPECK, P.**, “Aspectos culturales y religiosos de la muerte” Op. cit. p. 42. “No existe ninguna objeción religiosa para que se lleve a cabo una autopsia ni para que se donen órganos para trasplante, aunque hay personas que pueden tener fuertes razones personales a este respecto. El cuerpo médico debe asegurarse de que los parientes sepan que tienen el derecho de impedir el permiso a menos de que esté implicado el forense”. *Ibíd.*

<sup>135</sup> La *reencarnación* (Volver a encarnar), forma parte de una de las cinco realidades del Budismo y se desprende de la doctrina de *anatmán* (negación de la existencia de un alma permanente) y la creencia en la reencarnación derivada del deseo y de la ley del *karma* (sujeción al encadenamiento de las causas). El budismo es una religión de salvación en la que el objetivo es liberarse de las reencarnaciones sucesivas, como animal, ser humano, espectro hambriento, habitante del infierno o Dios y así alcanzar el nirvana (fusión del individuo con la esencia divina). La ética que permite esa reencarnación está relacionada con el cumplimiento de los deberes sociales y espirituales. Revisar: **VIONI, César.**, *Enciclopedia de las religiones. Un recorrido por la historia de la espiritualidad humana*, Ed. Planeta, Barcelona, España, 1997, p. 125.

<sup>136</sup> **SPECK, P.**, “Aspectos culturales y religiosos de la muerte” en **SHERR, Lorraine** *Agonía, muerte y duelo*, Op. cit. p. 42.

vegetariano. A menudo buscará la ayuda del cuerpo médico para asegurarse de que pueda tener un tiempo de tranquilidad para meditar:

**“especialmente porque meditar sobre su propia muerte ejercerá influencia en la siguiente reencarnación<sup>137</sup>”.**

Los budistas generalmente creman a sus muertos con el fin de que su alma pueda ser liberada del cuerpo para entrar a su siguiente existencia. Normalmente no hay ninguna creencia solemne final, con excepción de que el cuerpo debe ser envuelto en una sábana lisa, sin ningún símbolo después de que el cuerpo médico realizó los servicios tradicionales finales. El tiempo de depósito depende del calendario lunar y puede variar de tres a siete días. Lo más importante es que el sacerdote Budista (preferentemente de la misma escuela de la persona fallecida), sea informado lo más pronto posible. La mayoría de los budistas si están agonizando, apreciarían una visita del sacerdote budista antes de morir.

**1.6.4.- Judaísmo:** Los judíos encomendados a venerar la vida, en ciertas circunstancias ubicarán el Sabático y los festivales por debajo de las necesidades del cuidado de la salud cuando posiblemente se ponga en juego la vida de alguna persona. El Sabático es el día del descanso y existen servicios de sinagoga los viernes por la noche y los sábados por la mañana. Cuando el Sabático termina, se enciende una vela y se da una bendición por la semana subsiguiente. La posibilidad de encender velas ya sea que signifique el inicio del Sabático, el final del mismo o algún otro festival), es fuertemente valorado por el paciente judío cuando se encuentra hospitalizado. Las restricciones alimenticias están generalmente provistas de alimentos especialmente preparados de acuerdo al ritual judío “Kosher” y asegurándose de que la carne y la leche no estén mezcladas en el mismo platillo. No todas las familias serán ortodoxas. El cuerpo médico tiene la posibilidad de discutir las necesidades individuales con los familiares implicados.

El Judaísmo enfatiza el valor de la vida y la falta de un adecuado apetito puede angustiar a los parientes quienes pueden creer que la persona se está “dando por vencida” muy rápido:

**“Aun cuando existen oraciones especiales que pueden rezarse en tiempo de enfermedad y cuando se acerca la muerte, en el Judaísmo no hay ninguna necesidad particular de que un intermediario proporcione los “últimos ritos” y por tanto, un judío agonizando puede solicitar no ver a un Rabino<sup>138</sup>”.**

Cuando la muerte ocurre, al cuerpo se le trata de manera respetuosa y no se permite ninguna mutilación del mismo a menos de que haya alguna disposición legal definida para practicar una autopsia. Los judíos ortodoxos no desearían que sus órganos les fueran retirados para trasplante:

---

<sup>137</sup> Ibídem.

<sup>138</sup> Ibíd. p. 43.

**“En primer término, ningún órgano vital deberá ser retirado del cuerpo hasta que la muerte haya sido demostrada por el paro completo de todas las funciones vitales espontáneas y no solamente por lo que se conoce como “muerte clínica”, como en el caso de daño cerebral irreversible<sup>139</sup>”.**

El funeral generalmente se lleva a cabo en el transcurso de 24 horas o tan pronto como sea posible y el cuerpo, por lo general, se entierra. Un “vigilante” puede permanecer con el cuerpo hasta el momento del entierro. Dependiendo del sexo del difunto(a), un compañero o compañera prepara el cuerpo en presencia de tres miembros de la comunidad<sup>140</sup>.

Es importante que el cuerpo médico, el asistente o tanatólogo traten al cuerpo con respeto y con cuidado por el pudor del individuo. No deben lavar el cuerpo, simplemente cerrarle los ojos, enderezarle los miembros, envolverlo en una sábana y trasladarlo a la funeraria. Si hay necesidad de tocar el cuerpo, deben utilizar guantes desechables.

**1.6.5.- Hinduismo y Sikhismo:** Para los asiáticos, la higiene y el pudor son dos aspectos muy importantes de la vida así como el respeto hacia los profesionales de cualquier raza. Se espera que los practicantes de la medicina tradicional (ayurvedos) sean hábiles, incorruptos y que respeten la confidencialidad. De aquellos que practican la medicina occidental se espera que mantengan en alto los mismos patrones. No hay ningún problema respecto a las transfusiones de sangre ni al trasplante de órganos.

A los Sikhs no les agrada la idea de que se realice la autopsia, pero la aceptan si es requerida por el forense. El cuerpo debe dejarse en libertad tan pronto como sea posible para permitir que el funeral tenga lugar; generalmente la cremación. Los parientes pueden desear llevarse el cuerpo (o las cenizas) a su casa para enterrarlo.

Si un paciente Hindú está agonizando en el hospital, los parientes pueden traerle dinero y ropa para que los toque antes de distribuírselo a los necesitados. Si los visitantes no pueden ir al lado del lecho por sí mismos, les agradecerán al asistente o tanatólogo que los ayuden a hacerlo:

**“Algunos parientes también aprovecharán la oportunidad para sentarse con el paciente moribundo y leer un libro sagrado (por ejemplo: *Bhagavad Gita*, Capítulos 2, 8 y 15). Si el sacerdote Hindú está presente, puede ayudar a las personas a aceptar la muerte (como lo inevitable) de una manera filosófica. Puede, así mismo atar un hilo alrededor del cuello o de la cintura del paciente como una bendición. El paciente puede desear acostarse en el suelo para estar más cerca de la madre tierra en el momento de la muerte y ayudar así a la subsiguiente encarnación<sup>141</sup>”.**

---

<sup>139</sup> *Ibíd.*

<sup>140</sup> “El cuerpo es lavado en forma especial y amortajado antes de ubicarlo en un sencillo ataúd y de que se pronuncien las oraciones. Hay un periodo de luto familiar de siete días durante los cuales se reza y los dolientes visitan a la familia acongojada”. *Ibíd.* p. 44.

<sup>141</sup> *Ibíd.*

Después de la muerte, los parientes procederán a lavar el cuerpo y vestirlo con ropa nueva antes de sacarlo del hospital. Tradicionalmente, el hijo mayor del difunto será quien encabece esto independientemente de lo joven que sea. La familia puede desear llevarse el cuerpo a la India para que sea cremado y subsecuentemente esparcir las cenizas en el Río Sagrado.

**1.6.6.- Musulmanes:** Los seguidores del Islam son adecuadamente llamados Musulmanes y no debe referirse a ellos como mahometanos. Su libro sagrado es el Corán y su día sagrado el Viernes. Hay varios productos alimenticios que están restringidos, principalmente el alcohol, el puerco y sus derivados.

A los pacientes musulmanes se les debe consultar acerca de sus necesidades personales ya que las generaciones antiguas tienden a ser más conservadoras en sus actitudes.

Las labores religiosas que un practicante musulmán deseará llevar a cabo son conocidas como los cinco “pilares” del Islam:

- Fe en Dios;
- Oración diaria (cinco veces al día además de las abluciones o lavamientos);
- Ayuno o abstinencia durante el Ramadán;
- Dar limosnas;
- Realizar una peregrinación a la Meca<sup>142</sup>.

Un paciente en cama necesitará una oportunidad para lavarse (preferentemente en agua corriente, esto es vertida de una jarra) antes de rezar y después de ir al baño. Un moribundo deseará continuar su patrón normal de oraciones tanto como sea posible.

No es necesario que una persona en agonía vea a un imán o sacerdote, ay que, los parientes generalmente conducen las oraciones, lecturas y ceremonias necesarias. En el momento de la muerte, las últimas palabras en los labios de un musulmán deberían ser:

**“No existe ningún otro dios que no sea Alá y Mahoma es su profeta. Cualquier practicante musulmán puede decir esto al oído del moribundo si éste es incapaz de decirlo por sí mismo. Después del deceso, el cuerpo no puede ser tocado ni lavado por nadie que no sea musulmán. Se le debe voltear la cabeza hacia el hombro derecho (para enterrarlo con la cara hacia la Meca), los miembros enderezados y el cuerpo envuelto en una sábana sencilla<sup>143</sup>”.**

Generalmente el entierro se lleva acabo cuanto antes, de preferencia en el transcurso de 24 horas. Lo usual es que no se practique la autopsia, pero si ésta es requerida por el forense, los parientes solicitarán que posteriormente todos los órganos sean devueltos al cuerpo para poder enterrarlo. Algunos dolientes no

---

<sup>142</sup> Ibíd. p. 45.

<sup>143</sup> Ibídem.

manifestarán ningún sentimiento de dolor, ya que, hacerlo es visto como una señal de falta de fe en Alá.<sup>144</sup>

**1.6.7.- Humanistas y Ateos:** Si al ingresar a un hospital el paciente escribe “ninguna” en el espacio correspondiente a religión, esto no siempre significa que no tenga creencias religiosas, generalmente lo que no quiere es tener relación con ningún miembro de ninguna religión organizada y no quiere hacer ningún compromiso. En el hospital, con frecuencia sucede que estos pacientes se sienten contentos cuando platican con algún capellán si el acercamiento inicial es social y o evangélico. Esto puede permitir que se desarrolle una relación que pueda dar espacio al paciente para compartir sentimientos, temores y dudas en relación a su enfermedad y su posible futuro.

**“El hombre es la medida de todas las cosas” es la piedra angular de la filosofía humanística, que piensa que el hombre puede, por sí mismo, mejorar su propia situación sin ninguna ayuda sobrenatural<sup>145</sup>”.**

Un humanista por lo tanto, tiene fe en la inteligencia del hombre para traer sabiduría y comprensión al mundo y poder resolver los problemas morales de libertad, tolerancia, justicia y felicidad:

**“Por la relación tan estrecha entre el cuerpo y la mente es inevitable, señala el humanista, que al morir, la vida de una persona se termine por completo. Por tanto, no creen en la inmortalidad<sup>146</sup>”.**

El énfasis humanista en la realización en esta vida conduce a una concentración de esfuerzo por resolver los problemas de dolor, sufrimiento y muerte que buscan limitar ese nivel de realización.

---

<sup>144</sup> “Sin embargo, entre los musulmanes de Pakistán y Arabia es común que el dolor se exprese abiertamente y apreciarán la privación para hacerlo... Durante los tres primeros días los parientes más cercanos no cocinan pues todas las comidas le son provistas por los visitantes. Durante 40 días, los parientes más cercanos visitan la sepultura los viernes (días sagrados)”. *Ibíd.* p. 46.

<sup>145</sup> *Ibíd.*

<sup>146</sup> *Ibíd.*

## CAPÍTULO II.

### LA TANATOLOGÍA: DISCIPLINA QUE BUSCA COMUNICAR Y DIFUNDIR EL PROCESO DE MORIR.

*<<Debemos encontrar el sentido de la vida, para encontrar el sentido de la muerte. >>*

*Gabriel Marcel*

#### 2.- SURGIMIENTO, DEFINICIÓN Y APORTACIONES DE LA TANATOLOGÍA.

En la época medieval, en los años 1000, 1200 y 1300, después de las guerras, se presentaba la peste negra<sup>147</sup>. Las órdenes religiosas cuidaban a los enfermos. En el Renacimiento surgieron los albergues, atendidos también por religiosos y personas de buena voluntad. Desde la segunda mitad del siglo XIX existe un reducido número de instituciones dedicadas al cuidado de los moribundos, fundada en su mayoría por enfermeras religiosas. Con el desarrollo de la tecnología médica en el siglo XX, se incrementó la dificultad de conciliar el énfasis entre el diagnóstico y la curación con la aceptación inevitable de la muerte; donde curar era el objetivo más importante de la medicina, la muerte podía ser considerada como un fracaso. No existían medicamentos que mitigaran el dolor físico, la náusea y el vómito se aceptaban y una profunda debilidad y pérdida del

---

<sup>147</sup>La peste negra de los 1300 fue probablemente algo muy distinto a la enfermedad que hoy conocemos como peste bubónica, según la hipótesis de un equipo de antropólogos abocado al estudio de las epidemias del siglo XIV: “Aunque superficialmente pareciera existir similitudes, no estamos convencidos de que la epidemia del siglo XIV y la actual peste bubónica sean las mismas”, opina el doctor James Wood, profesor de antropología y demografía en Penn State. Para el profesor Wood: “las descripciones antiguas de los síntomas de la enfermedad no son tan específicos como para desplegar una base de diagnóstico”. Históricamente, la epidemias de peste bubónica han estado asociadas con enormes fallecimientos de ratas. Wood señala que no existen reportes de muerte de ratas en las calles en los años 1300, lo que es un factor necesario para conocer el agente causal de la peste bubónica. En vez de ser transmitida por animales o insectos portadores, los investigadores creen que la peste negra fue transmitida a través del contacto de persona a persona, como ocurre con el sarampión y la viruela. El modelo geográfico de la enfermedad se extendió rápidamente a lo largo de los caminos y por ríos navegables, lo que habría demorado o significado barreras geográficas para el movimiento de los roedores. El equipo encabezado por el doctor James Wood no desecha la posibilidad de que la peste negra pudo ser causada por un ancestro del actual bacilo de la peste, el cual más adelante mutaría en insectos y roedores hasta llegar a lo que hoy denominamos peste bubónica. **DURÁN**, King José Luis “Ecos de la peste negra”, en periódico *Milenio*, México, DF, sábado 7 de junio de 2003, p. 32. Desde un punto de vista literario consultar: **DEFOE**, Daniel., Diario del año de la peste, Ediciones B Grupo Zeta, Barcelona España, 1998. Para contar con una idea de lo que significa la peste bubónica, consultar este texto de Defoe en el cual describe detalladamente como esta epidemia asoló a la ciudad de Londres en 1665 y causó más de cien mil víctimas.

apetito eran la norma. Las necesidades físicas del moribundo eran descuidadas, así como también lo eran sus necesidades sociales, emocionales y psicológicas. Solamente se consideraban los aspectos espirituales y esto no siempre, ya que con frecuencia se hacían de manera inapropiada.

Fue para compensar las fallas percibidas en el cuidado a los moribundos que surgió el movimiento de los hospicios modernos. Este movimiento se remonta a la fundación de los Hospicios de St. Christopher en el sur de Londres con Cecily Saunders<sup>148</sup> en 1967. A principios de los 90's existen cerca de 120 hospicios en el Reino Unido, y el movimiento se ha expandido a muchos otros países. En el curso de este desarrollo han ocurrido muchos cambios de importancia. Los hospicios originales, llamados Hospitales para Enfermos Incurables u Hospitales para Moribundos se establecieron simplemente para proporcionar protección piadosa. Saunders tuvo la precursora visión de un hospicio que atendiera, en todo, las necesidades del individuo: físicas, psicológicas, emocionales y espirituales<sup>149</sup>. Este cuidado podría ser provisto en un ambiente separado de la línea troncal de los servicios de cuidado de la salud y podía involucrar tanto al paciente como a su familia.

De manera paralela, la medicina se interesó por el *acto de morir* y lo que este conlleva a partir de los años cuarenta, cuando esta disciplina empezó su construcción científica y por primera vez, se diagnosticaron y curaron enfermedades de manera sistemática. A partir de entonces, los enfermos acudieron de manera creciente a los hospitales y cambio el lugar donde se alivian y donde mueren, es decir, anteriormente se nacía y moría en casa, en la actualidad nacer y morir son actos que se realizan sobre todo en el hospital. Estos cambios obligaron al médico –entre otras cosas- a tratar de cerca al moribundo. A partir de entonces, aparecieron en la literatura médica científica, artículos pioneros sobre el tema de la muerte:

**“los de Lindeman en 1944, los de Herman Feifel en los años cincuenta y más tarde los de Norman Farberow, Edwin Shneideman y Richard Kalish. En 1969, Elizabeth Kübler-Ross escribió su famoso libro *La muerte y los moribundos*. Poco a poco se desarrolló una nueva especialidad: la *tanatología*<sup>150</sup>”.**

Ahora bien, recientemente, con el establecimiento de la medicina paliativa<sup>151</sup> como una especialidad, han ocurrido otros cambios. Algunas unidades han estado intentando proporcionar el mismo cuidado holístico –es decir, integral-, pero con frecuencia desde un estadio mucho más temprano de la enfermedad terminal y en un ambiente similar al de una Unidad de Cuidado continuo al de una

---

<sup>148</sup> Es especialista en hospice para enfermos terminales y personas sin familia. Fundó el “Hospice” centro de atención integral para enfermos terminales y sus familiares.

<sup>149</sup> **SHERR**, Lorraine., *Agonía, muerte y duelo*, Ed. El Manual Moderno, México, 1992, p. 2.

<sup>150</sup> **ORTIZ**, Quezada Federico., *El acto de morir*, Ed. McGraw-Hill, México, 2000, p. VII.

<sup>151</sup> En 1987, los ingleses definieron la medicina paliativa como “el estudio y el cuidado del paciente que sufre una enfermedad activa, progresiva, avanzada, para la cual el pronóstico es limitado y la atención debe estar puesta sobre todo en la calidad de vida”, a partir de esa fecha se considera especialidad médica.

asistencia hospitalaria especializada, integrada lo más parecido a un ambiente hospitalario convencional.

Respecto al hospicio, en la actualidad, en Inglaterra la gran mayoría de los pacientes que reciben cuidado en éstos lugares padecen de cáncer<sup>152</sup> muy avanzado. Un pequeño número de pacientes con enfermedades neurológicas progresivas como la enfermedad neuromotora y la esclerosis múltiple también son atendidos en estas unidades. Más recientemente, algunos servicios similares han empezado a proporcionarse a pacientes con SIDA<sup>153</sup>.

Los enfermos terminales no sólo requieren de tratamiento médico, también les hace falta el apoyo físico, psicológico, emocional, legal y de atenciones espirituales o religiosas, del tanatólogo, de logoterapia<sup>154</sup> y talleres.

La investigación científica ha abierto nuevas brechas frente a la muerte y ha preparado nuevas técnicas para luchar, por ejemplo, contra la senectud:

**“Si los sueros de la Juventud, los estimulantes endocrinos, los extractos embrionarios, los injertos, los órganos artificiales, las técnicas de reanimación no han provocado ninguna brecha decisiva, es porque no se dirigían a los principios mismos de la muerte, es decir de la vida, dado que los principios de la vida no habían todavía emergido al conocimiento científico. Y esta emergencia es precisamente lo que constituye la <<revolución biológica>>, que se abre en 1953 con la elucidación de la estructura y propiedades del ADN (ácido desoxiribonucléico) por Watson y Crick<sup>155</sup>”.**

Los adelantos de la ciencia médica continúan y se ha llegado a plantear una ilusión imposible de alcanzar: *la muerte de la muerte*. Esperanza que ha estado presente a lo largo de la historia, aunque se trate de algo irreal:

---

<sup>152</sup> “Los pacientes con cáncer avanzado están en doble desventaja por el tabú; no sólo acerca de su enfermedad, sino también en relación con la muerte, son individuos que, en palabras de Geoffrey Gorer (un antropólogo) se vuelven “raros” y “escondidos”. Esta renuncia a discutir cualquier tema tiene consecuencias destructivas: aislamiento para el paciente y estigmatización para la familia. Una disposición a discutir el significado de la enfermedad y la aproximación a la muerte con el paciente canceroso lo ayudará a morir con consuelo y dignidad”. **DOMINEY, C.**, “Cáncer” en **SHERR, Lorraine.**, *Agonía, muerte y duelo*, Op. cit. pp. 223-242.

<sup>153</sup> “Existe algo especialmente atemorizante en relación con los nuevos padecimientos. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un ejemplo de primera categoría. El temor a lo desconocido está compuesto por un diagnóstico deficiente asociado a la enfermedad. En el Reino Unido y en los Estados Unidos de América, más de la mitad de las personas diagnosticadas han fallecido. Básicamente es un padecimiento de transmisión sexual y la situación está, por tanto, compuesta de tabúes alrededor del sexo, de la sangre y de la muerte... A la fecha, no existe ningún remedio para el SIDA”. **SHERR, Lorraine.**, “SIDA”, en **SHERR, Lorraine.**, *Agonía, muerte y duelo*, Op. cit. pp. 203-222.

<sup>154</sup> Respecto a la logoterapia consultar de Víctor E. Frankl “Conceptos básicos de logoterapia” pp. 95-128. En **FRANKL, Víctor E.**, *El hombre en busca de sentido*, Ed. Herder, Barcelona, España, 1996,

<sup>155</sup> **MORIN, Edgar.**, *El hombre y la muerte*, Ed. Kairós, Barcelona España, 1974, p. 361. Para profundizar en los avances de la biología y su lucha contra la muerte consultar el texto citado, en particular el capítulo 4. titulado Tanatología y acción contra la muerte pp. 323 a la 356.



**“Las investigaciones médicas en torno a las células embrionales totipotenciales, también llamadas células vástago en la literatura anglosajona; los referentes a la herencia y el envejecimiento, los descubrimientos de los mecanismos celulares de la herencia y el envejecimiento; así como el éxito logrado mediante la ingeniería genética en la prolongación de la vida en animales, han fundado la idea de que la vida esta bajo control genético<sup>156</sup>”.**

Por su parte, la tanatología es más compleja, debido a la diversidad de campos del conocimiento que implica –antropología, historia, sociología, psicología, filosofía, religión, literatura, etc.,- y a que el estudio sobre la muerte no se termina, no por ello, uno de sus propósitos principales es insistir en el derecho del ser humano a una muerte serena y digna:

**“La tanatología –reagrupamiento de nuestros conocimientos sobre la muerte- es, en la diversidad de sus proyectos, una disciplina muy difícil, ya que su objeto presenta múltiples facetas y se relaciona con variados campos de análisis. La muerte, junto a invariantes que pueden aprehenderse a nivel de su naturaleza, de las modalidades del oír y de las creencias y prácticas relacionadas con el más allá, presenta hoy un conjunto de innovaciones que son específicas de la civilización moderna pero constituyen también una reacción contra ella. Mencionaremos sobre todo el lugar que corresponde en su estudio y sus manipulaciones a la ciencia y a la técnica; la dialéctica particularmente compleja de lo endógeno (muerte programada) y lo exógeno (muerte como agresión); los debates a menudo apasionados respecto del derecho a una muerte serena y digna; la necesidad de repensar y de resimbolizar (sic) el ritual...<sup>157</sup>”.**

En la actualidad el médico se ha convertido en un especialista, en un técnico que aplica normas científicas a toda clase de pacientes, su trato se ha vuelto frío, ajeno y distante:

**“Con la transformación del médico en un artesano que ejerce una habilidad en individuos a los que conoce personalmente en un técnico que aplica normas científicas a toda clase de pacientes, el mal ejercicio profesional adquirió un nuevo estado anónimo, casi respetable<sup>158</sup>”.**

Lo que antaño se consideraba un abuso de confianza y una falta moral, ahora el médico puede explicarlo diciendo que los errores que se cometen se deben a fallas excepcionales del equipo y a sus operadores:

**“En un hospital tecnológico complejo, la negligencia pasa a ser <<error humano aleatorio>>, la actitud encallecida se convierte en <<indiferencia científica>>, y la incompetencia se transforma en <<falta de equipo especializado>>. Con la**

---

<sup>156</sup> **ORTIZ**, Quezada Federico., El acto de morir, Op. cit. p. 76.

<sup>157</sup> **VINCENT**, Thomas Louis., La muerte, Ed. Altaya, España, 1999, p. 153.

<sup>158</sup> **ILLICH**, Ivan., Nemesis medica, Barral Editores, Barcelona, España, 1975, pp. 26-27. *Cfr.* **RUBERT**, de Ventós Xavier., Ética sin atributos, Ed. Anagrama, Barcelona, España, 1996. Consultar en particular el capítulo IX titulado: Cuestiones sin oráculo (ni catecismo) el punto 1. La muerte: de la aceptación epicúrea a la regulación tecnológica pp. 211-120.

**despersonalización del diagnóstico y la terapéutica, el ejercicio profesional impropio ha dejado de ser problema ético y se ha convertido en un problema técnico<sup>159</sup>.”**

Otro aspecto relacionado con la técnica, es la excesiva expansión en la industria de la asistencia a la salud que ha frustrado el poder de la gente para afrontar problemas y adaptarse a cambios de sus cuerpos o modificaciones del ambiente, algunos de los defectos de la industria médica son:

**“Primero, la producción de remedios y servicios ha acabado por servir sus propios intereses. (...) Segundo, la distribución de remedios y el acceso al servicio son desiguales y arbitrarios; dependen del dinero y la categoría del paciente. (...) Tercero, la organización del gremio médico perpetúa la ineficacia y los privilegios e impone el perjuicio de una sola escuela de médicos sobre toda una sociedad. (...) Finalmente, la medicina actual se preocupa principalmente por individuos enfermos y no por la salud de las poblaciones<sup>160</sup>.”**

Los que tienen una fe ciega en la ciencia médica, consideran que es deseable prolongar la vida humana al máximo posible, siempre y cuando sea de ‘buena calidad’. Otros afirman que este hecho es moralmente inaceptable, alegando que una vida sin muerte carecería de sentido, de esta forma opinan los teólogos y éticos cristianos para quienes los límites a la existencia, su finitud, son una bendición. Alegan, además, que retrasar la muerte es retardar la unión con Dios. A este respecto también los literatos han manifestado su punto de vista:

**“Simone de Beauvoir en *Todos los hombres son mortales*, y Jorge Luis Borges en *El inmortal*, entre muchos, se han manifestado al respecto. Estos dos interesantes y bellos relatos concluyen que la inmortalidad termina por negar lo humano y se convierte en un castigo<sup>161</sup>.”**

Para los profesionales ortodoxos de la medicina, no es aceptable que una persona ajena a su ámbito de competencia, les “enseñe” como podrían y deberían de tratar a los enfermos y mucho menos si se trata de un niño, un enfermo terminal, o la mujer de la limpieza, sin embargo, no todos opinan de esa forma:

**“En esos primeros días de lo que se vendría a llamar el nacimiento de la tanatología, o estudio de la muerte, mi mejor maestra fue una negra del personal de limpieza. No recuerdo su nombre, pero la veía con regularidad por los pasillos, tanto de día como de noche, según nuestros respectivos turnos. Lo que me llamó la atención en ella fue el efecto que tenía en muchos de los pacientes más graves. Cada vez que ella salía de sus habitaciones, yo notaba una diferencia palpable en la actitud de esos enfermos”<sup>162</sup>.**

---

<sup>159</sup> **ILLICH**, Ivan., *Nemesis medica*, Op. cit. p. 27.

<sup>160</sup> *Ibid.* pp. 83-84.

<sup>161</sup> **ORTIZ**, Quezada Federico., *El acto de morir*, Op. cit. p. 77.

<sup>162</sup> **KÜBLER-ROSS**, Elisabeth, *La rueda de la vida*, Ediciones B, S.A., Punto de lectura No. 101, Barcelona, 1997, 390 p. 193. Doctor *honoris causa*, Kubler-Ross es reconocida mundialmente como una autoridad en materia de tanatología.

Y es que nadie puede ayudar tanto a un ser humano como otro que se interesa por él sinceramente y lo escucha, tal y como ocurrió con la mujer de la limpieza que posteriormente se convirtió en una de las primeras ayudantes de la tanatóloga Elisabeth Kübler-Ross:

**“Poco después conseguí que esa mujer dejara de dedicarse a la limpieza y se convirtiera en mi primera ayudante. Ella me ofrecía el apoyo que necesitaba cuando no lo encontraba en ninguna persona. Eso solo fue una lección que he tratado de transmitir. No es necesario tener un guru ni un consejero para crecer. Los maestros se presentan en todas las formas y con toda clase de disfraces. Los niños, los enfermos terminales, una mujer de la limpieza. Todas las teorías y toda la ciencia del mundo no pueden ayudar a nadie tanto como un ser humano que no teme abrir su corazón a otro<sup>163</sup>”.**

-Es la ciencia que estudia la muerte y el proceso de morir. La palabra es de origen griego: Tanathos = Muerte, Logos = Tratado.

-Es el estudio interdisciplinario del moribundo y de la muerte, especialmente de las medidas para disminuir el sufrimiento físico, y psicológico de los enfermos terminales, así como la aprensión y sentimientos de culpa y pérdida por parte de los familiares. *Definición del Randon House College Dictionary.*

La definición que se le da en Estados Unidos es más amplia, se hace mención de que la tanatología es, además, un estudio interdisciplinario que incluye la filosofía, antropología, psicología, la sociología, la religión, etcétera.

## **- APORTACIONES.**

La tanatología se justifica para darle al hombre que muere, una “buena muerte”, una muerte apropiada, una muerte lo menos dolorosa posible, una “muerte digna”. Para Anthony de Mello: <<Todos queremos una buena muerte>>.

Otro de los fines de la tanatología es desmitificar la muerte, que se aprenda a convivir con ella y se le acepte, se trata de exigencias de nuestra sociedad actual:

“La tanatología tiene también fines prácticos, principalmente la urgencia de desmitificar la muerte y de aprender a convivir con ella, lo cual implica que muy pronto deberá educarse a los niños en este sentido, la necesidad de luchar para que todos los hombres, sin distinción de raza o de origen, puedan no sólo vivir decorosamente sino también morir con dignidad; la

---

<sup>163</sup> Ibíd. p. 195.

firme denuncia de todas las empresas mortales que engendra la sociedad moderna<sup>164</sup>”.

De las principales aportaciones que ha hecho la Tanatología y más en específico, la pionera en ésta disciplina, Elisabeth Kübler-Ross, fue la sistematización del proceso de morir, la cuál abordaremos en el tercer capítulo.

Debemos ser conscientes de que, aunque todos muramos de la misma manera en cierto sentido, cada muerte es un acontecimiento totalmente individual, único, irrepetible, cien por ciento personal. Nunca habrá dos muertes iguales. Esta manera de morir, íntima y peculiar, depende de varios factores:

-Edad: no es lo mismo si quien muere tiene veinte años o si es ya un anciano de ochenta.

-Sexo: normalmente las mujeres son más valientes para enfrentarse a sufrimientos físicos o morales.

-Posición social: es muy diferente si el proceso de morir se vive en soledad o en la cariñosa compañía de amigos y familia.

-Formación académica: hay gran discrepancia entre saber o ignorar lo relacionado con la enfermedad, el sufrimiento, la Muerte; como tampoco es lo mismo si se tiene capacidad de conversación, hábitos de lectura, gusto por el cine o cualquier otra actividad que hable de distracción o de creatividad.

-Situación económica: nunca será igual si el que muere sabe que deja protegida económicamente a su familia, a si la deja con deudas, sin protección, sin dinero; ni para los familiares sentir que dieron lo mejor a su ser querido en lo que toca a hospitales, tratamiento, médicos; o no.

-La Familia: si es integrada, si es unida, o no.

-El umbral del dolor: La capacidad de relacionarse con los miembros del equipo de salud, Etcétera.

---

<sup>164</sup> VINCENT, Thomas Louis., La muerte. Op. cit., p. 154. A este respecto, Hans Küng se pregunta: ¿Son acaso un consuelo para los enfermos los médicos que se vanaglorian de haber implantado <<una nueva cadera>> a un paciente de casi cien años de edad, de modo que volviera a casa y pudiera vivir unos seis meses más? :“No es de extrañar que muchas personas tengan miedo no sólo al dolor y al sufrimiento, sino además *a quedar atrapadas en un sistema médico sumamente tecnificado*, a la dependencia total y a la pérdida de control sobre el propio yo, drogadas a fuerza de calmantes, en sopor, ya sin pensar ni beber ni vivenciar nada.” KÜNG, Hans y JENS, Walter., Morir con dignidad. Ed. trota, Madrid, España, 1997, p. 45. Por su parte Roland Jaccard y Michel Thévoz comentan: “parece ser que a los hombres desde hace tiempo no sólo se les ha privado de su vida, sino también de su muerte y se preguntan ¿En nombre de qué ética y de que valores se puede privar al ser humano de este derecho fundamental? Véase JACCARD, Roland y THÉVOZ, Michel., Manifiesto por una muerte digna. Ed. Kairós, Barcelona, España, 2002.

-El concepto personal y familiar sobre la muerte: nunca será lo mismo si la muerte es el fin total, absoluto, de la existencia humana, o si es una transformación en energía, lo que significa, de alguna manera, la continuación de presencia en el mundo; como tampoco será igual el que se crea en la reencarnación o si la Fe es en la Resurrección, o si hablamos de Descanso Eterno en vez de Vida Eterna.

-Por último, los cambios de personalidad, de carácter, de humor que tanto el enfermo como los familiares sufren a lo largo de la enfermedad terminal<sup>165</sup>.

Estos aspectos generales son muy importantes si queremos entender y comprender mejor el proceso de morir<sup>166</sup> en el enfermo, y como lo enfrenta la familia.

## 2.1.- INTERPRETACIÓN DE LA MUERTE EN MÉXICO EN EL SIGLO XXI.

La Revista *Encuesta*, del mes de noviembre del 2003<sup>167</sup>, presentó los resultados de una encuesta realizada a 400 mexicanos<sup>168</sup>. Los resultados de dicha encuesta son los siguientes:

1.- ¿Usted cree o no que el 2 de noviembre, día de los fieles difuntos, los muertos regresan a convivir con sus familias?

Si 42%

No 52%

No sé / No Contestó 6%

---

<sup>165</sup> REYES, Zubiría Luis Alfonso., Acercamientos Tanatológicos al enfermo terminal y su familia. Op. cit. p. 68.

<sup>166</sup> La tanatóloga mexicana María del Rosario Padilla León menciona que algunas de los precursores en el estudio del proceso de morir son: La enfermera Gloria M. Francis. Ella nos habla de un proceso al que llama: “Etapas Emocionales”: Negación, Ansiedad, Regresión, Depresión, Aceptación Realística. El místico Robert E. Neale. Su punto de vista lo llama: “Peregrinación Realista y Llena de Significado Hacia la Muerte y la Nueva Vida”: Conocimiento de la Muerte, Gestación, Renacimiento. El pastor protestante Carl A. Nigshwonger. Presenta el proceso de morir como una “Serie de Dramas”: Shock, Emoción, Negociación, Conocimiento, Compromiso, Cumplimiento. Y el médico George Engel. Establece tres estadios y los relaciona también con el proceso del duelo. Primer estadio: Conmoción e Incredulidad; segundo estadio: Desarrollo del Conocimiento; tercer estadio: Restitución y Recuperación. El tanatólogo A. D. Weissman. Quizá de los de mayor renombre. Su punto de vista -diferente al de los otros autores citados- es muy importante para el estudioso de la tanatología. Para él el proceso tiene cuatro distintos momentos. Apuro Existencial, Acomodo, Deterioro, Momento Terminal.

