



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***TANATOLOGIA, DUELO Y SENTIDO DE VIDA.
TALLER PARA ADULTOS MAYORES
DEL INAPAM***

**REPORTE LABORAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
LUCIA ANGELICA VAZQUEZ CAMPERO**

**DIRECTORA DEL REPORTE:
MTRA. GUADALUPE BEATRIZ SANTAELLA HIDALGO**



Ciudad Universitaria, D.F.

Marzo, 2009



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.

AGRADECIMIENTOS

*"Tampoco os olvido a vosotros, los que os habéis marchado.
Ni, sea invierno o verano, a quienes he perdido.
Al aire libre, como ahora, cuando mi alma está embelesada y en paz,
cual gratos fantasmas,
Vuestros recuerdos surgen y se deslizan en silencio junto a mí".*

Walt Whitman.

A Dios, por concederme todo cuanto he vivido.

A mi familia, quien directa e indirectamente, me ha brindado todo su apoyo.
Dios los bendiga por siempre.

A mi hija, cuya llegada, presencia y enseñanza la han convertido en lo más
valioso de mi vida.

A mis jefes, por permitirme el tiempo para concluir una de mis metas. A mis amigas y compañeras de trabajo, cuyas palabras me motivaron para terminar con esta empresa.

A la Mtra. Santaella, por su tiempo, su dirección y sobre todo, su gran paciencia.

A la DEC, Aurora, Juan Manuel, Lety, por la dedicación que ponen en su trabajo; por sus atenciones y orientación.

Y muy especialmente a los abuelos, muchos de los cuales, sin saberlo, se convirtieron en mis maestros.

RESUMEN

El presente trabajo describe una de las propuestas de intervención que se desarrolló dentro del área de Enseñanza, Investigación en Información del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, para abordar el tema sobre la muerte y el proceso de duelo desde un nivel preventivo o de Educación para la muerte con la población de Adultos Mayores. Comprende la descripción del proceso de envejecimiento desde una postura gerontológica integral, esto es, abarcando sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales; y ubicando a la vejez como una etapa tanto de pérdidas como de ganancias de acuerdo al enfoque de ciclo de vida planteado por Erikson. Así mismo, se puntualizan conceptos como el de pérdidas, el proceso de duelo desde el modelo de Kübler-Ross, sus implicaciones normales y patológicas, diferentes significados que asume la muerte, así como el de la Tanatología como una forma de intervención ante el duelo y el proceso de morir. Tomando como marco de referencia el enfoque Humanista Existencial en psicología el cual promueve una visión integral del ser humano, su capacidad autoconsciente y la importancia del aprendizaje con significado para asumir la responsabilidad de la propia vida, fue que se planearon los propósitos y actividades del presente taller. Este consistió en cinco sesiones de cuatro horas cada una cuyas actividades siguieron, dentro del enfoque humanista, la orientación Gestalt al plantear alternativas de apoyo para los procesos de *darse cuenta* y *cierre de ciclos* necesarios para la comprensión del trabajo de duelo. Los resultados mostraron efectos favorables y de aceptación a la temática sobre la muerte y el proceso de duelo al proporcionar un espacio para que los participantes lograran externar sus vivencias, emociones y sentimientos relacionados con la muerte.

INDICE

Resumen	4
Introducción	6
Contexto Laboral	9
1. Antecedentes.....	9
2. Ejes estratégicos.....	10
3. Aspectos estructurales.....	13
4. Actividades.....	17
1. El Proceso de Envejecimiento	20
1.1. Una visión gerontológica.....	21
1.2. Vejez y envejecimiento: algunas definiciones.....	24
1.3. Aspectos físicos del envejecimiento.....	28
1.4. Aspectos psicológicos del envejecimiento.....	34
1.4.1. Erikson y las tareas evolutivas.....	34
1.4.2. Características de un buen envejecer.....	40
1.5. Aspectos psicosociales del envejecimiento.....	42
1.5.1. Jubilación.....	43
1.5.2. Dinámica familiar.....	46
1.5.3. Necesidades de intervención.....	48
2. Pérdidas, Duelo y Muerte	52
2.1. Las pérdidas y su significado.....	52
2.2. El duelo.....	56
2.2.1. Definición.....	56
2.2.2. El proceso de duelo.....	58
2.2.3. Tipos de duelo.....	65
2.3. Muerte: definición, significados y actitudes frente a ella.....	73
2.3.1. Definición.....	73
2.3.2. Significados que asume la muerte.....	73
2.3.3. Actitudes frente a la muerte.....	77
3. Intervenciones terapéuticas ante el duelo y el proceso de morir	80
3.1. La Tanatología.....	80
3.2. El enfoque Humanista Existencial en Tanatología.....	93
3.2.1. Una aproximación Gestalt para la intervención preventiva en el duelo.....	97
4. Procedimiento	103
4.1. Justificación.....	103
4.2. Objetivos.....	104
4.3. Características de la población.....	105
4.4. Metodología.....	107
4.4.1. Tamaño del grupo.....	109
4.4.2. Organización de las sesiones.....	109
5. Análisis y resultados	140
6. Conclusiones	159
7. Referencias	163
ANEXOS	168

INTRODUCCIÓN

Como parte de las labores que promueve el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores con la finalidad de atender las diferentes necesidades que presenta la población, se crea, dentro del Eje Estratégico de Salud, Investigación y Formación del Recurso Humano en Gerontología, el Programa de Educación para la Salud como un medio que permita influir favorablemente, y desde una perspectiva integral, sobre las actitudes y estilos de vida de los adultos mayores a través de cursos, talleres y pláticas informativas.

Si bien los contenidos de estos están encaminados a impulsar conductas de autocuidado que reduzcan en la medida de lo posible la discapacidad y el declive funcional, que favorezcan el trabajo en grupo y la expresión emocional, el aprendizaje y la creatividad, es innegable el hecho de que la gran mayoría de las personas mayores enfrenta problemas de soledad, estrés y depresión como consecuencia de una serie de pérdidas que el mismo proceso de envejecimiento obliga a enfrentar: sea por muerte de algún familiar o amistades, por el deterioro paulatino de la propia salud, el distanciamiento o abandono por parte de familiares, e incluso por situaciones en las que ellos mismos fungen como cuidadores de familiares en proceso de enfermedad terminal o por la vivencia directa de intentos y/o consumación de suicidio de algún familiar cercano.

Aún cuando la asistencia y participación de los adultos mayores a los Clubes de la Tercera Edad y Centros Culturales del mismo Instituto, a grupos conformados por instancias externas como Secretaría de Hacienda, ISSSTE o IMSS, entre otros, permite una alternativa de atención a sus dificultades emocionales, familiares y de salud, es muy frecuente la solicitud de apoyo para resolver aspectos relacionados con cuestiones familiares, depresión, ansiedad, enojo o soledad que, conforme transcurre su discurso se va revelando en muchos de los casos la pena por la pérdida de algún ser querido.

Hablar de pérdidas, duelo y muerte se vuelve entonces importante aunque devastador y temible por el gran dolor y sufrimiento que detona nuevamente. De aquí que surgiera la petición, inicialmente por parte de las

Trabajadoras Sociales que coordinan los diferentes grupos de adultos mayores, de llevar a cabo sesiones que permitiesen no solo tocar el tema de la muerte y las reacciones o efectos que se producen posterior a una pérdida, sino principalmente alternativas para realizar lo que comúnmente se denomina Trabajo de Duelo; aquel proceso de adaptación, de renegociación de sentimientos hacia la persona fallecida -muchos de los cuales implican furia o resentimiento por el abandono produciendo culpa en el doliente- hasta lograr la aceptación de la pérdida.

Como resultado de estas necesidades y siguiendo uno de los propósitos del área de Instrucción a la que pertenezco, de procurar la planeación y desarrollo de nuevos proyectos que incrementen los servicios hacia el adulto mayor, se me solicitó la elaboración de un taller con la finalidad de proporcionar conocimientos básicos sobre Tanatología que *permitieran al participante integrar su visión en torno a la muerte y el manejo de pérdidas como procesos necesarios dentro del ciclo de vida.*

La implementación de este taller se llevó a cabo, desde Febrero del 2007 a la fecha, en algunos de los Clubes de la Tercera Edad y Centros Culturales del propio Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, en clínicas del ISSSTE, con grupos de jubilados y pensionados de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, personal activo de la Secretaría de Economía, así como grupos Delegacionales. Los rangos de edades oscilaron entre los 49 y 80 años con un predominio en la población de mujeres; todas ellas personas física y mentalmente funcionales, de nivel socioeconómico y educativo que osciló entre población de muy bajos recursos con problemas de analfabetismo, así como población de medianos recursos de nivel medio y medio superior de estudios.

Si bien el taller resultó más de inducción que de capacitación, tuvo efectos favorables y de aceptación al proporcionar un espacio y tiempo para que los participantes lograran expresar sus vivencias; aunque manifestaron la necesidad de realizar un trabajo más profundo que les permitiera una resolución a sus duelos. A lo largo de las exposiciones temáticas se definieron conceptos clave como Tanatología, los objetivos que ésta persigue, el concepto de Persona Humana Integral que implica factores biológicos (causas de muerte), psicológicos

(sentimientos asociados con las pérdidas) sociales (aislamiento, abandono y soledad) y espirituales. El concepto personal de muerte, tipos de pérdidas, el Proceso de Duelo y sus implicaciones tanto en su aspecto normal como complicado, para finalizar con la propuesta de aprendizajes necesarios y con sentido para su resolución que se plantea desde el enfoque Humanista Existencial. Este enfoque se consideró como la base a partir del cual se planearon los propósitos y actividades del curso en la medida en que destaca, por una parte, la naturaleza integral del ser humano y su capacidad autoconsciente, y por otra, la importancia del aprendizaje con valor como un modo de asumir la responsabilidad por uno mismo al enfrentar las transiciones personales.

En este sentido, el envejecimiento lejos de considerarse como una etapa meramente de pérdidas y con un final concluyente, nos da la oportunidad de fortalecer nuestra determinación sin importar qué tan dolorosos, vergonzosos o tristes sean puesto que no se define únicamente por el paso del los años. Este implica un proceso de cambios físicos, psicológicos y sociales en el que se combinan, a la vez, manifestaciones tanto de crecimiento como de declive (Laforest, J. 1991). Es decir, que si bien es innegable el hecho de que el cuerpo ya no responde de la misma manera, también es cierto que aún se mantienen los anhelos por continuar aprendiendo, de desarrollarse y continuar con una vida productiva. Esta crisis, y la forma de resolverla significan en sí una forma de aprendizaje para lograr la adaptación a una realidad que no podemos evitar, pero que sin embargo, no elimina las posibilidades de poder decidir la forma en que queremos envejecer con un sentido y un propósito.

CONTEXTO LABORAL

1. Antecedentes

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores tuvo sus orígenes desde 1977 cuando la Doctora Emma Godoy creara el Grupo Altruista “Dignificación de la Vejez A.C.” con el propósito de brindar atención y renombre a las personas mayores. Esto marcó los inicios de lo que conformara el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) cuyo decreto legal, en tanto instancia gubernamental adscrita a la Secretaría de Salubridad y Asistencia -hoy Secretaría de Salud- fuera expedido por el entonces presidente de la República José López Portillo y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de agosto de 1979. Se constituye así como *“organismo público descentralizado con personalidad y patrimonio propio con el objeto de proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana, además de estudiar sus problemas para lograr las soluciones adecuadas”* (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2005. p. 40).

Entre las primeras acciones realizadas se encuentran los servicios de afiliación y credencialización de la población mayor de 60 años, cuyo propósito ha sido, hasta el momento, facilitar la asistencia en otros servicios que brinda el propio Instituto como el de atención médica, jurídica y psicológica, servicios de descuento en transporte, medicamentos y alimentación, servicios educativos, recreativos y culturales, mediante la creación de diferentes programas de corte asistencial.

A partir del 2002, el Instituto se ve en la necesidad de reorientar sus políticas de atención ante el acelerado crecimiento de la población mayor de 60 años y cambia su denominación a Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN) quedando ahora sectorizado a la Secretaría de Desarrollo Social

(SEDESOL) para ampliar sus acciones al área de educación y capacitación para el trabajo y desarrollo social. En marzo del mismo año se celebra el Foro de Consulta Nacional sobre el Envejecimiento en México con la participación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y el mismo Instituto con la finalidad de proponer estrategias y líneas de acción ante el acelerado envejecimiento poblacional y sus repercusiones socioeconómicas. De ello se deriva la primera Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y con esto el nuevo nombre y propósito del Instituto (INAPAM, op.cit.).

El 25 de junio del 2002 queda publicada esta Ley en el diario Oficial de la Federación así como el nuevo nombre del organismo estableciéndose ya como Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y se le confiere la función de Órgano Rector de las políticas públicas de desarrollo social y humano, encaminadas a propiciar las oportunidades necesarias que permitan a la población de mayores alcanzar mejores niveles de bienestar integral.