<sup>167</sup> DÍAZ, Rodríguez Verónica., “La muerte mexicana, esa gran impostura”, en Encuesta, México, D. F., noviembre, 2003, pp. 35-41.

<sup>168</sup> Encuesta telefónica nacional, 400 casos divididos de la siguiente forma: 51% fueron mujeres y 49% hombres; con proporciones más o menos similares los grupos de edades fueron de 18 a 24 años (22%), de 25 a 34 años (13%), de 35 a 44 años (17%), entre los que predomina el de 26 a 35 (24%); de todos ellos 33% son amas de casa y 48% se dedica a una actividad no especificada; en cuanto a su escolaridad, el 21% no terminó la universidad, otra proporción igual culminó la secundaria y un 16% la preparatoria; en relación con los ingresos, el 22% recibe entre tres mil 931 pesos y seis mil 550 pesos como salario mensual y 20% de ellos dijo ganar entre mil 311 pesos y tres mil 930 pesos. Las encuestas telefónicas tienen como universo a una población, en promedio, con más recursos económicos y mayor nivel educativo que la media general.

2.- ¿Usted se siente listo o no para morir?

Si 38%

No 58%

No sé / No contestó 4%

3.- ¿Cuál es la principal razón por la que usted No se siente listo para morir?

Mi familia me necesita 46%

Aún me faltan cosas por hacer 29%

Por el gusto de vivir 9%

Quiero conocer más cosas 7%

Simplemente no me gustaría morir 6%

Otra 2%

No sé / No contestó 1%

4.- ¿Cuál es la principal razón por la que usted se siente listo para morir?

Estoy satisfecho con mi vida 77%

Estoy enfermo 4%

No tengo dinero 3%

No me gusta la vida 1%

No tengo trabajo 1%

Otra 8%

No sé / No contestó 6%

5.- En general, ¿qué tanto le preocupa a usted la muerte de alguno de sus familiares?

Mucho 76%

Algo 11%

Poco 7%

Nada 4%

No sé / No contestó 2%

6.- En general, ¿qué tanto le preocupa a usted su muerte?

Mucho 37%

Algo 13%

Poco 16%

Nada 33%

No sé / No contestó 1%

7.- ¿Cuál es el principal sentimiento que le genera pensar sobre la muerte?

Tristeza 34%

Angustia 18%

Miedo 12%

Tranquilidad 7%

Conformidad 4%

Enojo 1%  
Indiferencia / No sé / No contestó 14%  
Otro 3%  
Ninguno 7%

8.- ¿Usted tiene o no comprados por adelantado sus propios servicios funerarios?  
No 76%  
Sí 24

9.- ¿Usted cuenta con algún seguro de vida?  
Sí 36%  
No 64%

10.- ¿Usted cree o no que hay algo más allá de la muerte?  
Sí 58%  
No 28%  
No sé / No contestó 14%

11.- ¿Usted rinde o no algún tipo de culto a la memoria de sus familiares y amigos muertos?  
Sí 62%  
No 38%  
No sé / No contestó 0%

Entorno a los resultados de la presentada encuesta, podemos reflexionar que el acercamiento del mexicano con respecto a la muerte, es a través de las tradiciones (62%), principalmente las del día de muertos (2 de noviembre), adoraciones religiosas y algunos cultos que recientemente han cobrado auge, como por ejemplo el culto a la Santa Muerte<sup>169</sup>.

---

<sup>169</sup> Convencidos de su credo, unos 500 miembros de la Iglesia católica tradicional Mex-USA organizaron una movilización por diversas zonas del Distrito Federal (la Merced, el Zócalo, Reforma, la columna de la Independencia, Alameda Central) que se prolongó por varias horas, para protestar por el proceso administrativo que la Secretaría de Gobernación (SG) comenzó, en septiembre del año pasado, contra esa asociación religiosa. La agrupación es investigada por Gobernación, luego de que un ex ministro acusó a esa Iglesia de cambiar de forma radical los fundamentos de su culto, los cuales inicialmente eran mantener la misa tridentina, pero después derivaron en la veneración a la Santa Muerte. Acompañados de la imagen motivo de la controversia, los fieles denunciaron ante diversas instancias ser víctimas de persecución religiosa, y pidieron a las autoridades detener lo que llamaron un "proceso de inquisición" en su contra. Sin tapujos y orgullosos de sus tatuajes alusivos a la muerte, decenas de personas siguieron los pasos de su líder, el obispo David Romero, quien además de defender su registro como asociación religiosa -conseguido en 2003-, enfrenta un litigio con el presidente de la Conferencia del Episcopado Mexicano, José Guadalupe Martín Rábago, a quien denunció ante la agencia 50 del Ministerio Público Federal, en la capital del país, luego de que el también obispo de León consideró a su agrupación "una secta". Sin embargo, hasta la semana pasada no había ratificado la demanda. El culto a la muerte surgió en Tepito. Al principio las estampas con su imagen se vendían clandestinamente en el mercado de Sonora. Según el obispo Romero "No hacemos daño a nadie. Este ángel de Dios bendice nuestra vida; nos brinda protección, oportunidad, progreso con nuestras familias. Es mentira que sea la imagen de criminales, narcos y prostitutas. Estos calificativos nos los ha impuesto el clero romano", pregonó a lo largo del recorrido. Romero consideró que el Vaticano "tiene miedo" porque la veneración a la Santa Muerte va "creciendo cada vez más" en México y Estados Unidos. Adelantó

Esta peculiar manera de reconocer la muerte responde a una tradición y a una representación, pero en realidad ¿responderá a una profunda reflexión? Del entramado del manto cultural y tradicional que atavía al mexicano, en realidad no existen filamentos que lo recubran y protejan de sus miedos e ignorancia para cutir saludablemente el tema de la muerte, 58% de los mexicanos reconoce que no se siente listo para morir, y su principal fuente de consolación para enfrentar la reflexión de la muerte propia y ajena es su familia (46%). Habrá que preguntarse cuántos miembros de esa familia cuenta con la suficiente educación en torno al tema para poder brindar un adecuado soporte; aparentemente se quedan de lado las instituciones, los programas de apoyo, ayuda de profesionales, libros y revistas. El 76% reconoció vivir en constante preocupación: tristeza (34%) y angustia (18%), debido al alto índice de violencia que existe en la Ciudad de México, pero paradójicamente ese mismo porcentaje no tiene comprados por adelantado sus propios servicios funerarios y el 64% no tiene seguro de vida, no se sabe si por falta de información o de recursos.

Para el estudio tanatológico es importante comprender el concepto de muerte que tiene cada persona y sociedad, tanto del México prehispánico como de las etnias del México actual, se cree que el mexicano se burla de la muerte, sin embargo, esto no es cierto. El mexicano nace de la conjunción de dos razas, de dos culturas: la prehispánica y la española. Y para ambas, la muerte es algo más que un sentimiento religioso, el pueblo mexicano tiene desde su nacimiento, un concepto particular sobre la muerte: *"la muerte le es algo sagrado y de lo sagrado nadie se burla"*<sup>170</sup>.

El doctor Luis Alfonso Reyes Zubiría manifiesta que no es lo mismo la muerte de una persona en un poblado que en las grandes ciudades. En los pueblos y más en las rancherías. Cuando alguien muere, generalmente lo hace en su propia casa, rodeado de sus familiares y sus amigos; da las últimas órdenes y satisface sus mínimos deseos, bebe quizás el postrer vaso de ese vino y fuma los tabacos finales de su vida. Comparte sus creencias, sus tradiciones, sus costumbres con sus allegados. Morirá sin la asepsia suficiente, pero no se puede negar que la calidad de vida del enfermo en fase terminal en estos casos es humana y logra muchas veces que el moribundo supere el dolor, el temor y muchas incomodidades; aunque sabe que se aproxima su momento final.

---

que si se retira el registro a su agrupación, obtenido en abril de 2003, solicitará la intervención de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y la Comisión Nacional de Derechos Humanos, además de presentar el caso ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos, porque se trataría de una "persecución religiosa". Revisar: **SALGADO**, Agustín y **MUÑOZ**, Alma., "Adoradores de la Santa Muerte exigen respeto a creencias y derechos religiosos", en periódico *La Jornada*, México, D. F., sábado 5 de marzo de 2005.

<sup>170</sup> **REYES**, Zubiría Luis Alfonso., *Acercamientos Tanatológicos al enfermo terminal y su familia*. Curso fundamental de Tanatología, Tomo III, México, 1996, p. 34. Para profundizar en el concepto de la muerte e el mundo prehispánico de los Mayas, Toltecas y Nahuas, así como en las etnias de Xochimilco, Morelos, Oaxaca y los pueblos Mayas consultar la 35 y siguientes.



En las ciudades es diferente. Generalmente se hospitaliza al enfermo y se le cuida lo mejor que se puede para lograr que sane; sin embargo, cuando comienza su proceso final, el staff hospitalario no se fija en la calidad de vida del moribundo. En muchos casos se le oculta la verdad de su grave situación y se le niega la oportunidad de ser él mismo hasta el final y de estar con los suyos, de satisfacer sus deseos, de compartir sus creencias y tradiciones. Morirá, eso sí, muy asépticamente. Aunque probablemente con poca calidad de vida, al menos social y humanamente hablando.

El tanatólogo debe profundizar sus conocimientos respecto al significado de la muerte, lo que es el proceso de morir pero sobre todo, lo que implica vivir. Debe conocer, por lo tanto, lo que es el hombre, para que pueda ayudarlo adecuadamente en sus necesidades físicas, biológicas, psicológicas, emocionales, espirituales, legales, sociales, etcétera. Esto, por lo que toca al aspecto intelectual.

Por otra parte, no se deben limitar a los aspectos científicos o intelectuales las relaciones que se deben tener con el enfermo terminal y/o con su familia. El tanatólogo debe ser también un hombre capaz de dar afecto, cariño, amor incondicional:

**“Creo que la medicina moderna se ha convertido en una especie de profeta que ofrece una vida sin dolor. Eso es una tontería. Lo único que a mi juicio sana verdaderamente es el amor incondicional<sup>171</sup>”.**

Esta condición no se puede aprender en ningún curso. Se es así o no se es. Hay estudios que enseñan que el 90% de la ayuda que el tanatólogo puede ofrecer, dependerá del afecto y del sentimiento.

**“Podemos afirmar, entonces, que un Tanatólogo debe poseer profundos conocimientos sobre el Hombre, la Vida, la Muerte, y al mismo tiempo, una profunda calidad humana<sup>172</sup>”.**

La muerte es el sentir, repentinamente, la pérdida del sentido de la vida, la experiencia de un daño irreparable, la soledad sin esperanza que deja el rompimiento de una relación personal. Por eso, quien sufre una pérdida, comenzará a sentir el dolor del duelo. Preferirá vivir aislado de los otros, sin el menor interés ni en su futuro ni en su presente ni en su entorno, renunciando a su libertad. Vivir así es una forma de estar muerto. Es el dolor de un duelo no resuelto.

A quien padece este dolor se le debe ayudar. En ello radica la labor del tanatólogo. Tiene que guiar a esta persona a que tome una decisión: o continuar

---

<sup>171</sup> KÜBLER-Ross, Elisabeth, La rueda de la vida, Ediciones B, S.A., Punto de lectura No. 101, Barcelona, España, 1997, 390 p. 16.

<sup>172</sup> REYES, Zubiría Luis Alfonso., Acercamientos Tanatológicos al enfermo terminal y su familia, Op. cit. p. 16.

inmerso en este sufrimiento, o salir de él volviendo a vivir. Teóricamente la decisión es obvia, pero en la práctica no es tan sencilla. Ante el dolor de la muerte, sabemos que la muerte nos ganó. No le podemos ganar, porque no somos eternos. Nuestro cuerpo tiene un fin. Conscientes de ello, nos queda una única posibilidad, alcanzar una forma de libertad más sublime.

**“De esta manera, el conocimiento de la Muerte nos lleva al conocimiento de la Vida. La muerte nos llevará a la vida. Quitarnos el miedo a la Muerte, es permitirnos tener Vida, pero vida a plenitud...”<sup>173</sup>”**

### **2.1.1.- ¿Cómo percibe y expresa el proceso de morir el mexicano?**

El doctor Alfonso Reyes Zubiría, introdujo la Tanatología en México como una disciplina indispensable, razón por la cual se retomara su experiencia y enfoque respecto a nuestro país.

Basándose en su experiencia personal, la cual incluye la coordinación de un departamento Hospitalario de Tanatología, el primero en México, el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, en el Distrito Federal, el Dr. Alfonso Reyes Zubiría, destaca, que los mexicanos viven fuertes emociones en su proceso de morir, debido a dos condiciones particulares del pueblo mexicano; la primera de ellas, está dada por el arraigo que tiene a la familia, y la segunda, su entrega religiosa, que lo lleva a una particular espiritualidad. Son estas dos condiciones lo que caracterizan al mexicano en su modo de vivir, y por lo tanto en su manera de enfrentar la muerte.

Por lo regular, cuando alguien es internado en un hospital, la familia permanece cerca de él. Si los familiares no pueden estar en el cuarto del enfermo, entonces permanecerán en los pasillos o en las salas de espera. Si el paciente queda en su casa, allí estarán los deudos. Hay familias que sólo se reúnen cuando alguno de ellos padece una seria enfermedad y muchos familiares se ven nada más en los velorios, o en las bodas. En momentos de dolor, lo común es que todos estén juntos y apoyándose, al menos con la presencia.

La doctora Kübler-Ross afirma que todos los hombres, en todas partes del mundo, mueren siguiendo las cinco etapas que ella propone. Sin embargo, para el Dr. Alfonso Reyes Zubiría, el mexicano y quizá algunas otras culturas latinoamericanas, viven un proceso de morir, marcado más por un juego de emociones entremezcladas, pero que estarán presentes siempre, tanto en el enfermo como en la familia; emociones a las que el tanatólogo deberá poner especial interés, si en verdad quiere ayudar a sus pacientes.

Para el tanatólogo Alfonso Reyes Zubiría, los aspectos del proceso del morir son los siguientes: 1) La angustia, 2) la frustración, 3) la culpabilidad, 4) la

---

<sup>173</sup> Ibíd. p. 24.

depresión y 5) la aceptación. Observemos en síntesis en qué consiste éstos aspectos, los cuales esbozamos a continuación, y presentamos la propuesta del Dr. Reyes Zubiría para enfrentar cada una de las etapas:

**a) Angustia.-** Tratamiento Tanatológico: Probablemente, ante la presencia de la Angustia, muchos médicos piensen en la conveniencia de prescribir un ansiolítico, el ansiolítico o el antidepresivo, entre otros efectos, “ataranta” a quien los toma. Y ante el dolor de la muerte debemos estar enteros; de otra manera, este sufrimiento se hará sordo y durará más tiempo.

El mejor remedio contra la angustia es vomitarla, palabra fea pero muy gráfica; *vomitar*: echar fuera de uno lo que le hace daño; de una sola vez y no poquito a poco. Se necesita vomitar la Angustia cada vez que le sea necesario al enfermo terminal o al familiar. La responsabilidad del tanatólogo es escuchar a quien esté sufriendo angustia.

**b) Frustración.-** Tratamiento Tanatológico: Dos son los caminos a seguir para ayudar a los que están profundamente tristes, ya sea que se trate del enfermo terminal o de sus familiares.

- a) El primero camino es mirar al pasado, el tanatólogo deberá sentarse a platicar con el enfermo y/o con los miembros de la familia, ellos contarán la historia familiar y personal y él les hará notoria la importancia de tantos momentos vividos, la meta es empujarlos a que no se queden atorados en la añoranza de un pasado sin retorno. Cabe en mucho, pues, la interpretación positiva y verdadera de cada momento vivido.
- b) El segundo camino es mirar al futuro, al fin y al cabo, por más que valoremos nuestro pasado, persistirá la frustración de la impotencia. Por lo que el tanatólogo tendrá que meterse, de lleno, en el mundo de los valores trascendentales: todo lo que existe en esta vida tiene una razón de ser, un por qué y un para qué. Tanatológicamente debemos encontrar la respuesta adecuada, para cada caso personal, a preguntas como éstas: ¿El dolor y el sufrimiento, existen? ¿Cuál es el sentido que tienen? ¿Cuál el sentido de la enfermedad? ¿Cuál el de la Muerte?

Si el paciente descubre la importancia de estas realidades estará combatiendo fuertemente su frustración, ya que reconocerá que la Muerte no corta la existencia humana, sino que perdura la presencia aunque de otra manera. Es el momento de ayudarse con la Espiritualidad propia del paciente y la familia. Y esto vale también para el ateo. Para lograrlo, el Tanatólogo deberá sumirse también en su religiosidad, su espiritualidad, su misticismo personales y profundizar todo lo que pueda en el estudio de estas verdades.

**c) Culpabilidad.-** Esta emoción es más dolorosa y persistente que las anteriores. La Culpa, se debe quitar o se convertirá en la compañera más fiel de la Muerte. No importa que sea persecutoria o depresiva ni tampoco cuál sea la fuente de este sentimiento: debemos quitar las culpas de nuestros pacientes. Tratamiento tanatológico: La Culpa no se maneja, Se tiene que quitar. Si el

tanatólogo logra enfrentar a su paciente a que viva el momento aquel en que actuó como actuó, éste aceptará que, dadas las circunstancias, decidió obrar así porque era lo mejor, al menos bajo su punto de vista. Y es absurdo que uno se sienta mal por haber escogido el bien. Todos los hombres, en todo momento, optan por la mejor de las posibilidades. Nunca por la mala. La culpa, pues, se basa en un absurdo.

Muchas de nuestras decisiones son equivocadas, incorrectas. En tal caso debemos enseñar al paciente, sea el enfermo, alguno de sus familiares, o un miembro del equipo de salud, la virtud del perdón. Que es la gran virtud humana. La que nos ayuda a que persistan nuestras relaciones interpersonales. Saber perdonar es vivir en paz. Debemos educar para personar y perdonarnos.

**d) Depresión.-** Es, con mucho, la emoción más dolorosa. El tanatólogo debe ser consciente de que se trata, hablando de Enfermos Terminales, de una emoción fruto del proceso del morir y no de una patología extra. El Dr. Alfonso Reytez Zubiría menciona que hay tres tipos de depresión: la *reactiva*, respuesta a las pérdidas sufridas; la *anticipatorio*, la cual considera la más dolorosa de todas; y la depresión *ansiosa*, ésta última es vivida fuertemente en los mexicanos y quizá en otras culturas semejantes.

La depresión ansiosa es cuando todo mi Yo quiere ya morir, pero, al mismo tiempo, todo mi Yo quiere vivir. Cuando todo mi Yo quiere que mi ser querido muera para que no sufra más y, al mismo tiempo, todo mi Yo quiere que siga viviendo. En familias mexicanas, esta Depresión es muy común. Significa una guerra total, interior, como si la persona sufriera la presencia de dos Yos contradictorios: uno que quiere morir (depresión) y otro que anhela vivir (ansiedad), uno que desea que el ser querido muera (depresión) y otro que anhela que en ser querido viva (ansiedad).

Cuando aparece esta depresión, brotan, necesariamente, todas las emociones ya trabajadas anteriormente, pero con mayor fuerza. Lo que obliga al tanatólogo a estar totalmente dispuesto a ayudar a quien padece de esta emoción, cada vez que sea preciso. Tratamiento tanatológico: El Tanatólogo debe tener la capacidad de descubrir cuál de esas depresiones está sufriendo el enfermo y cada uno de sus familiares o los miembros del equipo de salud comprometidos.

Ni los familiares ni los miembros del equipo de salud sufren de la depresión anticipatoria. Pero sí, muy fuertemente, del “duelo anticipatorio”. Hasta empiezan a actuar como si el ser querido ya hubiera muerto. Lloran, hablan en voz baja, platican del enfermo en tiempo pasado, etcétera. En estos momentos, el Tanatólogo tiene que ayudar a que ellos echen fuera todos los sentimientos negativos que, hasta este momento, tienen reprimidos y, por lo mismo, están cargando: rabia hacia otros, culpas, cuestionamientos, etc., si el tanatólogo los ayuda con terapia individual o familiar a que echen fuera todos los sentimientos negativos antes de que muera el ser querido, los estará ayudando a que la elaboración del duelo sea menos dolorosa. Cabe mencionar que la terapia familiar suele ser muy útil a lo largo de todo el proceso.

**e) Aceptación.-** Existe personas que experimentan una aceptación verdadera, producto de una fe arraigada la cual llaman “voluntad de Dios”. En un pueblo tan religioso como el de México sí es factible lograrlo, son los casos en los que el moribundo muere con auténtica alegría que se traduce en un gozo de interioridad.

El Dr. Reyes Zubiría habla de una “resignación pasiva”, que se da cuando el hombre está ahí esperando que llegue su muerte. Nada más. La Aceptación es activa. Y si estamos de acuerdo en que la muerte es el acto más importante en la vida del ser humano, entonces uno debe llegar a ella, no con la pasividad de la resignación, sino con el compromiso activo de la aceptación. El tratamiento tanatológico que propone, es que el tanatólogo debe acompañar a su paciente hasta llevarlo a la aceptación a lo largo de todo el proceso. Esta debe ser su meta más clara. Mientras dure la enfermedad se debe impulsar al sufriente a que, de una manera responsable y libre, acepte su situación. Si alguien de forma responsablemente libre, o libremente responsable, acepta su muerte, estará entrando, casi automáticamente, al mundo de la Trascendencia.

Aceptar la propia muerte no es sinónimo de darse por vencido. Al contrario. Es no continuar con una esperanza falsa que forzosamente terminará en desesperanza o desesperación, buscando en cambio la esperanza real. La aceptación hace que el hombre sea dueño de su vida, lo contrario a la resignación. Y ser mi propio dueño, incluso en mi muerte, hará que sí muera con dignidad y en paz.

Respecto a los familiares, si debimos ayudarlos a lo largo de todo el proceso, con mayor razón en los momentos finales de su enfermo. Son los que más ayuda necesitan. Ojala se pueda encontrar un cuarto privado para llevarlos ahí. Permitirles que griten, lloren, maldigan, recen, que echen fuera todos los sentimientos que traen dentro de ellos mismo y, sobre todo, ayudarlos a que manifiesten la rabia que tengan para con algún miembro en especial. Si la pueden hablar antes de que muera el ser querido, les será mucho más fácil enfrentarse a esa muerte y elaborar el duelo<sup>174</sup>.

Para el Dr. Reyes Zubiría, es muy importante, a todo lo largo del proceso, tener en cuenta los cambios del carácter que sufre el paciente, cambios fuertes, duros, explosivos a veces, que pueden herir la susceptibilidad de quien lo acompañe. Pero estas mismas variaciones las sufre, de igual manera, los familiares y los miembros del equipo de salud comprometidos.

Por último, es primordial que el tanatólogo, además de comprender la mezcla de emociones que sufre su paciente, se fije en los diferentes rasgos del enfermo: personalidad, recursos que tiene, neurosis, psicopatologías probables, trastornos del carácter, espiritualidad, religión.

---

<sup>174</sup> **REYES**, Zubiría Luis Alfonso., Acercamientos Tanatológicos al enfermo terminal y su familia, Op. cit. pp. 89-99.

## 2.1.2.- Condiciones de los adultos mayores en México

Para el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), los adultos mayores son personas, con 60 años o más, que biológicamente han tenido un desgaste natural de mente y cuerpo, y como consecuencia les provocan molestias físicas y enfermedades crónicas degenerativas.

Un estudio elaborado por la Organización Panamericana de la Salud reveló que la supervivencia en México de la población de 60 años no se hace acompañar de una mejor calidad de vida, por el contrario, dicha población padece de gran estrés y diversas dificultades para solucionar sus problemas económicos y de salud. Además, dicho estudio asegura que es muy probable que los adultos que lleguen a los 60 años o más en esta década tengan peor salud y más discapacidad que las personas mayores de los países desarrollados, ya que están expuestos a padecer desnutrición, enfermedades crónicas degenerativas como cáncer, hipertensión, diabetes y diversas afecciones cardiovasculares.<sup>175</sup>

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (Conapo), se estima que en México, en el año 2004, había cerca de 7.9 millones de adultos mayores, quienes representan 7% del total de la población. La participación económica de los adultos mayores se mantiene en niveles relativamente altos. Más de una tercera parte de ellos (36.2%) se mantienen activos económicamente; sin embargo, es notoria la diferencia que se da entre hombres y mujeres, ya que ellos tienen tasas de actividad de 58%, mientras que las mujeres sólo alcanzan 17%.

Cerca de una de cada diez personas de 60 años o más, vive sola, esto debido a la incidencia de la viudez entre los adultos mayores (29%), y a la salida de los hijos del hogar. Dicho aspecto es sumamente importante, ya que es en la tercera edad, más que en ninguna otra, donde las personas necesitan sentirse parte de un grupo que le brinde calidez, afecto, así como bienestar social y económico.

El envejecimiento humano es un proceso de cambios irreversibles, psicofisiológicos, ocurridos a lo largo de toda la vida, no sólo en los últimos años del individuo. Pero tenemos que dejar muy claro que los años cumplidos, o sea, el envejecimiento cronológico, no concuerda necesariamente con el envejecimiento

---

<sup>175</sup> Los resultados de las encuestas de autoevaluación aplicadas a siete ciudades de América Latina, entre las que se encuentran México, Santiago de Chile y la Habana, la población de la tercera edad reporta no tener un buen estado de salud y, por el contrario, asegura padecer de dos a tres enfermedades que los incapacita. México es la nación donde se dieron los peores índices de salud, dijo la Consejera regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Martha Peláez, quien es una de las directoras de este proyecto, en el cual participó el INEGI. Dicho estudio también reveló que en América Latina, el envejecimiento poblacional crece aceleradamente y dentro del contexto de la pobreza. Según las estadísticas, la cantidad de personas que tienen 60 o más años de edad se incrementará en más de un 50 por ciento, es decir, pasará de los 42 millones, censados en el 2000, a los 100 millones hacia el 2025. Revisar: **VALDEZ**, Blanca., “Viven de su pensión 20% de los ancianos en México”, en periódico *Milenio*, México, D. F., martes 3 de mayo, 2005.

biológico, psicológico o social. Lo que es un hecho es que siempre hay un deterioro en la vejez.

El debilitamiento de la salud suele separar a los que envejecen del resto de los mortales, su decadencia los aísla de las demás personas. Quizás algunos ancianos se hagan menos sociables, quizás se debiliten sus sentimientos, sin que por ello se acabe su necesidad de los demás, eso es lo más doloroso:

**“el tácito aislamiento de los seniles y moribundos de la comunidad de los vivos, el enfriamiento paulatino de sus relaciones con personas que contaban con su afecto, la separación de los demás en general, que eran quienes les proporcionaban sentido y sensación de seguridad<sup>176</sup>”.**

El aislamiento de los ancianos en la sociedad actual, es una prueba palpable de la dificultad que existe para identificarse con ellos.

La política de vejez de las sociedades occidentales es escandalosa. Reduce a sus miembros a la condición de desechos por cuanto ya no son explotables.

**“La Seguridad Social, francesa o norteamericana (el sistema “seguro de enfermedad”) sólo razona en términos de rentabilidad. Improductivos, los ancianos se sienten inútiles e indeseables. El ejecutivo superior es llamado a jubilarse desde los cincuenta años (edad en que se le aparta de la carrera por la promoción) y en Estados Unidos el obrero sueña con el pueblo al que se irá a vivir cuando cumpla los cuarenta y cinco... Se crea de este modo una sociedad en la que los jóvenes quedan aislados de los viejos... la vida produce el efecto de *matar al anciano*, a quien se le quita todo deseo de vivir<sup>177</sup>”.**

En México quienes tienen sesenta años pueden ir al Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) para recibir una credencial con la que pueden gozar de muchos privilegios, sobre todo de orden económico, pero en realidad la edad cronológica sólo sirve para poder englobar en un rubro a los adultos mayores, y así justificar, convertirlos en una estadística más, una categoría, donde, los programas sociales que buscan analizar y proponer alternativas a sus necesidades, pero que no siempre cumplen con las expectativas deseadas.

La ayuda a domicilio de carácter privado sólo está al alcance de sectores con recursos económicos, los únicos que pueden pagar veinticuatro horas diarias de colaboración de un personal asistente calificado. Las familias que hacen el esfuerzo por mantener a domicilio a sus enfermos gastan a veces en un año

---

<sup>176</sup> ELIAS, Norbert., La soledad de los moribundos, Ed. FCE, México, 1989, p. 8.

<sup>177</sup> MANNONI, Maud., Lo nombrado y lo innombrable. La última palabra de la vida, Ed. Nueva visión, Buenos Aires, Argentina, 1997, p. 67. En la actualidad, las tercera y cuarta edad han pasado a ser un mercado para los inversionistas.

reservas económicas que les llevó toda una vida reunir, y esta situación es incómoda tanto para el anciano, como para la familia.

Cuando el anciano advierte que se está volviendo dependiente, lo más penoso para él es la impresión de perder al mismo tiempo su condición de sujeto.

**“Apresado en el engranaje de radiografías y exámenes de laboratorio diversos, el paciente se convierte en algo de lo que los médicos hablan entre sí, y hasta en objeto de un puro monólogo del médico consultado, que sólo conversa ahora con la medicina<sup>178</sup>.”**

Para que el paciente se sienta bien (y seguro en su casa), es necesario conservar en el domicilio la alegría de vivir, y desarrollar una buena educación por parte de los familiares y de la comunidad, respecto a las necesidades físicas, sociales y emocionales que tienen las personas de la tercera edad.

La actitud de la familia y los asistentes está estrechamente ligada a la personalidad del médico: un carisma basado en la modestia induce confianza en sí, mientras que el autoritarismo pedante (reacción a la ignorancia) genera en la familia una angustia de la que es víctima el enfermo. Cuando la única prescripción es “obedecer al doctor”, el paciente desaparece y una violencia ciega (nacida del miedo a hacer mal las cosas) se ejerce. La transferencia ya no se realiza del asistente al paciente sino del asistente (o de la familia) al médico, el enfermo se convierte en aquel del que se habla y ya no es escuchado:

**“...en realidad la relación *ordinaria*, cotidiana del “tratamiento” de las personas ancianas en el domicilio o en hospital. El primer reflejo de los asistentes es a menudo infantilizar al paciente, tratándolo como un niño díscolo...Relaciones de fuerza perfectamente inútiles y degradantes se instauran en una situación donde no se toma en cuenta el bienestar del paciente (la necesidad de hacerlo beber, el placer de la comida, que pueda o no comer solo)<sup>179</sup>.”**

Otro aspecto que cabe mencionar, es que parece que se ignora el desamparo de las familias que no pueden pagarse el lujo de abandonar su trabajo. Los gastos que debe afrontar la familia al recurrir a una mano de obra privada, no reembolsada, exigen la liquidación de todas las reservas de la familia. Después, el superviviente se queda sin nada. El servicio médico está montado de tal forma que el hospital pasa a ser la única opción posible. Y hay que haber estado allí para percatarse del desprecio con que se trata al anciano dependiente.

---

<sup>178</sup> *Ibíd.* p. 107.

<sup>179</sup> *Ibíd.* p. 117.



Nuestra época tiene razón al preocuparse por ayudar a los que sufren y están a punto de morir, pero olvida que otros ancianos dependientes reclaman una calidad de vida que ya no está en condiciones de procurarse.

En el presente, el deber de nuestra sociedad no es tanto aprender a acercarse a la muerte de otra manera, como decidirse primero a saber si quiere asegurar una calidad de vida a sus viejos, una vida digna y pacífica hasta el final. Actualmente no es esto lo que sucede:

**“La muerte, como recuerda Masud Khan, ‘es el concepto de un temor que la conciencia humana no puede aprehender (...). Sobre esta brecha entre la muerte, ese acontecimiento inapresable (sic), y la persona viva, las palabras intentan tender una pasarela<sup>180</sup>.”**

La conclusión a la que llega el tanatólogo es que el viejo no tiene futuro, sólo presente y un largo y rico pasado. Envejecer significa vivir una continua disminución de la capacidad de hacer cosas, un constante aumento del sentido de lo pasado, de lo ya realizado. Hay una realidad que debemos tomar en cuenta, toda pérdida trae consigo una ganancia mayor:

**“... llegar a Viejo es enfrentarse a una larga cadena de pérdidas tanto fisiológicas como psicológicas y sociales, pero es también llenarse de experiencias, lo cual es sinónimo de sabiduría. Todo Anciano es sabio porque es viejo y todo viejo es espiritual porque es sabio. Los viejos no son adultos mutilados. Son personas completas que viven una experiencia original<sup>181</sup>”.**

Sin embargo, una de las características más constantes en el plano mental del hombre que envejece, es la pérdida de alegría. El viejo es un ser triste. La tristeza del viejo es una tristeza muy profunda, al menos en la mayoría de los casos. Y muchas veces dicho sentimiento no es provocado por un acontecimiento particular, por un hecho que aparezca como el detonante, sino por otros sentimientos existentes, difíciles de quitar o de tratar:

**“... por ejemplo, un tedio que puede llegar a dominar todos los momentos de su existencia, o un amargo sentimiento de inutilidad, o esa abrumadora y desesperante soledad, motivada quizá por una sociedad que sólo siente y muestra indiferencia hacia el Anciano; pero también por la pobre y corta esperanza de vida que tiene<sup>182</sup>”.**

Con el objetivo de obtener un envejecimiento exitoso, el personal médico de la Clínica de Especialidades Indianilla del ISSSTE otorgan atención médica altamente capacitada a los derechohabientes adultos mayores, así como actividades recreativas, deportivas, culturales y sociales, dijo la subdirectora

---

<sup>180</sup> *Ibidem* pp. 119-120

<sup>181</sup> **REYES**, Zubiría Luis Alfonso., Acercamientos Tanatológicos al enfermo terminal y su familia, Op. cit. p. 117.

<sup>182</sup> *Ibid.* p. 118.

médica de este centro hospitalario, Jetzamin Gutiérrez Muñoz, en entrevista al diario Crónica.<sup>183</sup>

Explicó que el Módulo Gerontológico, inaugurado el 14 de febrero del 2002, ha respondido a la necesidad de los adultos en plenitud, para el año 2004 sumaban más de mil, teniendo como idea central valores esenciales como la autoestima, la integración e interacción del adulto mayor con la familia y sobre todo ponderando el enriquecimiento que la persona de la tercera edad le ofrece a la sociedad a la cual pertenece.

El Módulo Gerontológico se ha convertido en un campo clínico para la formación de profesionales en Enfermería Geronto-Geriátrica, mediante el convenio con la Escuela de Enfermería del ISSSTE, y en colaboración con la Facultad de Psicología de la UNAM, la especialidad ha contribuido en la formación profesional de estudiantes en la licenciatura de Psicología, los cuales apoyan en el manejo de la depresión y en las crisis existenciales de los adultos mayores.

Gutiérrez informó que en la última década se incrementó considerablemente la población adulta mayor en el Instituto, motivo por el cual se tuvo la necesidad de crear un Módulo Gerontológico para la atención integral de los pacientes.

Patricia P. Barry, directora ejecutiva del Instituto de Envejecimiento y Salud de Merck, se encuentra desarrollando un Plan de Acción General para América Latina<sup>184</sup>, que consiste en desarrollar directrices y proceso para el monitoreo del estado de salud de las personas mayores e implementación de un sistema de vigilancia, donde se pretende proporcionar y financiar una agenda de investigación en salud pública para identificar amenazas a la salud de las personas mayores; promover consultas y ambientes saludables, y desarrollar un marco de trabajo regulador para la protección de los derechos de las personas mayores en situaciones de cuidado a largo plazo. Las líneas de acción se fomentarán en la segunda mitad del año 2005 en Chile, Costa Rica, México, por parte de la Academia Latinoamericana de Medicina del Envejecimiento.

### **2.1.3.- Esperanza de vida y muerte en la vejez.**

La evolución de la edad promedio de la población, que pasó de 21.8 años en 1970 a casi 27 años en el 2000, es uno de los indicadores que confirma que nuestra sociedad ha entrado en un proceso de envejecimiento. Se prevé que para 2030 México tendrá una edad media de 37 años y de poco menos de 43 en el 2050. Por su parte, la esperanza de vida seguirá en aumento, al pasar de 75.2 años en el 2004 a 76.6 en el 2010, 78.5 años en el 2020 y 79.8 en el 2030. En el 2000 había

---

<sup>183</sup> [www.cronica.com.mx](http://www.cronica.com.mx), “El ISSSTE ayuda a pacientes a tener una vejez exitosa”, 7 de marzo 2004.

<sup>184</sup> VALDEZ, Blanca., “Viven de su pensión 20% de los ancianos en México”, en periódico *Milenio*, México, D. F., martes 3 de mayo, 2005.

en México 20 adultos mayores por cada cien personas de cero a catorce años; cuatro años más tarde ha aumentado a 24 adultos. Se prevé que estas cifras aumenten a 55 y 85 en el 2020 y 2030, respectivamente. También se estima que a partir del año 2034 la proporción se invertirá, de manera que en la sociedad habrá más personas de la tercera edad que menores de 15 años.<sup>185</sup>

La vejez implica cambios psicológicos que, desgraciadamente, no son fáciles de tomar en cuenta: sentimientos de inutilidad, asilamiento social, inactividad, temor a la muerte y depresión, entre otros. Estos estados psicológicos provocan daños profundos en la salud mental y emocional del anciano y exacerbaban sentimientos negativos dentro del ambiente familiar o institucional en donde él vive. Es así como el anciano paulatinamente empieza a perder la esperanza y el deseo de vivir.

Lo difícil para el tanatólogo es comprobar que las personas ancianas tienen poca energía y si no reciben una firme esperanza de vida real y adecuada, se tornarán en sujetos cada vez más introvertidos, más indiferentes, más egocéntricos, más dependientes y con mayores temores a sufrir accidentes, al dolor físico y a la muerte cercana. Cuando fallan los mecanismos de ajuste de la personalidad, sobrevienen los padecimientos psicosomáticos y hasta enfermedades mentales muy serias.

El tanatólogo debe estar consciente de que el anciano, con frecuencia, ya no puede realizar lo que desea, ni hacer lo que siempre hizo. Seguirá concibiendo planes y proyectando acciones, pero ya no podrá actuar. Su organismo, sus fuerzas físicas ya no le responderán como antes. Entonces buscará en sus recuerdos algo para afirmarse; los magnificará y los platicará una y otra vez, hasta aburrir a quienes lo tienen que escuchar y provocar que se alejen de él. Al quedarse solo, descubrirá todas las pérdidas que ha sufrido, incluso aquellas que siempre negó:

**“Sentirá su vejez como una enfermedad mental que lo llenará de angustia: la angustia de querer escaparse hasta de él mismo. Por lo que caerá en depresión, esa emoción, o sentimiento, o enfermedad, o aflicción existencial que lo hará pensar en la Muerte, en su Muerte, no con alegría, sino con un temor expectante o, en algunos casos, como una escapatoria posible de un intolerable existir<sup>186</sup>”.**

Para poder vivir el hombre requiere de la esperanza. Cuanto más experimente el hombre lo breve de su tiempo, más se plantea el problema del futuro. La perspectiva del futuro exalta y asusta porque es un espacio de libertad y de responsabilidad. Cuando se aspira hacia el futuro, se hace con esperanza. La esperanza es confianza, es certeza en la realización de lo que uno quiere, y un compromiso por superar los obstáculos. Pero incluye, y esto es lo importante para el tanatólogo, una relación de confianza en las personas.

---

<sup>185</sup> [www.e-mexico.gob.mx](http://www.e-mexico.gob.mx)

<sup>186</sup> REYES, Zubiría Luis Alfonso., Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y su familia., Op. cit p. 121.

**“Si muere la esperanza ya no se vive como hombre. Si lo dicho en este párrafo es verdad en todo humanos, lo es más tratándose de ancianos<sup>187</sup>”.**

Al anciano hay que darle todo el afecto, atención, cariño y compañía que necesite, Habrá que tratarlo con cuidado tanto en su tratamiento médico como en el manejo de su dolor, habrá que darle una esperanza real. En esto consiste el trabajo tanatológico.

Es importante destacar que existen asociaciones que están preocupadas por el cuidado de las personas adultas mayores y su adecuado desenvolvimiento en la sociedad, ejemplo de esto fue el Congreso Internacional "1979-2004 el reto del envejecimiento en el mundo: 25 años de atención gerontológico en México", evento organizado por la Secretaría de Desarrollo Social a través del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), en el que se trataron temas sobre la vejez en México y el mundo, y el impacto que esto significará dentro de algunos años.<sup>188</sup>

Entre la población mexicana, aproximadamente el 11% de personas de 60 años o más, sufre alguna discapacidad, principalmente de tipo motriz (55.1 %), visual (30.5 %) o auditiva (21.0 %). Las principales causas de muerte entre los adultos mayores son, para el caso de los varones: las cardiovasculares (28.6%), las de tipo crónico degenerativas (15.5%), y la diabetes *mellitus* (11.6%); mientras que entre las mujeres, las enfermedades cardiovasculares también ocupan el primer lugar (28.6%), seguidas de las crónico-degenerativas (16.5%) y la diabetes *mellitus* (15.7%).<sup>189</sup>

Sabemos que la gente muere como ha vivido: temerosa o valiente, realista o idealista, etcétera. El viejo se enfrenta a su muerte como ha vivido:

**“El anciano tiene todo el derecho de ser ayudado para que este último y trascendental acto de su vida, el más trascendental sin duda, lo pueda vivir con plena aceptación, con toda dignidad y lleno de paz interior<sup>190</sup>”.**

Surge una pregunta. El que muere por viejo y no por enfermedad, ¿pasará por todas las etapas o todas las emociones entrelazadas del proceso del morir, estudiadas en capítulos anteriores? La respuesta es afirmativa.

Lo que hay que puntualizar es que dependiendo del anciano algunas etapas se presentaran antes o después que otras y en cuanto a sus emociones, éstas variaran de acuerdo con su personalidad:

---

<sup>187</sup> *Ibíd.* p. 122.

<sup>188</sup> [www.inapam.gob.mx](http://www.inapam.gob.mx)

<sup>189</sup> [www.inapam.gob.mx](http://www.inapam.gob.mx)

<sup>190</sup> **REYES**, Zubiría Luis Alfonso., Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y su familia., Op. cit p. 123.

**“Es un hecho que el anciano, por serlo, es paciente tanatológico; mucho antes de que el médico geriatra lo acepte<sup>191</sup>”.**

La pregunta fundamental que un tanatólogo debe hacer: *¿Hay algo que yo pueda hacer para que tu vida tenga un poco más de sentido?*

¿Es bueno hablarle de religión y de Dios? Esto dependerá sobre todo del modo de sentir del anciano. Y de encontrar el momento oportuno. Si, por ejemplo, el anciano se siente lleno de rabia hacia Dios, lo más seguro es que hablarle del Señor será del todo inoportuno. Dos cosas se deben tomar en cuenta. La primera es que no vayamos a caer, por no fijarnos en nuestro paciente sino en nosotros mismos, en el fácil remedio de dar consuelos religiosos que sólo sirvan para ocultar o aliviar nuestra propia angustia personal, que la presencia de la muerte hace que siempre aparezca. La segunda es descubrir cuál es la espiritualidad del anciano. No la nuestra, así como averiguar cuál es el concepto de muerte que tiene el paciente.

En los momentos cercanos a la muerte del anciano, debemos estar con él. Simplemente estar. Tocar, acariciarlo si a él le gusta. Decirle con nuestra presencia que todo está bien y que lo acompañaremos hasta el final. Respetar su silencio. Y nada más.

En cuanto a la muerte psicológica, de acuerdo con Ma. Carmen Abengózar Torres en *Cómo vivir la muerte y el duelo*, toda la actividad psicológica del sujeto (pensamientos, sentimientos y necesidades) se detienen y aceptan su muerte inminente<sup>192</sup>. En otros términos, el individuo ya no quiere seguir viviendo. A continuación se expondrán tres tipos de muerte psicológica que se han podido detectar a lo largo del proceso de envejecimiento, según Abengózar:

El primer tipo: se trata de la muerte que persiste en el ánimo de sobrevivientes de grandes catástrofes naturales o provocadas por el hombre. Es decir, estos sujetos –de cualquier edad- quedan tan marcados por estos impactos que los han interiorizado. La característica común que comparten los sobrevivientes de las catástrofes y los ancianos es el “sentimiento de culpabilidad” por sobrevivir, en lugar de haber perecido junto a los otros. “¿Qué han hecho ellos para merecer esto? Yo tengo tantos defectos como los que han muerto, ¿por qué he sobrevivido yo?”. Una imagen que ilustra la situación del anciano consiste en un campo de batalla en donde los soldados que sobreviven contemplan las bajas que van ocurriendo. Esto sucede en algunos ancianos quienes actúan como espectadores del abandono de los compañeros de su generación.

El segundo tipo: la muerte psicológica se puede encontrar en aquellos ancianos que están psicológicamente ausentes como ocurre con la demencia senil

---

<sup>191</sup> *Ibíd.* p. 124.

<sup>192</sup> **ABENGÓZAR**, Torres Ma. Carmen., *Cómo vivir la muerte y el duelo*, Ed. Universidad de Valencia, España, 1994, p. 23.

y la psicosis. Existen diferentes tipos de demencia senil: las primarias cuyo origen a nivel biológico se desconoce, como la enfermedad de Alzheimer; y las secundarias, en donde sí se puede detectar un foco causante de la enfermedad. Todas ellas poseen en común la pérdida del lenguaje, del razonamiento, además, se presenta un deterioro a nivel locomotor, es decir, dificultades para moverse. Llega un momento en el que la persona no reconoce ni a sus propios familiares ni a sí mismo. Ha muerto la persona que existía.

A los familiares les resulta difícil elaborar el duelo por este tipo de pérdida, puesto que no reconocen que la muerte se haya producido objetivamente, por lo general, los familiares insisten en “hacer comprender” a un enfermo de Alzheimer acerca de lo inadecuado de su conducta, por ejemplo, intentan mantener la comunicación conyugal o filial del pasado. También se han detectado síntomas como la negación o idealización. En muchas ocasiones se resisten a las intervenciones psicológicas que pueden mejorar la calidad de vida, tanto de la familia como del enfermo, porque todavía no han asimilado la pérdida. A nivel consciente o intelectual puede que exhiban gran cantidad de información respecto a la demencia senil. En cambio, todavía no se han ventilado los sentimientos que permitan la aceptación serena de la nueva situación para adaptarse a ella de forma saludable.

El tercer tipo: Una última forma de muerte psicológica se puede ubicar en los hogares, donde los ancianos se hallan prácticamente “aparcados”, retirados del entorno social. Los ancianos ya no forman parte del proceso de construcción de la realidad de un conjunto de miembros, bien se trate de la familia, los amigos y la comunidad. En otras palabras, no toman decisiones junto con los miembros de la comunidad. No deciden qué hacer con sus vidas sino que sus familiares deciden por ellos normalmente. Así pues, su alejamiento psicológico de la situación en la que vive le conduce a que no mantenga criterios y mensajes acordes a los consensuados dentro del sistema familiar o comunitario. Esta distorsión en los canales de comunicación de un anciano hace que se comporte como un “loco” un “demente”, es decir, que se mantenga ausente de la realidad. Es en estos casos cuando resulta oportuna la intervención del geriatra (el especialista en el estudio de las enfermedades de la vejez y su tratamiento).

#### **2.1.4.- Instituciones de tanatología en México y sus objetivos.**

Los diplomados sobre Tanatología han aumentado en los hospitales, en las universidades, en centros psicológicos, etc., cada uno de ellos con requisitos y temarios semejantes pero que cuentan con distintos grados de excelencia. Ante esta situación, ¿de dónde salieron tantos maestros en tanatología? Dada la poca difusión de este campo de estudio. ¿De qué tipo de profesionales se trata?

El Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiría ha dicho que los responsables de muchos de los diplomados han escogido como profesores a médicos reconocidos y a psicólogos renombrados pero que no tienen la formación tanatológica, por lo que

su enseñanza se basa en los conocimientos de sus respectivas disciplinas científicas.

Cabe señalar que algunos ejercen la tanatología por intuición, es decir, su experiencia en centros hospitalarios les han permitido adquirir sensibilidad en cuanto a la intervención que requieren los pacientes terminales aunque nunca hayan estudiado formalmente la tanatología. El resultado de la proliferación de los cursos sobre tanatología, es que se le considera, al menos en México, como un voluntariado al que no se le concede seriedad profesional, razón por la cual a continuación se mencionan algunas instituciones que se encargan de difundir de manera científica e integral la tanatología.

#### **a) Asociación Mexicana de Tanatología A.C. (AMTAC).**

La AMTAC se fundó el 18 de noviembre de 1988 por el Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiría. Esta institución introdujo la tanatología en el país con el propósito de enfrentar a la muerte y no evadirla, vivir a plenitud y no engañados, algunos de sus principios y los servicios que ofrece son los siguientes:

- a) La muerte y el miedo a la muerte son fuente de muchos de los problemas humanos, por lo que al eliminar estos miedos se logra vivir con plenitud.
- b) El suicidio es un mal que se puede prevenir, en la mayoría de los casos se ve que quienes tienen intenciones suicidas, más que fabricar su propia muerte, prefieren recibir la ayuda adecuada.
- c) Por último, siguiendo las enseñanzas de Kübler-Ross, consideran el amor incondicional como un ideal asequible y que en la medida en que las personas acepten su responsabilidad en cuanto a sus sentimientos, pensamientos, acciones, elecciones, además de lograr que se deshagan de las emociones negativas que han sido reprimidas en el pasado, ayudarán a que esa gente viva feliz, libre y en paz con ellos mismos y con los demás.

De acuerdo con la AMTAC, una de las principales causas de muerte en México y cuyo duelo es difícil de enfrentar es la muerte por suicidio, debido a los prejuicios sociales. La finalidad del tanatólogo es dar prevención, intervención y seguimiento de lo que ocurre después del intento de suicidio o consumación del mismo.

## Objetivos:

-Teórico: El primer objetivo de la AMTAC es hacer un estudio serio, profundo, científico, sobre lo que es morir, la muerte y la existencia después de esta vida.

-El Enfermo Terminal: Un enfermo terminal es aquella persona que recibe un diagnóstico que lo enfrenta a su propia muerte; es la persona que padece una enfermedad por la que probablemente va a morir en un tiempo relativamente corto. Al enfermo terminal se le ayuda a que siga siendo productivo, que tenga una real calidad de vida y que se prepare para morir con aceptación, dignidad y total paz.

-La Familia del Enfermo Terminal: Orientarlos para que conserven y mejoren su calidad de vida personal e interfamiliar preparándolos para la muerte del ser querido.

-El Trabajo del Duelo: Ayudar a los que están sufriendo por la muerte de un ser querido a que lleguen a la aceptación con el menor dolor y a corto plazo.

-Suicidio: Ayudar a quienes tienen ideas, conductas o actos suicidas, lo mismo que a sus familiares, por medio de la prevención, intervención y seguimiento adecuados.

-El Equipo de Salud: Ayudar a todos los que forman parte de un equipo de salud, ante las emociones que surgen por la muerte del paciente, tales como rabia, culpa y frustración.

En cuanto a temas de estudio y trabajo la AMTAC está dividida en cuatro áreas:

1. Área Místico-Religiosa: Se promueve la realización de programas de investigación tendientes a obtener toda la información posible sobre los conceptos y la conducta místico-religiosa. La ayuda es a través del contacto directo y por medio de talleres llamados de vida, muerte y transición.
2. Área Humanística: su objetivo es la recolección de trabajos sobre el concepto de morir, de la muerte y del culto a los muertos, al igual que lo relacionado con la muerte y el suicidio desde el punto de vista de las leyes, la filosofía, la sociología o de cualquier otra área humanista.
3. Área Científica: su finalidad es promover trabajos de investigación médica, psicológica, antropológica y de otras índoles científicas relacionadas con lo que es el morir, la muerte y el culto a los muertos en el mexicano, así como la divulgación de estos trabajos y la comunicación con organizaciones científicas que tengan intereses comunes.
4. Área Estética: Investiga cómo siente el mexicano, cualquiera que sea su cultura y cómo proyecta todo lo que es muerte, morir, culto a los muertos, suicidio, a través del arte.



Aunque la AMTAC ha organizado congresos nacionales e institucionales, así como impartido diplomados y cursos en instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), la Secretaría de Salud y Asociaciones Médicas, la difusión que se ha hecho de ella es escasa, de ahí que el público en general no la conozca.

### **b) Instituto Mexicano de Tanatología A.C., (INMEXTAC).**

Es una Asociación Civil, no lucrativa, no gubernamental, ni religiosa que se mantiene en base a donativos y cuotas de recuperación.

De acuerdo con INMEXTAC, en México en la actualidad hay una carencia casi total en la formación de personas que se dediquen a dar esa ayuda tan especial que requieren tanto el enfermo terminal como el crónico y sus familiares. Para INMEXTAC es un hecho que en México y en otros países no se prepara a las personas a enfrentar de una manera positiva su propia muerte y la de sus seres queridos. Por esta razón, las personas<sup>193</sup> que fundaron el INMEXTAC consideran una obligación moral el ayudar a aceptar concientemente este suceso inevitable y natural en la vida de todo ser humano.

La finalidad del Instituto es ayudar al enfermo a bien morir, a morir con dignidad, a aprovechar al máximo el tiempo que le queda y no darse por vencido ante su deterioro biológico, ya que, psicológica, social y espiritualmente todavía le falta mucho por hacer.

El enfermo morirá de una manera más tranquila si adopta con una actitud positiva la poca vida que le queda, ello traerá como consecuencia, una mayor tranquilidad para sus seres queridos una vez que llegue el momento final. El INMEXTAC<sup>194</sup> subraya que la persona tiene la libertad de elegir el estado de vida que quiere vivir, pero acota que el enfermo puede vivir su vida de un modo integral, “hasta despedirse”.

La AMTAC y el INMEXTAC son sólo algunas de las instituciones que existen y que imparten cursos, seminarios y diplomados sobre tanatología.

---

<sup>193</sup> Para el adecuado desarrollo de las actividades del INMEXTAC, cuenta con un Comité Técnico encargado de la determinación y la aprobación de las acciones factibles de ejecución, la coordinación, la elaboración, seguimiento y evaluación de resultados de los programas anuales. El Comité se formó el 20 de junio de 1994 y quedó integrado por: Dr. Juan Ramón de la Fuente, Lic. Mario Melgar Adalid, Dr. Ruy Pérez Tamayo, Dr. Carlos Viesca Treviño, Dr. Arnoldo Krauss Weisman, Dr. José Luis Ramírez Arias, Mtra. Asunción Alvarez del Río, Lic. Fernando Velasco Turati, Dr. Rafael Sánchez Fontán, Dr. Manuel Urbina Fuentes.

<sup>194</sup> La dirección electrónica del INMEXTAC es: [www.tanatología.org.mx](http://www.tanatología.org.mx)

## CAPÍTULO III.

### COMPRENDER, TRANSMITIR Y ENFRENTAR EL PROCESO DE MORIR.

#### 3.1.- PÉRDIDAS, MIEDOS Y NECESIDADES DEL ENFERMO EN FASE TERMINAL.

##### 3.1.1.- Lo inevitable: La Enfermedad.

Las pérdidas que sufrimos a lo largo de nuestra vida son muchas, el dolor que nos causará será proporcional a la edad y la experiencia que tengamos para saber enfrentarlas; separación de cosas, de mascotas, aparecerán como nuestras primeras pérdidas cuando somos niños; pérdida de lazos familiares, de vínculos con los amigos, pérdida del primer amor, pérdida del trabajo, de la confianza en nuestros amigos, etcétera.

Conforme transcurre la vida, se pierde el hogar, los vecinos, los amigos, la niñez, la escuela, el trabajo, la salud, la juventud, la energía:

**“También es la pérdida del lugar que uno ocupa en la sociedad, la pérdida de un trabajo o, quizá a causa de la vejez, la incapacidad de seguir conduciendo, caminando o comunicándonos como acostumbrábamos. Puede ser la pérdida de un brazo o la pérdida de la confianza en uno mismo<sup>195</sup>.”**

Las pérdidas físicas, corporales, afectan dependiendo de la autoestima de cada quien. Las pérdidas son necesarias porque crecemos a través de ellas, porque quien nunca ha perdido algo como puede entender el dolor del otro.

Existe una dificultad al definir la ‘enfermedad’ debido a los diferentes trastornos que pueden hacer sentir mal a una persona y llevarla a solicitar la ayuda de un médico:

**“En la práctica, la medicina moderna está ampliando este concepto al emplearlo para referirse a cualquier estado orgánico o psíquico, real o imaginario, que trastorne el sentimiento de bienestar de una persona determinada<sup>196</sup>.”**

Otras opciones para tratar el asunto complejo de las enfermedades y que se derivan de la medicina tradicional, son las *medicinas alternativas*<sup>197</sup> como la Ayurveda –medicina de origen Indio-, la Bioenergética –sistema terapéutico que estudia cómo se inscriben las emociones en el cuerpo- y la Herbolaria –terapia a base de plantas medicinales que provienen de la cultura tradicional indígena- entre

---

<sup>195</sup> LEVINE, Stephen., *¿Quién muere? Una exploración en el vivir y el morir conscientes*, Op, cit. p. 274.

<sup>196</sup> DUBOS, René., *Hombre, Medicina y Ambiente*, Ed. Monte Ávila, C.A., Venezuela, 1969, p. 109.

<sup>197</sup> Para profundizar al respecto consultar: MARGOLIS, Elías., *Sanar con amor y fe. Encarar el dolor y trascenderlo como sendero a la salud*, Editorial Pax, México, 2003.

otras, que no pretenden sustituir a la medicina tradicional, sino buscar opciones en pro de la salud:

**“Una sociedad inteligente es la que usa todas sus medicinas: la tecnificada, la tradicional, la naturista, la de cualquier cultura que sirva para resolver problemas de salud.”<sup>198</sup>**

Tanto la medicina Ayurveda y Bioenergética arrojan al mundo una propuesta nueva de percibir la enfermedad, ven a la enfermedad como algo vivo, es un desequilibrio de energía, del cuerpo, la mente o el alma. La enfermedad se convierte – menciona Margolis – en una dificultad no en un defecto, dicha dificultad se desencadenará dependiendo de la relación que el paciente mantiene con su propia naturaleza. Es separado el aspecto unicausal del origen de la enfermedad y se convierte en una medicina multidimensional, ya que no hay que perder de vista como percibe “su enfermedad” quien la padece:

**“Los diferentes estados de la enfermedad son la experiencia de los síntomas, la forma de asumir el rol del enfermo, el contacto con el servicio médico, la dependencia del paciente respecto al rol asumido y su recuperación o rehabilitación....”<sup>199</sup>**

La enfermedad no es una anormalidad del ser, muy por el contrario, forma parte de la normalidad, cuando se presenta, es una propuesta a percibir y recibir la vida de otra manera: “...lo mejor que podemos hacer es adaptarnos en lo posible a ella, convivir con ella; adaptarnos a otra normalidad”.<sup>200</sup>

Por su parte la Carta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como ese estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad e invalidez. La enfermedad afecta al ser humano en todos los ámbitos de su desarrollo biológico, psíquico, social y espiritual. Para la OMS el hombre es un ser bio-psico-social y para la tanatología además, espiritual.

Enfermedad: del latín *Infirmitas* = Debilidad, falta de firmeza. *Passio* = Padecimiento.

Enfermedad: del griego *pathos* = padecimiento y *nosos*: daño.

---

<sup>198</sup> Palabras de Carlos Gómez –especialista en plantas medicinales- que cita Elías Margolis en su texto: Sanar con amor y fe. Encarar el dolor y trascenderlo como sendero a la salud, Op. cit., p. 26. Para el Mtro. Margolis la medicina alternativa está respondiendo de forma flexible, integral y oportuna a las demandas de los pacientes, es por eso que cada vez más personas se están acercando a estas terapias y no se conforman con la medicina oficial.

<sup>199</sup> MARGOLIS, Elías., Sanar con amor y fe. Encarar el dolor y trascenderlo como sendero a la salud, Editorial Pax, México, 2003, p. 13.

<sup>200</sup> MARGOLIS, Elías., Op. Cit.

El Dr. Reyes Zubiría, muestra una clasificación de los diferentes tipos de enfermedades:

a) Según la etapa evolutiva de la persona: enfermedades infantiles, de la adolescencia, adultez y senectud. Hay enfermedades infantiles que comienzan desde que el niño nace, ejemplo, un niño con un problema de cardiopatía. Si la mamá tiene malos hábitos sus hijos pueden nacer enfermos. Y en el caso de los ancianos la neumonía puede ser mortal.

b) Las enfermedades o son curables o son incurables. Las enfermedades incurables no siempre llevan a la muerte de la persona. El cáncer bien tratado puede prolongar la vida hasta por 30 años.

c) Por el tratamiento que se debe realizar: medicamentos o quirúrgicos. Las enfermedades se pueden curar con medicamentos, con tratamientos o intervenciones quirúrgicas.

d) Por su duración y gravedad: Agudas (Embolia, Peritonitis, ataque al Corazón), Crónicas: (Cardiopatías, Diabetes, Cáncer). Las enfermedades por su duración y gravedad son agudas o crónicas. Una enfermedad crónica puede durar mucho tiempo, ejemplo, 20 años. Los médicos dicen que si después de 3 meses una enfermedad no se ha quitado es crónica.

Las embolias o peritonitis que atacan al corazón son las que pueden llevar a la enfermedad terminal. Las embolias atacan lugares importantes del cerebro, por ejemplo, el afectado puede hablar pero no escribir y viceversa.

Los ataques al corazón son más comunes en los hombres que en las mujeres, porque los hombres tienen más exigencias sociales. Además, las mujeres expresan sus sentimientos, lloran y los hombres no, son más reservados.

e) Otros tipos: Infecciosas, del deporte, accidentes. Otras enfermedades que pueden llevar en un momento dado a una enfermedad terminal, son las infecciosas, como las epidemias que pueden atacar a una comunidad. Tal es el caso de la peste bubónica, en esta enfermedad, los ganglios linfáticos se inflaman hasta reventar. A fines del siglo XIX se dio un aumento en los avances científicos, técnicos, médicos y ahora se cuentan con más expectativas de vida.

Para hablar sobre el enfermo terminal es necesario contar con un marco de referencia y establecer ciertos límites. En este apartado se considerara: al enfermo terminal, la enfermedad en sí misma, el cómo enfrentarla y qué tan efectivo puede resultar el desempeño ante la misma.

El enfermo terminal es aquel que padece una enfermedad por la que posiblemente va a morir en un tiempo relativamente corto. Mientras que el enfermo en fase terminal es aquel que va a morir, el moribundo.<sup>201</sup> Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) un enfermo en fase Terminal, es aquél que tiene de 6 a un mes de vida.

¿Cuáles son los efectos inmediatos de la enfermedad? En la fase terminal, la salud está ya muy minada y se presentan síntomas graves. Una exposición importante de la enfermedad terminal es la encuesta realizada al azar en Inglaterra y Gales por Cartwright, Hockey y Anderson (1973), cuyos datos se basaron en relatos retrospectivos, casi siempre del familiar sobreviviente más cercano. Una de las muchas gráficas presenta los síntomas que ocurren “de un modo muy angustioso” durante el último año de vida conforme al siguiente porcentaje de pacientes: dolor, 42%; problemas respiratorios, 28%; vómito, 17%; falta de sueño, 17%; pérdida del control de la vejiga e intestinos, 12%; falta de apetito, 11% y confusión mental, 10%; de mucha gente se dijo que había pasado angustias durante todo el último año<sup>202</sup>. Independientemente de la cifra exacta, lo que es un hecho para los familiares, es que el moribundo sufrió considerablemente. Respecto a la duración de la fase terminal esta es muy variable: las personas pueden morir repentinamente, en cuestión de momentos o de días<sup>203</sup>.

Se han establecido criterios para poder catalogar a un enfermo como terminal, son los siguientes:

1. Diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta de respuesta al tratamiento específico.
3. Pronóstico de vida no mayor a 6 meses.
4. Numerosos síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes.
5. Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico.<sup>204</sup>

De acuerdo con lo anterior, la definición tanatológica del enfermo terminal es la siguiente: “Es la persona que padece una enfermedad, por la que posiblemente vaya a morir, en un tiempo relativamente corto, y que conoce su diagnóstico”.

---

<sup>201</sup> Cfr. REYES, Zubiría, Luis Alfonso., Acercamientos Tanatológicos al enfermo terminal y su familia. Curso fundamental de Tanatología, tomo 111, México, 1996.

<sup>202</sup> FITZPATRICK, R., *et al.*, La enfermedad como experiencia, Ed. CONACYT-FCE, México, 1990, p. 252. “En los últimos 20 o 30 años ha aumentado mucho la información disponible. Los informes, debido muy probablemente a una renuencia explicable a entrometerse en el terreno de experiencias personales desagradables, tienden a atenerse a relatos retrospectivos dados por los allegados en vez de contar con observaciones directas de los moribundos”. *Ibíd.*

<sup>203</sup> *Ibíd.* p. 253.

<sup>204</sup> SANZ OJ, GÓMEZ Batiste, NÚÑEZ O., Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guías y manuales, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1993.

Hay que enfrentar no sólo las consecuencias primarias de la enfermedad sino también sus efectos secundarios, por ejemplo, la necesidad de guardar cama, quizás los efectos laterales del tratamiento o las consecuencias de abandonar el trabajo y el hogar para internarse en el hospital<sup>205</sup>. La enfermedad terminal no sólo afecta el ritmo de vida sino también el estado emocional del moribundo:

**“Se presentan normas angustias emocionales. Los informes de los parientes indican que alrededor de 30% de los enfermos sufren fuertes depresiones durante su enfermedad terminal, la mitad de ellos en grado muy deprimente. Los resultados de un grupo de pacientes de hospital fueron similares: más de 40% se sintieron deprimidos y en casi 20% fue obvio el mal estado de ánimo. No fueron raros, en absoluto, los pensamientos de suicidio. La tristeza fue una emoción más común que la angustia, e incluso un tercio de estos pacientes hospitalizados mostraron aprensión<sup>206</sup>”**

Ante el próximo resultado mortal, se hacen valoraciones finales, algunos consideran que su vida ha sido grata y llena de realizaciones; otros se sienten insatisfechos y se arrepienten de lo que hicieron equivocadamente. Unos más, se sentirán frustrados por lo que pensaban hacer y ya no hicieron:

**“Quienes han estado insatisfechos con su vida, con toda probabilidad estarán perturbados al morir. Tal vez sientan resentimiento o culpabilidad sobre frustraciones o fallas anteriores en sus relaciones personales. Quizás se vean orillados a reconocer que las esperanzas que abrigaron en vida nunca se cumplirán... En cambio, muchos serán los que miren hacia atrás con placer, que equilibren con ecuanimidad el peso final de la balanza de sus propios valores. Ahora pueden dejar la vida sin arrepentimientos<sup>207</sup>”**.

A medida que la muerte se acerca, el enfermo y la familia enfrentan una situación de pérdida y separación:

**“Excepto por la fe, nada se sabe de la existencia futura del moribundo; en cambio, la existencia futura de los parientes es bastante predecible. Se enfrentan a un dolor prolongado y pasarán tiempos de duelo<sup>208</sup>”**.

¿Cómo enfrentarse a la enfermedad terminal y qué tan efectivo puede resultar el desempeño ante la misma?:

En términos prácticos, el tratamiento consiste en el alivio del dolor. La angustia física y mental puede ser aliviada por medio de una vasta gama de tratamientos:

---

<sup>205</sup> “Es probable que ya no puedan asearse, vestirse o ir al retrete. A estas graves dificultades acompaña una serie de frustraciones menores, como son actos comunes que deben ser ejecutados por otras personas o con su ayuda” *Ibíd.* p. 254.

<sup>206</sup> *Ibíd.*

<sup>207</sup> *Ibíd.* p. 259.

<sup>208</sup> *Ibíd.*

**“Por ejemplo, el dolor en las enfermedades mortales puede requerir una vasta gama de terapias tan diferentes como analgésicos poderosos..., bloqueos nerviosos, radioterapia y operaciones calmantes. En teoría, será raro el dolor continuo e intolerable<sup>209</sup>”.**

Las unidades especiales e incluso los hospicios, tienen habilidad en cuanto al control del dolor, casi siempre alivian este sufrimiento cuando el tratamiento que aplican se vigila muy de cerca. Lo cual significa que en otras circunstancias quizás no se apliquen óptimamente tratamientos adecuados, sin duda, testimonios anecdóticos indican que esto ha sucedido. Se culpará a un médico o a una enfermera de no prescribir o administrar el tratamiento apropiado en el momento indicado.<sup>210</sup>

La mayoría de la gente muere en hospitales o en otras instituciones de salud. Todavía no hay acuerdo en cuanto a decidir si es mejor morir en el hogar o en otra parte y si la persona debe de morir en alguna institución de qué tipo ha de ser. Los argumentos tienen que ver con preferencias personales, actitudes del personal de atención, de continuación de la atención por el mismo equipo de profesionales, costo, etcétera:

**“La exigencia básica es que los elementos disponibles puedan satisfacer las necesidades del paciente y de su familia<sup>211</sup>”.**

Algunos enfermos quieren permanecer en el hospital, el cual les da esperanzas, aunque lejanas que además, tienen que ver con estar preparados para “hacer algo”. No obstante, las dudas surgen cuando “hacer algo” ya no tiene caso y la atención se centra en otros pacientes que tal vez sí reaccionen, en tanto que el terminalmente enfermo recibe poca atención. Afortunadamente, hay instituciones como los hospicios, y hogares de caridad que ponen interés en la atención de los enfermos graves. En todo caso, una atención médica eficaz, reduce las molestias psicológicas:

**“Hay una interacción continua entre la disponibilidad cierta de atención eficaz y la actitud psicológica al enfrentarse a una situación de tensión; ésta aumenta debido a incertidumbres, ineficacias y angustias que a su vez demandan más ayuda. Los cuidados eficaces reducen las molestias físicas, psicológicas y sociales<sup>212</sup>”.**

El trabajador social, el psicoterapeuta, el tanatólogo y demás profesionales, para quienes la muerte es el cruce de varias etapas, pueden guiar al moribundo en los momentos que le quedan. Cabe señalar que la familia del moribundo también requiere apoyo, es por ello que el auxilio de los profesionales será de gran ayuda

---

<sup>209</sup> *Ibíd.* 260.