2. Ejes Estratégicos

La trayectoria de cambios que ha enfrentado INAPAM en su composición estructural e infraestructural y en su misión y objetivos, tuvo como trasfondo el crecimiento poblacional de adultos mayores en México y las proyecciones demográficas estimadas para un futuro mundial no muy lejano. Paracho, R. plantea que:

“...para el año 2050 los adultos mayores sumarán casi dos mil millones a nivel mundial, de los cuales 36 millones radicarán en México... y de estos, 12 millones requerirán un puesto de trabajo, 3 millones vivirán solos, 8 millones serán viudas, 1 millón permanecerá en un asilo y 15 millones tendrá problemas de movilidad.” (En INAPAM, 2004. p.7).

Visto en números quizá no resulte significativo, sin embargo, valorar este crecimiento, o mejor dicho, envejecimiento poblacional por los efectos que produce a nivel económico, de atención, apoyo y calidad de vida, el envejecimiento de las sociedades plantea múltiples dificultades. Ejemplo de ello son los 7.9 millones de adultos mayores que habitan actualmente en México quienes enfrentan problemáticas como condiciones económicas insuficientes, discriminación en el mercado laboral, problemas de movilidad, vivencias de maltrato, abandono y soledad. De aquí la necesidad de que el Instituto modificara su objetivo inicial. Actualmente, su **objetivo** consiste en *coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar aquellas acciones públicas, estrategias y programas que se realicen a favor de las personas mayores.*

Su **misión**, la de *promover el desarrollo integral de los adultos mayores brindándoles empleo, ocupación, retribuciones, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y calidad de vida, procurando eliminar las desigualdades e inequidad de género.*

Su **visión**, la de consolidarse como organismo rector de los programas y acciones gerontológicas mediante la aplicación de un modelo de atención integral que articule sus cuatro ejes estratégicos de los cuales se desprenden los objetivos de cada programa y servicios que lo integran.

Los ejes estratégicos que conforman el modelo integral son:

- 1) Empleo y Apoyo a la Economía.
- 2) Transmisión de Valores.
- 3) Desarrollo Social y Comunitario.
- 4) Salud, Investigación y Formación del Recurso Humano en Gerontología,

En el siguiente recuadro se presentan brevemente las principales líneas de acción que lleva a cabo el Instituto, resaltando el Eje Estratégico y los programas a los cuales me encuentro adscrita.

Eje Estratégico	Objetivos	Programas que lo integran
<p>1. Empleo y Apoyo A la Economía</p>	<p>Reincorporar a los adultos mayores a la planta productiva, que les permita la obtención de ingresos necesarios.</p>	<p>Fondo Tercera Llamada: Línea de préstamo para iniciar o consolidar pequeñas empresas.</p> <p>Promoción del Empleo: Para reintegrar a la actividad económica a las personas mayores que lo requieran.</p> <p>Tarjetas de Afiliación: para la obtención de bienes y servicios básicos.</p> <p>Capacitación par el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre.</p>
<p>2. Transmisión de Valores</p>	<p>Propiciar el intercambio generacional para el rescate de valores en la relación con los adultos mayores.</p>	<p>Campaña de revalorización.</p> <p>Abuel@s cuenta cuentos.</p> <p>Abuel@s en busca de amigos.</p> <p>Programa Nacional de Derechos Humanos.</p>
<p>3. Desarrollo Social y Comunitario</p>	<p>Busca la participación de la población en actividades educativas, culturales, deportivas y recreativas, que contribuyan a mantener su bienestar personal.</p>	<p>Servicios Educativos.</p> <p>Servicios Psicológicos.</p> <p>Cultura Física.</p> <p>Actividades Socioculturales.</p> <p>Desarrollo Comunitario.</p> <p>Asesoría Jurídica.</p> <p>Turismo y Recreación.</p>
<p>4. Salud, Investigación y Formación del Recurso Humano en Gerontología.</p>	<p>Busca fomentar el bienestar en la vejez mediante consultas médicas, acciones de educación y enseñanza, y un programa de Certificación en Competencias Laborales.</p>	<p>Servicios Médicos Especializados.</p> <p>Programa de Certificación en Competencias Laborales.</p> <p>Programa de Educación para la Salud.</p> <p>Programa de Enseñanza.</p> <p>Información.</p>

3. Aspectos Estructurales

INAPAM está conformado por diferentes Direcciones, Subdirecciones, un Órgano de Control Interno y Jefaturas Departamentales que permiten el sostén estructural e infraestructural del mismo así como la coordinación de los ejes estratégicos anteriormente descritos para su ejecución. Los espacios en los cuales se despliega su modelo de atención integral, y que constituye su infraestructura (INAPAM, 2007), consisten en:

- 31 Delegaciones estatales.
- Subdelegaciones y coordinaciones municipales
- 4 Centros de Atención Integral en los que se ofrece atención médica especializada así como estudios de laboratorio y de gabinete.
- 118 Clubes de la Tercera Edad en el Distrito Federal y otros más a nivel estatal, a donde asisten los adultos mayores para la realización de actividades educativas, físico-deportivas, recreativas y culturales.
- 4 Centros Culturales de la Tercera Edad, en el Distrito Federal, para la formación complementaria de los adultos mayores en diversas áreas como Artes plásticas, Cultura física, Educación artística, Educación para adultos, Humanística, Cómputo, Labores manuales, Lenguas extranjeras y Psicología.
- Unidades Gerontológicas (Albergues y Residencias de Día), en donde se ofrecen servicios de alimentación, enfermería, medicamentos, rehabilitación y terapia ocupacional a los adultos mayores albergados.
- Unidades Móviles promotoras de empleo y servicios a la comunidad.
- Departamentos de asesoría jurídica.

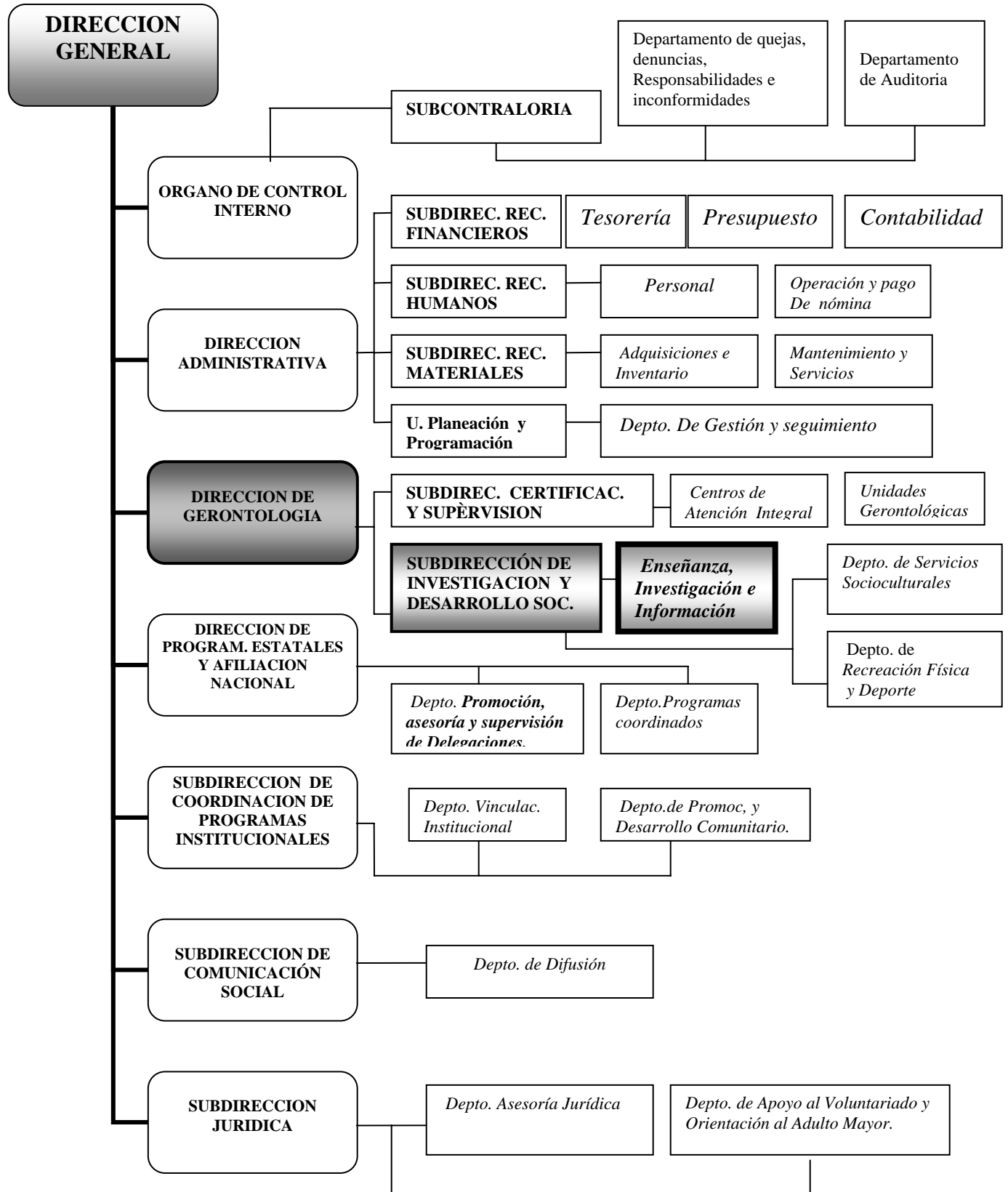
La estructura orgánica del Instituto queda representada en el organigrama adjunto (Fig, 1) en donde se resalta el área a la cual estoy adscrita, esto es, la Dirección de Gerontología, cuyo objetivo y acciones se fundamentan

principalmente a través del eje estratégico de Salud, Investigación y Formación del Recurso Humano en Gerontología, cuyo propósito es establecer las políticas públicas que promuevan el bienestar integral de los adultos mayores. De esta se deriva la Subdirección de Investigación y Desarrollo Comunitario que cumple la función de promover la salud y fomenta estilos de vida saludable mediante acciones que abarcan aspectos socioculturales, de recreación física y deporte, así como de educación y enseñanza, de donde se desprende el Departamento de Enseñanza, Investigación e Información a la cual pertenezco.

El departamento de Enseñanza, Investigación e Información, queda conformado por cinco Jefaturas Departamentales (Fig.2), y tiene a su cargo la labor educativa, de apoyo psicológico y asistencia médica mediante los equipos de Instrucción, Psicológico, Profesores y Médicos para cumplir con el objetivo de promoción de la salud física y psicológica. Todo ello mediante:

- **La impartición de cursos, talleres y pláticas por parte del equipo de Instrucción así como del equipo Médico**, y que son dirigidos a los adultos mayores que pertenecen a los diferentes Clubes de la Tercera Edad y Centros Culturales del propio Instituto, como también a las Dependencias externas que así lo soliciten; incluidas aquellas situadas en los diferentes estados de la República.
- **La formación complementaria** de los adultos mayores en diversas áreas como Artes plásticas, Cultura física, Educación artística, Educación para adultos, Educación Humanística, Computación, Labores manuales, Lenguas extranjeras y Psicología. mediante la labor del equipo de Profesores, las cuales se circunscriben únicamente a los Centros Culturales.
- **Los servicios psicológicos** que se brindan a la población de adultos mayores pertenecientes a los Clubes de la Tercera Edad, mediante sesiones individuales y de grupo por parte del equipo de Psicólogos Clínicos.