<sup>210</sup> “Las exigencias que pesan sobre el médico, la enfermera, el hospital o el sistema tal vez dificulten proporcionar oportunamente el tratamiento ideal. Las demoras fluctúan entre unos cuantos minutos en que tarda alguien en llevar una solicitud y muchos días, hasta que llega el informe deseado”. *Ibidem.*

<sup>211</sup> *Ibíd.* p. 263.

<sup>212</sup> *Ibíd.* p. 264.

para que logren ajustarse a la situación, se puedan comunicar y acepten la separación. Otro aspecto que no se puede pasar por alto, es el apoyo informal que en ocasiones se dan entre los pacientes mismos:

**“El apoyo informal que a veces se dan recíprocamente los pacientes puede ser modificado y convertido en reuniones regulares de grupo. Se ha hallado que esto los ayuda a mejorar sus relaciones con el médico o la familia, a sobrellevar su sensación frecuente de aislamiento o incluso a aceptar la muerte<sup>213</sup>”.**

Individuos con ganas de vivir, sanos, o que no tienen alguna enfermedad grave, que no se encuentren en la vejez, no pueden concebir su propia muerte y por ello no entienden lo bien que muchas personas enfrentan y aceptan la muerte:

**“En vida, la gente se adapta a limitaciones y a logros menores así como a ganancias y avances. Por ello los ancianos, los inválidos y los marginados seguirán sacando goces de unas vidas aparentemente menguadas a pesar de que en otro tiempo pensaron que una existencia así sería intolerable. Esto mismo se aplica a quienes tienen poca vida por delante. Si sus tensiones más obvias se alivian, seguramente serán capaces de disfrutes. Ayuda que haya un sentimiento de realización, el cual depende de los propios valores del individuo<sup>214</sup>”.**

Algunos más tienen la convicción de que se reunirán con una persona amada en una instancia inmortal:

**“Algunos sienten que ya no necesitaran luchar más y hallarán paz al sentir que su vida está razonablemente completa. Tal vez brote la convicción de que se reunirán con una persona amada en una existencia inmortal, o bien considerarán que habiendo perdido fuerzas y sobrevivido a sus amigos, les llegó la hora de la muerte, o hasta ya se pasó<sup>215</sup>”.**

En los momentos finales el cuerpo se siente débil y el pensamiento de la muerte se hace más aceptable:

**“La enfermedad suele traer consigo una sensación de debilidad y de cambio en el cuerpo que hace más aceptable el pensamiento de la muerte de lo que parece para quienes gozan de todas sus facultades. Quienes están dedicados a la atención de los moribundos, en particular en asilos, hacen ver que sus pacientes logran realizaciones y placeres durante lo que les queda de vida. Merced a una atención apropiada, mucha gente logra una aceptación positiva de la muerte, en cuyo caso fallecen tranquilamente. En sus propios términos, las familias suelen aceptar la separación que trae la muerte, aunque tienen por delante penas y lutos<sup>216</sup>>>”.**

---

<sup>213</sup> *Ibíd.* p. 269.

<sup>214</sup> *Ibíd.* “La gente debe derivar su mayor satisfacción de su vida familiar pasada, de su carrera de los hijos que deja tras de sí, o también puede colocar sus valores más elevados en su fe religiosa y ver que el fin de su vida mortal encaja en sus designios”. *Ibíd.*

<sup>215</sup> *Ibíd.*

<sup>216</sup> *Ibíd.*



Al apoyar al enfermo terminal, nos apoyamos a nosotros mismos, porque no sabemos que nos depara la vida. Las personas nos morimos estemos sanos o enfermos, seamos buenos o malos. Lo correcto es que cuidemos de nosotros mismos y aprendamos a cuidar a los demás cuando lo necesiten. Existe una frase que enmarca por mucho lo que simboliza la verdadera misión del tanatólogo: *“Cuando ya no hay nada por hacer, lo mas gratificante y valioso para el enfermo, es la compañía”*.

La mirada del paciente sobre las personas que lo rodean nada tiene de apaciguador. El paciente mide en el que lo mira la distancia que desde ahora los separa. Este poder de separación ejercido por el ojo lleva en sí su función mortal. El paciente se sabe ahora solo en el mundo de sanos que lo rodea:

**“El enfermo, como dijo muy bien Schwartzberg, siente perfectamente que quienes lo rodean no son honrados con él y lo engañan, y que hasta se burlan de él ( y no sólo en casos de cáncer). Debilitado pero lúcido, siente la angustia y el miedo en el otro, sabe que es el otro (el cónyuge, el asistente, el amigo) quien busca preservarse bajo el pretexto de preservarlo a él<sup>217</sup>.”**

### **3.1.2.- Pérdidas y Miedos.**

Cuando la muerte se apodera de nosotros siempre es por sorpresa y cuando así ocurre, siempre se siente uno desesperadamente solo y contempla a las personas que lo rodean con recelo (¿Porqué yo estoy enfermo y ellos no?). Lo que nos permitirá acercarnos a una persona que está muriendo será, en primer lugar, el amor que sentimos por ella y la demostración del mismo, también es importante tomar en cuenta su extrema sensibilidad a las palabras, y a la demostración de respeto.

Muchas veces la familia, por angustia, se conduce con su enfermo terminal tan mal como pudo conducirse con sus hijos pequeños. Cuando la persona enferma se niega a alimentarse, quienes la rodean juzgan al paciente como “malo” y lo obligan a comer. Creen que actúan bien pero perjudican su salud y su bienestar.

Los allegados suelen sentirse culpables a causa de la inminencia de la muerte de su enfermo, aún cuando, a nivel inconsciente, esta realidad siempre es más o menos tenida a distancia. Lo que el enfermo tiene presente cuando está por morir son los “malos tratos padecidos”, es decir, las imposiciones y los cuidados corporales que le recuerdan su infancia. La persona enferma distingue sutilmente a las figuras “buenas” que la rodean, y a aquellas otras, detestables, de ciertos profesionales o parientes que la tratan como si fuese un simple objeto:

**“En cuanto una persona se vuelve dependiente, es muy importante ocuparse de su cuerpo para que el paciente no le tome aversión. Narcisizar el cuerpo, el aspecto del**

---

<sup>217</sup> *Ibíd.* p. 108.

**enfermo, es asegurarle el confort indispensable para su moral y su despertar intelectual<sup>218</sup>.”**

En cuanto a los visitantes y amigos, también distingue entre los “que le hacen bien” y aquellos que prefiere tener lejos.

Es cierto que el enfermo puede manipular según sus características personales, pero el proceso puede ser inconsciente o conciente. Puede ser que el enfermo quiera que estén con él, que lo acompañen los demás, o que siempre haya sido una persona manipuladora y se comporte como tal en su enfermedad, quieren controlar todo.

La vida familiar ‘debe’ continuar, aunque no es sencillo, tener un enfermo terminal en casa implica una serie de movimientos de toda la familia, el agotamiento del enfermo dura de 1 a 2 años antes de su muerte, en este intervalo de tiempo, todos los miembros de la familia se agotan física y emocionalmente, aunque cuenten con el apoyo de alguien más.

La experiencia de displacer es una de las más difíciles. Puede ser muy dolorosa, el enfermo puede ser muy demandante. El dolor puede provocar varias reacciones, el que tiene dolor puede ser que quiera irse a su casa, hay que darle tranquilidad y apoyarlo diciéndole que se le va a cuidar. Si el dolor es insoportable, algunas personas prefieren morir.

Además de manipular –si es el caso-, el enfermo puede demandar también la presencia de los allegados. Sin embargo, hay que poner límites al enfermo, porque la realidad es que las personas tienen sus compromisos y responsabilidades.

Por otra parte, un doctor debería de tener una materia de tanatología y no la tienen, a algunos doctores les dan miedo sus enfermos y los evitan o los ocultan. La tanatología podría ayudarles a enfrentar a sus enfermos y ser amables consigo mismos, es decir, les ayuda a aceptar sus limitaciones y les sugiere que trabajen para ser mejores personas.

El síndrome de la enfermedad terminal se basa en los siguientes factores:

- 1.- Que la enfermedad que causa este síndrome es de evolución progresiva.
- 2.- Que el pronóstico de sobrevivencia no sea mayor a un mes, para otros autores el periodo es de 3 a 6 meses. Otros incluso mencionan que un año.
- 3.- Cuando los remedios o tratamientos ya no funcionan, se pierde la esperanza de recuperación, pero no la esperanza de seguir viviendo hasta el último día de la vida.

---

<sup>218</sup> *Ibíd.* p. 114.

Cuando se estudia tanatología se aprende la forma como se puede apoyar al enfermo terminal. Y si se le va a proporcionar un apoyo moral, psicológico, emocional y espiritual, porque además, todos queremos ser tratados así.

El enfermo terminal tiene una enfermedad irreversible, son mínimos sino es que imposibles los intentos que se van a hacer para sanarlo. Al enfermo terminal que ya tiene complicaciones mortales en todo su cuerpo, que ya no se puede recuperar, se le consuela. Aparte del médico, es el enfermo terminal y su familia los que van a decidir su tratamiento a seguir. Si el enfermo terminal todavía tiene la capacidad para decidir, debe hacerlo él, la familia no debe ponerse en contra de lo que él decida. El tiempo se debe optimizar cuando la persona se encuentra en una enfermedad terminal. Optimizar el tiempo es hacer la vida agradable, positiva, lo más amable posible, por ejemplo, salir de viaje o convivir con la familia significa optimizar el tiempo.

<<TE VOY A EXTRAÑAR>> Dicho con todo corazón estas palabras al enfermo terminal, siente que van a pensar en él, no se va a sentir vacío, no se obsesionará con la destrucción inevitable de su cuerpo, aceptará la muerte tranquilo, por la manifestación de amor de sus seres queridos.

Para aceptar la muerte lenta y tranquila, con dignidad, del enfermo terminal, deberán atenderse los siguientes aspectos:

1º. El aspecto biológico. Que el enfermo no tenga dolor, que no sufra una agonía espantosa. Que tenga la oportunidad de despedirse. No hay que dejar los problemas o los pendientes para el final. Hay que resolver los problemas en cuanto se presentan.

Un enfermo terminal que no tiene recursos económicos, tiene que decidir la forma en la que quiere morir. La familia no debe hacer gastos excesivos, porque el enfermo de todas formas se va a morir, incluso puede ser que lo hagan sentir culpable, lo angustien y su agonía se haga insoportable por ver que la familia se queda sin recursos. Hay que tratar de conservar el sentido común y no realizar actos heroicos que después lastimen a los dolientes, lo cual no significa abandonar al enfermo, lo más importante es estar con él y apoyarlo, pero tener siempre presente, en la medida de lo posible, las limitaciones.

Por irónico que parezca, cuesta más morir que nacer. Antes cuando una persona se moría, la 'petateaban', es decir, la envolvían en un petate, la amarraban bien y la enterraban, de esta forma era posible la mineralización del cuerpo, algo muy práctico, no que ahora, un ataúd cuesta caro y es un lugar cerrado, otra opción es la incineración, que es más económica, aunque algunos le tiene miedo.

2º. El aspecto psicosocial. No hay que aislar al moribundo, que tenga a las personas significativas a su lado. Debe seguir viviendo lo más normal que se

pueda. Si hay una fiesta hay que acercarlo, hacerlo partícipe de las actividades de la familia.

3º. El aspecto espiritual. Que el enfermo se despidiera, que pidiera y de perdón.

Con estos tres puntos la persona que va a morir, va a *morir bien*. No obstante, los familiares van a continuar con el dolor y a sentir y extrañar la ausencia del difunto, pero van a estar en paz porque estuvieron con el ser querido, amado. Los que sobreviven tienen que ser amables consigo mismos para recuperarse y continuar con su vida de manera normal.

Uno debe ser capaz de decir lo que siente para que se puedan hablar de las pérdidas materiales y espirituales. Expresar los sentimientos ayuda a liberar el dolor que provoca cualquier pérdida, ya sea física, material, de pareja, etcétera. Hay que liberar la carga emocional platicando con alguien, uno tiene que liberar sus sentimientos, sean del tipo que sean, atreverse a decir lo que uno siente.

Para la tanatología el ser humano tiene que expresar su dolor para sanar, su actitud es contraria a la de los estoicos. Shakespeare, por ejemplo, en su obra *Macbeth*, le da libre expresión al dolor: *Dad palabras al dolor. La desgracia que no habla, murmura en el fondo del corazón que no puede más, hasta que lo quiebra*<sup>219</sup>.

Es importante que en el hogar se expresen los sentimientos y se diga lo que está sucediendo. Debido a que los individuos son los que conforman la sociedad, es importante educar, desarrollar personas fuertes y congruentes. Y ello empieza en la familia. Hay que manifestar los sentimientos de amor y odio hacia los padres si es el caso, para saber lo que está pasando. El amor humano no existe sin la ambivalencia:

**“Es importante recordar que toda la energía empleada en luchar con nosotros mismos y los demás, divide y disemina la energía que podríamos aprovechar para el descubrimiento y la creatividad. Después de todo, al terminar la lucha, debemos volver a la mesa de negociaciones. Somos capaces de hallar medios más sencillos y eficaces para resolver los conflictos; podremos beneficiarnos de ellos, en vez de destruirnos**<sup>220</sup>”.

El paciente sufre diferentes pérdidas, muy dolorosas para él. Pérdidas a las que el tanatólogo debe poner mucha atención. Estas son principalmente: 1.- Pérdida de salud, 2.- Pérdida de libertad, 3.- Pérdida del cuerpo, 4.- Pérdida de la imagen propia, 5.- Pérdida de la paz interior.

De acuerdo con lo anterior, el tanatólogo tiene muchas líneas de trabajo importante. Los problemas para el paciente empiezan desde el momento en que se le diagnosticó como enfermo en fase terminal. La angustia, la primera de las

---

<sup>219</sup> Véase SHAKESPEARE, W., *Macbeth*, Ed. EDAF, Madrid, España, 1981.

<sup>220</sup> SATIR, Virginia., *Relaciones humanas en el núcleo familiar*, Editorial Pax México, 1991, p. 10.

emociones que aparecen hará que tanto él como su familia olviden muchas de las opciones que planteo el médico y las razones que ofreció al respecto. Hay que recordar que el diagnóstico tiene un profundo significado emocional para el paciente y que se prolongará a lo largo de todo el proceso de su enfermedad e influirá en la misma.

Hay que añadir otro aspecto básico en el trato con el enfermo en fase terminal: sus miedos. Miedo a lo desconocido, a la destrucción, a la soledad, a la pérdida de su cuerpo, a perder el autocontrol, al dolor y a la pérdida de identidad.<sup>221</sup>

Parece que los miedos más comunes entre los mexicanos –dirá el Dr. Alfonso Reyes Zubiría- son cuatro: miedo al dolor, miedo a la soledad, miedo a perder el significado de su vida y miedo a morir sin dignidad.

En cuanto al primero, **miedo al dolor**, el tanatólogo deberá asegurarle, tanto al paciente como a los familiares, que los fármacos sí darán bienestar al enfermo y que el personal del hospital no podrá permitir que un dolor curable lo vaya a hacer sufrir. Quizá sea necesario informar a los familiares que la agonía, en sí, es indolora: la naturaleza proporciona, diremos que amorosamente, un anestésico total cuando llega el momento de la muerte, cuando la agonía es ya el final. Uno de los errores más habituales es creer que dolor y agonía son compañero inseparables. Esto sería una excepción a la regla. Lo común es que la inconsciencia aparezca más frecuentemente que el dolor. Morir no es más doloroso que nacer.

Un error que se comete con muchísima frecuencia es el de sedar al paciente para evitarle molestias a él y a sus familiares. Se trata de mantenerlo sedado, e incluso uno lo hace por petición expresa de los mismos familiares que lo piden movidos por su angustia e impotencia. Pero, un manejo inadecuado del dolor físico o mental, trae mayores sufrimientos.

En cambio, una aceptación real de la muerte, evita mucho dolor y sufrimientos patológicos. Por lo mismo, el tanatólogo debe conocer la actitud al respecto de sus pacientes: el enfermo y la familia; lo mismo que la de los miembros del equipo de salud y orientarlos.

El **miedo a la soledad**<sup>222</sup>, éste guarda una relación directa con el anterior: el dolor es más intenso para el enfermo cuando se queda solo<sup>223</sup>. Cuando una

---

<sup>221</sup> *Ibíd.* pp. 131-132.

<sup>222</sup> “De todas las soledades que padecemos, ninguna tan atroz como la del moribundo. Hoy el promedio de vida casi duplica el de un europeo del siglo XII, pero todos los avances de la medicina que postergan la muerte se traducen también en una ineptitud para afrontarla. Y es que dichos avances proporcionan innumerables recursos para morir asépticamente pero en medio de la tristeza”. *Cfr. ELIAS, Norbert., La soledad de los moribundos*, Ed. FCE, México, 1989. Respecto a las diferentes connotaciones de la soledad consultar las pp. 81-82.

persona nos pide que estemos con ella, que la escuchemos, y nos dice *ahora*, está diciendo *Ahora*, no dentro de un rato. Lo que significa que visitar a un enfermo en plan tanatológico, exige tener todo el tiempo suficiente para este tipo de imprevistos. El enfermo moribundo necesita saber que no lo hemos abandonado. Por eso exige nuestra presencia física y no sólo la moral.

Hay enfermos que temen irse a dormir, porque temen morir solos. Ortiz Quezada<sup>224</sup> nos recuerda que el calor humano vivifica al que se muere, mientras que la soledad acentúa el dolor de despedirse de la vida. Uno debe asegurarse siempre que sea posible, que estén alrededor de su cama las personas que ama el que está muriendo. El necesita de sus seres queridos. Pero a medida que se acerca el final, que se debilita, lo más conveniente será limitar el número de visitas: máximo dos ó tres. El tanatólogo deberá conocer bien a la familia y al enfermo para saber qué personas son las indicadas para estar con el moribundo, ayudarlas y estar abierto a sus necesidades. Esto no quiere decir necesariamente que se tenga que platicar con el moribundo. La compañía es lo que él necesita para saber que no se le ha abandonado.

No todos lo enfermos en fase terminal, pero sí muchos, sufren el **miedo de que su vida haya carecido de sentido, de significado**. Se trata de un miedo tan difícil de explicar como de afrontar. Perder el sentido de nuestra vida es la mayor desgracia que al ser humano le puede pasar. Los humanos buscamos incesantemente un significado para todo; más para los sucesos de la vida, es como si quisiéramos que nuestro vivir estuviera repleto de significado, no importa tanto la autoconservación como la autorrealización. Cada uno de los pacientes es único. Y así debemos de tratarlos. Para eliminarles el miedo de que su vida pierda significado, se debe recurrir a la esperanza. Porque mientras la haya, el paciente tendrá un objetivo; pero además, debemos motivar la voluntad del enfermo: si mantenemos vivas su volunta y esperanza, seguirá actuando su creatividad y su imaginación positiva y así estaremos fortaleciendo su Yo. A propósito de este miedo, a menudo olvidamos que los moribundos también han de tener risas y alegría en sus vidas, no como escape o fuga, sino como una manera humana de relacionarse. La risa es un fenómeno típicamente humano.

En cuanto al **miedo a morir sin dignidad**, un tanatólogo preparado es el mejor medicamento para su enfermo, simplemente por el hecho de escucharlo, orientarlo, comprenderlo, apoyarlo, ayudarlo y estar con él; la presencia del tanatólogo será la mejor terapia: su actitud humana será el arma fundamental, junto con el profundo conocimiento profesional que en conciencia debe poseer.

---

<sup>223</sup> REYES, Zubiría, Luis Alfonso., Acercamientos Tanatológicos al enfermo terminal y su familia. Op. cit. p. 134.

<sup>224</sup> Véase ORTIZ, Quezada., El acto de morir. Ed. Némesis, México, 1987.

### 3.1.3.- Necesidades y Derechos.

El paciente desahuciado tiene necesidades muy especiales que pueden cubrirse si nos tomamos el tiempo de sentarnos a escuchar y averiguar cuáles son. Lo más importante de esta relación, quizás, es el hecho de darle a entender que estamos dispuestos a compartir algunas de sus preocupaciones, pero no es sencillo, para ello se requiere de experiencia y tacto:

**“Para trabajar con el paciente moribundo se requiere una cierta madurez que sólo viene de la experiencia. Tenemos que examinar a fondo nuestra actitud con respecto a la muerte, antes de sentarnos junto al lecho de un paciente moribundo tranquilamente y sin ansiedad<sup>225</sup>”.**

El moribundo anhela cariño, contacto, comunicación, sinceridad no aislamiento, incluso aquellos que en su depresión han llegado a pensar en la muerte:

**“Durante mis visitas a los enfermos me sentaba en las camas, les cogía las manos y hablaba durante horas con ellos. Así aprendí que no existe ni un solo moribundo que no anhele cariño, contacto o comunicación. Los moribundos no desean ese distanciamiento sin riesgos que practican los médicos. Ansían sinceridad. Incluso a los pacientes cuya depresión los hacía desear el suicidio era posible, aunque no siempre, convencerlos de que su vida todavía tenía sentido. <<Cuénteme lo que está sufriendo – les decía-. Eso me servirá para ayudar a otras personas<sup>226</sup>”>>.**

A los moribundos se les puede apoyar si no se les aísla, si se les escucha y conversa con ellos para que puedan superar un periodo conflictivo, incluso la presencia de un capellán puede darles tranquilidad y consuelo:

**“Compartir pensamientos amablemente puede ayudar a superar un periodo conflictivo; cuando menos, quizá disminuya el aislamiento social que con tanta frecuencia afecta a los que están muriendo. Quizá sea apropiado apoyar este modo de ver del individuo su situación, siempre y cuando tal cosa lo beneficie. No hay verdades o respuestas universales. El “Holy Dying” de Jeremy Taylor se tuvo por mucho tiempo en gran estima por lo mucho que acentuó la entrega a Dios, el arrepentimiento verdadero y el perdón de los pecados como medio de prepararse para morir. Una rígida aplicación de esta guía parecerá disonante hoy, a pesar de que para muchos su fe y la ayuda del clero es un componente esencial de la muerte<sup>227</sup>”>>.**

La conversación que vale la pena con los moribundos, es aquella en la que puede comunicarse sin miedo ni angustia, sólo de esta forma es posible conocer

---

<sup>225</sup> **KÜBLER-Ross**, Elisabeth., Sobre la muerte y los moribundos, Ed. grijalbo mondadori, Barcelona, España, 2000, pp. 337.

<sup>226</sup> **KÜBLER-ROSS**, Elisabeth, La rueda de la vida, Ediciones B, S.A., Punto de lectura No. 101, Barcelona, 1997, p.162.

<sup>227</sup> **FITZPATRICK**, R., *et al.*, La enfermedad como experiencia, Ed. CONACYT-FCE, México, 1990, p. 268.

qué es lo que les preocupa y cómo se le puede apoyar, sólo así es posible que encuentren la tranquilidad suficiente para disponerse a morir:

**“La entrevista que abre las puertas es un encuentro de dos personas que pueden comunicarse sin miedo ni angustia. El terapeuta –médico, capellán, o quienquiera que desempeñe ese papel- intentará dar a entender al paciente con sus palabras y actitudes que no va a salir corriendo si se mencionan las palabras “cáncer” o “muerte”. Entonces el paciente captará esta señal y se abrirá, o puede dar a entender al interlocutor que comprende el mensaje pero que no es el momento oportuno. Muchos de nuestros pacientes no han tenido más que esta entrevista inicial. A veces se aferraban a la vida porque tenían algún asunto pendiente; no habían podido tomar medidas para que se ocuparan de unos niños y necesitaban compartir esa preocupación con alguien. Otros se sentían culpables y oprimidos por unos “pecados” reales o imaginarios y sentían un gran alivio cuando les ofrecíamos la oportunidad de hablar con ellos, especialmente en presencia de un capellán. Todos estos pacientes se encontraban mejor después de hacer “confesiones” o de encontrar soluciones para el cuidado de otros, y generalmente, morían poco después de que desapareciera el asunto pendiente<sup>228</sup>”>>.**

*Necesidad de verse bien.* Es tan importante este aspecto que muchas veces se le hace daño al enfermo cuando se le obliga a recibir visitas cuando él no se siente presentable -no confundir esta necesidad, con la negación a ser visitado por una gran depresión. Si de veras se le está ayudando al paciente de la manera como él lo necesita, a lo largo de todas sus etapas del proceso del morir, sabrá con certeza que al morir, lo hará con toda dignidad: es consciente de que lo tratamos como persona y, por lo mismo, sabe que todo seguirá siendo así hasta el final<sup>229</sup>.

*Necesidad de la verdad.* Es necesario que siempre se le diga la verdad al enfermo. Es una condición indispensable. Él requiere conocer toda la verdad sobre su estado. Generalmente nos da miedo decirla, pero recordemos que es por nuestra angustia, no por el bien del paciente. Cecily Saunders<sup>230</sup> nos enseña que la verdad no está reñida con la esperanza, y que siempre es más fácil combatir al enemigo cuando se le conoce que cuando se le ignora. El moribundo vive un real anhelo de certidumbre: los últimos meses, días, momentos de una persona deben vivirse con toda sinceridad y honestidad. Ciertamente que el diagnóstico, los cambios sufridos y los pronósticos, deberá hablarlos el médico tratante y no el tanatólogo. Pero éste tiene que estar presente en el momento en que se le diga la verdad al enfermo, para apoyarlo en sus muchas necesidades insatisfechas que empezará a manifestar. La verdad siempre hay que decirla; lo importante es saber qué decir, a quién, para qué, cómo, cuándo y dónde. Es cierta la frase evangélica: “La Verdad os hará libres”.

Por lo tanto podemos hablar de necesidades:

---

<sup>228</sup> KÜBLER-Ross, Elisabeth., Sobre la muerte y los moribundos, Op. cit. 337-338.

<sup>229</sup> REYES, Zubiría, Luis Alfonso., Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y su familia, Op. cit. p. 137.

<sup>230</sup> Según Elisabeth Kübler Ross en su texto citado.



\**Biológicas*: Cuidar que la alimentación sea la que le prescribe el médico; estar pendiente de las funciones excretoras, orina, defecar, vómito, tos, hipo; cuidar el descanso y el sueño, moverlo, evitar escaras, asearlo para que sienta el máximo bienestar y el control del dolor adecuado.

\**Personales*: Seguridad, sensación de pertenencia, amor (preguntarle si se siente amado), comprensión, aceptación, autoestima, confianza.

\**Sociales*: Que se despidan, que vea a quien desea. No aislarlo, tratar de que siga participando en la vida familiar, permitirle ser auténtico.

\**Espirituales*: Preguntarle si quiere un apoyo espiritual: ver a un rabino, sacerdote o tanatólogo. Darle una oportunidad de pedir perdón y de otorgarlo. Dejarlo que hable de la muerte si lo desea. Decirle que se le ama y se le extrañará.

El Dr. Alfonso Reyes Zubiría, en el manual de *Acercamientos tanatológicos al enfermo Terminal y su familia*, destaca que el enfermo terminal, así como el enfermo en fase terminal, tienen los mismos derechos que cualquier persona. El enfermo no es sólo un “caso interesante”, ni un simple “expediente”, ni un “número de cama o cuarto”. Sigue siendo persona, por más moribundo que esté. Sin embargo, a veces, sea por su edad, su estado, su pronóstico, o su incapacidad para participar activamente en sus cuidados personales, estos derechos pueden ser pasados por alto, o lo que es peor, pueden ser olvidados. A pesar de esto, afirmamos que los derechos del enfermo terminal son derechos inalienables. Estos son:

En enfermo terminal y en fase terminal tiene derecho:

- a) A vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, psicológico, espiritual y social, de acuerdo a su situación concreta. O sea, tiene derecho a ser tratado como un ser humano vivo, hasta el momento de su muerte. El tanatólogo debe ser consciente de que, incluso la etapa final de la vida, es también una fase de crecimiento y desarrollo.
- b) A vivir independiente y alerta. Tiene derecho a expresar sus sentimientos y emociones, en todo momento, y desde luego en su manera de enfocar su propia muerte.
- c) A tener alivio de sus sufrimientos físicos, emocionales, psicológicos, intelectuales, sociales y espirituales. Es más, tiene derecho a no experimentar dolor, en lo posible, para que pueda mantener una sensación de optimismo.
- d) A conocer, o rehusar conocer, todo lo concerniente a su enfermedad, su estado, su pronóstico médico.

- e) A ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores, competentes en su campo, y seguros de lo que hacen.
- f) A participar en las decisiones que incumben a sus cuidados y a su vida.
- g) A que no se le prolongue indefinidamente el sufrimiento, ni se le apliquen medidas extremas, o heroicas, para sostener sus funciones vitales.
- h) A usar su creatividad para pasar mejor su tiempo.
- i) A discutir y acrecentar sus experiencias religiosas, místicas y espirituales.
- j) A disponer de ayuda para su familia, tanto a la hora de aceptar su muerte, como a la hora de morir.
- k) A no morir solo.
- l) A morir con verdadera dignidad, con plena aceptación y en total paz.
- m) A esperar que la integridad de su cuerpo sea respetada tras su muerte.
- n) A que sus preguntas sean respondidas con sinceridad, que no sea engañado, y, al contrario, a que se respeten sus decisiones, sobre todo las concernientes al progreso de su enfermedad si así lo desea<sup>231</sup>:

El doctor Arnoldo Krauss Weisman, plantea tres puntos a considerar en el enfermo terminal.

1.- Muerte Personal: El que muere es un ser humano con cuerpo mente y espíritu. Merece ser escuchado y consolado, para que pueda expresar su última voluntad.

2.- Muerte Natural: Se rechaza la eutanasia. Se niega el encarnizamiento terapéutico. Y se está a favor de la ortotanasia ( orto=recto, muerte correcta).

3.- Ayuda para bien morir: Que tenga calidad de vida, es decir, que la persona no padezca dolor, que tenga sus alimentos. Que cuente con la compañía, el afecto y el apoyo real de sus seres significativos. En este sentido, para Weisman: <<La muerte digna es aquella donde no hay dolor>>.<sup>232</sup>

---

<sup>231</sup> REYES, Zubiría Luis Alfonso., Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y su familia., Op. cit. pp. 156-157.

<sup>232</sup> Apuntes personales.

El cómo muere la gente, permanece en la mente de quienes siguen viviendo. Una buena muerte ayuda a superar mejor el duelo por la pérdida del ser amado. Es difícil hablar de la muerte cuando uno está plenamente sano, pero es importante estar preparados. Los americanos tienen un libro "Living Will" que es como un testamento donde cada uno deja claro como anhela morir, dicho libro lo escriben plenamente concientes de que algún día morirán y quizá, la muerte aparezca en condiciones donde no se les presente la oportunidad de expresar realmente el anhelo de cómo quieren ser tratados cuando hayan muerto.

Los puntos que se deben de tener en cuenta para una muerte digna:

- Sin dolor.
- Resolver conflictos (testamentos, legados).
- Pedir perdón.
- Otorgar perdón.
- Despedirse.

La persona que tiene fe, encuentra la fuerza necesaria para aceptar la muerte, darle un sentido al sufrimiento final puede hacer que el hombre lo convierta en el acto más importante de su vida, oportunidad todavía de crecimiento y ejemplo a los demás.

Si una persona está muy grave y existe un proceso de muerte, debemos preguntarle al médico como cuidarlo (cuando el paciente ya no quiere ir al hospital). Dialogar con el enfermo y preguntarle si quiere o no quiere ir al hospital o convencerlo de llevarlo si todavía se puede hacer algo.

Tenemos que informarnos si el enfermo terminal decide morir en su casa o en el hospital. Hay que ser claros con nuestros enfermos y decirles lo que podemos y no podemos hacer.

Síntomas de las últimas 48 hrs. según Weisman:

- Respiración ruidosa.
- Dolor.
- Agitación.
- Falta de aire.
- Retención y/o incontinencia urinaria.
- Náusea, vómito.
- Sudoración profusa.
- Sacudidas corporales.
- Confusión o delirio.

¿Qué podemos hacer?:

- Refrescarlo con un paño húmedo o bañarlo.
- Moverlo con delicadeza.
- Ponerle pañal y cambiarlo con frecuencia.
- Provocar un ambiente tranquilo.
- Hay que evitar el exceso de visitas en su cuarto (dependiendo del enfermo).
- Tener presente otras acciones que la familia y el enfermo acuerden realizar (jugar, cantar, orar, conversar, etc).

### 3.1.4.- El Proceso de Morir.

Elisabeth Kübler-Ross, fue una de las principales precursoras de la tanatología, por tal motivo se retomará su enfoque a detalle. El duelo es la respuesta a la muerte del ser amado. Son varias etapas, lo cual no significa que exista un seguimiento lineal, progresivo y acumulativo, grosso modo:

1. Primera Fase. *Negación y aislamiento*: La mayoría de los pacientes al enterarse de que tienen una enfermedad mortal, reaccionan diciendo: “No, yo no, no puede ser verdad”. Esta negación *inicial* era común a los pacientes a los que se les revelaba directamente desde el principio su enfermedad, y a aquellos a los que no se le decía explícitamente y que llegaban a aquella conclusión por sí mismos, un poco más tarde. La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales. Generalmente la negación es un defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial.<sup>233</sup>

La negación es la resistencia a reconocer nuestro sufrimiento, los sentimientos de pérdida que siempre nos acompañan y que aumentan día con día:

**“De hecho, la negación intenta impedir la sensación de estar perdiendo quien creemos ser, de cómo imaginábamos que ello debería ser y sería.”<sup>234</sup>**

---

<sup>233</sup> **KÜBLER-Ross**, Elisabeth., Sobre la muerte y los moribundos, Ed. Grijalbo Mondadori, Barcelona, España, 2000, pp. 59-72. En esta fase los pacientes: “se retiraban dentro de sí mismos durante un tiempo, aislándose de los demás mientras llegaban, en el mejor de los casos, a una fase de paz y aceptación (no de resignación, que es lo que se produce cuando no se pueden compartir las lágrimas ni expresar la rabia)”. **KÜBLER-Ross**, Elisabeth, La rueda de la vida, Ediciones B, S.A., Punto de lectura No. 101, Barcelona, 1997, 390 p. 221.

<sup>234</sup> **LEVINE**, Stephen., ¿Quién muere? Una exploración en el vivir y el morir conscientes, Ed. Era Naciente, Buenos Aires, Argentina, 1982, p. 276. Para Levine: “La industria multimillonaria de los cosméticos, las

2. Segunda Fase. *Ira*: Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Lógicamente surge la siguiente pregunta: “¿Por qué yo?” En contraste con la fase de negación, esta fase de ira es muy difícil de afrontar para la familia y el personal médico. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que le rodea, a veces casi al azar. A donde quiera que mire el paciente en esos momentos, encontrará motivos de queja. Un paciente al que se respete y se comprenda, al que se preste atención y se dedique un poco de tiempo, pronto bajara la voz y reducirá sus airadas peticiones. Se sentirá un ser humano valioso, del que se preocupan y al que permiten funcionar al nivel más alto posible, mientras pueda<sup>235</sup>.

Todos en algún momento nos hemos enojados y ello porque las cosas no son como queremos. Al bloquearse nuestro deseo, nos frustramos y surge el enojo y una tensión intensa:

**“El enojo proviene de un sentimiento de impotencia y que siempre tuvimos, y que en ese momento pasa a primer plano<sup>236</sup>.”**

3. Tercera Fase. *Pacto, negociación*: La fase de pacto es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, aunque sólo durante breves periodos de tiempo. Si no hemos sido capaces de afrontar la triste realidad en el primer periodo y nos hemos enojado con la gente y con Dios en el segundo, tal vez podamos llegar a una especie de acuerdo que posponga lo inevitable: “Si Dios ha decidido sacarnos de este mundo y no ha respondido a mis airados alegatos, puede que se muestre más favorable si se lo pido amablemente.” En realidad el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio “a la buena conducta”, además fija un plazo de “vencimiento” impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento. Ninguno de los pacientes ha “cumplido su promesa”; en otras palabras, son como niños que dicen: “No volveré a pelearme con mi hermana si me dejas ir.” La mayoría de pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas o en el despacho de un sacerdote<sup>237</sup>.

---

unturas, las pelucas, los corsés y la cirugía “correctora” son maneras de negar el deterioro, de negociar con el cambio, son producto de la depresión del constante de comprobar que a partir del nacimiento, el cuerpo comienza a avanzar hacia la muerte.” *Ibíd.*

<sup>235</sup> **KÜBLER-Ross**, Elisabeth., *Sobre la muerte y los moribundos*. Op. cit. pp. 73-110.

<sup>236</sup> **LEVINE**, Stephen., *¿Quién muere? Una exploración en el vivir y el morir conscientes*, Op. cit. p. 278.

<sup>237</sup> **KÜBLER-Ross**, Elisabeth., Op. cit. pp. 111-114.

Son pocas las ocasiones en las que actuamos en el presente, en el que no buscamos un fin en sí mismo, en las que no esperamos nada a cambio, alguna recompensa por lo que consideramos nuestras “buenas obras”:

**“Cuántas veces en la vida esta actitud de negociar nos conduce a “elear las cuentas”, haciendo fracasar tantas relaciones. (...) Cuando cesa la negociación, nos convertimos en presente para la verdad. Cada acto se produce por un sentido que es adecuado, en vez de ser una apuesta a los resultados<sup>238</sup>.”**

4. Cuarta Fase. *Depresión*: Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, su sensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán sustituidos por una gran sensación de pérdida. Al tratamiento y la hospitalización prolongados, se añaden las cargas financieras; tal vez ya no se podrán permitir pequeños lujos al principio, y cosas necesarias más tarde. Las inmensas sumas que cuestan estos tratamientos y hospitalizaciones en los últimos años, obligan a muchos pacientes a vender lo que tenían. A esto puede añadirse la pérdida del empleo debido a las muchas ausencias o a la incapacidad de trabajar, y las madres y esposas tienen que ser las que ganan el pan, privando a los niños de la atención que les dispensaban antes.

Todo el que trata con pacientes conoce muy bien todas estas razones para deprimirse. Lo que a menudo tendemos a olvidar, sin embargo, es el dolor preparatorio por el que ha de pasar el paciente desahuciado para disponerse a salir de este mundo. Si tuviera que señalar una diferencia entre estas dos clases de depresión, diría que la primera es una depresión reactiva, y la segunda una depresión preparatoria. La primera es de naturaleza distinta, y se debería tratar de una forma completamente diferente de la segunda.

Una persona comprensiva no tendrá ninguna dificultad para descubrir la causa de la depresión y aliviar algo el sentimiento de culpabilidad o vergüenza excesivas que a menudo acompañan a la depresión. Es necesario contribuir para mantener la autoestima del paciente, resulta impresionante lo rápidamente que supera su depresión el paciente cuando alguien se ocupa de ésta cuestión vital.

El segundo tipo de depresión no tiene lugar como resultado de la pérdida de algo pasado, sino que tiene como causa pérdidas inminentes. El paciente está a punto de perder todas las cosas y las personas que quiere. Si se le permite expresar su dolor, encontrará mucho más fácil la aceptación final, y estará agradecido a los que se sienten a su lado durante esta fase de depresión sin decirle constantemente que no este triste. Este segundo tipo de depresión generalmente es silenciosa, a diferencia de la primera, durante la cual el

---

<sup>238</sup> LEVINE, Stephen., Op. cit.. p. 280.

paciente tiene mucho que compartir y necesita mucha comunicación verbal y a menudo intervenciones activas por parte de miembros de varias profesiones. En el dolor preparatorio no se necesitan palabras, o se necesitan muy pocas. Es mucho más un sentimiento que puede expresarse mutuamente y a menudo se hace mejor tocando una mano, acariciando el cabello, o sencillamente, sentándose al lado de la cama, en silencio. Éstos son los momentos en los que el paciente puede pedir una oración, cuando empieza a ocuparse más de lo que le espera que de lo que deja atrás. Son unos momentos en los que la excesiva intervención de visitantes que traten de animarle dificultará su preparación psicológica en vez de aumentarla<sup>239</sup>.

Si la negociación no produce los resultados que deseamos, implica mucho esfuerzo y nos encontramos al borde de nuestras fuerzas sin tener a quién recurrir, nos deprimimos. Si bien la depresión es una etapa difícil y en ocasiones alarmante, puede ser que también produzca un proceso creativo. No tenemos a nadie a quien recurrir, nos encontramos solos con nosotros mismos, al ver que no podemos dominar el universo, la depresión puede ampliar nuestros horizontes:

**“De hecho, quizá sea en la depresión cuando empezamos a responsabilizarnos por la forma en que reaccionamos ante el cambio. La depresión puede tener una característica casi alquímica cuando nos ponemos a investigar las impurezas, el miedo, la evasión, el enojo que hay en nuestra vida y los convertimos en una riqueza nueva, una comprensión más profunda. De esta comprensión surge una nueva valentía, una nueva belleza. Para algunos, la depresión puede ser la iniciación de una vida nueva que ya no es una lucha contra las dificultades sino una experiencia manejable y por fin estimulante<sup>240</sup>.”**

5. Quinta Fase. *La aceptación*: Si un paciente ha tenido bastante tiempo (esto es, no una muerte repentina e inesperada) y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a una fase en la que su “destino” no le deprimirá ni le enojará. Habrá podido expresar sus sentimientos anteriores, su envidia a los que gozan de buena salud, su ira contra los que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto. Habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes para él, y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad. Estará cansado y, en la mayoría de los casos, bastante débil. Además sentirá necesidad de dormir a menudo y en breves intervalos, lo cual es diferente de la necesidad de dormir en épocas de depresión. Este no es un sueño evasivo o un periodo de descanso para aliviar el dolor, las molestias o la desazón. Es una necesidad cada vez mayor de aumentar las horas de sueño muy similar

---

<sup>239</sup> KÜBLER-Ross, Elisabeth., Op. cit. pp. 115-146.

<sup>240</sup> LEVINE, Stephen., Op. cit. p. 281.

a las del niño recién nacido pero a la inversa. No es un “abandono” resignado y desesperanzado, una sensación de “para qué sirve” o de “ya no puedo seguir luchando”, aunque también oímos afirmaciones como éstas (indican el principio del fin de la lucha, pero no son síntomas de aceptación).

No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Está casi siempre desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado, y llegará el momento del “descanso final antes del largo viaje”, como dijo un paciente. En esos momentos, generalmente, es la familia quien necesita más ayuda, comprensión y apoyo que el propio paciente. Cuando el paciente moribundo ha encontrado cierta paz y aceptación, su capacidad de interés disminuye. Desea que le dejen solo, o por lo menos que no le agiten con noticias y problemas del mundo exterior. A menudo no desea visitas, y si las hay, el paciente ya no tiene ganas de hablar, pide que se limite el número de gente y prefiere las visitas cortas. Ése es el momento en que se ha de desconectar la televisión. Entonces nuestras comunicaciones se vuelven más mudas que orales. El paciente puede hacer un simple gesto con la mano para invitarnos a que nos sentemos un rato. Puede limitarse a tomarnos de la mano y pedirnos que estemos sentados ahí en silencio. Estos momentos de silencio pueden ser las comunicaciones más llenas de sentido para las personas que no se sienten incómodas en presencia de una persona moribunda. Nuestra presencia sólo es para confirmar que vamos a estar disponibles hasta el final. Podemos hacerle saber simplemente que nos parece muy bien no decir nada cuando ya hay quien se ocupa de las cosas importantes y sólo es cuestión de esperar a que pueda cerrar los ojos para siempre. Esto puede tranquilizarle y hacerle sentir que no está solo. Cuando ya no hay conversación, una presión de la mano, una mirada, un recostarse en la almohada pueden decir más que muchas “ruidosas” palabras. El paciente que llega a esta fase acepta el final con paz y dignidad<sup>241</sup>.

Al ver que nuestro miedo ‘ha construido un muro de oscuridad y dolor’, sólo a través de la aceptación permitimos que esos muros se derrumben y que nuestro espacio se amplíe:

**“Ya no nos convertimos más en nadie. Ya no somos más “alguien” que se muere y entramos en la vastedad del ser que tiene lugar para todo. Incorporamos la muerte a nuestro interior y experimentamos la totalidad que siempre fuimos<sup>242</sup>.”**

Algunos consideran que estas etapas son un forma de evadir la verdad viviente de la muerte y de cubrirla con ideas, modelos. Incluso, tales conceptos

---

<sup>241</sup> KÜBLER-Ross, Elisabeth., Op. cit. pp. 147-177.

<sup>242</sup> LEVINE, Stephen., Op. cit. p. 285.



quizás impidan tener una vivencia más profunda del prójimo, ya que, pueden mecanizar las sensaciones:

**“Cuántas veces escuché decir a las enfermeras: “Está en la negación”, “Está en la etapa del enojo” o “Está cayendo en la depresión”. Las personas no son etapas, ni se ajustan a un solo modelo durante mucho tiempo. Cada ser es un proceso que se mueve constantemente hacia la plenitud. Cada uno es siempre la misma carne de niño recién nacido y quietud del ser<sup>243</sup>.”**

A pesar de las etapas –o precisamente por ello- que Kübler-Ross estableció, acota que es importante darnos cuenta cuando un paciente está abandonando la lucha “demasiado pronto”, si este es el caso, con un poco de ánimo y ayuda médica, se le podría dar una oportunidad de prolongar su vida. O por el contrario, si nuestro deseo de prolongar su vida, choca con su deseo de descansar y morir en paz:

**“Si no somos capaces de distinguir estas dos fases, hacemos más mal que bien a nuestros pacientes, veremos frustrados nuestros esfuerzos y convertiremos su muerte en una última experiencia dolorosa<sup>244</sup>.”**

En general, cualquier crisis puede provocar alteraciones emocionales a las cuales siguen en todas las situaciones prácticas diversas sensaciones desagradables, angustias, resentimientos y depresiones. En todo caso, la mayoría de la gente se adapta a circunstancias alteradas o radicales y consiguen después cierta tranquilidad. Kübler-Ross esbozó una serie de etapas entre pacientes que estaban por morir: rechazo y aislamiento, ira, negociación, depresión y aceptación:

**“Aunque algunos siguen una secuencia de tales reacciones cuando están por morir, es indudable que el paso a lo largo de series de etapas predecibles no es fácil. Comúnmente, las enfermedades mortales progresan de modo irregular. Ciertas emociones o actitudes pueden resaltar en algunas personas y no presentarse en otras. La gente puede fluctuar entre diversas reacciones aun cuando su enfermedad o circunstancias no cambien relativamente<sup>245</sup>.”**

Después de todo, para Víctor Frank: <<El dolor no se puede ocultar, se tiene que vivir para que sane>>. El dolor se tiene que aceptar.

Por su parte, Santo Tomás de Aquino en su texto *Gentes*, expone varios remedios contra la tristeza:

- a) Llorar cuando sea necesario.
- b) Contar lo que nos pasa a una persona de confianza.

---

<sup>243</sup> *Ibíd.* p. 276.

<sup>244</sup> **KÜBLER-Ross**, Elisabeth., *Op. cit.* pp. 150.

<sup>245</sup> **FITZPATRICK**, R., *et al.*, La enfermedad como experiencia, Ed. CONACYT-FCE, México, 1990, p. 264.

- c) Hacer una oración, porque la oración es la comunicación con Dios.
- d) Dormir bien.
- e) Tomar baños tibios.
- f) Hacer cosas placenteras.

Debemos de procurar ser amables con nosotros mismos y no exigirnos más allá de lo humanamente posible.

### 3.2.- APARECE EL DUELO EN LA FAMILIA.

El moribundo es el individuo clave que enfrenta una enfermedad terminal, pero la familia también es parte integrante de tal situación, en particular los familiares más cercanos.

La hospitalización a domicilio está lejos de ofrecer una mejor calidad de vida. En realidad, quien se hace cargo del enfermo es la familia, situación que dista mucho de resultar obvia.

La familia en la actualidad se ausenta de los adultos en desgracia. En cuanto a las estructuras sociales, no ofrecen otra cosa que lugares institucionales de desarraigo. Así, cuando la familia se siente extenuada por la enfermedad de uno de sus miembros, surge la violencia; la elección a efectuar girará en lo sucesivo en torno a esta paradoja: <<la muerte del uno o del otro>>.

Con el correr de los años las sociedades occidentales han apartado a los enfermos terminales de su círculo familiar, según Maud Mannoni, en el siglo XX, el 70% mueren hoy en el hospital, mientras que en el siglo pasado el 90% morían en su casa.

La muerte se ha convertido en un suceso triste, solitario e impersonal, a los pacientes terminales que están a punto de morir no sólo se les aísla de los demás enfermos, incluso en las salas de emergencia, los médicos los dejan solos, mientras tanto, el médico y los familiares discuten si tiene caso decirle qué es lo que le sucede, para algunos la respuesta es clara, ¡por supuesto que sí!, lo importante es encontrar el modo adecuado de decírselo:

**“En ese moderno hospital, morir era un acontecimiento triste, solitario e impersonal. A los enfermos terminales se los llevaba a las habitaciones de la parte de atrás. En la sala de urgencias se dejaba a los pacientes absolutamente solos mientras los médicos y los familiares discutían sobre si había que decirles o no lo que tenían. Para mí, la única pregunta que era necesario plantearse era << ¡Cómo se lo decimos!<sup>246</sup>>>.”**

---

<sup>246</sup> KÜBLER-ROSS, Elisabeth, La rueda de la vida, Ediciones B, S.A., Punto de lectura No. 101, Barcelona, 1997, p.190.

Existe una segregación hacia los moribundos, porque en su rostro vemos lo que nosotros algún día seremos. La segregación por parte de los seres humanos, de las instituciones y en ocasiones de la familia es total, lo cual no sucedía antes:

**“Cuando Pascal escribía: ‘moriremos solos’, pensaba en una soledad en medio de todos. No habría imaginado una situación donde, en última instancia, cada cual acaba siendo el único que mira su propia muerte<sup>247</sup>”.**

El problema que plantea Igor Caruso y que generalmente es reprimido por la conciencia de quienes lo padecen, es *la vivencia de nuestra muerte ante los ojos del otro*. Con base en este planteamiento, se desprenden verificaciones e hipótesis a las cuales haremos referencia en seguida:

- A) **Catástrofe del Yo.** En la separación se produce una muerte en la conciencia. De tal muerte en la conciencia surge *la desesperación*: dos personas estaban fundidas en una unión dual que sólo tiene un modelo: la “díada” madre-hijo; la pérdida del objeto de amor, que al mismo tiempo es fuerte objeto de identificación, conduce a una auténtica mutilación del Yo; a una catástrofe del Yo por la pérdida de la identidad. Y por lo tanto a una considerable regresión amenazante para el Yo. Para que la victoria de la muerte no sea absoluta, para que la muerte en la conciencia no se convierta en aniquiladora de la conciencia (psicosis) y para que a la muerte en la conciencia no siga la extinción física (morir psicósomático o suicidios), inmediatamente se ponen en juego *mecanismos de defensa*.
- B) **La agresividad.** Al elaborar nuestro estudio nos impresionó la agresividad como primer mecanismo de defensa. Estudios psicoanalíticos anteriores (Freud, Lagache, entre otros) comprobaron que la aflicción, considerada en general como “no egoísta”, contiene en realidad una gran dosis de agresividad y esconde el reproche: “¿Cómo pudiste abandonarme?” A nuestro modo de ver, la agresividad origina la desvalorización del Yo (aun cuando la conciencia registrara también aspectos negativos); ahora debe ser desvalorizado para que el Yo, profundamente lesionado, pueda reconciliarse con un ideal del Yo sacudido y decepcionado, y le sea posible seguir viviendo. Así pues, en la situación descrita, la agresividad es, por tanto, un mecanismo de defensa, porque parece permitir una *desidentificación* con el objeto (el amor se transforma en odio), pero a la vez, también permite una adherencia al mismo.
- C) **La indiferencia.** Es otro mecanismo de defensa. Los factores de la indiferencia ante todo son: disminución del Ideal del Yo, debilitamiento del Yo por la desidentificación e inflación correlativa del narcisismo.

---

<sup>247</sup> Revisar **MANNONI**, Maud., Lo nombrado y lo innombrable. La última palabra de la vida, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina, 1997.

**D) Huida hacia delante.** La huida hacia delante está determinada, ante todo, por el Superyó, con miras a la conservación del Ideal del Yo y se manifiesta primordialmente como huida en la *actividad*, escape constante en tal situación, especialmente en las personas conformistas y obsesionadas por el deber. Una aparente alternativa es *la huida en busca de placeres*, sostenida más bien por el Ello; también esta fuga está siempre presente, aunque a veces en forma muy sublimada. Las dosis flotantes de libido buscan nuevos objetos, Algunos llegan a pensar que se debe buscar un sustituto. Estas dos formas de huida hacia delante tienen, pues, como finalidad, dirigir la libido flotante, liberada por la defensa del Yo contra la regresión profunda, hacia un objeto aceptable para el Superyó o el Ello. Son más o menos concientes (en general más inconscientes) y se dirigen lentamente hacia la meta, a veces en forma muy imperfecta.

**E) Ideologización.** Es la última *racionalización* que hace de la necesidad (entendida literalmente a partir de la catástrofe del Yo) una virtud. Esta virtud es múltiple: filosofía estoica, autoconciencia heroica, escepticismo moderado, devoción religiosa. Son múltiples las máscaras de la *ideología* que legitiman la muerte. Sin embargo, es poco probable conseguir este enriquecimiento de la vida por una ideología mistificante o por una falsa conciencia; es más probable que la ideologización sea, en última instancia, la afirmación de cierta rebelión y en esta forma constituya una victoria parcial sobre la muerte padecida. Por tanto, es probable que ella sea más bien un “no” que un “sí” frente a la separación<sup>248</sup>.

De esta forma, cuando el Yo toma f) **conciencia de sí mismo**, inevitablemente tiene que considerar la muerte como una limitación que debe ser superada; así, pues, por medio de la conciencia y de la praxis adecuada, busca superar todas las manifestaciones físicas y psíquicas de la muerte: separación, represión, alineación.

### 3.2.1.- El duelo del enfermo Terminal y de su Familia.

Para el familiar, el amigo o el amante, la posibilidad de acompañar a un ser querido hasta el final de su vida facilita el trabajo de duelo. La separación del ser amado ocasiona entonces dolor, pero no angustia. El deudo respeta las últimas palabras pronunciadas por aquel que lo deja.

Para un creyente, el adiós es provisional; para el incrédulo, la pérdida de un compañero debe ayudar a cultivar los “brotes de hierbas” que sembró aquél durante su vida. Aunque la muerte evoque lo inasimilable del trauma, *condensación de lo irrevocable irreparable*<sup>249</sup>, de todas formas nuestra vida sigue estando ligada a la muerte de quienes nos dejan:

---

<sup>248</sup> CARUSO, Igor., *La separación de los amantes*, Ed. Siglo XXI, México, 2003, pp.19-22.

<sup>249</sup> Cfr. JANKÉLÉVITCH, Vladimir., *La muerte*, Ed. Pretextos, Valencia, España, 2002.

**“Sin embargo, el corte entre la nueva vida y la antigua es irreductible: el renacimiento se instala sobre el fondo de una ausencia eterna del ausente<sup>250</sup>”.**

Es cierto además que cualquier individuo puede elaborar su duelo, cuando es normal y no patológico, utilizando sus propios procesos psicológicos internos, sus recursos personales, o la interrelación con otras personas estimadas y siguiendo las normas establecidas por su contexto socio-cultural. Por lo mismo, no necesitará de ayuda profesional alguna. Sin embargo, hablando tanatológicamente, no hay que dejar que ninguna persona sufra sola su duelo, uno de los objetivos de la terapia tanatológica es, precisamente, ayudar a quien sufre un duelo por la muerte de un ser querido, a que lo elabore en un tiempo aceptable y con el menor dolor posible.

No es el paso del tiempo lo que contribuye a la recuperación del duelo. Es el reajuste de ideas. Lo que significa que la elaboración toma tiempo<sup>251</sup>. Un duelo normal dura entre uno y dos años. No menos, pero tampoco más.

*Duelo Anticipatorio.* Lindeman en: “Sintomatología y Manejo del duelo Agudo” (1944), observó que la simple amenaza de separación o de muerte de un ser querido, en sí misma, inicia la reacción de duelo. No debemos confundir duelo anticipatorio con las emociones propias del proceso del morir.

Se trata, pues, de una respuesta normal ante la probabilidad y proximidad de la muerte de quien se ama; e implica, en quien lo sufre, un reconocimiento intelectual y emocional de esa realidad; al mismo tiempo moviliza mecanismos psicológicos que sirven para alcanzar la adaptación por la próxima futura pérdida. Morir es un proceso gradual. Por eso se generan infinidad de problemas, debido, a la naturaleza crónica de la mayoría de las enfermedades: presiones físicas, sociales, familiares, económicas, emocionales; el dolor de ver el progresivo deterioro del enfermo, las respuestas afectivas de los miembros de la familia ante dicho proceso, el sufrimiento por los tratamientos intensivos, agresivos, con los consecuentes efectos secundarios o colaterales; los continuos dilemas cuando hay que tomar decisiones<sup>252</sup>.

### **3.2.2.- Claves para ayudar en el proceso de recuperación.**

Vivir con esperanza es posible. Para lograrlo existen ciertas claves que pueden ayudar en el proceso de recuperación:

---

<sup>250</sup> MANNONI, Maud., Lo nombrado y lo innombrable. La última palabra de la vida, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina, 1997. p. 110.

<sup>251</sup> Respecto al duelo consultar: EPSTEIN, J., “Establecimiento e inicio de un servicio de orientación durante el duelo” en SHERR, Lorraine., Agonía, muerte y duelo, Op. cit. pp. 77-88.

<sup>252</sup> REYES, Zubiría, Luis Alfonso., Acercamientos Tanatológicos al enfermo terminal y su familia. Curso fundamental de Tanatología, tomo 111, México, 1996, p. 193.

a) LLORAR: Ante el fallecimiento de un ser querido, lo que parece tan normal como llorar a veces no lo es. En nuestra cultura occidental se educa a la gente, especialmente a los hombres, para que oculten sus sentimientos, para que repriman sus emociones y no se inmuten ante nada. Sin embargo, el llanto es la expresión del dolor. Llorar es humano y es una reacción normal ante la muerte de un ser amado. A través del llanto se expresa el dolor en lugar de reprimirlo. Lo normal es sentirse afligido y no tiene nada de malo exteriorizarlo, porque eso nos ayudará a sobreponernos. Es muy sano disponer de un tiempo para llorar, pensar y recordar. Por el contrario, el tratar de ser fuertes frente a los demás no ayuda a los otros ni tampoco a nosotros mismos, porque a la larga nadie se desahoga y cada uno vive su duelo en forma individual. Dar libre curso a los sentimientos ayuda a aliviar la tensión.

b) HABLAR. Otra forma de desahogarse es hablando. Hablando de nuestros sentimientos en familia y compartiendo nuestros estados de ánimo podremos encontrar cierto alivio. También sabremos cómo están ellos y resultara más fácil comprenderlos y que ellos nos entiendan a nosotros.

c) NO QUEDARSE EN EL DOLOR. Esto implica elaborar, transitar, cuidar el duelo y el proceso de sufrimiento.

d) RECONOCER LA PÉRDIDA. Admitirla y entenderla.

e) ESCRIBIR LO QUE SE SIENTE. Ayuda a mitigar el dolor, la oración, la música y el arte también son salidas positivas para los sentimientos.

f) ADMITIR NUESTRAS LIMITACIONES. No juzgar ni medir el futuro desde el momento actual.

g) SER PACIENTE CONSIGO MISMO. Al principio nuestras reacciones son impredecibles.

h) HABLAR CON UN AMIGO. No espere que los amigos le den respuestas o soluciones. Una carta de pésame o una tarjeta de condolencia también tienen un alto valor. Esas palabras escritas con el corazón son un tesoro incalculable, ya que uno puede leerlas y releerlas en los momentos de tristeza.

i) AYUDA QUE LOS AMIGOS O FAMILIARES APOYEN EN LAS QUEHACERES DOMÉSTICOS. Por ejemplo, las compras del supermercado, pasear a los niños y otras tareas concretas.

j) PRESTAR ATENCIÓN Y CONSOLAR A LOS DEUDOS. Ellos son muchas veces los olvidados en este dolor.

k) ENTERDER QUE NADIE VUELVE A SER EL MISMO.

l) RESPETAR EL DOLOR DEL PRÓJIMO. Se debe evitar observar el dolor del otro con una actitud crítica.

m) ADMITIR QUE NO PODEMOS CONTROLAR LA VIDA.

n) CONSULTAR A UN PROFESIONAL SI LO NECESITAMOS.

ñ) COMER BIEN, DESCANSAR Y HACER EJERCICIO MODERADO.

o) ELEGIR SOBREVIVIR. Aunque lleve años superar el dolor, jamás olvides que el tiempo es nuestro gran aliado<sup>253</sup>.

¿Qué NO ayuda en el proceso de recuperación?:

a) QUE NOS PRESIONEN PARA DEJAR DE LLORAR.

b) QUE NOS PRESIONEN PARA DESHACERNOS DE LA ROPA U OTROS OBJETOS PERSONALES DEL SER QUERIDO QUE MURIÓ SIN QUE ESTEMOS PREPARADOS PARA ELLO.

c) EXAGERAR EL DOLOR PARA PROBAR QUE AMÁBAMOS AL SER QUERIDO QUE FALLECIÓ.

d) INGERIR MEDICAMENTOS O ALCOHOL PARA ALIVIAR LA PENA.

e) CONTROLAR LA VIDA DE QUIENES NOS RODEAN PARA EVITAR ASÍ UNA NUEVA TRAGEDIA.

f) MARGINAR A LOS NIÑOS DE LAS EXPERIENCIAS FAMILIARES DE MUERTE Y TRISTEZA.

g) IDEALIZAR AL MUERTO, CONVIRTIÉNDOLO EN ÍDOLO O SANTO.

h) AISLARSE Y NO ACEPTAR LA AYUDA DE FAMILIARES Y AMIGOS.

i) ABANDONAR AQUELLAS COSAS QUE SIGNIFICAN MUCHO PARA LOS DEUDOS COMO EL DEPORTE O LOS *HOBBIES*<sup>254</sup>.

---

<sup>253</sup> RACCATAGLIATA, Susana., Un hijo no puede morir. La experiencia de seguir viviendo. Op. cit., pp. 235-239.

<sup>254</sup> *Ibíd.* pp. 240-242.

A través del duelo, dejamos que los muertos se marchen y los incorporamos a nosotros. Llegamos a aceptar los cambios difíciles que las pérdidas deben traer consigo y es en ese momento cuando empezamos a vislumbrar el final del duelo.

### **-Los últimos momentos, la terapia del silencio:**

Para acompañar a un moribundo lo que importa es que se tenga un interés verdadero por su bienestar.

En el momento en que el moribundo deja de experimentar dolor, su necesidad de alimento se vuelve mínima y su conciencia del entorno empieza a desaparecer, el final se puede presentar en cualquier instante. Entonces los parientes recorren de un lado a otro los pasillos del hospital atormentados por la espera sin saber si marcharse para hacerse cargo de sus compromisos o quedarse para estar ahí en el momento de la muerte, para el pariente próximo puede ser el momento más difícil ya que no está dispuesto a aceptar la partida definitiva de su ser amado:

**“En esos momentos es demasiado tarde para las palabras, y, no obstante, es cuando los parientes piden más ayuda, con o sin palabras. Es demasiado tarde para intervenciones médicas (demasiado crueles, aunque bienintencionadas, cuando tienen lugar), pero aún es demasiado pronto para una separación final del moribundo. Es el momento más duro para el pariente próximo, pues desea marcharse, acabar de una vez, o se aferra desesperadamente a algo que está a punto de perder para siempre<sup>255</sup>”.**

En ese momento, el médico, la enfermera, el asistente social, el capellán, la tanatóloga, etc., pueden ser un gran apoyo a la familia si logran entender los conflictos que los aquejan y si saben elegir a la persona que sea capaz de mantenerse cerca del moribundo hasta su último respiro. Es el momento de la terapia del silencio:

**“Son los momentos de la terapia del silencio con el paciente y de la disponibilidad de cara a los parientes. El médico, la enfermera, la asistente social o el capellán pueden ser una gran ayuda durante estos momentos finales si logran comprender los conflictos de la familia en ese momento y ayudar a seleccionar la persona que se sienta más capaz de estar junto al paciente moribundo. Entonces esta persona se convierte en su terapeuta (sic). A los que se sienten demasiado incómodos, se les puede ayudar mitigando sus sentimientos de culpabilidad y asegurándoles que alguien estará con el paciente hasta que se produzca la muerte. Así pueden volver a su casa sabiendo que el paciente no ha muerto solo, sin sentirse avergonzados o culpables por haber esquivado ese momento que para muchas personas, es tan difícil de afrontar<sup>256</sup>”.**

---

<sup>255</sup> KÜBLER-Ross, Elisabeth., Sobre la muerte y los moribundos, Op. cit. 345-346.

<sup>256</sup> *Ibíd.* p. 346.



Sólo los que tienen fortaleza y el amor suficiente como para sentarse junto al moribundo pueden tomarlo de la mano o darle un beso en la frente:

**“Tomarle la mano a otra persona es más importante que todas las palabras que podemos decir”<sup>257</sup>.**

El momento final no es insoportable, inaceptable, de un dolor abismal e insuperable si somos fuertes y amorosos:

**“Los que tienen la fortaleza y el amor suficientes para sentarse junto a un paciente moribundo en el *silencio que va más allá de las palabras* sabrán que ese momento no es espantoso ni doloroso, sino el pacífico cese del funcionamiento del cuerpo”<sup>258</sup>,>>.**

El duelo debe durar a lo mucho dos años, si se extiende por más tiempo, es importante preguntarse qué pasa. No hay que ocultar nuestro dolor. Porque si no los demás no saben qué es lo que nos sucede. Lo sano es mostrar nuestras emociones.

### **3.2.3.- El dolor, la culpa como desencadenantes de crisis familiares.**

#### **-El Dolor.**

Algunos rasgos que caracterizan a las mujeres y los hombres en la actualidad son el hedonismo, la permisividad<sup>259</sup>, el consumismo<sup>260</sup>, sin embargo, el sufrimiento, el

---

<sup>257</sup> LEVINE, Stephen., *¿Quién muere? Una exploración en el Vivir y morir concientes*, Ed. Era Naciente, SRL, Buenos Aires, Argentina, 1982, p. 281.

<sup>258</sup> KÜBLER-Ross, Elisabeth., *Sobre la muerte y los moribundos*, Op. cit. p. 346.

<sup>259</sup> Tanto hombres como mujeres se encuentran a la búsqueda del placer sin limitaciones: “*hedonismo* significa que la ley máxima de comportamiento es el placer por encima de todo, cueste lo que cueste... Además su código es la *permisividad*, la búsqueda ávida del placer y el refinamiento, sin ningún otro planteamiento... una cosa es disfrutar de la vida y saborearla, en tantas vertientes como ésta tiene y otra muy distinta ese maximalismo cuyo objetivo es el afán y el frenesí de diversión sin restricciones. Lo primero es psicológicamente sano y sacia una de las dimensiones de nuestra naturaleza; lo segundo, por el contrario, apunta a la muerte de los ideales”. ROJAR, Enrique., *El hombre light*, Ed. Planeta, México, 1999, pp. 22-23.

<sup>260</sup> Uno de los corolarios del hedonismo es el consumismo: “Del hedonismo surge un vector que pide paso con fuerza: el consumismo. Todo puede escogerse a placer; comprar, gastar y poseer se vive como una nueva experiencia de libertad. El ideal de consumo de la sociedad capitalista no tiene otro horizonte que la multiplicación o la continua sustitución de objetos por otros cada vez mejores. Un ejemplo que me pareced revelador es el de la persona que recorre el supermercado, llenando su carrito hasta arriba, tentada por todos los estímulos y sugerencias comerciales, incapaz de decir que no. El consumismo tiene una fuerte raíz en la publicidad masiva y en la oferta bombardeante que nos crea falsas necesidades. Objetos cada vez más refinados que invitan a la pendiente del deseo impulsivo de comprar. El hombre que ha entrado por esa vía se va volviendo cada vez más débil”. *Ibíd.* p. 23.

dolor<sup>261</sup> y la muerte<sup>262</sup> no dejan de estar presentes. El dolor no sólo es humano, los animales también sienten dolor y miedo. Sin embargo, a pesar de considerarse una de las experiencias más desagradables, es también uno de los elementos esenciales del sistema que protege a los seres vivos, ya que, actúa como una señal de alarma ante un peligro inminente, sin su ayuda, podría ser imposible prevenir un daño mayor e irreversible frente a un determinado padecimiento.

Este es el caso del dolor agudo, que acompaña a múltiples malestares y representa una defensa del organismo al permitirle detectar cuando algo anda mal. Al ser sintomático, su abordaje generalmente es etiológico, o sea, que puede suprimirse cuando se elimina la causa que lo origina, empero, si el dolor se hace crónico y recurrente, pierde su papel protector y se transforma en una enfermedad. Esta patología ya no tiene una función biológica; por el contrario, es una fuerza debilitante que impone serios problemas físicos, psicológicos y económicos al paciente y a su familia.

La compleja sensación somato-psíquica, además de tener un componente físico, involucra también factores psicológicos, espirituales, sociales, económicos y es la causa más común que lleva al individuo a buscar atención y ayuda médica, indica la doctora Sara Bistre Cohen, presidenta de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del dolor (AMETD), añade que, dependiendo del sistema u órgano que afecte, el dolor puede ser somático (sistema músculo-esquelético), visceral (estómago, páncreas o periférico), aunque en algunas ocasiones éste se combina dando lugar a un dolor de tipo mixto, común en los enfermos oncológicos. Mientras que el dolor agudo se cura completamente, el crónico solamente se maneja. No obstante, ambos casos requieren un tratamiento inmediato, ya que pueden incapacitar al paciente e impedirle llevar una vida normal. Como se trata de un padecimiento multifactorial y multidisciplinario, para tener éxito es importante un diagnóstico correcto que incluya la medicina del nivel del dolor, porque a diferente intensidad, corresponde un tratamiento distinto. Así el dolor puede clasificarse en leve, moderado o severo y dependiendo de este grado, se recetan los medicamentos para vencerlo. La doctora Bistre Cohen refiere que, en cualquier caso:

**“los pacientes tienen derecho a vivir sin dolor. Este derecho incluso ha sido señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, existe ahora todos los medios necesarios para combatirlo, evitarlo y darle alivio<sup>263</sup>”.**

---

<sup>261</sup> Cfr. **KRAUS**, Arnold., Enfermar o sanar el arte del dolor, Ed. Plaza y Janés, México, 2003. El libro trata sobre la lectura que el individuo y la sociedad hacen cuando el dolor les recuerda que el cuerpo existe, entonces ambos muestran sus flaquezas, sus desvelos, su dolor.