Fig. 1 Estructura orgánica del INAPAM



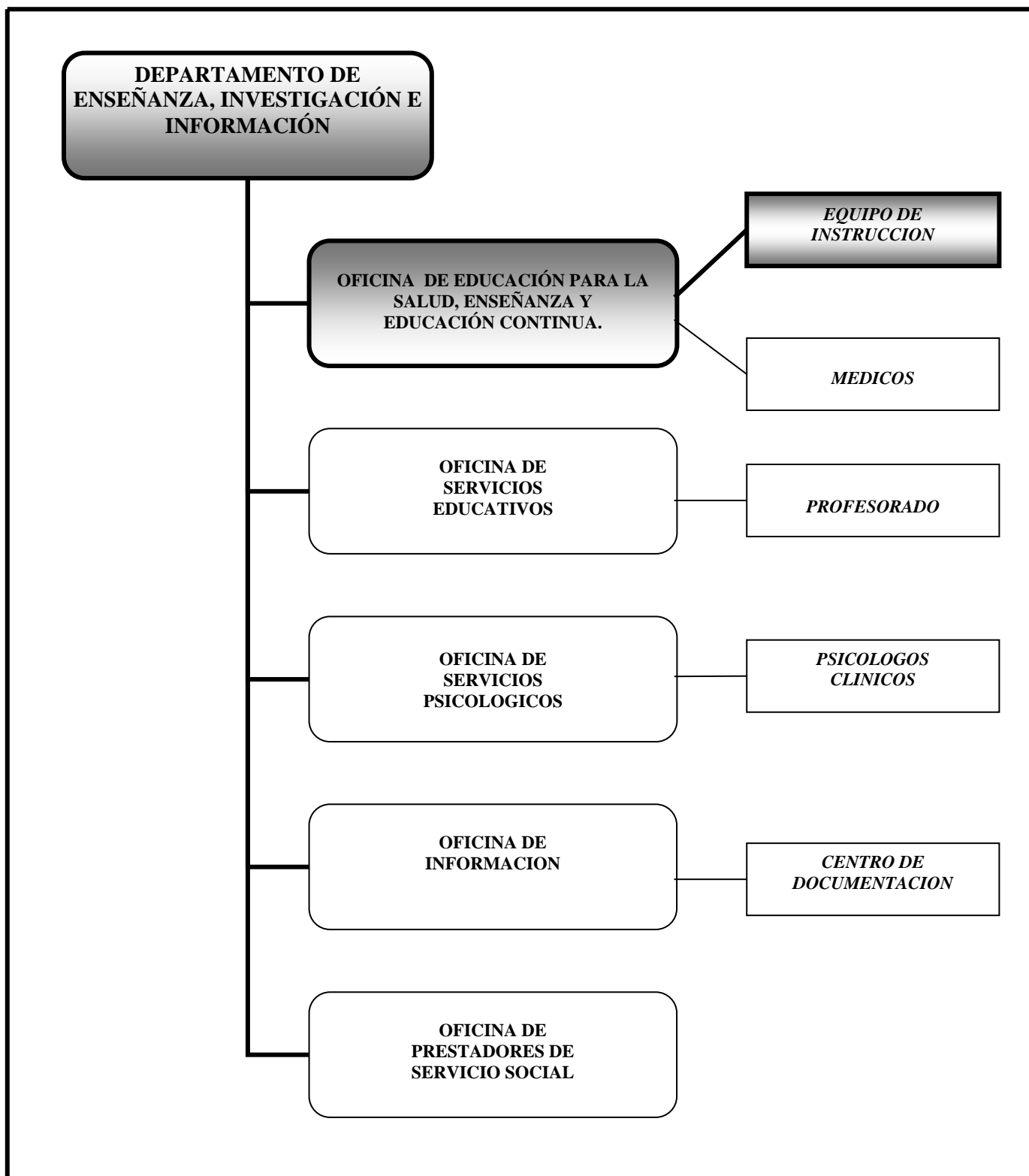


Fig. 2 Estructura del Departamento de Enseñanza, Investigación e Información.

4. Actividades.

El área de Instrucción de la cual formo parte está compuesta, hasta el momento, por 15 instructoras: 12 con formación en Psicología, 1 en Sociología, 1 en Trabajo Social y 1 en Enfermería para quienes la principal actividad es la elaboración e impartición de cursos, talleres, pláticas y conferencias dirigidas tanto a la población de adultos mayores, como a familiares de estos y personal profesional y técnico que labora directamente con esta población.

Uno de sus programas, el de **Educación para la Salud**, tiene como finalidad *brindar a las personas mayores contenidos teóricos y prácticos que motiven la realización de conductas de autocuidado, enfrentar problemas de salud, soledad o depresión, y les permitan desarrollar estilos de vida que favorezcan un sano envejecimiento.*

La metodología a seguir en la impartición de los temas procura seguir una línea expositiva, apoyada con técnicas de diálogo-discusión, dinámicas vivenciales y grupales en la que las personas encuentren un espacio que les permita *la expresión emocional, fomentar el trabajo en equipo y la convivencia*, además de desarrollar una comunidad de aprendizaje que favorezca la solución a la diversidad de problemas psicológicos, afectivos y de relación a los que se enfrentan cotidianamente.

En este sentido, la mayor parte de los contenidos temáticos giran en torno a aspectos psico-afectivos o de salud emocional, y han permitido conformar la cartera de cursos, talleres y pláticas tales como:

- **Plan de Vida Futura** (curso con duración de 25 hrs.).
- **Desarrollo Personal y Autocuidado** (duración de 25 hrs.).
- **Nutrición y Alimentación en el Adulto Mayor** (duración de 20 hrs.).
- **Expresión Corporal para Adultos Mayores** (duración de 14 hrs.).
- **Sexualidad en el Adulto Mayor** (duración de 12 hrs.).
- **La autoestima en el Adulto Mayor** (duración de 12 hrs.).
- **Prevención del Maltrato y la Violencia Familiar hacia el Adulto Mayor** (con duración de 20 hrs.).
- **Tanatología, duelo y sentido de vida** (duración de 20 hrs.).

- **Vejez: igualdad de derechos ante la diferencia** (de 4 hrs).
- **La Familia y el Adulto Mayor** (curso dirigido a familiares con duración de 12 hrs).
- **Taller De la mano del abuelo** (dirigido a población infantil y adolescente con duración de 4 hrs).
- **Taller de Estimulación de la Memoria** (con duración de 12 hrs).
- **Taller de Manejo del Perdón** (con duración de 12 hrs).
- **Taller de Manejo de Emociones** (con duración de 12 hrs).
- **Programa de Pláticas. Serie: El cuidado de la salud** (con duración de 1 hr. cada una).

En cuanto al programa de **Enseñanza**, este se plantea como *una alternativa para el personal técnico y profesional en la capacitación y sensibilización gerontológica que les permita, tanto elevar la calidad de los servicios que se brindan a la población de adultos mayores, como mejorar los sistemas de atención.*

Dentro de las temáticas se tiene:

- **Psicología del Adulto Mayor** (curso con una duración de 25 hrs).
- **Terapia Ocupacional para el Adulto Mayor** (curso de 25 hrs).
- **Planeación de Servicios de Asistencia Social para Adultos Mayores** (curso de 12 hrs).
- **Prevención del Maltrato hacia el Adulto Mayor** (curso de 25 hrs).
- **Gerontología con perspectiva de Género** (curso de 8 hrs).
- **Manejo del estrés en el profesional que trabaja con Adultos Mayores** (curso con una duración de 12 hrs).

De este modo, como se plantea en el Manual de Procedimientos de la Jefatura de Enseñanza, el área de Instrucción tiene bajo su responsabilidad:

1. La ejecución de los programas de Educación para la Salud y Enseñanza con el propósito de *desarrollar acciones que permitan*

una preparación para la vejez, promover el bienestar del adulto mayor y generar en la población hábitos y estilos de vida que favorezcan el sano envejecimiento e impulsen la práctica de conductas de autocuidado.

- 2. Ampliar las acciones que integran los programas de Educación para la Salud y Enseñanza a través de la planeación y desarrollo de nuevos proyectos, a fin de incrementar los servicios y márgenes de atención para la población de adultos mayores.*

- 3. Favorecer la actualización del personal técnico-profesional de las áreas gerontológicas a través de cursos, talleres y conferencias que proporcionen los elementos necesarios para realizar eficientemente su labor en los programas dirigidos a la población de adultos mayores, a fin de elevar la calidad de la misma.*

CAPITULO 1

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Es un hecho que los avances en ciencia y medicina han contribuido a elevar notablemente las expectativas de vida de los seres humanos dando lugar a uno de los fenómenos sociales y demográficos más relevantes de nuestra época: el envejecimiento poblacional. A este respecto, ciertos datos demográficos estiman como promedio que, en un mes cualquiera, cerca de un millón de personas en todo el mundo cumple 60 años, lo que significa que de un total de 542 millones de adultos mayores existentes en 1995, la población se duplicará a 1200 millones para el 2025. A pesar de que este crecimiento pudiera considerarse un logro humano, sus efectos no han resultado del todo favorables para el total de la población (Portal Mayores. es, 2008).

Para Latinoamérica, por ejemplo, quien tiene la ventaja de retomar y aprender de las experiencias que han asumido los países europeos para afrontar un envejecimiento poblacional que les tomó dos siglos desarrollar, se le plantea una tarea en extremo difícil para lograr adaptaciones ante las nuevas y aceleradas circunstancias demográficas. Su particular proceso de envejecimiento, que le ha tomado tan solo 50 años alcanzar, se inserta dentro de un contexto económico a nivel mundial y local en condiciones de considerable desigualdad (Anibar, P. 2000). Por ello, como lo deja entrever esta autora, ante tales circunstancias de subdesarrollo en donde el bienestar económico de la población mayor latina no está asegurado, la prioridad radica en elevar su nivel de vida a la par que se consiga atender la calidad de esta.

Así, aun cuando el progreso científico y la aplicación de políticas de salud han permitido un aumento en la esperanza de vida, esto no ha logrado hacernos inmunes a los cambios que son propios del proceso de envejecer y que nos enfrenta al hecho de que a mayor edad, existen mayores posibilidades de atravesar una serie de dificultades como el padecimiento de enfermedades crónico-degenerativas, soledad, pobreza, pérdidas y muerte de familiares y amigos, lo cual hace patente una mayor necesidad de atención y cuidados.

Así pues, mucho del interés desencadenado sobre el tema de la vejez se explica en gran medida por el importante crecimiento que ha tenido esta población (Triadó, C. y Villar, F. 2006) lo cual implica, como primer acercamiento, identificar aquellos *“factores que hacen que un fenómeno natural dentro del ciclo de vida se experimente como una amenaza o fuente de inseguridad y riesgo para algunas personas, hogares y comunidades”* (Anibar, P. op.cit. p.9). De aquí la necesidad de entender la vejez y el proceso de envejecimiento en toda su complejidad, ya que muchas de las medidas de atención que se brinden tendrán su fundamento en la forma en que se conciba este proceso. ¿Qué significa ser viejo? ¿Cuáles son los criterios que determinan el que una persona se inserte en esta etapa de la vida? Y particularmente ¿Qué efectos produce en la persona?

Los fundamentos que a continuación se presentan contemplan el envejecimiento a partir de ciertas consideraciones biológicas, psicológicas y sociales, que son de hecho los elementos que precisa la Gerontología como disciplina destinada al estudio de la vejez.

1.1 Una visión gerontológica.

A pesar del reciente interés que se ha despertado frente a los últimos acontecimientos sociodemográficos, la vejez ha sido un tema que ha existido desde la antigüedad. Ya sea aludiendo sus virtudes como la sabiduría o la

templanza que resaltan egipcios y griegos como modelo a seguir -particularmente Platón en los años 427-347 a.C. - o por el contrario, considerándola como etapa de deterioro y ruina hasta equipararla incluso con la enfermedad -como es el caso del pensamiento de Aristóteles (384-322 a.C.)- la vejez ha formado parte del pensamiento humano a lo largo de la historia (Fernández-Ballesteros, R. 2000).

Las reflexiones en torno a ella han sido guiadas por esa aspiración humana a una larga vida pero evitando el deterioro al que se ve sometido indudablemente el cuerpo humano con el transcurrir de los años (Laforest, J. 1991). De hecho, como lo plantea Fernández-Ballesteros, ese interés por prolongar la vida y la eterna juventud podría entenderse más como una inclinación a luchar contra la muerte que por un genuino interés científico. Lo cierto es que tales pretensiones no variaron mucho en épocas posteriores abriendo camino a los avances en medicina y logrando así elevar la expectativa de vida. Con el paulatino crecimiento de la población mayor el envejecimiento se tornó un reto que afrontar, y en donde la Gerontología se desarrolla como una respuesta a estas necesidades (Laforest, J. op.cit).

Derivada del griego *geron*, *gerontos* o los más viejos, y *logos*, estudio o sentido, la Gerontología se define como *“la disciplina que se ocupa del estudio o conocimiento de los más viejos”* (Fernández-Ballesteros op.cit. p 31), y si bien su objeto de estudio es verdaderamente antiguo, su desarrollo se ha dado esencialmente durante la segunda mitad del siglo XX, cuando despunta el envejecimiento de la población (Birren, J. 1996. En Fernández-Ballesteros, op. cit.). Laforest sitúa a la Gerontología como una reflexión del ser humano sobre su propio proceso de envejecimiento, en la que destaca tres características:

1. Como **reflexión existencial**, en tanto se trata de una reflexión sobre la condición humana en cuanto tal y por las inevitables preguntas que la vejez le plantea; todo ello con la finalidad de prolongar la duración de la vida y mejorar las

condiciones de existencia de las personas mayores. Como lo plantea Kaufman, S. (1986):

“Para mejorar la calidad de vida de los mayores, a nivel existencial, es necesario que comprendamos lo que significa ser viejo... sólo conociendo primero cómo los viejos se ven a sí mismos, cómo ven su vida y la naturaleza de la ancianidad, podemos aspirar a moldear un presente y un futuro significativos para ellos y para los que serán viejos después de ellos” (en Laforest. op.cit. p. 41).

2. Se perfila también como una **reflexión colectiva** en tanto el envejecimiento ya no concierne solamente, y en primer lugar, a la conciencia individual, sino que se trata también de un envejecimiento de las sociedades.