<sup>262</sup> “*Hoy se vive en buena medida de espaldas a la muerte, junto a una exaltación de lo erótico y sexual. Estamos en la era de la indiferencia, es decir, si la vida estorba, se arranca, y como no podemos hacer lo mismo con la muerte, la borramos psicológicamente de los temas a tratar. No es la autodestrucción lo que late aquí, sino una enfermedad de la mayoría: la banalización de la existencia y el hastío del ser humano, que oscilan entre la teatralidad de los medios de comunicación y una apatía generada por la tibieza, el escepticismo y la ambigüedad*”. **ROJAR**, Enrique., El hombre light, Op. cit. p. 85.

<sup>263</sup> **GUERRERO**, Mothelet Verónica., “Los tratamientos del inevitable dolor”, en Investigación y Desarrollo (ID), publicación bimensual editada por Consultoría en Prensa y Comunicación, S.A. de C. V. Distribuidor,

Sara Bistre señala que la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del dolor (AMETD) fue constituida en México hace 23 años y representa al país en el ámbito mundial como el capítulo mexicano de la International Association for the Study of Pain (Asociación internacional para el Estudio del Dolor). La AMETD tiene entre sus objetivos agrupar a los científicos médicos, así como a otros profesionales de la salud que estén interesados en el estudio y tratamiento del dolor sin ninguna distinción de nacionalidad, sexo, raza, afiliación política o religiosa.

El propósito fundamental de las actividades de la AMETD es encontrar la mejor alternativa para aliviar, atenuar y prevenir el dolor.

**“Con este fin, los médicos deben ofrecer a los pacientes que sufren de dolor persistente o agudo la fórmula menos destructiva o la más constructiva, pero ésta siempre tiene que estar acompañada de comprensión, humildad auténtica, deseo de ayudar y amor al prójimo<sup>264</sup>”.**

Para la doctora Bistre Cohen: “el mero intento, ya es un paso adelante; pero si lo logramos, estaremos más cerca de alcanzar la meta de excelencia en el campo del combate al dolor”.

La especialidad para tratar el dolor es la algología (del latín *algos*: dolor; *gía*: tratado) y la doctora Alicia Kassian Rank –jefa del servicio del Centro Nacional de Capacitación en Terapia del Dolor del Hospital General de México (HGM)-menciona que en México aún es poco difundida en la sociedad, por lo que la gente se desespera y recurre a charlatanes que lucran con su malestar, quienes en su afán por mitigar la molestia, con frecuencia terminan provocándoles parálisis parciales o totales en alguna parte de su cuerpo, además, de otras secuelas importantes a nivel neurológico. Según Kassian, en el país sólo hay 300 doctores capacitados en esta disciplina, pero debido al desconocimiento que impera en torno a ella, resulta difícil ejercer la profesión tanto en instituciones públicas como privadas, ya sea porque no cuentan con clínicas para el dolor, o les limitan el acceso. La doctora Kassian menciona que sólo existen cuatro clínicas para el dolor en el sector salud: “la de los hospitales *20 de Noviembre* y *Gabriel Mancera*, de los Institutos de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Mexicano del Seguro Social (IMSS), respectivamente, así como la del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición *Salvador Zubirán* y la del HGM, ambos pertenecientes a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)”.

El manejo del dolor, indica la algóloga Kassian, exige a los profesionales de la salud conocimientos adquiridos en la práctica diaria, así como el uso adecuado de un sinnúmero de técnicas enfocadas a proporcionar una mejor calidad de vida

---

periódico *La Jornada*, junio de 2003, p. 5. D. F. Tels: 55 25 88 86 y 55 25 14 80. Internet <http://www.invdes.com.mx>

<sup>264</sup> *Ibíd.*

al enfermo, especialmente cuando se trata de dolencias que no responden al tratamiento habitual con analgésicos, como las provocadas por cáncer, neuropatías diabéticas y posherpéticas (herpes), neuralgias, lumbalgias, problemas degenerativos de columna vertebral y migrañas:

**“El dolor es un fenómeno complejo y de variadas dimensiones, por lo que debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinaria en la que intervienen anesthesiólogos, neurólogos, traumatólogos, psiquiatras, psicólogos, médicos internistas y físicos, entre otros<sup>265</sup>”.**

La doctora Kassian da un ejemplo, en el Centro Nacional de Capacitación en Terapia del Dolor del HGM trabajan 10 médicos de base: ocho algólogos, dos pediatras, tres psicólogas y dos asesores externos en áreas de ortopedia y neurocirugía, lo que lo convierte en el más grande del continente americano, tanto por el número de especialistas capacitados, como en la cantidad de personas que reciben anualmente de diversas regiones del país. Ahí se atienden en promedio entre mil 200 y mil 400 pacientes mensuales, por lo general derechohabientes del IMSS y en lo particular adultos mayores de 50 años o en edad geriátrica, aunque también reciben a niños con dolores difíciles de tratar.

No obstante, con los adelantos que se han dado en la medicina, la gente se ha creado la ilusión de que ésta puede resolverlo todo y prolongar la vida indefinidamente:

**“Todo cambió con los milagrosos adelantos de la medicina. Los médicos prolongaban vidas mediante trasplantes de corazón y riñón y potentes medicamentos nuevos. Nuevos instrumentos servían para diagnosticar precozmente las dolencias. Pacientes cuyas enfermedades se habrían considerado incurables el año anterior tenían una segunda oportunidad de vivir. Era gratificante, emocionante. Pero también creó problemas, porque la gente se engañó con la ilusión de que la medicina podía arreglarlo todo. Se presentaron dilemas éticos, morales, legales y económicos no previstos. Vi que ciertos médicos, antes de tomar una decisión, consultaban con compañías de seguro, no con otros médicos<sup>266</sup>”.**

El ámbito de la medicina no es ajeno a los intereses económicos y algunos médicos no sólo se preocupan por la salud del paciente, también están al pendiente de las ganancias que les pueda representar los tratamientos que prescriban:

**“Había una época en que la medicina consistía en sanar, no en hacer negocio. Tiene que adoptar esa misión nuevamente. Los médicos, enfermeros e investigadores deben reconocer que son el corazón de la humanidad, así como los clérigos son su alma. Su prioridad debería consistir en atender a sus semejantes, sean ricos, pobres,**

---

<sup>265</sup> **ROJAS**, Yolanda., “Algología, una ciencia por conocer”, en Investigación y Desarrollo (ID), publicación bimensual editada por Consultoría en Prensa y Comunicación, S.A. de C. V. Distribuidor, periódico *La Jornada*, junio de 2003, p. 4. D. F. Tels: 55 25 88 86 y 55 25 14 80. Internet <http://www.invdes.com.mx>

<sup>266</sup> **KÜBLER-ROSS**, Elisabeth, La rueda de la vida, Ediciones B, S.A., Punto de lectura No. 101, Barcelona, 1997, p.231.

**negros, blancos, amarillos o morenos. (...) no hay mayor satisfacción que ayudar a los demás<sup>267</sup>.”**

Una gran variedad de actitudes expresan las distintas virtudes con las cuales la gente desafía el dolor. La paciencia, la clemencia, el valor, la resignación, el autocontrol, la perseverancia y la humildad, son algunas de las reacciones con las que se enfrenta el dolor:

**“El deber, el amor, la fascinación, las prácticas rutinarias, la oración y la compasión fueron simplemente algunos de los medios que permitieron soportar el dolor con dignidad. Las culturas tradicionales hicieron a cada uno responsable de su propia conducta bajo la influencia del mal o la aflicción corporales. Se reconocía el dolor como parte inevitable de la realidad subjetiva del propio cuerpo de uno en la que cada cual se encuentre constantemente a sí mismo y que constantemente está siendo modelada por las reacciones conscientes del cuerpo hacia el dolor<sup>268</sup>”.**

La gente tenía que recurrir a sus propios medios para enfrentarse a su jaqueca, su neuralgia o su padecimiento imaginario:

**“La cultura determinaba su competencia para vivir con su propia recolección de lesiones pasadas y la certidumbre de su vulnerabilidad interminable<sup>269</sup>”.**

En la actualidad, para la medicina el dolor se ha convertido en un problema técnico y se priva al sufrimiento de su significado intrínseco:

**“El dolor actualmente se está convirtiendo en un asunto político que da lugar a una demanda creciente por parte de los consumidores de anestesia para obtener, de manera inducida artificialmente, insensibilidad, desconocimiento e incluso inconsciencia<sup>270</sup>”.**

La sociedad actual es hedonista, es decir, busca el goce y el placer, rechaza el sufrimiento y el dolor. La gente desaprende a aceptar el sufrimiento como parte de su vida e intenta, inútilmente, la supresión definitiva del dolor:

**“La nueva experiencia que ha reemplazado al sufrimiento digno es la conservación artificialmente prolongada, opaca, despersonalizada<sup>271</sup>”.**

Los adelantos en la medicina, le han hecho creer a la gente que su vida puede transcurrir sin dolor, pero el dolor se encuentra asociado a la muerte y la muerte, forma parte de la vida, en todo caso, si se tienen una buena vida, se puede llegar a tener una buena muerte:

---

<sup>267</sup> *Ibíd.* p. 381.

<sup>268</sup> **ILLICH**, Ivan., *Nemesis medica*. Barral Editores, Barcelona, España, 1975, p. 120.

<sup>269</sup> *Ibíd.*

<sup>270</sup> *Ibíd.* 120-121.

<sup>271</sup> *Ibíd.* p. 138.

**“Los grandes adelantos de la medicina habían convencido a la gente de que la vida debe transcurrir sin dolor. Puesto que la muerte iba asociada con el dolor, la evitaban. Los adultos rara vez hablaban de algo que tuviera que ver con ella. Si era forzoso hablar, se enviaba a los niños a otra habitación. Pero los hechos son incontrovertibles. La muerte forma parte de la vida, es la parte más importante de la vida. Los médicos, que eran muy duchos en prolongar la vida, no entendían que la muerte forma parte de ella. Si no se tiene una buena vida, incluso en los momentos finales, entonces no se puede tener una buena muerte<sup>272</sup>”.**

El dolor de una persona que acaba de perder a un ser amado es muy fuerte, no se quita inmediatamente, es un proceso que se supera paulatinamente.

El dolor conceptualmente hablando, es algo subjetivo y personal, además, no lo podemos tocar. Tiene que ver con la peculiaridad de cada ser humano.

Algunos factores que intervienen en el dolor: A) La edad, b) El carácter, c) La educación y d) El grupo cultural y social en el que uno se desenvuelve.

El dolor, biológicamente hablando, es una sensación que provoca malestar físico según su grado de intensidad, en medicina al dolor se le llama síntoma. El dolor indica que necesitamos atención médica.

Psicológicamente hablando, el dolor es el sufrimiento causado por pérdidas o crisis que puede tener en cualquier momento de su vida cualquier persona.

Para el doctor Víctor Frankl -creador de la logoterapia-<sup>273</sup> hay que encontrarle un sentido al sufrimiento. El sufrimiento como tal, puede ser el medio para lograr algo, el hombre debe vivirlo ya que no lo puede evadir, eso significa que asume su destino con responsabilidad, por eso es que si nos preguntamos, *¿por qué a mí?*, nos podemos preguntar, *¿para qué a mí?* Porque para lograr algo, hay que sufrir para merecer. El dolor puede ser que sirva para cambiar nuestra forma de pensar o hacer, finalmente, se trata de una decisión personal.

**“Si la vida tiene algún objeto, éste no puede ser otro que el de sufrir y morir. Pero nadie puede decirle a nadie en qué consiste este objeto: cada uno debe hallarlo por sí mismo y aceptar la responsabilidad que su respuesta le dicta<sup>274</sup>”.**

La persona que no reconoce su dolor, no asume su responsabilidad. Lo que las personas deciden hacer con su propia vida, es una cuestión personal, no hay que juzgarlas porque no sabemos si en algunos casos se trata de algún trastorno mental. El hombre es capaz de sentir dolor, miedo, angustia ante un hecho que aún no ha pasado y temor ante una situación que no puede controlar.

---

<sup>272</sup> KÜBLER-Ross, Elisabeth, La rueda de la vida, Ediciones B, S.A., Punto de lectura No. 101, Barcelona, 1997, 390 p. 190.

<sup>273</sup> Cfr. FRANKL, E. Víctor., El hombre en busca de sentido, Ed. Herder, Barcelona, España, 1996. En particular la segunda parte titulada: “Conceptos básicos de logoterapia”, pp. 97-128.

<sup>274</sup> *Ibíd.* p. 9.

Víctor Frankl pensó que se podía morir de hambre en el campo de concentración en el que estuvo, apenas si lo alimentaban, si logró sobrevivir fue porque quería ver a su mujer nuevamente.

Cuando el hombre se ve tocado por el dolor, es cuando más necesita de comprensión, apoyo y protección, no olvidemos las etapas del proceso doloroso: la negación, la ira, la negociación, la depresión y la aceptación.

Hay personas que hablan sobre lo que les pasa y cómo se sienten, otras no. En ambos casos, la compasión y la comprensión son saludables, humanas.

Compadecer quiere decir: Padecer con la persona. Si yo veo que una persona sufre, yo puedo compadecerla, padeciendo con esa persona la situación por la que pasa.

Para Frankl, las etapas del proceso doloroso se presentan de manera dinámica en la persona que sufre y en la persona que observa al que sufre, ya que el dolor es el fiel compañero del hombre, y significa un descubrimiento: <<Darle sentido al dolor es darle sentido a la vida>>.

**-Confrontación del dolor:** En la confrontación con el dolor influye el carácter, la libertad, las metas y la esperanza. El esfuerzo personal es lo más importante para encontrarle sentido al dolor. Nadie puede darnos el sentido de nuestras vidas, cada uno tiene que encontrarlo por sí mismo en cada etapa que le toca vivir. Sólo así podemos salir adelante en todas aquellas situaciones que nos toque enfrentar.

¿Qué sucede cuando el ser humano encuentra este sentido? Crece como persona, se autoconfigura, es decir, se da otra forma a través de su propio dolor. Las personas que han sufrido, de adultos tienen una expresión severa, aprenden que no siempre una situación adversa puede vencerlos, y eso les da esperanza y los hace vivir en plenitud. <<La experiencia dolorosa nos sobrecoge, nos lleva a la solidaridad>> V. Frankl.

Tratamos de evitar el dolor, pero cuando se presenta, suele hacerlo súbitamente. Hay que procurar no ser duros con los que no pueden enfrentar una situación difícil, cada quien tiene su propio carácter, capacidad y fortaleza.

**-Beneficios del dolor:** El dolor también inspira las grandes obras artísticas: Beethoven a pesar de su sordera compuso grandes obras musicales, Cervantes a pesar de estar en una mazmorra escribió grandes relatos y Mozart -que murió joven-, escribió su Réquiem antes de fenecer.

El proceso doloroso puede llevarnos al conocimiento de uno mismo (lo que soy capaz de hacer). Otro beneficio del dolor es que nos ayuda a madurar (por la experiencia vivida). El dolor capacita para comprender al otro.

El dolor forma parte del ser humano y es lo que nos une a los demás, es por ello que para soportarlo se requiere crecer espiritualmente:

**“Al final de la semana, todos reconocieron lo que yo había descubierto hacía mucho tiempo: que, como verdaderos hermanos y hermanas, todos estamos unidos por el dolor y sólo existimos para soportar penurias y crecer espiritualmente<sup>275</sup>”.**

Si reconozco el dolor puedo trabajarlo, si no lo reconozco se mantiene ahí y me afecta sin solución. Sin embargo, algunos pueden afrontar la muerte mejor que otros. No llorar en el momento de un deceso del ser querido por atender a los familiares o a los amigos, no significa que se llore después, e incluso en lugares inesperados.

Cuando el dolor es intenso y la persona se siente desbordada por el mismo, manteniéndose en un estado de permanente pesar sin lograr avanzar por las distintas etapas del duelo, se puede hablar de un duelo patológico:

**“El duelo crónico fue descrito por primera vez en 1937 como un pesar inusualmente intenso que no disminuye con el tiempo y, por lo tanto, se transforma en una manera de ser. El resultado de esta conducta lleva al individuo a vivir inmerso en un desconsuelo profundo y doloroso. Junto con una profunda tristeza puede haber rabia y resentimiento, como también sentimiento de culpa persistente. Una característica de este duelo es momificar el entorno. El individuo no cambia nada, no guarda ropas ni pertenencias para que todo parezca como si nada hubiese pasado, como si el tiempo se hubiese detenido. La depresión, en distintos grados, es uno de los principales síntomas, además de la hipocondría e incluso el alcoholismo<sup>276</sup>”.**

## **-La Culpa.**

Este tema reviste, para el tanatólogo, una importancia capital. La culpa y los duelos mal elaborados, tienen una influencia muy peligrosa y quizás demasiado poderosa, tanto en el origen como en la gravedad de muchas de nuestras enfermedades mentales y físicas:

**“Todos sabemos que la vida no es sino una sucesión de pequeños y grandes duelos, y sabemos también que en donde hay un duelo existe un sentimiento de culpa; y la culpa... constituye uno de los elementos fundamentales y es, además, una de las compañeras más fieles, de todo duelo y de todo sentimiento<sup>277</sup>”.**

---

<sup>275</sup> KÜBLER-Ross, Elisabeth, La rueda de la vida, Op. cit. p. 368.

<sup>276</sup> RACCATAGLIATA, Susana., Un hijo no puede morir. La experiencia de seguir viviendo, Op. cit., pp. 243-244.

<sup>277</sup> REYES, Zubiría Luis Alfonso., Depresión y Angustia, Curso Fundamental de Tanatología, Tomo II. Primera edición, México, 1991, p. 125.



De acuerdo con Luis Alfonso Reyes Zubiría, el tanatólogo entiende y proporciona ayuda a los sujetos que se sienten culpables por la muerte del ser querido:

**“Culpa: grito del alma, sufrimiento del corazón, voz silenciosa que grita mil veces y que de mil formas me dice que no merezco nada, que nunca lo voy a lograr; que me recuerda mis delitos, mis infracciones a la vida, mi turbulencia emocional y malestar. Me recrimina y me hace sentir culpable por el conflicto de mis sentimientos, cuando experimento odio y amor. Por haber pedido, en los momentos de dolor y desolación, ante el sufrimiento de ese ser amado que quiero tanto, que Dios lo recoja, que se lo lleve ya<sup>278</sup>”.**

La culpa no sirve para nada, excepto para paralizar la fuerza interior de cambio de cada quien. Para eliminar la culpa, agrega Raquel Levinstein, hay que escuchar la voz interna y ponerse a trabajar, pero no para castigarse ni para sentirse mal o culpable frente a la vida, sino para perdonar, para ver la magnitud del error que se cometió y aprender de él, para reparar los daños, para poder ofrendarle a la vida nuestro mejor regalo, nuestro cambio, nuestra transformación y poder decir con certeza: “Eso que hice ayer en inconciencia, hoy con plena conciencia no lo haría más<sup>279</sup>”.

#### **- El sentimiento de culpa: la ética y la moral.**

Una de las situaciones más penosas para el enfermo terminal, para el familiar de éste y, en muchos casos, para el mismo tanatólogo, es enfrentarse a las verdades que están relacionadas con un sentimiento de culpa. Esta es, quizás, una de las razones por las que con tanta frecuencia aflora el mecanismo de negación. Sólo que éste provoca angustia. Y hay personas que se llenan de desesperación y angustia de tal manera que las tendencias al autocastigo crecen y pueden llevar al suicidio, por una percepción distorsionada de la verdad: “es posible que se llegue a confundir la fantasía con realidad<sup>280</sup>”.

#### **- El sentimiento de culpa: angustia y depresión.**

No siempre aparece el complejo de culpa en el campo consciente; con mucha frecuencia está totalmente reprimido, y entonces sólo se manifiesta indirectamente, a través de algunos de sus efectos, como son, entre otros, irritabilidad, malhumor, apatía, depresión y algunos trastornos psicósomáticos. El sentimiento de culpa busca, necesariamente, el castigo.

Cabe hacer otra aclaración que dará luz al tanatólogo. Cuando hay una verdadera pérdida del objeto, lo que se siente es auténtico dolor; si nada más existe el miedo a esa pérdida, surgirá la angustia; la tristeza, en cambio, nacerá de

---

<sup>278</sup> LEVINSTEIN, Raquel., Las más bellas reflexiones de la doctora Levistein, Ed. Panorama, México, 2003, p. 27.

<sup>279</sup> *Ibíd.*

<sup>280</sup> REYES, Zubiría Luis Alfonso., Depresión y Angustia, Op. cit. p. 141.

la conciencia de la realidad que impone la separación del objeto, que ya no existe más.

Soren Kierkegaard asegura que la angustia está vinculada a la idea de elección; dado que siempre existen posibilidades del mal en nosotros, siempre habrá tentaciones; esto es el primer motivo de angustia.

Para Martín Heidegger, igualmente, la angustia es un sentimiento fundamental. Pero hay que distinguirla del miedo, éste se dirige a cosas particulares, mientras que aquella sufre por el mundo o por el ente, pero en su totalidad. No nos angustia una sola cosa, sino el ente en general.

En términos religiosos, la teología católica sitúa la raíz de la angustia en el pecado original; es decir, la presenta como algo que no debería haber existido, pero que es susceptible de transformarse en angustia salvadora.

**“Obvio que estos conceptos servirán de gran ayuda al Tanatólogo cuando tenga que tratar a enfermos terminales, o a familiares de los mismos, cuyo sentido de la Fe sea profundo y fundamental. Y debemos tener muy en cuenta que existen medios socio-culturales para los cuales los aspectos espirituales y teológicos de la vida y de la muerte son verdaderamente cimientos y apoyo<sup>281</sup>”.**

Un tanatólogo debe profundizar lo suficiente en tales conocimientos.

### **La culpa depresiva.**

Al hablar de enfermos terminales o de sus familiares; hay que tener presente que en toda experiencia de pérdida, existe, implícita o explícitamente, un sentimiento de culpa. Perder algo, lo que sea, es, en sí, una privación. El Yo se siente frustrado y empobrecido en su relación con el objeto, las partes de su Yo que gozaban de una identificación.

Hay personas que tienden a culparse de todo lo que les pasa, esto es producto de un complejo de inferioridad, cuando este complejo está muy arraigado, sólo se puede erradicar por medio de la psicoterapia. El que tiene una culpa, si es perdonado se siente mejor, necesita la misericordia de aquella persona que le debe otorgar ese perdón para sentirse en paz.

Es necesario hacer un ejercicio de reflexión: ¿Cómo me veo yo?, ¿Qué siento hacia mí?, ¿Qué situación estoy pasando ahora en la vida?, ¿Cómo enfrente esta situación?, ¿Cómo me siento o cómo me enfrente a una situación difícil?

---

<sup>281</sup> Ibíd. p. 148.

¿Qué es la culpa? Culpa: del latín culpa = Falta cometida a sabiendas o por negligencia inexclusable.

Culpa: del latín culpare = Atribuir a alguien la culpa de algo.

La culpa puede ser:

-Grave: Un gran descuido. La culpa puede ser grave cuando por un descuido el enfermo muere.

-Leve: Cuando es pasajera.

Desde que somos pequeños le echamos la culpa a alguien, siempre ha sido la culpa algo temible.

Según Freud, la culpabilidad es un sentimiento inherente al complejo de inferioridad infantil. El delirio de culpabilidad es una tendencia patológica a magnificar la culpabilidad personal ante un suceso.

¿De dónde vienen estos sentimientos? De las etapas del desarrollo infantil que no tuvieron una solución adecuada como:

- Las crisis edípicas (ejemplo: cuando el papá rechaza a la niña por sus muestras excesivas de cariño).
- Las iniciativas masculinas y femeninas (ejemplo: Muchas veces las niñas quieren jugar con camiones y los niños con muñecas).
- Padres impacientes o intolerantes.
- Exigencias de responsabilidades tempranas.
- Reglas inflexibles.

Resultados:

- Se provoca una gran frustración en los hijos y eso ocasiona culpa o dolor.
- El niño siempre se siente culpable por sus sentimientos negativos (ira, odio, frustración, no tiene libertad para ser auténtico).
- Siempre está tratando de ser bueno para ser aceptado, no tiene autoestima, su valor depende de los otros.

Cuando las personas sienten culpabilidad, sensación de no merecer lo bueno de la vida, baja autoestima y mucho dolor, es necesario aliviar al niño interior que está en lo profundo del inconsciente. Dejarlo hablar, abrazarlo y quitarle la culpa.

La culpa la provoca la depresión y la falta de confianza en uno mismo y en la vida.

Una espiritualidad sana ayuda a que una persona erradique eventualmente la culpa que puede ser falsa, pero si es necesario, debe recurrir al apoyo de la psicoterapia.

### 3.4.- ¿CUÁNDO EL DUELO SE VUELVE PATOLÓGICO?

Con lo que generalmente se encuentra el tanatólogo en su trato profesional con el enfermo terminal o con los familiares o amigos cercanos a éste, es con una vivencia de *depresión* y de *angustia*, muy fuerte y dolorosa, debida, por lo regular, a la pérdida total de la esperanza y a un fuerte sentimiento de impotencia. Se trata de una sensación muy viva de pérdida, real o simbólica, que para el caso es lo mismo, aunada al miedo que produce la presencia de la muerte que siempre trae consigo sentimientos conflictivos, encontrados, contradictorios, dolorosos y la perspectiva de un futuro en el cual estará ausente el que pronto va a morir:

**“Una diferencia clara entre Depresión y Angustia, es que la primera habla del pasado: sólo me podré sentir frustrado o culpable por un pasado displacentero. En cambio, en la angustia, habla siempre el futuro incluso, así se define: como miedo al futuro<sup>282</sup>”.**

La depresión es una enfermedad, como se podrá apreciar más adelante. El deprimido pierde el interés en la vida, se mantiene distante y ausente, motivos por los cuales suele rechazársele en el núcleo familiar. El deprimido puede recurrir al psicólogo, al psiquiatra o al psicoterapeuta para que lo atienda y si es el caso lo medique.

A nivel mundial se reconoce que por cada hombre deprimido hay dos mujeres en situación similar, aunque no es privativo del género. La depresión se sufre a cualquier edad, la padecen las personas independientemente de su sexo, posición económica, social y cultural. No es pasajera, ni se alivia a voluntad. Debe ser diagnosticada por un médico.

En cuanto a la tristeza ésta es normal, después de un tiempo razonable uno se alivia de la pérdida y cambia de estado de ánimo. Algunos remedios contra la tristeza son los de Santo Tomás de Aquino: el llanto, platicar con alguien de confianza lo que nos pasa, bañarse, dormir bien, hacer oración y realizar cosas placenteras aunque no sea fácil. Nunca está de más recibir el reconocimiento de los demás y sus abrazos.

---

<sup>282</sup> REYES, Zubiría Luis Alfonso., Depresión y Angustia, Curso Fundamental de Tanatología, Tomo II. Primera edición, México, 1991, p. 50.

Sin embargo, la vivencia de la depresión o la angustia, suelen estar acompañadas por fuertes sentimientos de frustración, culpabilidad y rabia. Sobre la depresión, el Diccionario de Psicología de la Princeton University, dirigida por Howard C. Warren, señala: “Es un estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable que puede ser normal o patológico”.

¿Es la Depresión una enfermedad? Arieti –en palabras de Reyes Zubiría– nos dice que es un “sentimiento”, pero, y esto lo distingue de la tristeza y pesar comunes, es también un “*síndrome*” puesto que produce alteraciones, graves, tanto del funcionamiento psicológico como de algunas funciones somáticas. Y es “enfermedad” ya que provoca una disfunción del organismo. Esto último independientemente de la evidencia patológica celular o de la causa desencadenante<sup>283</sup>.

### **3.4.1.- La depresión como síntoma de un mal desenvolvimiento del duelo.**

Las causas que más frecuentemente se nombran se refieren a cuatro grupos diferentes: causas biomédicas, ecológicas, sociales y psicológicas.

1.- Causas biomédicas. Las pruebas en cuanto a que la depresión sea una enfermedad heredada siguen siendo de orden estadístico, los resultados de estudios dependerán en mucho de la identificación de los componentes bioquímicos, neuroendocrinólogos y neurofisiológicos de la depresión. En la actualidad, sin embargo, muchos afirman que la depresión es una enfermedad heredada; es decir, que tiene un fuerte componente genético<sup>284</sup>.

Los investigadores tendrán que descubrir más y más sobre esta enfermedad y la angustia o ansiedad que suelen ser sus temibles compañeras, sobre sus causas, sobre el modo de descubrirlas, sobre su tratamiento. El tanatólogo, según Reyes Zubiría, no va a curar a la persona enferma de depresión, sin embargo, debe estar capacitado para comprender al deprimido y, por lo mismo, a la depresión; y esto lo podrá hacer mejor en la medida en que más estudie esta terrible enfermedad.

2.- Causas Ecológicas. Estamos ante un hecho innegable, el ser humano desde siempre está modificando el ambiente en el que vive, por una búsqueda continua de satisfacciones y para ello puede recurrir y lo hace, a la tecnología; su necesidad de conquista siempre es creciente, constantemente quiere incrementar sus ingresos económicos por una comprensible ansia de bienestar y por otras razones. Lo cual trae consigo una serie de reacciones contrarias al mismo hombre: acelerado aumento de la población en las ciudades, inmoderada explotación de los recursos naturales, una producción cada día más difícil de

---

<sup>283</sup> Ibíd. p. 14. Respecto al concepto de depresión y su historia, consultar en particular de la página 17 a la 28 de este texto.

<sup>284</sup> Ibíd. p. 31.

controlar de sustancias tóxicas y de desechos contaminantes, con la consecuente contaminación ambiental y desequilibrio ecológico.

**“Y es válido suponer que la psicología del hombre, su salud mental, emocional, física, se vean afectadas por un medio ambiente nocivo que es en el que se mueve. Con la conciencia culpable, además, de ser él mismo el que crea este ambiente<sup>285</sup>”.**

3.- Causas sociales. Durante siglos, y sobre todo en sociedades como la nuestra, los tres sistemas de apoyo social han sido: la familia<sup>286</sup>, la iglesia y el entorno social. Pero parece que la desaparición de estos apoyos es más que un fenómeno de la época contemporánea. Estamos viviendo una creciente desintegración familiar; una disminución del apoyo espiritual que brinda la iglesia, una falta de vínculos con los vecinos, que son nuestro entorno social próximo. Y, además, existe el fenómeno de las migraciones: del campo a la ciudad, de una ciudad a otra, o incluso, de un país a otro, lo que conlleva una pérdida de los lazos culturales. La gente se traslada a ciudades pequeñas o grandes en busca de mejores condiciones de vida. O cambian de país por lo mismo. Esto provoca problemas psicológicos.

La migración provoca pérdidas reales o simbólicas, las pérdidas pueden interferir en la adaptación de la persona de tal manera que ésta no progrese. Y Litman enseña diciendo que el que no progresa, regresa. Esto, es depresión.

Las relaciones de vecindad, afecto y apoyo emocional que existían hace décadas se han roto por completo. En otras palabras, es más fácil vivir en angustia, en soledad, en frustración o en culpa.

### **-Clasificación de la depresión.**

Debemos estar siempre muy atentos a estas clasificaciones puesto que son de gran ayuda para poder determinar con seguridad, el tipo de depresión que está sufriendo un enfermo terminal o los familiares de éste:

- a) Depresión Primaria o Secundaria.
- b) Depresión Endógena o Reactiva.
- c) Depresión Psicótica o Neurótica.
- d) Depresión Profunda o Depresión Leve.
- e) Depresión Ansiosa.
- f) Depresión Obsesiva.
- g) Depresión Encubierta<sup>287</sup>.

---

<sup>285</sup> Ibíd. p. 37.

<sup>286</sup> Según los sociólogos, en México tenemos, principalmente, estos tipos de familia: Familia Incompleta. Familia Completa. Familia Arcaica. Familia Clan. Familia Coyuntura. Familia Nuclear. Ibíd. p. 41.

<sup>287</sup> Ibíd. pp. 50-55.

Por mencionar algunas, en el caso de la Depresión Reactiva, ésta impulsa al paciente a reacciones de irritabilidad, cólera, a una insaciable necesidad de alcanzar logros, o a un irresistible deseo de alienar o manipular a las personas, incluyendo, por supuesto, a todos los miembros del equipo de salud.

Una depresión a la que se debe poner mucha atención es la llamada Depresión Encubierta; en ella, el enfermo no tiene conciencia de estar deprimido porque las manifestaciones físicas ocultan la sintomatología psicopatológica. Incluso, suele suceder que al mismo médico se le escape la existencia de la depresión confundido por la enfermedad somática. Esta es una forma muy común de la depresión:

**“Muchos de los que consideramos enfermos crónicos, que después de varios exámenes médicos persisten en sus quejas, que suelen tener dolor en la espalda, cansancio crónico, que hasta su insatisfacción o tristeza puede juzgarse como consecuencia de su enfermedad física, tienen, como problema fundamental, una seria depresión encubierta, disfrazada, oculta. Y, por lo mismo, la terapia antidepressiva específica será su curación<sup>288</sup>”.**

Respecto a la Depresión Profunda, debemos tener mucha paciencia, tanta, que nuestra paciencia debe ayudar al enfermo a tenerla consigo mismo y con su depresión; lo mismo que a los familiares del deprimido (quien puede ser cualquier miembro de la familia y no necesariamente el enfermo terminal); ellos necesitarán de esta virtud quizás más que nadie.

Quizás, al menos en la mayoría de los casos, la ayuda principal que se le deberá brindar al enfermo, es buscar o la rehabilitación del paciente o su adaptación a la enfermedad. Para una ayuda verdadera al enfermo deprimido, sea o no el enfermo terminal, le será muy útil tener en cuenta estas clasificaciones: para que pueda tratarlo con una profunda y real comprensión.

### **Algunas condiciones de la depresión.**

La depresión es una enfermedad grave. Nunca se debe minimizar la gravedad del enfermo deprimido. Por eso no se debe confundir, lo que tanatológicamente puede ser muy fácil, depresión con duelo. La depresión es algo patológico, el duelo no lo es. Un pesar normal, en el duelo, no es la incapacidad ni la pérdida de autoestima. Duelo y depresión no son lo mismo, aunque la sintomatología sea muy semejante.

Por eso es importante que el tantatólogo conozca lo más que pueda todo lo relacionado con la depresión, y que tenga en cuenta ciertas condiciones que siempre existen en dicha enfermedad, aunque, por supuesto, no estén presentes en el mismo grado de intensidad en cada paciente; lo agudo o lo fuerte dependerá del individuo y de sus circunstancias. Estas condiciones son:

---

<sup>288</sup> *Ibíd.* p. 58.

## **Desesperación y/o desesperanza.**

El hombre, para que pueda vivir y no sólo sobrevivir, necesita de la esperanza, tanto es así que más que virtud podemos considerarla como una condición necesaria. A un enfermo terminal siempre debemos brindarle una esperanza real. Lo mismo que aun anciano. La depresión profunda tiene como posible causa y como seguro efecto la más dolorosa y angustiante desesperanza.