3. La Gerontología como esencialmente **multidisciplinar**, esto es, contribuyen al conocimiento de la vejez las diferentes ciencias sociales y humanas.

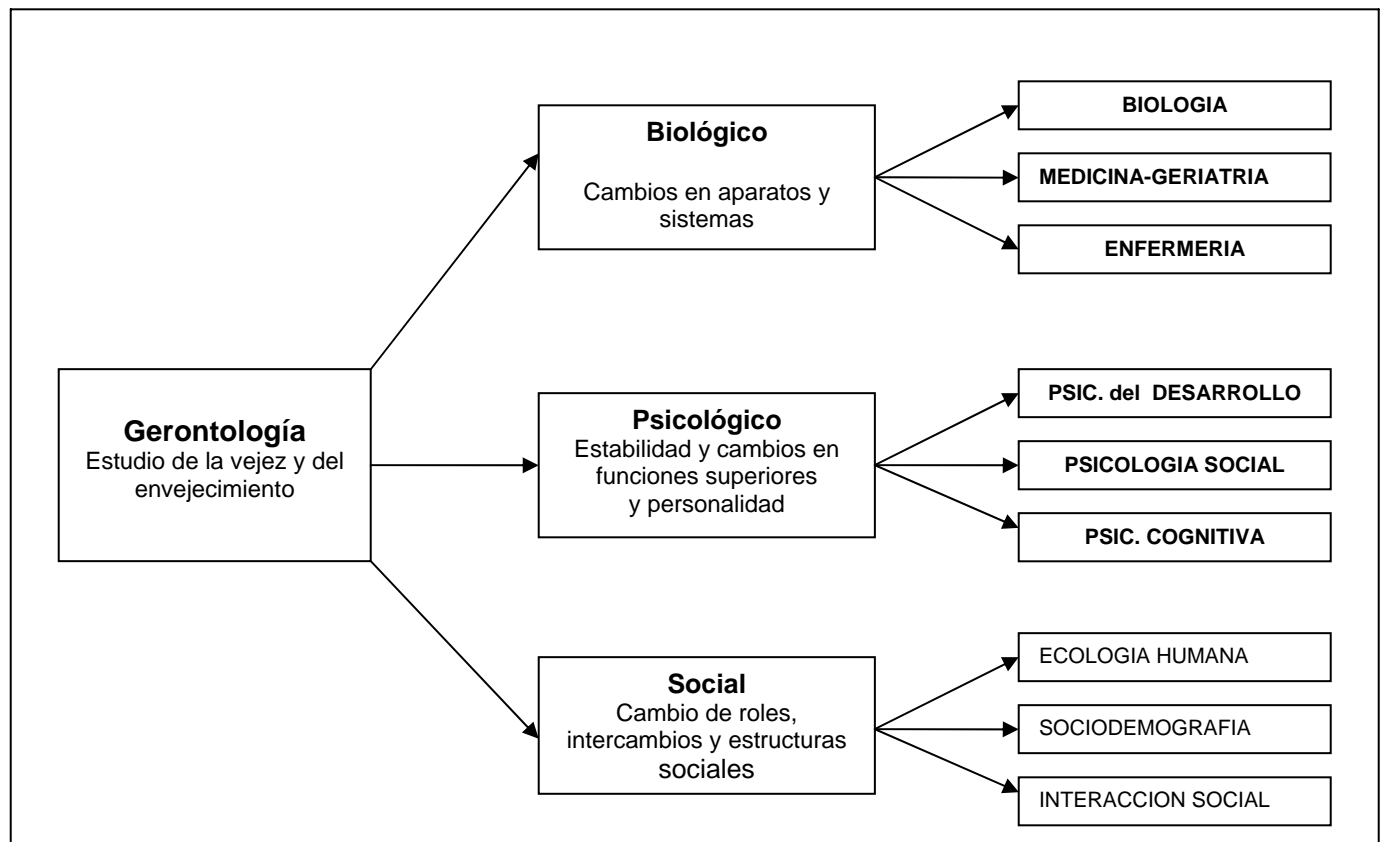
El planteamiento multidisciplinario de la Gerontología que describen diferentes autores (Fernández-Ballesteros, op. cit.; Fierro, A. 1994; Laforest, J. 1991; Moragas, R. 1991.) queda sintetizado en el esquema contiguo (Figura 1 retomado de aquel propuesto por Fernández-Ballesteros (op. cit.).

Así, es a partir de esta visión multidisciplinaria como la Gerontología no sólo se ocupa del proceso de envejecimiento y de las condiciones específicas que vive la persona mayor para aumentar su esperanza de vida, sino sobre todo, para mejorar la calidad de vida de ésta. Por eso es que requiere de un amplio espectro de conocimientos biológicos, psicológicos y sociales que aporten mejoras a este último período de la vida. Para Fernández-Ballesteros (op.cit.) los conocimientos gerontológicos básicos se resumen en los siguientes aspectos:

En términos **Biológicos**, al estudio de los cambios que se producen en los diferentes sistemas biológicos del organismo que se presentan conforme el paso del tiempo. **Psicológicos**, a la investigación de los cambios y/o estabilidad en las

funciones psicológicas superiores (memoria, atención, percepción, aprendizaje, etc.) al igual que la afectividad y la personalidad. Finalmente, los aspectos **Sociales**, que refieren al conocimiento de los cambios que la edad produce sobre los roles sociales, la estructura social, la forma en que la cultura influye sobre dichos cambios (sean de crecimiento o de declive) así como los aspectos demográficos o envejecimiento poblacional.

Fig. 1. Modelo Multidisciplinar de la Gerontología.



1.2 Vejez y envejecimiento: definiciones.

A pesar de que para muchos resulte obvio lo que significa vejez, varios autores coinciden en la dificultad que plantea definirla ya que no existe una línea

que indique claramente cuándo comienza. De hecho, se considera que existen varios criterios que señalan su inicio y no todos son aplicables en igual forma y tiempo al total de adultos mayores (Laforest, J. 1991; Fierro, A. 1994; Papalia, D. 1999; Fernández-Ballesteros, R. 2000). Por ejemplo, como lo plantea Papalia, D (op. cit.) mientras una persona a sus 80 años permanece física e intelectualmente funcional, otra a sus 55 pudiera estar dando indicios de declive emocional y físico. Esto muestra que si algo caracteriza a la vejez, son precisamente sus marcadas diferencias individuales así como el interjuego de elementos biológicos, psicológicos, cronológicos y sociales, además del momento histórico y el patrón cultural predominante.

El primer aspecto que surge cuando se intenta responder a la pregunta ¿Cuándo una persona es calificada como anciana? remite de inmediato al **aspecto cronológico** del individuo, esto es, a su edad. Se considera que la edad cronológica de la persona es quien determina el estado de vejez en la medida en que se da una acumulación de años, pero consecuentemente, una disminución de la expectativa de vida. En otras palabras, cuanto más se avanza en años, menos tiempo queda para vivir. Desde esta perspectiva cronológica, Laforest, J. define la vejez como *“el estado de una persona de edad avanzada”* (op.cit. p. 38).

Sin embargo, el criterio cronológico resulta el enfoque más relativo ya que determinar a qué edad se es viejo, dependerá de factores culturales, de la subjetividad de quien define, de consideraciones administrativas o hasta políticas como es el caso de los criterios para la jubilación. En este sentido, diferentes sociedades anglosajonas y europeas marcan el comienzo de la vejez a los 65 o 70 años. Mishara, B. y Riedle, R. (1984) por ejemplo, hacen notar que el ingreso a la vejez se establece por decreto a los 65 años ya que es la edad obligatoria para la jubilación. En México, aunque la jubilación oscila entre 49 años para la mujer y 51 años para hombres, según lo establece la nueva Ley del ISSSTE, se establece como inicio de la vejez los 60 años de edad según la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002).

Otros criterios que se consideran para definir la vejez (Mishara, B. y Riedle, R. 1984; Laforest, J. 1991; Fernández-Ballesteros, 2000; Yuste, N., Rubio, R. y Alexaindre, M. 2004) se derivan de este aspecto cronológico de la edad y tienen como común denominador el progresivo deterioro del organismo. Tales criterios hacen referencia a:

- El aspecto físico o **edad física**, cuya característica es el declive funcional así como el deterioro estructural en los que se incluyen, por ejemplo, la presencia de arrugas, canas, pérdida de fuerza, menor dominio del cuerpo y estados de salud deficientes, entre otros. Así, tras un período de crecimiento rápido y estabilidad relativa, el organismo humano va perdiendo eficiencia biológica en la medida en que pasa el tiempo (Fernández-Ballesteros, op. cit.).
- La **edad psicológica**, cuyos cambios se dividen en 2 grupos: los *cognitivos*, o aquellos que afectan a las funciones intelectuales superiores, y los relacionados con la *personalidad* y la *vida afectiva*. Dicha edad se guía por aspectos de declive tales como una personalidad rígida, lentitud en las ejecuciones, problemas de memoria y falta de espontaneidad, entre otros. Sin embargo, el criterio psicológico manifiesta una tendencia entre el crecimiento y el declive. Es decir, que existen funciones que a determinada edad se estabilizan -como el caso de la personalidad- otras más atraviesan cierto crecimiento -como el conocimiento- y otras finalmente declinan -como ocurre con la inteligencia fluida y el tiempo de reacción (Fernández-Ballesteros, op. cit.).
- Finalmente la **edad social**, que es quien regula las actividades y roles sociales de los miembros de una comunidad en las áreas de educación, el matrimonio y el aspecto laboral. Así, para determinar la entrada a la vejez se establece como criterio la edad para la jubilación.

Todas estas consideraciones remiten nuevamente a la dificultad de definir lo que es vejez ya que ni la edad ni la jubilación la determinan. El mismo Laforest

plantea que si bien todas esas definiciones expuestas anteriormente son ciertas, se tornan falsas en el momento en que pretenden expresar la totalidad de la vejez. Para él, abarcarla en su totalidad incluye considerarla desde su realidad existencial, es decir, añadir la forma en que la persona que está envejeciendo la experimenta. Tomando esto en cuenta, muy probablemente la imagen que se tendría de la vejez sería aún más negativa. Sin embargo, siempre es posible silenciar los aspectos negativos y plantearla como una edad de sabiduría y serenidad; así, mientras que para unos se ve como una experiencia de declive, para los segundos es una experiencia de crecimiento.

Toda experiencia de la vejez supone una dimensión negativa que no se puede ignorar, pero también supone una positiva no menos real: crecimiento y declive. Tal conjunción da como resultado una situación de crisis ante lo cual la vejez se torna un arte: el de *“solucionar una crisis ontológica entre la aspiración innata al crecimiento y la experiencia de un irreversible declive”* (Laforest. op.cit. p 51). De la síntesis de estas dos dimensiones contradictorias sobre una misma vivencia, Laforest concluye con una definición de vejez en términos de:

“Una situación existencial de crisis, resultado de un conflicto íntimo experimentado por el individuo ante su aspiración natural al crecimiento y la decadencia biológica y social consecutiva al avance en años” (op.cit. p. 51).

Con todo y lo complicado que resulte definir lo que es vejez, no podemos descartar que se trata de una etapa que se inserta dentro del ciclo de vida y que hace referencia a las diferencias que se suscitan de individuo a individuo en función de la edad tanto como a las condiciones específicas que vive la persona mayor (Fdez.-Ballesteros. op.cit.).

Fierro, A. (1994) plantea que la entrada a ella se produce a través de un proceso más imperceptible que, por tener como base biológica el envejecimiento celular, comienza muy pronto en la vida y se pone en marcha en cuanto termina el

desarrollo infantil y adolescente. Se refiere al **envejecimiento**, aquel proceso que permite dar cuenta de los cambios paulatinos e imperceptibles que se van sucediendo. Así, en sus *Propuestas sobre el buen envejecer* plantea que:

“Preferible a hablar de ‘vejez’ como estado, es hablar de ‘envejecimiento’ como curso o proceso, un proceso que comienza tempranamente al término de la juventud, y que a lo largo de la vida adulta se combina con procesos de maduración y desarrollo”. (En Buendía, J. 1994. p.3).

Tales cambios no sólo hacen referencia a las modificaciones que se presentan en el aspecto fisiológico sino también a las áreas psicológicas y sociales que a continuación se plantean.

1.3 Aspectos físicos del Envejecimiento.

Como parte de la misma existencia, y a no ser que esta se vea interrumpida bruscamente, todo organismo tiene la posibilidad de experimentar la secuencia de vida que da inicio con el nacimiento para continuar con su desarrollo, reproducción, envejecimiento y muerte, cuyo mecanismo de origen es evidentemente biológico. A partir del primer tercio del ciclo de vida, como lo plantea Triadó, C. (2006), el cuerpo comienza a experimentar una serie de cambios funcionales y estructurales en donde el declive inicial es imperceptible, sin embargo va acentuándose conforme transcurren las últimas décadas de la vida hasta hacer evidente el deterioro que caracteriza a la vejez por efecto del paso del tiempo.