## **Angustia y Ansiedad**

La ansiedad es, por definición, un efecto desagradable que consiste en manifestaciones psicofisiológicas como respuesta a un conflicto psicológico. La diferencia más marcada con el miedo normal es que en ella el peligro no es real.

## **El Complejo de Dios.**

El Complejo de Dios existe en todos nosotros. Y es fuente seria de depresión, ya que, nos llena de sentimientos de frustración, culpa y también de rabia.

El Complejo de Dios nos obliga, por una parte, a sentirnos Omnipotentes, Todopoderosos. El Complejo de Dios se refiere a la poca capacidad, o incapacidad incluso, de la propia aceptación. No puedo aceptar que tengo el derecho de fallar. No puedo aceptar que tengo el derecho de equivocarme. No puedo aceptar que soy tan débil que soy solamente un humano como cualquier otro. Siento que debo ser tan perfecto como Dios.

Somos víctimas de los demás porque si los demás obran mal, posiblemente no nos quede más remedio que ser los mártires de los caprichos, de las incomprendiones, de los egocentrismos de quienes nos rodean. El jugar el rol de víctima nos lleva a ser: dependientes, vulnerables, a sentirnos fácilmente heridos o abandonados.

Es verdad que todo hombre necesita superarse constantemente y que no debe resignarse a vivir en una cómoda y pasiva mediocridad. Pero este deseo de superación no tiene que ver con el Complejo de Dios.

El Complejo de Dios es, en pocas palabras, el no poder aceptar lo que soy: un simple Humano, con todas las consecuencias que conlleva el ser solamente un humano.

## **-Psicoterapia de la depresión.**

Puede definirse la psicoterapia como el tratamiento de los problemas y trastornos emocionales y de la personalidad, por medios psicológicos. Hay muchas escuelas,



métodos, o técnicas psicológicas. Pero sea cual fuere la que uno escoja, el factor principal, tratándose sobre todo de enfermos terminales o de sus familiares, es la relación que debe haber entre el psicoterapeuta ( en nuestro caso el tanatólogo), y el paciente.

**“A través de esta relación, el enfermo se dará cuenta de que sí puede compartir sus sentimientos, sus actitudes, sus experiencias, sus secretos, sabiendo que el terapeuta ni lo despreciará, ni lo censurará, ni lo juzgará, ni lo traicionará, ni revelará a nadie sus confidencias, sin que importe, en absoluto, lo que él le haya descubierto; el paciente deberá tener muy claro que siempre se le respetará en su dignidad y en su valor como persona humana<sup>289</sup>”.**

Algunas de las psicoterapias que se pueden emplear para tratar la depresión son las siguientes: 1. psicoterapia de la depresión profunda<sup>290</sup>, 2. psicoterapia de la depresión leve<sup>291</sup>, etcétera.

### **-Errores comunes en el trato con deprimidos.**

Siguiendo a Reyes Zubiría, nunca hay que hacerle cierto tipo de preguntas al deprimido. “¿Qué es lo que te sucede?” El enfermo no puede explicárselo. La pregunta, además de inútil, aumentará la angustia en el enfermo. Sobre todo si la hacemos con tono de enojo o desesperación.

Igualmente, hay que evitar preguntas como: “¿Por qué te pones así?”. El deprimido no lo sabe.

Muchas veces, al ver el sufrimiento del enfermo, lo primero que hacemos es tratar de consolarlo. Debemos tener en cuenta que el “motivo” de su depresión, por lo regular no es el motivo real.

Si el deprimido necesita ser consolado -quizás sea su única gratificación- hará suyas aquellas cosas por las que se le está consolando estén relacionadas o no con su depresión.

Otro error común es repetirle que los motivos por los cuales él está deprimido son falsos. Lo llevaremos al convencimiento de que nadie lo comprende, nadie le cree, nadie lo entiende, y que todos lo rechazamos.

Lo siguiente es muy fácil decirlo, pero muy difícil vivirlo: no hay que enfadarse con un deprimido.

Nunca hay que reprocharle a un deprimido. Nunca hay que decirle: “No pones nada de tu parte. Lo que pasa es que no quieres curarte... No haces la lucha por animarte”, etcétera. Estas frases, o frases por el estilo, solamente humillan y desesperan al enfermo.

---

<sup>289</sup> Ibíd. p. 167.

<sup>290</sup> Ibíd. pp. 168-171.

<sup>291</sup> Ibíd. pp. 177-181.

Decirle que la única manera de curarse de la depresión es dando gracias a Dios por todas las injusticias que sufrimos o por todos los males que soportamos. Aumentará necesariamente su culpabilidad, haciendo de Dios un perseguidor implacable, que castiga con la enfermedad de la depresión, por el imperdonable delito de haber cometido un pecado inconsciente. El lenguaje y el sentido del amor, sea humano o divino, serán del todo incomprensibles para él. Las personas que tratan de ayudar de esta manera al deprimido son personas emocionalmente enfermas, son incapaces de amar y comprender al ser humano que sufre.

Lo mejor es dejar en paz al deprimido. Atenderle con amor. Tratarlo como persona y no como un caso más. El deprimido es un sujeto excesivamente susceptible. Habrá que plantearle alternativas pero sin llegar a agobiarlo.

Otro error frecuente es pretender que el enfermo se distraiga. Recordemos que la depresión inhibe el disfrute.

Hay personas que juzgarán al enfermo: “Lo que sucede es que no tienes problemas importantes. Si tuvieras algo de qué preocuparte”. Y dejan al deprimido con algo más de carga negativa. Para el que sufre de depresión, cualquier problema, cualquier preocupación, por nimia que parezca, le es arrolladora. Pero también debemos ser conscientes de que las personas que quieren al enfermo, están, como él, destrozadas. Ver sufrir a quien se ama y sentirse impotente para ayudarlo, es demasiado desolador. Y lo es más si se cae en la cuenta de que, en el fondo, por más esfuerzos que se hagan, no se puede ni siquiera comprender los padecimientos del ser querido ni sus causas.

Existen ciertos deprimidos que convierten en inútil cualquier acción familiar. La misma enfermedad los empuja a atormentar a quienes más los quieren. Esto lo hacen, algunos, hasta con fina sutileza: *“Lo que más me duele es que los estoy haciendo sufrir a ustedes, que son tan buenos conmigo.”*

Por eso, al tratar a los familiares del enfermo deprimido, habrá que ser muy claros y firmes al explicarles que:

- a) La tarea que tienen enfrente y adelante, la de cuidar a su paciente tan especial, puede ser superior a sus fuerzas. Si hay errores, o si hay cansancios, si hay enojos o verdaderos arrebatos de ira, es algo del todo natural. Y nadie, ni siquiera su propia conciencia, tiene derecho a reprocharles algo.
- b) Por último, les debemos aclarar que la ayuda más valiosa que pueden brindar a su ser querido, es proporcionarle un tratamiento profesional adecuado. Inducir a su enfermo a que comience cuanto antes este tratamiento, es ayudarlo en verdad. Si ya lo está siguiendo, entonces reafirmarles que lo están ayudando como debe ser<sup>292</sup>.

---

<sup>292</sup> *Ibíd.*. 188.

### **-Consejos para el tanatólogo.**

-La virtud indispensable que debe tener todo terapeuta ante un enfermo de depresión, es, una paciencia a toda prueba, excesiva. Por ello es bueno dejar que pase la *tormenta*, aceptarla con serenidad, sin atormentarse, y sin atormentar al paciente, mostrándole en todo momento cariño e interés.

-La clave del manejo del deprimido está en la muestra constante de afecto, pero sin dejarse esclavizar por él. Y, al mismo tiempo, sin acorralarlo.

-Trasmitirle optimismo y motivarlo para que realice una actividad, puede serle útil al enfermo que se encuentre ya en la fase de recuperación. Pero sólo en esta etapa. Por eso, no debemos dar normas tajantes, sino que tenemos que estar alertas a las variantes de la enfermedad. Sabemos que durante todo el proceso depresivo el estado de ánimo varía mucho.

-Es importante aprovechar los “buenos ratos” para darle ánimos al enfermo y hacerle ver todo el cariño que sienten por él tanto su familia como sus amigos verdaderos. En los “malos ratos”, en cambio, no debemos imponernos.

-Es imprescindible aplazar las decisiones importantes del enfermo, aunque apremien. Sabemos que el paciente está saturado de ideas de ruina, incapacidad, indignidad, celos y demás.

-Por último, en lugar de continuar con el empeño de hablar sobre la falta de fundamento de sus temores, es mejor exponerle, serenamente, que está realmente enfermo, y que su enfermedad es la que le impide ver las cosas tal cual son, y asegurarle, eso sí, que en cuanto se cure -porque se va a curar- él mismo cambiará de opinión: **“Un Tanatólogo, para que cumpla perfectamente con su trabajo, debe estar siempre alerta, para que su ayuda sea la adecuada, y no vaya, sin quererlo ciertamente, a dañar al Enfermo Terminal (...) o a la familia de éste<sup>293</sup>”**.

Si el tanatólogo no es capaz de descubrir, diagnosticar, y tratar ya sea solo, con el médico primario, algún especialista o en equipo, la depresión o la angustia del paciente, entonces, ni podrá cumplir con sus objetivos ni dará la ayuda adecuada, y menos aún, profesional, a quines recurrieron a él. Su ayuda, en el mejor de los casos, quedará incompleta.

---

<sup>293</sup> *Ibíd.* p. 189.

### 3.4.2.-Trastornos provocados por la depresión:

Su aspecto biológico:

- Falta de sueño (insomnio) o sueño excesivo (hipersomnia).
- Se pierde el apetito.
- Se pierde la libido sexual y las ganas de vivir.
- Se experimentan dolores de cabeza.
- Se presentan problemas digestivos (gastritis, colitis).
- Empiezan los problemas cardiovasculares.

Su aspecto psicológico o afectivo:

- Indiferencia ante las cosas, los amigos, la familia, no existe el interés por ir a alguna parte.
- Hay inseguridad, tristeza, pesimismo, miedo, ansiedad, pensamientos negativos.
- Hay irritabilidad, llanto, se pierde el interés por la escuela.

Su aspecto cognoscitivo:

- Falta de memoria, de atención, se olvida en donde se dejaron las cosas.
- El deprimido dice que no ve bien, rechaza las caricias y la comida.
- Se pierde la autoestima.

Cambio en la conducta: Se presenta una disminución de las actividades vitales. Se recurre al alcohol, las drogas y se tienen conductas suicidas.

Aspecto social:

- El deprimido se aísla de las actividades y relaciones con otras personas.

Si el deprimido no acepta su enfermedad, es difícil que pida ayuda. A nosotros no nos corresponde resolverle su problema porque uno se puede frustrar por no lograr nada. Al deprimido se le debe comprender, tener paciencia y tratar con amabilidad para que quiera enfrentar su enfermedad.

Si sólo es tristeza lo que se siente, la persona cuenta con 3 sistemas de apoyo para aliviar su dolor:

- 1.- La familia.
- 2.- La comunidad.
- 3.- La espiritualidad personal.

Si se cuenta con estos 3 apoyos, se puede salir adelante, de todas formas se trata de un proceso que requiere de tiempo y paciencia. Si el dolor paraliza, no se trata de una tristeza sino de una depresión.

### 3.5.- COMENZAR UNA VIDA DESPUÉS DE LA PERDIDA.

*<<Al mirar lo que tienes en este momento date permiso de desarrollar, de adquirir y de practicar lo que sientes que aún necesitas y todavía no logras. Como en todo aprendizaje, serás torpe al dar los primeros pasos. Probablemente conocerás el caos. Sin embargo, si das a tu experiencia un sentido de dirección, y la acompañas de paciencia y valor, gradualmente se ira convirtiendo en parte de tu nueva integración. La necesidad de seguir adelante te hará ver el mundo como es, no temerle a lo que desconoces, valorar y valorarte en tu marcha hacia un futuro mejor<sup>294</sup>>>  
Virginia SATIR.*

El gran desafío a enfrentar es reincorporarse al mundo a partir de una nueva identidad, de un nuevo conocimiento de uno mismo, en el cual no está incluido el ser querido, lo cual no significa olvidarlo. Construir una nueva relación significa reconocer que ese ser querido está muerto y que uno sigue vivo:

**“El proceso es lento y doloroso, pero es posible volver a la vida, volver a amar y volver a sonreír<sup>295</sup>”.**

#### **-Recuperar la autonomía**

La autonomía personal es esa sensación íntima a través de la cual el individuo se siente capaz de afrontar con libertad su propia existencia, la autonomía le permite a todo ser humano aspirar a ser cada vez más lo que desea ser, él mismo, sin importar lo que dirán los demás, sin que se confunda con el egoísmo. Los niños en una etapa de su desarrollo personal, son egocéntricos, sienten que son el centro del mundo y al estar su familia a su alrededor y pendiente de él, así lo interpreta. Si en la etapa adulta se conserva el egocentrismo, se convierte en egoísmo, en este caso, sólo importan los demás en la medida en que cumplen los deseos del egocéntrico.

---

<sup>294</sup> SATIR, Virginia., Vivir para crecer, Ed. Pax México, 1996, p. 106.

<sup>295</sup> RACCATAGLIATA, Susana., Un hijo no puede morir. La experiencia de seguir viviendo, Op. cit., p. 246.

Cuando se termina un duelo, se tiene que mirar hacia delante. Un hombre que se queda solo, viudo y con dos hijos, pasa por una etapa muy difícil, vive su duelo, lo resuelve pasado un tiempo, entonces tiene que empezar a ver su vida después de la pérdida, conforme se sienta mejor vislumbrara posibilidades en su vida:

**“La vida consiste en volver a nacer continuamente. Pero la tragedia es que la mayoría de nosotros morimos antes de haber comenzado a vivir<sup>296</sup>”.**

#### **- Elementos que pueden inhibir la autonomía personal:**

1) Individuales: Le corresponden a uno, son los permisos personales que no nos damos, muchos de los cuales no se concede uno por prejuicios, por ejemplo que una mujer practique box o un hombre cocine.

2) La autoimagen: Aquí lo importante es que uno acepte como se ve y si no está satisfecho con su imagen que la cambie.

3) El prestigio: Para algunas personas su prestigio radica en su forma de vestir no en lo que hacen, si no visten marcas de prestigio se inhiben.

4) Necesidades no primarias: Se trata de necesidades costosas, creadas, que sustituyen las primarias como la familia, el hogar, la comida, la salud.

5) Afectividad posesiva: La afectividad posesiva no le permite a una persona ser feliz. Si uno no deja respirar a su pareja, si es celoso en exceso, se limita la autonomía de la pareja, no existe amor maduro. Los padres también pueden experimentar afectividad posesiva por sus hijos y les impiden hacer su vida.

6) Los fanatismos: Los fanatismos también inhiben la autonomía y pueden incluso causar sufrimiento y en el extremo, el asesinato de quienes no comparten las mismas creencias.

8) Los políticos: Un régimen político totalitario tiende a la uniformidad social.

9) El egoísmo: Se inhibe la capacidad individual para relacionarse con los demás.

10) Códigos éticos o reglamentos: Algunos códigos verticales, unilaterales y rígidos en el trabajo, la universidad o las empresas inhiben la autonomía.

---

<sup>296</sup> Cfr. FROMM, Erich., El amor a la vida, Ed. Paidós, México, 1985.

¿Qué lugar ocupa el trabajo en la autonomía personal? El trabajo es una actividad productiva que implica responsabilidad, un horario, que requiere dedicación. El trabajo es un derecho y un deber, tiene que ser digno y la remuneración cubrir las necesidades del trabajador. Cuando una persona se queda sola y ya tiene 70 años, puede conservar su autonomía si se autoemplea y recibe por ello un ingreso.

Una persona que está tratando de reconstruir su vida, debe pensar qué es lo que va a hacer. Si va a trabajar o no, si tiene asegurado un ingreso (una pensión) o no.

Cuando la persona está en duelo, no siente la necesidad de salir con otras personas, si lo hace es en contra de su voluntad, pero el duelo tarde o temprano va a pasar.

#### **- Optimizar el tiempo libre.**

Es el espacio que deja el trabajo para hacer algo diferente. Hay personas que no saben que hacer con su tiempo libre: el tiempo de cada día, el del fin de semana, el anual (vacaciones). Hay que trabajar pero también disfrutar del tiempo libre. Algunas actividades son gratuitas, sólo hay que buscarlas, por ejemplo, en los periódicos.

El empleo adecuado del tiempo significa que la persona aprende a vivir consigo misma, puede disfrutar de otras personas, objetos y circunstancias, por las que aún es capaz de ilusionarse. Sin embargo, no toda la gente es capaz de ilusionarse, hay personas que tienen comportamientos patológicos, que están deprimidas y requieren tratamiento médico.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), al ser el hombre un ser bio-psico-social y para la tanatología además, espiritual, cuando una persona ha pasado por un duelo, tiene que reconstruir todos esos aspectos de su vida.

Todas las personas necesitan ser amadas, reconocidas y respetadas. Requieren de abrazos y que se reconozcan sus méritos porque los estimula. Un halago los hace sentir bien. Tienen la necesidad de ser importantes para los demás y para ellos mismos así como contar con un propósito para su vida. Mucha gente mientras está sufriendo su duelo no tiene propósitos, piensan que no vale la pena, pero no sólo hay que tener propósitos, también hay que divertirse y tener sentido del humor, la diversión es básica para el ser humano.

En lo social se necesita establecer relaciones afines con los demás. No hay que aislarse y vivir a solas. Hay que formar parte de alguna comunidad de amigos,

de colegas en el trabajo, de algún club, se necesita el apoyo de la comunidad en el duelo.

En la parte espiritual es necesario comunicarse con la divinidad. La espiritualidad es diferente a lo religioso, la espiritualidad es la comunión con el ser supremo que podemos llamar Dios, Buda, Mahoma, etcétera.

El duelo además de que puede hacernos mejores personas nos puede enseñar a vivir la vida plenamente, hasta que nos toque confrontar la muerte.

**Inventario de vida.** Las necesidades más importantes que debemos tener presentes en la actualidad son:

- a) Las necesidades biológicas: ¿Comes bien?, ¿Haces ejercicio?, ¿Tienes buena salud?
- b) Necesidades psicológicas: ¿Prestas atención a tus necesidades emocionales o te enajenas con el trabajo?, ¿Eres asertivo y dices tanto lo que quieres como lo que no quieres o eres indeciso?, ¿Sabes resolver conflictos, los evades o pides apoyo, asesoría?, ¿Aprendes cosas nuevas?, ¿Aprendes de tus errores? Es importante no perseverar en el error, no tiene caso lamentarse de los errores pasados si no se hace nada por corregirlos, sólo se pierde el tiempo. ¿Te amas y valoras? ¿Sabes relajarte? A veces el estrés agobia, es importante saber relajarse. ¿Tienes sentido del humor? Es importante para no tomar demasiado en serio la vida. ¿Te gusta la vida y la disfrutas? Una persona que está pasando por un duelo tiene que sufrirlo, es inevitable, pero una vez superado, puede nuevamente disfrutar de la vida.
- c) Necesidades Sociales: ¿Te comunicas adecuadamente, sabes pedir lo que quieres? ¿Tienes relaciones nutritivas? Es importante aportar y que te aporten cosas importantes. ¿Pertenece a algún grupo? Es importante relacionarse con personas activas y positivas. ¿Amas de forma abierta y profunda? Amar y sufrir por el amor son cosas que van juntas.
- d) Necesidades espirituales: ¿Cuidas tu espiritualidad? Hay que disponer de tiempo para meditar u orar. Recuerda que si tú estás bien, los demás miembros de la familia lo estarán. Debes enseñar con el ejemplo, cultivar tu esperanza y propiciar tu crecimiento.

**- El Perdón. Importantes beneficios que se obtienen cuando se pide y se otorga.**

¿Qué es el perdón? El perdón es la remisión de una pena, ofensa u obligación. En términos religiosos se le dice indulgencia de los pecados. La práctica de la penitencia para los creyentes puede darles paz a su alma.



Perdonar del latín Per = plus, y Donare = dar, el que perdona da mucho. Al perdonar, se da demasiado.

Las personas con baja autoestima aceptan como personal todas las críticas sean reales o falsas, no importa su edad.

El perdón exime a uno de una obligación en general. El que perdona puede dar la paz interna. Una persona que se siente mal por algo que hizo, si la perdonan descansa.

**“Si lo comprendes todo, lo perdonas todo, y sólo existe el perdón cuando te das cuenta de que, en realidad, no tienes nada que perdonar... Todos cambiamos en presencia del amor, aun cuando el amor puede ser muy duro. No olvidemos que la respuesta del amor es siempre la que el otro necesita, porque el amor verdadero es clarividente y comprensivo. Siempre está de parte del otro<sup>297</sup>”.**

De Mello agrega que hay que observarnos sin miedo a descubrir la verdad, lo que somos, en pocas palabras, uno tiene que conocerse a fondo:

**“La felicidad es un estado de continua conciencia. Si tú eres conciente de una cosa, la puedes controlar siempre y ver tal cual es. Si no eres conciente esa cosa te domina<sup>298</sup>”.**

No obstante, algunas personas dicen: ¡Yo perdono pero no olvido! Recordar con dolor lo que nos hicieron no tiene caso. Uno tiene que aprender a mirarse a sí mismo y aceptar lo que uno es, para ello se necesita de valor para ser autocrítico con uno mismo. Tengo que perdonarme para poder perdonar a otro.

Es el apego a las cosas y a las personas lo que nos hace sufrir, porque se teme perderlas. Por eso cuando se pierde a un ser querido se sufre un duelo, hay que pasar por el proceso doloroso para sanar y mirar las cosas en su justa dimensión. Cuando una persona muere y no se le otorgó el perdón, o no nos perdono, los sentimientos de culpa nos atormentan y nos causan daño.

En ocasiones las personas no engañan a su pareja porque quieran hacerle daño, sino por sus propias carencias. El arrepentimiento es olvidar el pasado para instalarse en el presente. El amor maduro en una pareja se muestra cuando cada uno ha trabajado en su crecimiento personal y se respeta la integridad individual, es lo que menciona Erich Fromm en su obra *El arte de amar* (1990): <<El amor maduro es la unión de dos personas a condición de preservar la propia integridad>>. Por su parte Josefina Vázquez Mota menciona en su libro *Dios mío hazme viuda por favor*<sup>299</sup>, contrario al título, que no es necesario que una mujer este viuda para que se atreva a responsabilizarse de sí misma y autorrealizarse.

---

<sup>297</sup> MELLO, Anthony., *Autoliberación interior*, Ed. Lumen, Argentina, 1988, pp. 161-162.

<sup>298</sup> *Ibíd.* p. 79.

<sup>299</sup> Véase VÁZQUEZ, Mota Josefina., *Dios mío hazme viuda por favor*, Ed. Panamericana, México, 1999. En este texto la autora hace un llamado al crecimiento del ser humano, una invitación a la mujer para que cobre conciencia de su voluntad e inteligencia y se atreva a elegir haciendo a un lado el miedo.

Si uno es tolerante con uno mismo, puede serlo con los demás. Hay que amar y comprender no exigir:

**“Mira, deja de estar reclamando a la vida que nadie te quiere, de estar buscando migajitas de amor, poniéndote como el “tapete que todos pisan”, exigiendo, manipulando lo que piensas que te pertenece. Para cosechar amor hay que sembrarlo. Siébralo hoy, abrázate a ti mismo, a ti misma, no es difícil, y con ello abraza a tu niño interior. En silencio repite: “Te amo, pequeñito; te amo, mi amor”. Te aseguro que esta es una semilla sembrada en lo más profundo de tu corazón<sup>300</sup>”.**

Debo otorgar el perdón si siento que me han ofendido. No hay que esperar a que la persona muera para perdonarla. Raquel Levinstein en su libro *En busca de una ayer perdido* (2001) menciona: “el mejor regalo que un ser humano puede dar, es el perdón total, liberalizador, la aceptación y el amor incondicional<sup>301</sup>”. El perdón surge de la comprensión y la compasión al contemplar el dolor y el sufrimiento del niño que todos traemos dentro.

Las personas que dañan a otros no tienen compasión ni comprensión para sí mismos. Nadie puede dar lo que no tiene. Ningún ser humano daña a otro con plena conciencia, sólo repite las conductas que le inculcaron y lo lastimaron:

**“Mira a las personas tal como son, respétalas, acéptalas y trata de comprenderlas allí en donde están y dales la respuesta que a ti te corresponde: la del amor y la comprensión<sup>302</sup>”.**

### **3.5.5.- EL TRABAJO PERSONAL PARA SANAR.**

Muchas personas quieren sanar pero no pueden. Otras quieren y si pueden pero tienen que trabajar en ello constantemente. Y otras personas salen adelante en poco tiempo porque su carácter se los permite. Prométete a ti mismo: ¡Pensar en lo mejor, trabajar por lo mejor y esperar lo mejor!

No debemos juzgar a los demás pero si hay que darnos cuenta de cómo nos comportamos. No se vale justificar el comportamiento personal diciendo que así eran nuestros padres, porque ya como adultos, el daño que se les puede hacer a los demás es a título personal.

Nadie se programa para enfrentar un duelo de manera anticipada, no es fácil, por mucho que uno se lo imagine, cuando sucede siempre es difícil enfrentarlo. El duelo es un proceso porque es una sucesión de eventos en donde puede haber detenciones y distenciones, pone en juego todas nuestras defensas.

---

<sup>300</sup> LEVINSTEIN, Raquel., *Las más bellas reflexiones de la doctora Levistein*, Ed. Panorama, México, 2003, p. 29.

<sup>301</sup> Cfr. LEVINSTEIN, Raquel., *En busca de un ayer perdido*, Ed. Panorama, México, 2001.

<sup>302</sup> MELLO, Anthony., *Autoliberación interior*, Ed. Lumen, Argentina, 1988, p. 92.

Siempre que tengamos un duelo hay que practicar ejercicios que nos ayuden a sanar para seguir viviendo lo mejor posible, hay que procurar ser felices.

En el trabajo personal para sanar, hay depresión, y uno está enfermo; o tristeza, que es un sentimiento normal para la persona que está en duelo. Es en este momento en el que uno se pregunta si quiere realmente trabajar para sanar el dolor o no está dispuesto a hacerlo, se pasan por momentos de indecisión. Hay personas que no quieren mover las cosas de su lugar y hacen un santuario de la habitación del muerto. O que guardan sus cosas por años. El duelo tiene un tiempo, si se prolonga por siete años, se trata de una situación enfermiza. Si el duelo se prolonga más de lo aceptable, entonces las personas empiezan a tener conductas extrañas, obsesivas. En breve, el duelo patológico se manifiesta por conductas compulsivas y reacciones exageradas e inadecuadas.

Cuando hay duelo, hay que hacer un esfuerzo por pensar en lo mejor, en que uno va a sanar. Si uno le pudiera preguntar al muerto que piensa de nuestra actitud, su respuesta sería que fuéramos felices, no nos permitiría sufrir, en todo caso, pocas personas desearían lo contrario.

Pensar en lo mejor no es fácil cuando uno está pasando un duelo. Hay que ser amable con uno mismo, no sentirnos mal por llorar. El duelo va a terminar algún día, es un proceso, no se debe perder la esperanza. El proceso pone en juego nuestras defensas, nos damos cuenta cómo nos educaron nuestros padres, si somos fuertes o débiles.

### 3.5.6.- EXPRESAR Y SANAR EL DOLOR, LABOR DEL TANATÓLOGO. ENTREVISTA.

#### ENTREVISTA

Realizada a María del Rosario Padilla León, Tanatóloga.

*“Comprender al hombre que padece los más dolorosos sufrimientos que pueden existir es el objetivo principal de la tanatología”*

*M. Del R. Padilla de León*

La tranquilidad y paz que tiene su mirada parece contradictoria a lo que día a día tiene que ver: enfermos sufriendo por metástasis, cirróticos agresivos ante su enfermedad *¡Debí haber dejado el alcohol cuando todo el mundo me lo pedía!* se quejan demasiado tarde; comatosos, etcétera. Brindarles confianza y serenidad, por muy utópico que se vislumbre es el papel que el tanatólogo desempeña en la sociedad.

María del Rosario Padilla León, maestra de profesión dedicó su vida a la enseñanza a nivel kinder y primaria. Desde pequeña la consideraron paciente y con una inmensa dulzura, cual manta protectora para todos aquellos que la rodeaban. Jubilada, encontró en la Tanatología una nueva forma de compartir. Pudo haber sido en un hospital, que es donde pasa la mayor parte del tiempo, o en una iglesia, lugar preferido para impartir sus cursos de tanatología, escogió la pasividad de un jardín para platicar conmigo. *“Debajo del kiosco nos vemos a las 6 pm.”* -me citó la tanatóloga-.

Preferí caminar por las calles empedradas de Tlalpan para llegar ahí, mientras, en mi mente, transitaban un sin fin de preguntas y sensaciones. Como acompañantes: un cuaderno y un bolígrafo.

A lo lejos un señor vendiendo chicharrones y papas, unos niños jugando y unas personas practicando yoga. Alcanzo a ver el kiosco y a ella sentada en una de esas bancas verdes típicas de parque, ésas que se confunden con los matorrales y los árboles y llegan a dar, además, cierta perspectiva de comodidad.

Su piel demasiado blanca cincelada de arrugas combinaba muy bien con su camisa rosa y su traje beige. De compleción robusta y estatura mediana, el cabello totalmente recogido en una elaborada coleta me recordó a esas mujeres que entregan su vida al servicio de Dios.

¿Cómo enfrenta la muerte un tanatólogo? Con esta pregunta inicié la entrevista y ella me respondió:

*R: “El tanatólogo debe adoptar una actitud peculiar ante la muerte; la actitud que yo adopto es la serenidad, tengo que hacerle frente a la muerte, encarar mis propios miedos, ya que, solo así podré derrotarlos y no los proyectaré inconscientemente al enfermo que requiere de mi apoyo”, dice, sin dejar de mirarme tiernamente y con un dejo de melancolía. Pero el tanatólogo no solo se encarga del duelo del moribundo, sino también de los sobrevivientes, agregué y ella me dijo:*

*“El tanatólogo debe estar preparado para ayudar plenamente, humanamente y profesionalmente a los sobrevivientes de la muerte de un familiar o de un amigo. Y su meta es llevarlos a la plena y real aceptación de dicho suceso”.*

El paciente del tanatólogo no es solamente el enfermo terminal, también lo es la familia, debemos ayudarlos para que cuando la muerte llegue puedan hacer el trabajo de duelo en el menos tiempo y con el menor dolor posible. Pero la muerte siempre es confrontante, y por eso pocas veces se insiste en los sentimientos de todo tipo que genera. ¿Es una decisión difícil aceptar que se necesita la participación de un tanatólogo?:

*R: Generalmente es difícil. A mi recurren pacientes y familia, en la mayoría de los casos canalizados por su médico. El tanatólogo es el especialista que atiende los aspectos del proceso del morir: la angustia que sufren paciente y familia desde el momento mismo en que conocieron el diagnóstico fatal; la frustración manifestada en esa rabia irracional e incontrolable que sufren todos los involucrados en esa tristeza que parece ser infinita, eterna y que nace por la presencia fantasmal de la muerte entre ellos; las culpas, absurdas siempre pero inevitables y que se transforman en las compañeras más fieles y dolorosas; las depresiones que son y lo serán siempre, las emociones que hacen que, quien las sufre, se sienta inmerso en un profundo dolor, en fin, todos esos sentimientos que experimenta el enfermo en Fase Terminal y que tiene que trabajar para lograr una real aceptación, nunca a la traidora regresión.*

¿No es absurdo querer que el enfermo terminal siga siendo productivo cuando se encuentra cegado por la tristeza?:

*R: Es a él a quien hay que ayudar a que siga siendo productivo y tenga calidad de vida, a quien debemos preparar para que acepte su situación, muera con dignidad y en paz. Para la tanatología el Enfermo Terminal es aquel que padece una enfermedad por la que posiblemente vaya a morir, en un tiempo relativamente corto y que conoce su diagnóstico. Lo relativamente corto se refiere al punto de vista del enfermo y de su familia, no al del médico. Enfermo Terminal no es el moribundo. A éste se le llama Enfermo en Fase Terminal. El tanatólogo ayuda al enfermo terminal a que siga siendo productivo todo el tiempo que pueda y a que tenga verdadera calidad de vida, esto significa pensar en la vida. Los miedos más frecuentes a los que se enfrentan los familiares de quien va a morir son diversos. Miedo a que su ser querido vaya a sufrir mucho, éste miedo se acrecienta conforme el enfermo se va deteriorando y van apareciendo nuevos síntomas; miedo a que su ser querido no vaya a recibir la atención adecuada en el momento preciso, éste miedo se intensifica cuando ha habido experiencias previas de mal trato en algunas instituciones o si el médico se*

*desatiende; miedo a hablar con el ser querido. El silencio, la no comunicación verbal, o más todavía, la ausencia, es una defensa de los que sufren el duelo anticipatorio y una racionalización de sus miedos a abordar el tema de la muerte; miedo a estar solo con el ser querido en el momento de la muerte es un miedo de enfrentarse a la realidad, a los sentimientos tan intensos que esto provoca y quizás el resultado de los negocios no terminados con quien murió, miedo a no estar presente cuando muera el ser querido, este miedo obliga a muchos familiares a no querer separarse ni un instante del lecho donde reposa su enfermo, a pesar del cansancio que puede ser intenso, también temen quedarse dormidos y no darse cuenta de la muerte de su familiar.*

¿Qué otras dificultades se presentan?:

*R: El tanatólogo debe comprender las dificultades que puede afrontar la familia de quien va a morir, forman parte importante del duelo anticipatorio. Los familiares, además de afrontar y aceptar la idea de la muerte, tienen que adaptarse a otras exigencias, que quizás resulten contradictorias además de enfrentarse a sus reacciones emocionales, ambivalentes, posiblemente perturbadoras. Dificultad para compartir el afecto y cariño con el moribundo: por su propio miedo, por la falta de tiempo, por la imposibilidad cuando el enfermo se encuentra en una unidad de terapia intensiva intermedia. Dificultad para actuar con “naturalidad” ante su enfermo; dificultad para aceptar que su ser querido “se está muriendo”, lo que significa la aceptación de sus síntomas, de su debilidad y de la dependencia con el enfermo, así como de la pérdida de su rol y de sus funciones. Ante esto el tanatólogo debe ser consciente que se genera, normalmente, mucha rabia; dificultad para cuidar al paciente y responder a sus necesidades físicas y emocionales, proporcionándole todo el tiempo y toda la compañía que requiere, dificultad para repartirse las responsabilidades del cuidado del que está en estado de precoma, ya que, no todos los miembros de la familia tienen la fortaleza necesaria ni las habilidades requeridas. Los que están más capacitados sentirán que es injusto que ellos tengan más responsabilidad, lo cual dará lugar a tensiones familiares; dificultad para continuar con sus relaciones normales. Saben que es necesario, pero no tiene ni tiempo ni humor.*

El tanatólogo debe tomar en cuenta las necesidades de los miembros de la familia, ya que no sólo están por perder un ser querido, sino que, además, tienen que aliviar sus temores y resolver sus problemas. Por lo que tendrán necesidades que usted con su experiencia ya ha de saber identificar ¿cuáles son?:

*R: Claro, con el tiempo uno aprende a identificar ciertas necesidades que tiene cada miembro de la familia como por ejemplo: necesidad de asegurarse que se está haciendo todo lo posible por su ser querido, que no se le está, simplemente, dejando morir, que se le está procurando todo el alivio posible y que se está haciendo lo mejor; necesidad de contar con la disponibilidad, comprensión y apoyo, al menos del tanatólogo, si no se puede de todo el equipo de salud; necesidad de estar todo el tiempo con el ser querido, la familia sabe que se está muriendo, que el tiempo se acaba y que hay que aprovecharlo al máximo; necesidad de intimidad y privacidad para el contacto físico y emocional y que en muchos hospitales no se permite, sobre*

*todo en las UTI; necesidad de participar en el cuidado de su enfermo, así el familiar se sentirá útil y se evitará sentimientos de culpa; necesidad de reparar la relación con su enfermo y de llegar al mutuo perdón; necesidad de compañía y de apoyo emocional. En ocasiones se prefiere la compañía del tanatólogo a la de los familiares o amigos por lo que tiene que estar disponible, en su tiempo y actitud, siempre que sea conveniente; necesidad de echar fuera sus emociones negativas: tristeza, rabia, temores, etcétera; necesidad de conservar la esperanza, pero esa esperanza se va modificando conforme avanza la enfermedad. Siempre debemos darle una esperanza real, no mágica y por último, la necesidad de apoyo espiritual, si el sacerdote, el pastor, el rabino, o el ministro religioso requerido, no puede estar presente, el tanatólogo tiene que estar capacitado para responder a sus necesidades.*

María saca de su bolsa un libro del doctor Reyes Zubiría: *Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y a su familia*, forma parte de uno de los cuatro tomos que conforman el diplomado en Tanatología impartido por él mismo cuya duración es de un año. El diplomado está reconocido por la Facultad de Medicina de la UNAM., y es impartido en la Asociación Mexicana y de Tanatología A. C. (AMTAC), la cual fundó y preside desde 1988. Esta institución introdujo la Tanatología en el país con el propósito de enfrentar a la muerte y no evadirla, vivir a plenitud y no engañados. Sobre las características que debe tener un tanatólogo, María del Rosario me comenta:

*“Debe tener un profundo conocimiento de lo que enseña la tanatología como disciplina científica. Sin esto se cometerán muchos errores y no es ético presentarse ante quien sufre los dolores de la muerte y/o de la desesperanza sin preparación. Debe ser compasivo (del latín: Sufrir con), establecer una real empatía, no mostrar sentimientos fingidos y desarrollar una gran habilidad para identificar, rápidamente, las necesidades de su paciente. Debe acrecentar sus aptitudes para desarrollar relaciones interpersonales (con el enfermo, la familia y los miembros del equipo de salud. Le ayudará mucho tener sentido del humor, ser capaz de reírse de lo absurdo de una situación y de él mismo. Una alta honestidad para saber decir: “No sé”. Capacidad para decir las cosas como son, sin recurrir a mentiras “piadosas”, ni a circunloquios, que puedan llegar a romper la confianza que debe existir entre el tanatólogo, el enfermo y la familia. Tiene que ser generoso para dedicar su tiempo cada vez que el paciente o su familia lo necesiten y escucharlos con atención e interés, debe ser humilde y saber lo que es y exige el Amor Incondicional y vivirlo. En este orden de ideas, las actitudes necesarias de la persona que facilita el proceso de morir en los enfermos terminales son: comprensión empática, aceptación y respeto positivo incondicional, congruencia y autenticidad, haber conciliado una adecuada elaboración de los propios duelos y disponibilidad para el trabajo”.*

María proviene de una familia católica y conservadora, es madre de dos hijas y reconoce que le aterra la violencia en el mundo y el machismo. Al respecto comenta:

*“Tuve la fortuna de casarme con un hombre ejemplar, era Coronel del ejército. Siempre creí que compartiríamos nuestra vejez, pero curiosamente recién que comencé a estudiar Tanatología, él murió, cuando menos lo esperaba. Hace ya cinco años”.*

Sus hijas creyeron que sería difícil que superara la pérdida, pero María les demostró lo contrario:

*“Estaban tan acostumbradas a su padre, que la pequeña no quería salir. Tuve que sobreponerme cuanto antes y a los pocos meses regale a la gente necesitada toda la ropa de mi marido. Solo me quede con cosas personales como este bolígrafo que siempre utilizo”.*

El ser humano puede enfrentarse a la muerte de varias formas: con violencia, tranquilidad, solo, acompañado, con sufrimientos, sin dolores, instantánea o con prolongada agonía, en su casa, en el hospital, con calidad en la atención, sin ella...