¿Qué hace que ocurran estos cambios? La explicación a ello nos remite a una diversidad de teorías, cada una de las cuales hace énfasis en un factor determinado. Así, diversos autores (Mishara, B. y Riedel, R. 1986; Fernández-Ballesteros, R. 2000; Yuste, N., Rubio, R. y Aleixandre, M. 2004; Triadó, C. 2006) coinciden en al menos tres fundamentos teóricos sobre las causas del envejecimiento:

1. **Teoría General del Envejecimiento Programado**, la cual defiende la existencia de un plan genético, contenido en el ADN, que determina el tiempo de vida y surgimiento de la vejez según la información heredada y contenida en los genes. Así, con la edad las funciones celulares, en lo que respecta a su capacidad para nutrirse, restaurar lesiones y eliminar desechos, decaen gradualmente a causa de fallos en el ADN.
2. **Teoría del envejecimiento celular**, la cual explica la vejez como consecuencia de una exposición a factores nocivos endógenos (desechos) o exógenos (estrés) que propician una quebranto en la capacidad de supervivencia.
3. **Teorías sistémicas**, que explican la vejez como consecuencia del debilitamiento de los sistemas inmunológico y endocrino.

Aún cuando pareciera que cada teoría pugna por consolidarse como única explicación biológica del envejecimiento, lo cierto es que ninguna explicaría por sí sola la complejidad del proceso, ya que los cambios que se producen a lo largo del ciclo de vida humano son de todo tipo: bioquímicos, celulares, sistémicos, afectivos, intelectuales, familiares, laborales (Fdez.-Ballesteros, R. op. cit.). De hecho, existe una fuerte relación entre ellos ya que los cambios que ocurran en un nivel determinado repercutirán tarde o temprano en algún otro. Lo que es importante hacer notar es que, a pesar de existir esta interrelación entre sistemas (cardiovascular, reproductor, nervioso o respiratorio), cada uno de ellos envejece a su propio ritmo.

Desde esta perspectiva biológica, el envejecimiento se contempla como un proceso involutivo de cambios cuyas características principales, según planteó Strehler en 1962 (citado en Triadó, C. op. cit.) se refieren a él como un proceso:

- **UNIVERSAL:** A menos que el organismo muera precozmente, se presenta en todos los miembros de una determinada especie.¹
- **PROGRESIVO:** Al tratarse de un proceso que transcurre conforme el paso del tiempo, supone siempre una condición o situación diferente de aquella que le precede o que le sigue inmediatamente (Mishara y Riedel. 1984), así, los cambios que se suceden durante el envejecimiento lo hacen de forma gradual desde el mismo nacimiento -considerándolo en un sentido amplio con el envejecimiento celular- pero que se ponen en marcha en cuanto termina el crecimiento físico de la adolescencia (Kohn, 1985. En Triadó, C. op. cit.). A partir de ahí, conforme avanza la edad los efectos del envejecimiento adquieren un carácter acumulativo tanto en un sentido de crecimiento (habilidades o características adquiridas) como de declive.
- **IRREVERSIBLE:** de igual forma con el paso del tiempo, la acumulación de años se va traduciendo en el cumplimiento de la edad, la cual es un ejemplo de lo imposible que es el retorno hacia atrás (Mishara y Riedel. op.cit.).
- **DEGENERATIVO:** ligado de nueva cuenta al paso del tiempo -y a partir del cual tiene sustento el desarrollo de las teorías anteriores- durante el envejecimiento se presentan una serie de desequilibrios negativos que hacen cada vez más deficiente la reconstrucción orgánica (Mañós, Q. 1998), dando lugar a una mayor probabilidad de que aparezcan enfermedades.

¹ Cabría considerar, sin embargo, la relatividad de este planteamiento ya que por una parte el proceso de envejecimiento se presenta a ritmos diferentes en función del tamaño, actividad, metabolismo, estructura genética, mecanismos de reproducción y medio ambiente de la especie de la cual se trate. Se han encontrado organismos que no envejecen nunca y de hecho, que nunca mueren –como es el caso de las bacterias. Podría decirse que cuanto más sencillos son los organismos, más difícil resulta hablar de envejecimiento. Drusini, H. G. *Biología del envejecimiento: Introducción a la biogerontología*. En Fernández-Ballesteros, R. (2000). **Gerontología social**. (cap. 3 p. 79-102). Madrid: Ediciones Pirámide.

De este modo, Triadó considera dos tipos de cambios que definen el envejecimiento biológico:

1. Cambios que no provocan mayor vulnerabilidad a las enfermedades y a la muerte (canas, pérdida de flexibilidad en la piel o de la función reproductiva).
2. Cambios que sí aumentan la presencia de procesos patológicos, y en consecuencia la muerte, como aquellos que ocurren a nivel sistémico (debilitamiento del sistema inmunológico, pulmonar o cardiovascular).

A este respecto, Mañós, Q (op.cit.) hace un recuento de los cambios más sobresalientes a nivel de órganos aparatos y sistemas que se presentan durante el envejecimiento, así como sus efectos, los cuales se describen en la siguiente tabla:

ORGANOS, APARATOS Y SISTEMAS	CAMBIOS PRINCIPALES	EFECTOS
1. Apariencia externa: - Cabello y Vello corporal -Piel	- <i>Canas</i> (consecuencia de la muerte de células productoras de pigmento). - <i>Arrugas</i> (por agresiones ambientales; marcada expresión facial; endurecimiento de células de colágeno y elastina). - <i>Mayor sensibilidad al frío y calor</i> (disminución de la actividad de las glándulas sudoríparas).	
2. Cambios sensoriales: Visuales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deterioro en la agudeza visual. ✓ Disminución del campo visual. ✓ Endurecimiento y opacidad del Cristalino: presbiopía o vista cansada, cataratas. ✓ Pérdida de neuronas del nervio óptico ✓ Deslumbramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación en el procesamiento de la información. • Alteración de la memoria y el pensamiento. • Restricción de movimientos.

<p>Auditivos</p> <p>Olfato y Gusto</p> <p>Tacto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presbiacucia. ✓ Disminución de la sensibilidad acústica para sonidos agudos. ✓ Pérdida de la capacidad de discriminación de los sonidos. ✓ Pérdida de sensibilidad para alimentos dulces. ✓ Pérdida de elasticidad de la piel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Caídas y accidentes. • Confinamiento en el domicilio. • Aislamiento. • Irritabilidad. • Aislamiento e Introversión. • Disminución generalizada de la capacidad receptiva y de reconocimiento de lo que se percibe. • Disminución en la respuesta y en la adaptación.
<p>3. Aparato Locomotor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificultad del tejido óseo para fijar el calcio. ✓ Reabsorción del 5% del esqueleto. ✓ Los huesos se tornan esponjosos. ✓ Dificultad para la regeneración de células óseas. ✓ Pérdida de la densidad ósea: Osteoporosis ✓ Inflamación y rigidez de articulaciones. ✓ Desgaste de membrana protectora de las articulaciones: Osteoartritis. ✓ Disminución de masa corporal. ✓ Decece la fuerza contráctil. ✓ Pérdida de elasticidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución en la estatura. • Afectación en el rendimiento motor. • Mayor lentitud y pérdida de agilidad. • Cansancio. • Pérdida de independencia funcional. • Mayor necesidad de ayuda.
<p>4. Sistema Cardiovascular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Liger a disminución de la masa cardíaca. ✓ Decece la regularidad rítmica y la cantidad de sangre expulsada en cada latido. ✓ Aparición de ateromas (depósitos de grasa) en las válvulas aórticas. ✓ Endurecimiento de arterias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de pulsaciones. • Disminución de circulación. • Aumenta pérdida de calor • Arteriosclerosis.
<p>5. Sistema Respiratorio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menor lubricación nasal y de la laringe. ✓ Pérdida de elasticidad del diafragma o caja torácica. ✓ Reducción en peso y volumen de los pulmones. ✓ Reducción de la capacidad respiratoria (de 5 a 3 litros) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades respiratorias. • Bronquitis. • Asma • Enfisema pulmonar

ORGANOS, APARATOS Y SISTEMAS	CAMBIOS PRINCIPALES	EFECTOS
6. Sistema Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ablandamiento de la mucosa intestinal. ✓ Reducción de la actividad secretora de jugos gástricos. ✓ Reducción en la capacidad de absorción. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad digestiva ▪ Disminución de apetito ▪ Mala nutrición.
7. Sistema Nervioso.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disminución de neuronas de la masa cerebral. ✓ Pérdida de reflejos. ✓ Aumento en el tiempo de reacción y lentitud de esta. ✓ Dificultad en el equilibrio. ✓ Perturbaciones del lenguaje y la escritura. ✓ La memoria remota se mantiene. ✓ Disminuye la memoria inmediata. ✓ Dificultad en los procesos de aprendizaje. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las funciones nerviosas se enlentecen ▪ Afectación a la percepción y otros mecanismos.

Así, a lo largo de la vida el ser humano atraviesa una serie de cambios y modificaciones que afectan a órganos, aparatos y sistemas. Tales cambios pueden hacerse más o menos patentes a partir de una edad determinada, y se manifiestan tanto en la apariencia física como en la capacidad de respuesta intelectual. La adaptación de cada individuo se llevará a cabo en función de su personalidad, sin embargo, la no aceptación o una falta de reconocimiento de los cambios puede influir en la psicología de quien envejece provocando actitudes de rechazo o introversión lo que puede derivar en desintegración o aislamiento social.

1.4 Aspectos psicológicos del Envejecimiento.

Para muchos, la resolución de la crisis que plantea la situación de declive y crecimiento en la vejez pareciera no tener un desenlace positivo principalmente porque tiende a verse como un período de deterioro y no de crecimiento. Las diferentes formas de resolución ante esta visión negativa han consistido en retrasar lo más posible el proceso de declive mediante actividades de autocuidado que tienden a proporcionar una mejor calidad de vida, o bien, mediante un apego ilusorio a la juventud o a tiempos pasados; sin embargo ambas alternativas significan, respectivamente, un acto de conservación o una negativa a la propia condición, más no una solución a la vejez (Laforest, J. 1991).

El mismo Laforest apunta a una corriente de pensamiento en Gerontología que, sin negar la realidad del declive ligado al proceso de envejecimiento, abre la posibilidad de vivir la vejez como un período de crecimiento; no a pesar de, sino porque encierra una situación fundamental de crisis. Plantea que es a través de las crisis a las que ha de hacerse frente a lo largo del desarrollo, como el ser humano lleva a cabo el proceso de crecimiento de la personalidad.

1.4.1 Erikson y las tareas evolutivas.

El enfoque propuesto para la resolución de las crisis vitales encuentra su fundamento en la teoría del desarrollo de la personalidad de Erikson, quien plantea el ciclo de la vida como un ciclo de desarrollo que se lleva a cabo por etapas que se suceden, desde el nacimiento hasta la muerte, en ocho estadios. En cada uno de ellos, el ser humano debe ganar una situación evolutiva concreta que le hará sentirse satisfecho y definirá su identidad personal (Yuste, N., Rubio, R., Aleixandre, M. 2004). Así, cada estadio implica (Di Caprio, N. 1982):

- Una **crisis** de personalidad que, de no resolverse frenará el desarrollo coherente del yo.
- Una **virtud** concreta a alcanzar.

- La definición por un rasgo positivo que debe prevalecer, y otro negativo, que también tiene cierta presencia, y a los que Erikson denomina respectivamente **ritualizaciones** y **ritualismos**.
- La armonía entre ambos polos permite solucionar satisfactoriamente la crisis correspondiente.

Estos aspectos quedan descritos en el recuadro 1 en donde se muestran los 8 estadios planteados por Erikson, y en el que se incluyen:

- 1) Las *edades* que corresponderían a cada uno.
- 2) La *crisis* que plantea el hecho de satisfacer una necesidad personal frente a las condiciones y limitaciones que presenta el medio exterior -lo cual generará cierta disposición interna que constituirá nuestra habilidad para enfrentar el desafío presente tanto como las crisis posteriores.
- 3) La *virtud* que surgirá de la resolución de dichas crisis y que Erikson considera, a cada una de ellas, verdaderos logros y no meras sublimaciones del ego -que de hecho cada logro alcanzado en la etapa apropiada puede preparar al niño o al adulto para encargarse de las tareas de las siguientes etapas.
- 4) A cada etapa le corresponde una *tarea* que cumplir y estas constituyen lo que Erikson considera “*que es realmente un conflicto básico*” (en Di Caprio. op. cit. p.177) cuya resolución atinada favorecerá al ego. Su fracaso no sólo debilitará a este último sino que dará como resultado su persistencia en las siguientes etapas.
- 5) Finalmente, lo que Erikson denomina como *ritualizaciones* y *ritualismos*, constituyen las formas positivas y negativas, respectivamente, que se despliegan en función del éxito o fracaso ante una crisis determinada. Di Caprio (op.cit.) al retomar la definición que Erikson hace de estos conceptos, plantea que las ritualizaciones representan patrones de conducta recurrentes que dan significado a la vida, constituyen las características de una sociedad en particular y sirven como guías de conducta para marcar los límites de lo que es permisible. Los ritualismos por su parte, son ritualizaciones inapropiadas, falsas y exageradas que conducen al exceso y a la artificialidad. Se consideran como causas de la patología social y psicológica.