*“Estas diferencias las debe tener muy presentes el tanatólogo, así como los aspectos somáticos, psicológicos, socioculturales y espirituales, si su enfermedad es aguda o crónica, el momento de la enfermedad, la personalidad del enfermo y las repercusiones sociales del proceso patológico”.*

María analiza sus apuntes, sus libros y sus recuerdos. Frecuentemente mira al horizonte y en ocasiones me transporta a una serenidad que rara vez había sentido. *“¡Hace frío!”*, me dice, toma su suéter, el cual tiene bordadas flores blancas y añade:

*Pero la muerte no solo surge por enfermedad también tenemos la muerte súbita, la muerte por accidente, la muerte por un crimen, la muerte masiva, etcétera. Y cada una de ellas tiene su muy particular duelo. Y ante todo es muy importante la honestidad, uno tiene que ser honesto con los niños y decirles qué pasó, no es necesario inventarles una historia extraordinaria, hay que dejarlos llorar, si quieren tocar al difunto que lo hagan, tienen que cerciorarse de que ya no está vivo.*

¿Qué tan difícil es para las personas adultas explicarle la muerte a los niños?

*R: Es un proceso difícil explicarle la muerte a cualquiera. Igual pasa cuando una persona está grave de muerte, es importante ser honestos con él y con sus allegados. Y también es difícil entender cómo quieren morir las personas y aceptarlo.*

Hábleme del duelo María:

*El duelo es un proceso largo y como uno se encuentra herido, se debe tener cuidado con uno mismo. Generalmente se encuentra uno en un estado etéreo, los hábitos se rompen, hay alteraciones del sueño, se pierde el apetito, se olvidan las responsabilidades. El duelo surge tanto en el enfermo como en los familiares, y puede presentarse desde que se sabe de la enfermedad; y cuando muere el paciente, el duelo es de los sobrevivientes.*

Además del diplomado en Tanatología, María a tomado cursos en psicología, ya que el tanatólogo también tiene que ser honesto consigo mismo y reconocer que puede afectarle alguna de las circunstancias a las que se enfrenta, pero si está bien



preparado y es sensible, logrará sobreponerse a las situaciones más difíciles, al respecto comenta:

*He conocido a una pareja que lleva veinticinco años de casados, viven en la pobreza extrema –siempre hacemos colecta para ellos- la enferma es Doña Blanca, se le diagnosticó cáncer y se le da quimioterapia, además le cortaron una pierna producto de una diabetes mal cuidada; su esposo es diez años menor que ella y es quien la cuida todo el tiempo. La trata con tanto amor y tanta dulzura, que me cuesta trabajo creerlo. Los dos se miran de una forma especial y se derrama el amor por los poros. Cuando llegas a esa casa, la enfermedad y la pobreza se te olvidan. Comienzas a creer que el amor lo puede todo”.*

¿Será el amor una gran medicina?:

*R: Claro que lo es, es la mejor medicina. Cuando ya no queda nada por hacer; la mejor medicina para el paciente es la demostración de amor por parte de sus seres queridos y la compañía. Esa es la gran medicina*

Con esas palabras concluí la entrevista. Le agradecí su tiempo, sus enseñanzas y disposición. Había oscurecido y hacía frío. Nos levantamos de la banca y caminamos, mientras tanto, yo pensaba en esa *gran medicina: el Amor...* La acompañe a un sitio de taxis que se encontraba a la vuelta de la calle. Me dio un cálido abrazo, me deseo paz, me dijo que esperaba verme pronto y se fue.

## CONCLUSIÓN.

Existe una verdad esencial, primordial, indubitable y universal: la muerte. Ningún ser humano escapa a ese acontecimiento. Sin embargo, ninguna definición la agota: El verdadero problema es que no tenemos una auténtica definición de la muerte.

Debido a la fe que tiene en sí misma una sociedad no puede admitir que un individuo que ha formado parte de la misma se pierda para siempre: *la última palabra ha de ser la de la vida*. Esta reintegración constituye tanto en las sociedades primitivas como avanzadas uno de los actos más solemnes de la vida colectiva.

Conocer mejor la muerte es *reducirla a su justo lugar*, evitando a la vez el no querer tomarla en consideración (negación); la fascinación obsesiva, que no hace perder de vista el combate por una vida mejor; en fin, la evasión hacia fantasías de consolación o de compensación. De este modo, al superar la *negación* de la muerte, todo hombre debe tener el coraje y la lucidez de mirarla sin miedo. No se trata en absoluto de matar lo imaginario (el hombre no puede prescindir de ello, como lo confirma el psicoanálisis), sino de reconstruirlo, de generar nuevos símbolos, de inventar nuevos lenguajes.

A este respecto, *una educación de la muerte* debería formar parte de los programas escolares en todos los niveles de la enseñanza, y en la totalidad de sus dimensiones (biológicas, psicológica, sociológica, económica).

Retornar al cuerpo entenderlo en sus debilidades y quebrantos parte de una propuesta para enfrentar el momento culminante, nos encontramos cada vez más lejos de nosotros mismos, debemos aprender a reconocer medidas alternativas que nos invitan al reencuentro con nuestro origen. El conocimiento milenar no debe ser reservado sólo para iniciados, la propuesta es aprender diferentes matices de percibir e interpretar la vida y la muerte. La combinación de la tecnología, la tradición y la naturaleza forma parte de la propuesta alternativa para poner fin a la globalización y comercialización de conceptos, que conllevan a una visión y un pensamiento monolítico que trastoca y deja de lado el mundo simbólico.

Los hombres de la época moderna, difícilmente se deja invadir por los espíritus, deja de concederle en menor crédito a los mitos o a los ritos. El progreso de la ciencia y de la técnica, el desarrollo del espíritu crítico, la expansión del espíritu individualista y competitivo impuesto por un mundo en donde la rentabilidad y el beneficio reemplaza a los antiguos valores, dejan sólo al individuo: *“La salvación, sí existe, no puede estar sino en él, así como la muerte es su muerte, que deberá afrontar sin la ayuda de Dios”*.

La sociedad actual rechaza la muerte, la silencio. La trata con indiferencia y hace todo lo posible por evitarla. La existencia del mal de antaño repercutía en la doma de la muerte. La supresión del mal ha vuelto a su estado salvaje a la muerte. El caso típico de nuestra sociedad se puede apreciar en un hospital: tanto el personal médico, como los familiares que acompañan a un moribundo en su agonía, evitan escrupulosamente hablar sobre la muerte.

El reto de la muerte sólo puede encararse llevando su amenazante discontinuidad a una continuidad más alta. Entre más grande sea la muerte, más terrible la pena, aún así, 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 vida.

En términos sociales, Jean Baudrillard señala que los muertos han dejado de existir, han sido arrojados fuera de la circulación simbólica de la colectividad. Por tal motivo nos encontramos inmersos en una “*desocialización de la muerte*”, lo cual significa que hemos traducido a la muerte como una fatalidad individual, un proceso natural que no merece reflexión alguna, sino meras respuestas convencionales que sirven como sedantes.

Lejos estamos de entender que la muerte es una relación social que acontece en la comunidad, un intercambio simbólico. En los pueblos primitivos existe un intercambio colectivo, a través de los rituales y los mitos.

El fundamental imperativo de todo ritual es lo que uno no puede conseguir solo: *el hombre no puede impartirse vida a sí mismo sino que debe conseguirla de sus congéneres humanos.*

Para Freud uno de los factores por el cual hoy nos sentimos desorientados en este mundo, es el cambio de actitud que hasta ahora se venía observando ante la muerte, es decir, existe una clara manifestación a prescindir de la muerte, a eliminarla de la vida.

¿No será mejor dar a la muerte, en la realidad y en nuestros pensamientos, el lugar que le corresponde y dejar volver a la superficie nuestra actitud inconsciente ante la muerte, que hasta ahora hemos reprimido tan cuidadosamente? Esto no parece constituir un progreso, sino más bien, en algunos aspectos, una regresión; pero ofrece la ventaja de tener presente la verdad y hacer más soportable la vida. Soportar la vida es, y será siempre, el deber primero de todos los vivientes.

Para Lepp el único antídoto eficaz contra el miedo a la muerte parece hallarse en un intenso amor a la vida. Es preciso saber que podemos morir, y, sin embargo, vivir como si no debiéramos morir jamás. La causa más frecuente de las neurosis y otras dificultades psíquicas –menciona Lepp- no se halla en los conflictos inconscientes de la sexualidad, la causa más frecuente de perturbaciones psíquicas parece radicar en la falta o pérdida del sentido de la vida. Las dificultades conyugales, profesionales, sociales, se manifiestan como

consecuencias de una vida cuyo sentido se ignora. El hombre puede vivir para sus hijos, para la patria, para la humanidad, para el arte, la ciencia o para Dios. Lo que desde el punto de vista psicológico importa, es que tenga conciencia de que vive para algo, o preferiblemente, para alguien: *si logramos dar sentido a nuestra vida, nuestra muerte también lo tendrá*. Lepp enfatiza que los hombres que viven intensamente y saben por qué viven, enfrentan una gran serenidad en su envejecimiento y la proximidad de la muerte.

Es una cualidad inherente a toda materia viva el vivir, el conservar la existencia y crecer, es el caso de la hierba que crece entre las piedras en busca de luz y vida; en el animal que luchará hasta lo último para escapar a la muerte o el del hombre que dará casi cualquier cosa para conservar la vida. La contradicción entre la afinidad con la vida y la afinidad con la muerte, es la contradicción fundamental en el hombre, pero esa dualidad no es la de dos instintos biológicamente intrínsecos, luchando entre sí hasta la victoria final, sino que la tendencia primaria es la de preservar la vida y su contradicción, cuando el hombre no tiene esa meta.

El instinto de vida constituye la potencialidad primaria del hombre; el instinto de muerte es una potencialidad secundaria.

A principios del siglo XX el cuidado y tratamiento de los moribundos es deficiente, sus necesidades físicas, espirituales, sociales, emocionales y psicológicas no se atienden en la forma adecuada.

De manera paralela, la medicina se interesó por el acto de morir y lo que implica a partir de los años cuarenta, periodo en el que empezó su construcción científica. Por primera vez se diagnosticaron y curaron enfermedades de manera sistemática. A partir de entonces, aparecieron en la literatura médica científica, artículos pioneros sobre el tema de la muerte, por ejemplo, en 1969, Elisabeth Kübler-Ross –una de las precursoras de la tanatología- escribió su libro *La muerte y los moribundos*. Poco a poco se desarrolló una nueva especialidad, la tanatología: reagrupamiento de los conocimientos sobre la muerte.

Ahora bien, la tanatología es compleja debido a que su objeto cuenta con múltiples facetas y se relaciona con varios campos de análisis, además de la ciencia y la técnica médica, con la antropología, la historia, la filosofía, la psicología, la religión, política, etcétera.

Para Elisabeth Kübler-Ross el proceso de morir se encuentra conformado por cinco fases, lo cual no significa que exista un seguimiento lineal, progresivo y acumulativo, y que la muerte pueda englobarse en un método sistemático, pero retomar dicha perspectiva nos permite articular el estudio de la muerte.

La tanatología es considerada en México como un voluntariado al que no se le concede seriedad profesional, no obstante, existen algunas instituciones que se encargan de difundirla de manera científica e integral.

Cualquiera puede elaborar su duelo, cuando es normal y no patológico, haciendo uso de sus procesos psicológicos, sus recursos personales, interrelacionándose con personas estimadas y siguiendo las normas establecidas por su contexto socio-cultural. Por lo mismo, no necesitará de ayuda profesional alguna. No obstante, en términos tanatológicos no hay que dejar que ninguna persona supere sola su duelo. Uno de los objetivos de la terapia tanatológica es, precisamente, ayudar a quien sufre un duelo por la muerte de su ser querido, a que lo elabore en un tiempo aceptable, esto es, entre uno y dos años y con el menor dolor posible.

La tanatología no quita el dolor, nada lo quita, ayuda a sobrellevarlo. Parte de la salud mental consiste en reconocer el dolor y vivir con él.

En cuanto al enfermo terminal cabe hacer una puntualización. El enfermo terminal es aquel que padece una enfermedad por la que posiblemente va a morir en un tiempo relativamente corto. Mientras que el enfermo en fase terminal es aquel que está a punto de morir, el moribundo.

El enfermo en fase terminal sufre diferentes pérdidas, muy dolorosas para él. Pérdidas a las que el tanatólogo debe poner mucha atención. Estas son principalmente: 1.- Pérdida de la salud, 2.- Pérdida de la libertad, 3.- Pérdida del cuerpo, 4.- Pérdida de la imagen propia, 5.- Pérdida de la paz interior. Otro aspecto importante a considerar en el enfermo son sus miedos: miedo al dolor, a la soledad, a perder el significado de su vida y miedo a morir sin dignidad, a que se le trate como a una cosa y no un ser humano. Respecto a la expresión *morir con dignidad*, por parte de algunos tanatólogos y quienes apuestan por la eutanasia, se acota que dicha fórmula no se debería emplear en todos los casos, ya que, una *muerte digna* es la conclusión necesaria y lógica —o debería serlo— de una vida digna. Probablemente tal expresión no es sino una manera velada de ocultar las angustias escatológicas.

¿Cuáles son las necesidades de un moribundo? El moribundo anhela cariño, comunicación, sinceridad, contacto, no aislamiento, incluso aquellos que en su depresión han llegado a pensar en la muerte, a éstos es posible, aunque no siempre, convencerlos de que su vida todavía tiene sentido: <<Cuénteme lo que está sufriendo —puede decirle un tanatólogo— eso es importante para ayudar a otras personas>>.

Algunos rasgos que caracterizan a las mujeres y a los hombres en la actualidad son el hedonismo, la permisividad y el consumismo, sin embargo, el sufrimiento, el dolor y la muerte no dejan de estar presentes. El dolor, a pesar de considerarse una de las experiencias más desagradables, es también uno de los elementos de alarma ante un peligro inminente, sin su ayuda, podría ser imposible prevenir un daño mayor e irreversible frente a un determinado padecimiento. El dolor forma parte del ser humano y es lo que nos une a los demás.

El esfuerzo personal también es importante para encontrarle sentido al dolor. ¿Qué sucede cuando el ser humano encuentra este sentido? Crece como persona, se conoce a sí mismo y a partir de sí mismo a los otros. Si se acepta el dolor, se puede trabajar en él, si no, permanece y nos afecta querámoslo o no.

Con lo que generalmente se encuentra el tanatólogo en su trato profesional con el enfermo terminal o con los familiares o amigos cercanos a éste, es con una vivencia de depresión y de angustia, muy fuerte y dolorosa, debida, por lo regular, a la pérdida total de la esperanza y a un fuerte sentimiento de impotencia. Cabe señalar que una diferencia clara entre la depresión y la angustia, es que la primera se refiere al pasado: sólo me podré sentir frustrado o culpable por un pasado displacentero. En cambio, en la angustia, habla siempre el futuro, incluso, así se define: como miedo al futuro.

La depresión es una enfermedad grave. No se debe minimizar la gravedad del enfermo deprimido, por eso no se debe confundir, lo que tanatológicamente puede ser muy fácil, depresión con duelo. La depresión es algo patológica, el duelo no lo es. Un pesar normal, en el duelo, no es la incapacidad ni la pérdida de autoestima. Duelo y depresión no son lo mismos, aunque la sintomatología sea muy semejante. Por eso es importante que el tanatólogo conozca lo más que pueda todo lo relacionado con la depresión y que tenga en cuenta ciertas condiciones que siempre existen en dicha enfermedad, aunque, por supuesto, no estén presentes en el mismo grado de intensidad en cada paciente: lo agudo o lo fuerte dependerá del individuo y de sus circunstancias.

El gran desafío a enfrentar es reincorporarse al mundo a partir de una identidad renovada, de un nuevo conocimiento de uno mismo, en el cual no está incluido el ser querido, lo cual no significa olvidarlo.

Podría seguir mencionando a filósofos, antropólogos, psicólogos, historiadores, políticos, los aspectos religiosos y espirituales, a las instituciones de salud, a los médicos, tanatólogos, a los enfermos terminales y sus familiares, así como sus peculiares experiencias y posturas entorno a la muerte, pero el estudio sobre la muerte y la vida o la vida y la muerte, como se puede apreciar, es inagotable, en el mejor de los casos, prefiero concluir con lo dicho hasta el momento.

Lo que hace la diferencia específica de la estirpe humana del resto de los seres vivos no es la razón o el lenguaje, sino la *certidumbre* de la muerte. Saber que somos mortales significa que la vida está perdida de antemano. De la previsión cierta de la muerte –propia, ajena- como certidumbre inexorable brota el *espíritu*. Tener espíritu significa dar el cuerpo por perdido y amarlo así, en su marcha y en su quebranto. El espíritu es lo que siempre sabe que va a morir.

Reconocer que la muerte se encuentra desarticulada en el lenguaje simbólico social, y en el peor de los casos, en nuestro propio lenguaje, resulta confrontante en un inicio y culmina con un irreconocible sentimiento de angustia.

Angustia que nos acompaña día con día y que es proporcional a la incapacidad que tengamos de socializar e intercambiar simbólicamente nuestro concepto de muerte.

Inmersos en una sociedad mercantilista, atiborrada de hedonismo, narcisismo, permisividad y consumismo, en breve, individualista, asistimos solos a nuestra propia muerte y enfrentamos también solos el adiós a nuestros muertos. No existe un intercambio simbólico, si acaso, existe una repetición asumida como tradición.

Debemos crear un mundo simbólico en colectividad y tratar de erradicar el discurso en el cual la muerte se convierte en fatalidad, nulidad de la existencia, absurdo, castigo y soberbia, debemos cambiar ese discurso y encontrar sus justas correspondencias.

Pero ese propósito primero lo tenemos que lograr en solitario. Debemos crear nuestro propio universo simbólico que nos permita ser más libres, que nos reconcilie con nuestro miedo a la muerte, el cual, en ocasiones, no queremos reconocer. Pero quien ha estado alguna vez enfermo, habrá de admitir que en esos momentos emergen nuestros temores, los "fantasmas" de la finitud que nos atormentan hasta que surge inevitable la pregunta: ¿qué es la muerte? Debemos tratar de interpretar nuestro temor a la muerte, pero no sólo a esa muerte entendida como consumación de la existencia, sino a todas aquellas muertes que nos acompañan, todas esas pérdidas, los desprendimientos que lastiman el cuerpo y el alma.

La propuesta es, comenzar a construir una vida llena de significados, interpretando los símbolos si es que los hay y si no los hay, construirlos, sólo así el hombre morirá de manera trascendental y no convencional. El individuo ha olvidado como morir, porque no sabe vivir. De la saciedad de la vida, es decir, de la riqueza de significados y de lo vivido, se desprende una forma estoica y heroicamente digna de reconocer la muerte.

Moriremos. Eso es todo. Pero solo de nosotros depende que esa muerte sea un pedazo de infinito, un sueño, una poesía de la materia... No me rebelo contra la muerte, sino contra el modo de morir.

## **-BIBLIOGRAFÍA:**

- ABENGÓZAR**, Torres Ma. Carmen., Cómo vivir la muerte y el duelo, Ed. Universidad de Valencia, España, 1994.
- **ARIÈS**, Philippe., El hombre ante la muerte, Ed. Taurus, Madrid, España, 1999.
- BAUDRILLARD**, Jean., El intercambio simbólico y la muerte, Monte Avila Editores, Caracas, Venezuela, 1993.
- BECKER**, Ernest., La lucha contra el mal, Ed. FCE, México, 1992.
- BOWLBY**, J., La pérdida afectiva. Tristeza y depresión, Ed. Paidós, Barcelona, España, 1980.
- CARSE**, James P., Muerte y existencia. Una historia conceptual de la mortalidad humana, Ed. FCE, México, 1987.
- CARUSO**, Igor., La separación de los amantes, Ed. Siglo XXI, México, 2003.
- CICERÓN**, La amistad, Ed. Porrúa, México, 1995.
- CIORAN**, E., Adiós a la filosofía, Ed. Alianza, Madrid, España, 1995.  
Breviario de podredumbre, Ed. Taurus, Buenos Aires, Argentina, 1991.  
El libro de las quimeras, Ed. Tusquets, Barcelona, España, 1996.  
Silogismos de la amargura, Monte Avila Editores, Venezuela, 1987.
- DEFOE**, Daniel., Diario del año de la peste, Ediciones B Grupo Zeta, Barcelona España, 1998.
- DOORE**, Gary (editor)., ¿Vida después de la muerte?, Ed. Kairós, Barcelona, España, 2000.
- DORSCH**, Fredrich., Diccionario de psicología, Ed. Herder, Barcelona, 1976, 638 p.
- DUBOS**, René., Hombre, Medicina y Ambiente, Ed. Monte Ávila, C.A., Venezuela, 1969.
- ELIAS**, Norbert., La soledad de los moribundos, Ed. FCE, México, 1989.
- ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGÍA, Plaza & Janes Editores, Barcelona, España, 1979.
- ENCICLOPEDIA UNIVERSAL ILUSTRADA, EUROPEA-AMERICANA, Tomo XXXVII, Ed. Espasa-Calpe, Madrid, España, 1980.
- FITZPATRICK**, R., *et al.*, La enfermedad como experiencia, Ed. CONACYT-FCE, México, 1990.
- FRANKL**, E. Víctor., El hombre en busca de sentido, Ed. Herder, Barcelona, España, 1996.  
El hombre en busca del sentido último, Ed. Paidós, México, 2000.
- FREEMAN**, S. J., y **WARD**, S., Death and bereavement: what counselors should know, Journal of Mental Health, Counseling, 1998.
- FREUD**, Sigmund., El malestar en la cultura, Ed. Alianza, México, 1989.  
Psicopatología de la vida cotidiana, Ed. Alianza, Madrid, 1970.
- FROMM**, Erich., El arte de amar, Ed. Paidós, México, 1990.  
El amor a la vida, Ed. Paidós, México, 1985.  
El corazón del hombre, Ed. FCE, México, 1992.  
Psicoanálisis de la sociedad contemporánea, Ed. FCE, México, 1963.
- **HEGEL**, G. W. F., Fenomenología del espíritu, Ed. FCE, México, 1987.
- **HERTZ**, Robert., La muerte. La mano derecha, Alianza Editorial Mexicana, México, 1990.
- ILLICH**, Ivan., Nemesis medica, Barral Editores, Barcelona, España, 1975.



- JACCARD**, Roland y **THÉVOZ**, Michel., Manifiesto por una muerte digna, Ed. Kairós, Barcelona, España, 2002.
- JANKÉLÉVITCH**, Vladimir., La muerte, Ed. Pretextos, Valencia, España, 2002.
- KASTENBAUM**, Robert., Entre la vida y la muerte, Ed. Herder, Barcelona, España, 1984.
- KRAUS**, Arnold., Enfermar o sanar el arte del dolor, Ed. Plaza y Janés, México, 2003.
- KÜBLER-ROSS**, Elisabeth, La rueda de la vida, Ediciones B, S.A., Punto de lectura No. 101, Barcelona, 1997.
- Sobre la muerte y los moribundos, Ed. grijalbo mondadori, Barcelona, España, 2000.
- La muerte: un amanecer, Ediciones Luciérnaga, Barcelona, España, 1987.
- KÜNG**, Hans y **JENS**, Walter., Morir con dignidad, Ed. trota, Madrid, España, 1997.
- **LAROUSSE HUMANIDADES. DICCIONARIO DE PSICOLOGÍA**, Ed. Larousse, Planeta, Barcelona, España, 1996.
- LEPP**, Ignace., Psicoanálisis de la muerte, Ed. Carlos Lohlé, Buenos Aires, Argentina, 1967.
- LÉVI-STRAUSS**, Antropología estructural, Buenos Aires, EUDEBA, 1977.
- LEVY**, Z. L., Aplicaciones de la psicología humanista a la tanatología en la ayuda del enfermo terminal y su familia, Tesina de diplomado en Tanatología, Fac. de Medicina, UNAM.
- LEVINE**, Stephen., ¿Quién muere? Una exploración en el vivir y el morir conscientes, Ed. Era Naciente, Buenos Aires, Argentina, 1982.
- LEVINSTEIN**, Raquel., Las más bellas reflexiones de la doctora Levistein, Ed. Panorama, México, 2003.
- En busca de un ayer perdido, Ed. Panorama, México, 2001.
- LYOTARD**, Dolores, Milner Jean-Claude y Sfez Gérald (coords)., Jean-Francois Lyotard, el ejercicio de la diferencia, Ed. Taurus, México, 2003.
- MANNONI**, Maud., Lo nombrado y lo innombrable. La última palabra de la vida, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina, 1997.
- MARGOLIS**, Elías., Sanar con amor y fe. Encarar el dolor y trascenderlo como sendero a la salud, Editorial Pax, México, 2003.
- MAUSS**, Marcel., Sociología y antropología, Ed. Tecnos, Madrid, España, 1991.
- MEJÍA**, Rivera Orlando., La muerte y sus símbolos. Muerte, Tecocracia y posmodernidad, Ed. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, 2000.
- MELLO**, Anthony., Autoliberación interior, Ed. Lumen, Argentina, 1988.
- MOODY**, Raymond A., Una vida después de la vida, Ed. EDAF, Madrid, España, 1984.
- MORIN**, Edgar., El hombre y la muerte, Ed. Kairós, Barcelona España, 1974.
- ORTIZ**, Quezada Federico., El acto de morir, Ed. McGraw-Hill, México, 2000.
- **PÉREZ del Río**, Eugenio., La muerte como vocación en el hombre y la literatura, Ed. Laia, Barcelona, España, 1983.
- **PLATÓN**, El banquete. Fedón. Fedro, Ed. Orbis, Barcelona, España, 1993.
- La República, Edicomunicación, Barcelona, España, 1999.
- RACCATAGLIATA**, Susana., Un hijo no puede morir. La experiencia de seguir viviendo, Ed. grijalbo, Santiago de Chile, 2001.
- REOCH**, Richard., Morir bien, Ed. Paidós., México, 1998.
- REYES**, Gerardo., Periodismo de Investigación, Ed. Trillas, México, 1996

-**REYES**, Zubiría Luis Alfonso., Depresión y Angustia, Curso Fundamental de Tanatología, Tomo II. Primera edición, México, 1991.

El duelo y sus etapas tanatológicas, Segundo Congreso Nacional de Tanatología y Suicidio. Primer Simposio Internacional, México, 1994.

Acercamientos Tanatológicos al enfermo terminal y su familia, Curso fundamental de Tanatología, Tomo III, México, 1996.

-**ROJAR**, Enrique., El hombre light, Ed. Planeta, México, 1999.

-**RUBERT**, de Ventós Xavier., Ética sin atributos, Ed. Anagrama, Barcelona, España, 1996.

-**S. DI TELLA**, Torcuat (coord.), Diccionario de ciencias sociales y políticas, Ed. Emece, Buenos Aires, Argentina, 2001.

-**SANZ OJ, GÓMEZ** Batiste, **NÚÑEZ O.**, Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guías y manuales, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1993.

-**SAAD**, Anuar y **DE LA HOZ**, Jaime., El Reportaje, Ed. Biblioteca Moderna de Periodismo, Colombia, 2001.

-**SATIR**, Virginia., Relaciones humanas en el núcleo familiar, Editorial Pax México, 1991, Vivir para crecer, Ed. Pax México, 1996, p. 106.

-**SAVATER**, Fernando., Diccionario Filosófico, Ed. Planeta, México, 1996.

-**SHAKESPEARE**, W., Macbeth, Ed. EDAF, Madrid, España, 1981.

-**SCHELER**, Max., Muerte y supervivencia, Ed. Revista de Occidente, Madrid, España, 1934.

-**SHERR**, Lorraine., Agonía, muerte y duelo, Ed. El Manual Moderno, México, 1992.

-**SCHOPENHAUER**, Arthur, El mundo como voluntad y representación, Ed. Porrúa, México, 1992.

-**THOMAS**, Louis Vincent., Antropología de la muerte, Ed. FCE, México, 1993.

-**VÁZQUEZ**, Mota Josefina., Dios mío hazme viuda por favor, Ed. Panamericana, México, 1999.

-**VINCENT**, Thomas Louis., La muerte, Ed. Altaya, España, 1999.

El cadáver. De la biología a la antropología, Ed. FCE, México, 1989.

-**VIONI**, César., Enciclopedia de las religiones. Un recorrido por la historia de la espiritualidad humana, Ed. Planeta, Barcelona, España, 1997.

-**VOLPI**, Franco, Enciclopedia de obras de filosofía, Ed. Herder, Barcelona, 2005.

-**WORDEN**, J. W., El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia, Ed. Paidós, Barcelona, España, 1991.

### **-HEMEROGRAFÍA:**

-**DÍAZ**, Rodríguez Verónica., “La muerte mexicana, esa gran impostura”, en revista mensual *Encuesta*, México, D. F., noviembre, 2003, pp. 35-41.

-**DURÁN**, King José Luis “Ecos de la peste negra”, en periódico *Milenio*, México, DF, sábado 7 de junio de 2003.

-**GUERRERO**, Mothelet Verónica., “Los tratamientos del inevitable dolor”, en *Investigación y Desarrollo (ID)*, publicación bimensual editada por *Consultoría en Prensa y Comunicación, S.A. de C. V.* Distribuidor, periódico *La Jornada*, junio de 2003.

-**HAM**, Chande Roberto., “De cuando la muerte se convierte en teorema”, en revista *Diálogos*, Artes/Letras/Ciencias Humanas, volumen 19, número 1 (109), enero-febrero, México, 1983

-**KOLAKOWSKI**, Leszek, “Sobre Funerales” en revista *Letras Libres*, No. 28, México, abril de 2004, pp. 48-50

-**KRAUS**, Arnoldo., “Medicina: ¿ciencia o arte?” en periódico *La Jornada*, miércoles 25 de junio de 2003.

-**ROJAS**, Yolanda., “Algología, una ciencia por conocer”, en *Investigación y Desarrollo (ID)*, publicación bimensual editada por Consultoría en Prensa y Comunicación, S.A. de C. V. Distribuidor, periódico *La Jornada*, junio de 2003.

-**SALGADO**, Agustín y **MUÑOZ**, Alma., “Adoradores de la Santa Muerte exigen respeto a creencias y derechos religiosos”, en periódico *La Jornada*, México, D. F., sábado 5 de marzo de 2005.

-**VALDEZ**, Blanca., “Viven de su pensión 20% de los ancianos en México”, en periódico *Milenio*, México, D. F., martes 3 de mayo, 2005.

#### **-PÁGINAS WEB:**

-[www.cronica.com.mx](http://www.cronica.com.mx), “El ISSSTE ayuda a pacientes a tener una vejez exitosa”, 7 de marzo 2004.

-[www.e-mexico.gob.mx](http://www.e-mexico.gob.mx)

-[www.foroskaliman.com.mx](http://www.foroskaliman.com.mx)

-[www.inapam.gob.mx](http://www.inapam.gob.mx)

-[www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)

-[www.saludymedicinas.com.mx](http://www.saludymedicinas.com.mx)

-[www.tanatología.org.mx](http://www.tanatología.org.mx)