En la segunda mitad de la vida, Erikson sitúa dos etapas que constituyen los momentos evolutivos que aquí competen y que hacen referencia a la etapa del adulto medio o **Generatividad**, y a la de la vejez, o etapa de **Integridad**, en las cuales se contemplan los elementos anteriormente citados.

Para el estadio de **GENERATIVIDAD**, cuyo tema corresponde a la mediana edad o cuarentena, se destaca el compromiso de la persona por la creación y mantenimiento de algo que vaya más allá de ella misma. Lo cual puede concretarse a través de la crianza de una familia puesto que implica, en primer término, la preocupación por guiar a la próxima generación (Erikson, 1968). Ello representa una forma de perpetuar el propio yo, y sin embargo, no se agota en la crianza sino que puede extenderse al ámbito de la educación, asesoramiento y al ejercicio de toda profesión (Yuste, N. 2004). De aquí que la *tarea* sea la de perpetuar la cultura.

La falla en lograr la generatividad se le denomina *Estancamiento*. Erikson (op.cit) lo describe como un empobrecimiento personal en el que surge la sensación de que la vida es monótona y vacía, por lo que las personas que se estancan no utilizan eficazmente sus cualidades tornándose apáticos, resentidos y con fatiga crónica; por ello es que la crisis de este estadio se establece en términos de **Generatividad vs Estancamiento**.

Ser capaz de trabajar productivamente y perpetuarse a través de los hijos requiere la consecución de los logros de las etapas previas, por lo que Erikson atribuye dos importantes *virtudes* a la persona que ha alcanzado la generatividad, esto es, la de *Producción* (trabajar creativa y productivamente), y la de *Afecto* (trabajar para el beneficio de otros); en ambas se exige la máxima generosidad y la entrega ilimitada de uno mismo (Erikson, op. cit.).

En lo que respecta a la Ritualización, Erikson la denomina *generacional* en donde las conductas las define en términos de: *Numinosidad*, *Sensatez*, *Autenticidad* y *Modelo de intimidad*. El Ritualismo por su parte, radica en el *autoritarismo* cuyas características ya se mencionaron al describir el estancamiento

además de asumir el papel de dictador utilizando su autoridad para dominio de los otros (Di Caprio, op, cit.).

Por otra parte, en lo que respecta a la **INTEGRIDAD**, la temática de este estadio corresponde a la vejez y se relaciona con la evaluación de la propia vida como todo lo significativo que ha merecido la pena vivir (Triadó y Villar. op.cit.). Erikson (1968) la describe como la concreción o fruto de los siete estadios anteriores, cuyos atributos son:

- La seguridad e integración emocional.
- Fe.
- Disposición a asumir y también a renunciar a un liderazgo.
- Aceptación del ciclo de vida como algo que tenía que ser de ese modo.
- Nuevo y diferente amor a los propios padres
- Aceptación de que uno mismo es responsable de la propia vida.

Aquí la *tarea* significativa consiste en aceptar la propia finitud y muerte sin desesperación y con el sentimiento de haber llevado una vida plena sin necesidades insatisfechas que atormenten. Para ello fue necesario superar las tareas de las etapas anteriores y echar mano de los atributos conseguidos (Di Caprio, op.cit.), es decir:

- La *confianza* de que se ha vivido una vida agradable y que la muerte no será una experiencia terrible.
- *Autonomía*, para encarar con seguridad en uno mismo los problemas propios de esta etapa.
- *Iniciativa* y *laboriosidad* para cambiar lo que sea factible de cambiar.
- *Identidad* como la parte más valiosa que permite la aceptación de la propia imagen y valía personal.
- *Intimidad* y *Generatividad* que permitió el logro de relaciones profundas y una labor productiva; sin remordimientos ni anhelos por las cosas de la juventud.

La contraparte de no haber logrado estos atributos, sea por exceso de errores, desidia, pérdida de tiempo y oportunidades conforma lo que sería la *Desesperación* (Yuste, N. 2004). Lograr la integridad promovería el desarrollo de la virtud de sabiduría, de lo contrario, una resolución negativa de la crisis, propia de esta etapa, conlleva al arrepentimiento y remordimientos en relación a decisiones tomadas en el pasado. Erikson denomina a la ritualización de esta etapa *Integral*, que significa la unificación de los objetivos de la vida, es decir, haber satisfecho las propias necesidades de tal manera que permitan afirmar que ha sido valiosa la vida. Así, las características de una ritualización integral serían:

- Personificación de la verdadera sabiduría y autorrespeto.
- Apreciación de las limitaciones de la vida.
- Ejecución de conductas apropiadas.

El ritualismo en esta etapa se le denomina *Sapientismo* o pretensión insensata de ser sabio, y se expresa en formas autoritarias como el creer saber más que ningún otro, o de tener las respuestas únicas o tener la razón (Di Caprio, op. cit.).

Cuadro 1. Modelo de las etapas evolutivas de Erikson.

Edad	Etapa	Crisis Del Ego	Virtudes	Tareas	Ritualización	Ritualismo
1	Lactancia	Confianza Vs Desconfianza	Esperanza	Afirmación Mutua entre Madre e Hijo	Luminosidad	Idolatría
2	Primera infancia	Autonomía Vs Vergüenza	Valor, Autocontrol voluntad	Diferenciación Entre lo Bueno y Malo	Sensatez	Legalismo
3	Edad de juegos	Iniciativa Vs Culpa	Determinación	Experimentación de papeles	Autenticidad	Imitación
7						
10	Edad escolar	Laboriosidad Vs Inferioridad	Competencia y Método	Aprendizaje De Habilidades	Formalidad	Formalismo
11	Adolescencia	Identidad Vs Confusión	Amor Y Devoción	Establecimiento de la filosofía de	Ideología	Totalismo

				vida		
15	Aduldez temprana	Intimidad Vs Aislamiento	Amor Y Afiliación	Relaciones Sociales Satisfactorias	Afiliaivdad	Elitismo
20						
28						
30						
35	Madurez	Generatividad Vs Estancamiento	Afecto Y Producción	Perpetuación De la Cultura	Generacional	Autoritarismo
40						
50						
55						
60	Vejez	Integridad Vs Deseperación	Sabiduría	Aceptación de La Conclusión De la Vida	Integridad	Sapientismo
65						
70						
73						
75						
80						

De este modo, la teoría de Erikson considera al mismo tiempo aquellos aspectos de pérdida y de ganancia como posibles resoluciones de las encrucijadas normativas. Por tanto, aunque cada edad tiene su tema o dilema a resolver, el envejecimiento no es normativo ya que se contempla como un proceso abierto que puede suponer tanto pérdida como ganancia en función de cómo es capaz la persona de afrontar y resolver cada una de las encrucijadas.

Puede haber maneras de envejecer muy negativas, dominadas por el aislamiento, el estancamiento, sentimientos de culpa, depresión y temor a la muerte, pero también puede haber trayectorias de envejecimiento positivas: a través de la capacidad creativa, el compromiso con su entorno, el asumir errores pasados tanto como los éxitos y conservando, a pesar de todo, un sentimiento de satisfacción en relación consigo mismo.

1.4.2 Las características de un buen envejecer.

La existencia de estas dos posibilidades de envejecimiento que se derivan de la teoría de Erikson, no pueden menos que provocar el preguntarnos cuáles serían esos factores que determinan lo que en la actualidad ha tendido en denominarse como **envejecimiento satisfactorio** (Triadó, C. y Villar, F. 2006) e impiden que la persona transcurra prematuramente hacia un envejecimiento patológico.

Para Rowe y Kahn (en Triadó y Villar. op. cit.) envejecer satisfactoriamente implica tres elementos: la baja probabilidad de padecer enfermedades discapacitantes; la capacidad para realizar aquellas actividades que son necesarias para el autocuidado y que conllevan una vida autónoma; y finalmente, la implicación activa con la vida, la cual se relaciona con dos tipos de actividad: por una parte la **actividad social**, que significa mantener relaciones interpersonales satisfactorias que le proporcionen un apoyo instrumental (dar y recibir asistencia, resolver problemas cotidianos, transporte, recursos económicos, entre otros) como apoyo socioemocional (afecto, respeto y comprensión). Y por otra, las **actividades productivas**, las cuales refieren a aquellas que proporcionan no sólo una retribución económica, sino también a las que contribuyan al mantenimiento y promoción de la sociedad o al propio crecimiento personal.

Para otros autores el envejecimiento satisfactorio está ligado con altos niveles de bienestar, o aquellas experiencias subjetivas de felicidad o satisfacción, sentimientos de relajación, la consecución de valores que nos hacen crecer como personas y lograr metas que den sentido a nuestra vida (Triadó y Villar, op. cit.).

Fierro, A. (1991) por su parte, considera que el buen envejecer forma parte de una personalidad sana y madura por lo que, en ambos casos, esto sólo es posible en continuidad con el buen desarrollo en anteriores etapas de la vida; tal cual lo plantea la teoría epigenética de Erikson. Fierro mismo retoma aquellas características que plantean los diferentes modelos sobre la personalidad como los psicoanalíticos y los humanistas para designar las características de una personalidad madura, dentro de las cuales destaca que:

“... pueden señalarse, entre otras, la capacidad de comunicación, de amor, de goce, de trabajo, la disposición activa y creativa, y la elaboración de un sentido de la propia identidad. Todas ellas son propias también del buen envejecer...” (En Buendía, J. 1991. p. 15).

Lograr tales características, asociadas con una alta autoestima, predominio de una experiencia satisfactoria con la vida, estabilidad emocional, desarrollo de actividades para alcanzar satisfacciones con uno mismo y con los demás, comportarse de manera socialmente aceptable, entre otras, requiere del desarrollo de estrategias de afrontamiento que le permitan a la persona adaptarse a las

nuevas condiciones biológicas y sociales que la edad trae consigo y que pudieran percibirse como verdaderas amenazas para la persona mayor. Algunas de las estrategias sugeridas consisten básicamente en mantenerse en contacto con el mundo pero también con el propio pasado, mantenerse ocupado, comunicarse y entenderse con los demás (Fierro, A. op.cit.). Para el caso de las personas mayores de 80 u 85 años las estrategias que suelen utilizar radican, por una parte, en renunciar al control sobre su ambiente y centrarse en el presente, en el día a día, y por otra, lograr rutinas estables y predecibles que les permitan reducir circunstancias que provoquen tensión o resulten peligrosas. Sin embargo, cabe considerar que las personas mayores difícilmente las llevarán a cabo a menos que ya las posean desde la edad adulta.

Aún con esto, Triadó y Villar (op.cit) argumentan que, a pesar de que exista un descenso en el bienestar y de que se acumulen atributos negativos, las personas mayores no dejan de aplicar procesos adaptativos que les permitan regular sus pérdidas y crecer en algún otro sentido

1.5 Aspectos psicosociales del envejecimiento.

Otro de los elementos que influye de modo particular y contundente sobre la forma en que se envejece y se vive esta etapa de la vida, así como en las actitudes y comportamientos que se despliegan alrededor de ella, lo constituye el aspecto social del envejecimiento, el cual comprende elementos como el *desempeño de roles* que el sistema de creencias va asegurando de acuerdo a la edad del individuo, *sus actividades*, y *el estatus* que asume a lo largo de su vida. Cada una de estos precisa del establecimiento de relaciones interpersonales para asegurar un adecuado desarrollo del yo, de la autoestima y de una personalidad saludable; además de representar una especie de protección psicológica contra la depresión y otros trastornos mentales (Ring, J. 1994).

Corraliza, J. (2000) plantea la necesidad de atender ciertas dimensiones básicas dentro del contexto social en los que se ven afectados gran parte de

adultos mayores al dar lugar a la pérdida de roles hasta ahora desempeñados. Tales dimensiones hacen referencia a:

- La *pérdida de trabajo o jubilación*, que demanda resolver la necesidad de rehacer horarios, metas, relaciones sociales, búsqueda de actividades y usos del tiempo libre.
- Los cambios que suceden en la *dinámica familiar* como resultado del proceso jubilatorio y del propio ciclo de vida de la familia.
- *Cambios en la salud* como resultado del mismo proceso de envejecimiento, y que exige una mayor demanda de cuidados específicos en relación a esta.

Factores que tienen un gran impacto sobre la imagen que las personas mayores han construido sobre sí mismos, su autoconcepto, su identidad como grupo de personas mayores así como los diferentes papeles que, a partir de estos cambios, requieren de ajustes para realizarlos.

1.5.1 Jubilación

Etimológicamente, el término jubilación deriva del latín “*jubilare*” que significa júbilo o gozo. Aplicada al contexto laboral, representa la liberación del servicio activo o trabajo a la persona que desempeña algún cargo civil ya sea por cesantía, invalidez, antigüedad o vejez (Farrel, A. 1989). Sin embargo, aunque originalmente se tratara de un beneficio social producto de luchas y conquistas laborales, en la actualidad se incorpora como un mecanismo más de regulación para el mercado laboral por lo que, irónicamente, su sentido histórico se ha transformado en una circunstancia penosa y no siempre deseada para algunos trabajadores.

A pesar de ello, lo cierto es que la jubilación corresponde a una transición que se experimenta de diferentes formas dependiendo de las actitudes, creencias y circunstancias personales, y a la que se responderá según el estilo de afrontamiento desarrollado a lo largo de la vida, del nivel de autoeficacia y de la capacidad para adaptarse a nuevas situaciones (Buendía, J. y Riquelme, A. 1994).

Es por ello que para algunas personas la jubilación represente un mayor tiempo disponible para realizar lo que más se desee además de liberarse de actividades laborales no gratas; mientras que para otros significa perder un lugar dentro de la sociedad además de enfrentar un tiempo que muchas veces no se sabe cómo llenar. Sin embargo, cualquiera de las dos posturas trae consigo la necesidad de hacer ajustes ya que conlleva alteraciones en diferentes áreas como la económica, la familiar, y la personal.

En términos *económicos*, para la gran cantidad de adultos mayores la jubilación implica una considerable disminución de sus ingresos, lo que trae aparejado el temor de no poder mantener su nivel de vida anterior y verse en la necesidad de depender del apoyo de sus familiares. Como ya lo mencionan Buendía, J. y Riquelme, A. (op. cit.), los jubilados además de resentir la privación de su estatus laboral, la inactividad social y la falta de un objetivo social para vivir, lo que más echan de menos es la falta de recursos económicos. Al ser tan reducidos los montos de las jubilaciones propician que algunos adultos mayores estén obligados a continuar trabajando; ya sea aumentando el tiempo de vida laboral o bien, ingresando al sistema informal de trabajo.

De este modo, aun cuando la jubilación pueda contemplarse como un estado positivo, esperado y deseado, los efectos negativos que presenta hacen que las expectativas iniciales se transformen en desilusión al ser vivenciadas como la privación de un estatus honorable, la pérdida de autonomía y el empobrecimiento de relaciones sociales y familiares que resultan imprescindibles para la identificación personal y la estructuración de un sentido de vida. (Buendía, J. y Riquelme, A. op. cit.).

Sin soslayar estas circunstancias, Krassoievitch, M. (1993) resalta el hecho de que la jubilación suele manejarse como un acontecimiento brusco y no como un proceso que requiere de conocimiento y cierta preparación que permita asimilar el nuevo rol de jubilado. En este sentido, retoma el modelo propuesto por Atchley (1976) del proceso jubilatorio que resulta importante considerar:

1. Fase **Remota**: Comprende el lapso desde el inicio de la vida laboral hasta la aproximación de la jubilación. Durante este tiempo la persona solo tiene una vaga idea de lo que es la jubilación.
2. Fase de **Cercanía**: Cuando la jubilación es inminente y se tiene que enfrentar como realidad. Se generan actitudes negativas y una tendencia a fantasear las modalidades de su vida de jubilado. Las fantasías pueden resultar adaptativas siempre y cuando no estén demasiado alejadas de la realidad.
3. Fase de **Luna de miel**: Es la fase que sigue inmediatamente a la jubilación. La persona está por lo general ligeramente eufórica y entregada a su libertad recién adquirida; trata de hacer todas las cosas para las cuales nunca tuvo tiempo. Si goza de buena salud y de una situación económica cómoda, es cuando realiza viajes, hace deportes, asiste a actos sociales. Cuando los recursos financieros son más limitados esta fase es menos intensa. Su duración depende de los recursos disponibles, pero tarde o temprano la vida se vuelve muy rutinaria.
4. Fase de **Desencanto**: Pasada la euforia sobreviene un estado depresivo. Las personas con riesgo de sufrir una depresión profunda y prolongada son:
 - Quienes tienen pocas opciones de actividad después de realizar las anteriores.
 - Escasos recursos económicos.
 - Estado de salud deficiente.
 - Dependencia marcada de terceros.
 - Involucrarse excesivamente en el trabajo.
 - Otras pérdidas de roles aparte del laboral
 - Cambio a otra comunidad.

Es de notar que algunos jubilados permanecen en esta fase de desencanto.

5. Fase de **Reorientación**: Las personas que han logrado superar la fase anterior logran desarrollar opciones de actividades con frecuencia de tipo social; en general con el apoyo de familiares y amigos.
6. Fase de **Estabilidad**: Las actividades se hacen más rutinarias, lo que permite llevar una existencia más tranquila y satisfactoria.
7. Fase de **Terminación**: El papel de jubilado puede terminar con una de las cuatro posibilidades siguientes: Enfermedad o invalidez (implica un cambio de

papel); Pérdida del ingreso económico (también implica un cambio de papel); Trabajo de tiempo completo con lo que se deja el rol de jubilado y Muerte.

Para Atchley la jubilación no plantea una situación problemática cuando no requiere reestructurar la escala de metas personales, sin embargo, generalmente resulta necesario que el jubilado reorganice su vida, actividades, metas y valores a pesar de las resistencias que le plantean quienes le rodean.

1.5.2 Dinámica familiar.

De los cambios sociales que promueven un mayor estado de vulnerabilidad en las personas de edad, los relacionados con la estructura familiar y su desarrollo económico han resultado los de mayor impacto. Aún cuando la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo para muchos de nosotros en caso de necesitar ayuda económica, o de cuidados en casos de enfermedad, también es cierto que ha sufrido modificaciones que han afectado su capacidad para prestar apoyo a sus mayores como también el papel que juegan estos dentro de la familia. Si en las etapas prehispánicas de nuestra cultura, por ejemplo, el mayor asumía un papel privilegiado como consejero del calpulli en la sociedad azteca, o en la misma familia como formador de las nuevas generaciones gracias a sus conocimientos y experiencias, en las sociedades modernas la enseñanza se da cada vez más por medios tecnológicos -y con una velocidad sorprendente- que las nuevas generaciones han rebasado no ya a sus abuelos, sino también a sus propios padres. Esto ha significado para el adulto mayor formar parte de una generación aislada con mayores dificultades para comunicarse con sus descendientes (Krassoievitch, M. 1993).

Frente a las constantes crisis económicas y de sobrepoblación, la estructura familiar ha dejado de lado el modelo de familia numerosa en donde solían convivir varias generaciones, para adoptar el modelo nuclear al reducirse la cantidad de sus miembros disminuyendo así los tiempos de atención y convivencia para prácticamente todos ellos. Como lo plantea Mota, R. (2000), muchos de los cambios en la estructura familiar han quedado estrechamente ligados con:

- La continua e irreversible incorporación de la mujer al mercado de trabajo.
- La disminución del tamaño familiar debido a cambios en los índices de fertilidad y a la migración de miembros de la familia en etapa productiva.
- El desarrollo de nuevos modelos familiares:
 - ❖ *Familias con un solo progenitor.*
 - ❖ *Familias reconstituidas (como resultado de una separación inicial y su posterior unión o enlace matrimonial con una nueva pareja).*
 - ❖ *Familias con progenitor soltero y con uno o más hijos.*
 - ❖ *Parejas no casadas con hijos*
 - ❖ *Matrimonio en edad avanzada.*
 - ❖ *Parejas del mismo sexo con o sin hijos.*
 - ❖ *Personas que viven solas.*
- La permanencia de los hijos hasta edades cada vez más avanzadas en el hogar paterno.

Algunos de estos factores, si bien han servido como colchón amortiguador frente a circunstancias críticas, no han resuelto del todo el problema de bienestar y cuidados para las personas mayores; sobre todo porque cada vez hay un número menor de familiares a los que se puede recurrir por las siguientes razones:

1. *Cuestiones económicas o de desempleo, en donde los ingresos no son suficientes que conducen a miembros de la familia a emigrar o ausentarse la mayor parte del tiempo.*
2. *El hecho de que el familiar se ve en la necesidad de mantener por más tiempo el sustento económico a sus propios hijos, propiciando con ello que se limite o se niegue el apoyo económico a sus mayores.*
3. *El deterioro e inestabilidad en las relaciones familiares o su desintegración.*

Estos factores, entre otros, han dificultado la solidaridad familiar con las personas mayores; más aún si estos se encuentran ante circunstancias de dependencia física o psicológica.

1.5.3. Necesidades de intervención.

Para muchos adultos mayores una de las principales preocupaciones ha sido encontrar aquellas circunstancias de vida que les signifiquen una razón de ser y estar frente a los múltiples cambios que el mismo proceso de envejecimiento le plantea, y que suele experimentar como una serie de pérdidas insalvables que le van agotando física y emocionalmente.

El lograr una adaptación frente a ello, así como un reaprendizaje que le permita incrementar su autoconocimiento y autoconfianza, además de nuevas formas de enfrentar las pérdidas tiene mucho que ver, según Beaver, M y Miller, D. (1998), con las actitudes, su sistema de valores y las anteriores formas de ajustarse ante las pérdidas. Sin embargo, algo que resulta determinante en este proceso de afrontamiento y superación radica en las redes de apoyo social y familiar con los que el adulto mayor cuente. Tal como lo plantea Mota, R. (2000) en cuanto a la línea que divide las condiciones de autonomía y dependencia en el adulto mayor, y es que ésta define no sólo las necesidades que han de afrontarse, sino básicamente con ayuda de quién se hace. El sólo mantenerse aislado y como mero espectador en la vida se traduce para el adulto mayor en sufrimiento, desesperanza y un duelo desmedido, por lo que el mantener una comunicación constante con otras personas y participar en actividades y objetivos con significado resulta imprescindible (Beaver y Millar. op. cit.).

Son precisamente estas circunstancias que rodean un proceso natural de la existencia humana las que ponen a prueba todo un sistema de relaciones familiares y sociales en su capacidad para afrontar la diversidad de problemas que el envejecimiento conlleva. Sin embargo, como ya se ha mencionado, el hecho de que cada vez haya más adultos mayores y menos jóvenes supone una menor atención a estos por parte de sus descendientes. La disminución del tamaño familiar, la incorporación de la mujer al trabajo, el aumento de divorcios, los nuevos matrimonios y los cambios que todo esto acarrea ponen en peligro la continuidad en los cuidados haciendo más probable que éstos se deleguen hacia las instituciones (Bazo, M., 2000).

Para las personas mayores el problema consiste en cómo mantenerse incluido en la dinámica familiar y social, sentirse parte de la sociedad e influir en ella, lo cual sólo se consigue cumpliendo alguna función, produciendo alguna prueba tangible de su valor y redescubriendo un objetivo en su vida mediante el cual sea capaz de dar y recibir libre ya de las presiones de una sociedad competitiva. Por eso, el adulto mayor requiere desarrollar habilidades para la resolución de problemas vitales y asumir medidas de autocuidado; habilidades más elaboradas para enfrentar con éxito los retos cada vez más complejos que plantea el desarrollo (Beaver y Miller, op. cit).

Por tanto, tal y como lo plantea Martínez, E. (1989), si bien la atención institucional ha presentado diversas modalidades dependiendo de la sociedad de que se trate, se busca conservar o mejorar sus niveles biológicos psíquicos y sociales. Promover programas que abarquen acciones dirigidas hacia la prevención de su deterioro lo cual debe alcanzar a la familia y a la sociedad en general. Para ello, Salinas. F. (2000) destaca la importancia de considerar las diferentes necesidades que presenta el adulto mayor como parámetro de intervención. Tales necesidades consisten en:

1. **Necesidades fisiológicas:** aquellas necesidades básicas como dormir, comer, la higiene, el estar y sentirse cuidados como forma de producir estados de bienestar.
2. **Necesidad de seguridad:** la cual se satisface a través del orden y la estabilidad; la seguridad de que no serán abandonados y sí atendidos con dignidad.
3. **Necesidad de consideración y estima:** cuya satisfacción se logra manteniendo el respeto, permitiéndoles expresar qué tipo de ayudas necesitan, mediante técnicas de reminiscencia considerar junto con ellos los momentos fuertes de su vida y resaltando las características suyas más apreciadas.
4. **Necesidad de amor y pertenencia:** facilitando y manteniendo las relaciones afectivas con la familia y amistades que poseen; como también favoreciendo nuevas relaciones afectivas y de camaradería.

5. **Necesidad de autorrealización:** que no siempre se satisface con la actividad pero sí descubriendo valores, lo cual permite afirmar el crecimiento, comprender que la vida no termina con la jubilación, y que la tarea de hacerse como persona no termina hasta que no llega el momento de la última pérdida. Esto es, la muerte.
6. **Necesidad de un Dios entrañable:** como recurso espiritual tras de haber perdido tanto.

Beaver y Miller (op. cit.) por su parte, plantean lo que se considera como *Intervención Primaria*, la cual radica en evitar los problemas antes de que se produzcan a través de medidas de salud pública; dirigidas a personas o grupos que no presentan una alteración específica pero promueven la reducción de aquellos factores de riesgo que contribuyan a la declinación funcional. Tales medidas consisten básicamente en:

- ❖ Modificaciones en la dieta y la nutrición.
- ❖ Promoción del ejercicio y el autocuidado.
- ❖ Control médico y dental.
- ❖ Manejo de la soledad mediante la resocialización, la creación de ambientes socialmente estimulantes y control de los factores que mantienen el aislamiento y la soledad.
- ❖ Afrontamiento de la vejez, fortalecimiento de la autoestima y sentimientos de unión y pertenencia mediante la técnica de revisión de vida¹.
- ❖ Conflicto familiar e intergeneracional mediante la aclaración y definición de los papeles familiares.
- ❖ Viudedad mediante la participación de grupos de autoayuda y actividades de voluntariado.
- ❖ Manejo del estrés mediante sesiones de apoyo psicológico y entrenamiento de prácticas de relajación.
- ❖ Seminarios de tratamiento del estrés y manejo de duelo frente a uno o más cambios vitales como muerte del cónyuge, algún familiar o amigo; enfermedad grave; accidente; jubilación, divorcio o separación.

Medidas todas ellas que permiten, en esta fase del ciclo vital, que las personas mayores perciban que se les abre la posibilidad de dar un sentido nuevo a sus vidas.

¹ La revisión de vida como estrategia de intervención se caracteriza por el progresivo regreso a la conciencia de experiencias anteriores ligadas a conflictos no resueltos y a fracasos. Esta cualidad analítica crítica del proceso de revisión promueve una sensación de integración y satisfacción consigo mismo (Beaver y Millar. op. cit.

CAPITULO 2

PÉRDIDAS, DUELO Y MUERTE

2.1 Las pérdidas y su significado.

Resulta un hecho inevitable que con el transcurrir del tiempo, y de la vida, se enfrentan paulatinamente una serie de cambios y separaciones que convierten las cosas, eventos y personas en algo diferente de lo que inicialmente fueron.

Lo que se denomina como *pérdida* hace referencia a este hecho el cual plantea una peculiar relación en torno al cambio en donde ninguno de los dos existe sin la presencia del otro, es decir, como lo plantea Neimeyer, R. (2000), todo cambio conlleva una pérdida, de igual modo que esta simplemente no es posible sin el cambio. La diversidad de causas y circunstancias que la rodean le hace adquirir múltiples significados que van desde aspectos genéricos como el que define Peretz (1970) en cuanto a aquel “*estado de privación o de quedarse sin algo que se ha tenido*” (en Beaver, M. y Miller, D. 1998. p.30) en el que se incluye desde el fracaso por conservar o conseguir algo valioso para nosotros; la disminución de algún proceso; la destrucción o ruina, hasta aquellos significados personales y difíciles de expresar que denotan desolación, miedo, desconcierto, rabia, vacío, tristeza o sufrimiento.

Ante la diversidad de significados, podría concluirse, de acuerdo con Caplan, S. y Lang, G. (2006), que *cualquier situación que cause un cambio significativo en nuestra vida es considerada una pérdida*, siendo la muerte la más contundente de todas; sea que se trate de los padres, abuelos, hijos, amigos o con quien sea que se haya establecido un vínculo afectivo. Dentro de este rubro, estos autores plantean otro tipo de pérdidas que también pueden resultar tan devastadoras como para producir el dolor del duelo, como son las rupturas de relaciones por divorcio o abandono, la pérdida de empleo, mascota, casa u otro

bien material, la patria o lugar de origen, negocio familiar, salud, movilidad, memoria o alguna función perceptual como la vista o la audición. Y aún menos tangibles, aunque no por ello menos significativas resultan aquellos aspectos ligados con nuestro sistema de creencias o valores ontológicos, tales como: la inocencia, confianza, respeto, dignidad, libertad, esperanzas, sueños, religión o fe.

Una característica que, según Neimeyer (op.cit.) resulta clave para entender la experiencia de pérdida resulta su naturaleza omnipresente, es decir, que independientemente del paso que se dé o la elección que se haga la persona se someterá constantemente a la experiencia de pérdida, incluso en las transiciones consideradas como positivas como es el caso de un ascenso en el trabajo, el cual comporta la aparición de cierta tensión con las amistades, o el nacimiento de un hijo, que priva a sus padres de una serie de libertades, por ejemplo.

Judith Viorst (en Domínguez, S. 2007), quien plantea justamente el concepto de **pérdidas necesarias**, las define como aquellas pérdidas ineludibles que aparecerán tarde o temprano y que constituyen, de hecho, el fundamento de nuestra forma de ser y de actuar. Tales pérdidas las agrupa en cuatro tipos:

1. Aquella pérdida inicial que deriva de la separación del cuerpo de la madre para conformarnos como un Yo individualizado.
2. Las pérdidas que surgen ante las limitaciones que imponen nuestras capacidades pero que permiten, a su vez, el desarrollo de otras.
3. Las que se originan por renuncia de nuestros sueños e ideales y nos someten a la realidad de las relaciones humanas imperfectas.
4. Las múltiples pérdidas por muerte en la segunda mitad de la vida.

A partir de lo cual se plantea que, si bien la presencia de las pérdidas resulta algo inevitable y que puede causar gran dolor o sufrimiento, también es cierto que presenta ciertas ganancias en términos de beneficios para la maduración; si es que estamos preparados para vislumbrarlas. Elisabeth Lukas (2002) plantea su explicación a esto que pudiera parecer un rompecabezas:

“...conseguir un objetivo implica reorientar, es decir, abandonar el objetivo ya conseguido y aceptar los nuevos. Esto requiere la misma dosis elevada de flexibilidad que tanto cuesta tener cuando hay que superar una pérdida, y de ahí la paradójica situación donde los beneficios, especialmente los beneficios elevados que reporta la satisfacción completa de un deseo, también tienen su lado de pérdida, porque se pierde el anhelo, el sueño y el temor que anteceden al beneficio y que son la salsa de la vida” (p.20).

Para ella, sin embargo, lo verdaderamente importante no radica tanto en los beneficios o las pérdidas que la vida regala, sino en la capacidad que se tenga para percibir un sentido en todas las situaciones; lo cual constituye la verdadera fuerza protectora contra la existencia insoportable que pueda plantear la vivencia de pérdidas y muerte.

En conclusión, muchas situaciones del ser humano llevan implícita una pérdida frente a las cuales se precisa hacer adaptaciones que ayuden a resolver la experiencia de sentirse obligados a renunciar a aquello que se aprecia o satisface alguna necesidad; muy a pesar del dolor que esto pudiera implicar. No obstante, aún cuando tales circunstancias se presentan necesariamente como parte de nuestro devenir por la vida, la forma en que se planteen puede resultar determinante para su resolución. De aquí que se considere también, dentro de la tipología de las pérdidas, aquellas que se presentan de forma inesperada y aquellas que están sujetas a nuestro libre albedrío. Estas se denominan como (Domínguez, S. op. cit.):

- i. **Pérdidas Voluntarias:** aquellas que se presentan como resultado de la propia elección, independientemente de las razones que las motiven, como por ejemplo la decisión de separarse de una relación, el mudarse de casa, ciudad o trabajo, o bien la renuncia de algún anhelo en beneficio de otra causa.
- ii. **Pérdidas Inesperadas:** aquellas que, como su nombre lo indica, hacen referencia a todo tipo de sucesos que acontecen en cualquier momento y que se presentan independientemente de nuestros deseos, tales como accidentes, desastres naturales, la muerte de algún ser querido, enfermedades incapacitantes, despidos injustificados o cualquier decisión imprevista de otras personas que nos afecten de alguna manera.

Sin embargo, cualquiera que sea la forma en que se presente la pérdida o cómo se perciba, es innegable también que enfrentará a la persona a una diversidad de dificultades o conflictos emocionales que afectarán, a su vez, otras áreas de su vida. Conforme se acumulen tales transiciones, sea porque la persona se ve expuesta a una mayor cantidad de pérdidas, sufre alguna que resulta de gran impacto para su existencia o porque no consigue desarrollar recursos para enfrentar y solucionar la pérdida, el efecto que esto produce puede resultar devastador. Ebersole y Hess (1981) hacen referencia a esta circunstancia que resulta aplicable con mucha frecuencia al adulto mayor al plantear que *“Las pérdidas se producen toda la vida, pero sus efectos acumulativos pueden sentirse bruscamente en la senectud...”* (En Beaver y Miller. op.cit. p. 30).

Algunas de las pérdidas que se presentan por lo común en esta etapa ya han sido expuestas en el capítulo anterior, por lo que sólo nos limitaremos a considerar que para la persona mayor reponerse con realismo a la diversidad de pérdidas que le plantea la edad le resulta particularmente difícil. Sin embargo, la necesidad de afrontar las exigencias de la vida independientemente del grado de dificultad que presenten, es la característica de maduración en cada una de las etapas del desarrollo (Beaver y Miller. op. cit.). No obstante, la superación de dichas transiciones estará en función de cómo se va elaborando lo que se considera el *trabajo de duelo*.

2.2 El Duelo

2.2.1 Definición.

Frente a la diversidad de pérdidas y transiciones que todo ser humano atraviesa –particularmente cuando se trata de separaciones dolorosas relacionadas con nuestro mundo interpersonal como el alejamiento o muerte de un ser querido, o cuando la vida nos confronta con nuestra propia mortalidad o finitud en este mundo- se detonan una serie de manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales como una forma de protección ante la incapacidad para

aceptarlas. A este proceso psicológico mediante el cual se hace frente a una situación de pérdida es lo que se conoce como **duelo** (Bowlby, J. 1983; Caplan, S. y Lang, G. 2006; Mañós, Q. 1998; Sosa, D. 1993), un proceso que involucra a la personalidad en sus dimensiones conscientes e inconscientes, es decir, todas las funciones del yo, sus actitudes, defensas, y especialmente las relaciones que establece con los demás (Grinberg. 1983. En Krassoievitch, M. 1993). Su finalidad, *la de restituir y sanar la estructura total de nuestra personalidad, así como lograr la adaptación y armonía frente a una nueva realidad.*

Derivada del latín “*dollus*” o dolor, pena o aflicción y “*dollum*” que significa batalla, combate o desafío (Corominas, J. y Pascual, J. 1991. En Domínguez, S. 2007) la palabra duelo remite a esa batalla que se libra frente al dolor que causa la pérdida. A la lucha interna que se establece entre una parte de nosotros que al estar ligada a la realidad acepta la ausencia, y aquella otra parte que se empeña en retener lo que ya no está presente (Bucay, J. 2003). A este respecto, la necesidad de retener la idea o la imagen de la persona fallecida, encuentra su razón en una de las conductas básicas del ser humano, el apego.

A lo largo de nuestra vida vamos estableciendo vínculos con seres y situaciones significativas respecto de las cuales, pensamos, no podríamos separarnos jamás. Lo que suele denominarse como *apegos* y *conductas de apego* hace referencia a este tipo de pensamientos y a las que Mary Ainsworth define, respectivamente, “*como aquel lazo afectivo que una persona o animal forma entre él y una figura específica (figura de apego). Un lazo que tiende a mantenerlos juntos en el espacio y perdura en el tiempo*” que, para mantenerse, requiere de aquella “*...conducta que promueve la proximidad y el contacto*” (En Bowlby, J. 1980 p. 15).

Los apegos resultan un proceso que, según Bowlby, regirá la vida del hombre desde su nacimiento hasta su muerte. Estos influirán en mucho sobre los significados que puedan darse a las pérdidas y a lo que representa la muerte como concepto personal ya que, al ser determinante el establecimiento de relaciones de apego durante la primera infancia, la forma en que estas se establezcan y desarrollen a lo largo del período guardará grandes similitudes con

las respuestas de los adultos cuando muere un ser querido para él: experimentar nuevamente la angustia básica de separación; le extrañará y anhelará su presencia de tal modo que le resultará sumamente difícil encontrar consuelo en otra compañía. De hecho, como este mismo autor lo plantea, los apegos tienen su muy particular razón de ser en tanto la ansiedad que se despierta frente a la separación o pérdida de la figura de apego, es una respuesta fisiológica, una señal de alarma frente al peligro al tener una función biológica protectora. Se trata de nuestra herencia filogenética que cumple su misión de procurar la sobrevivencia por lo que, desde esta perspectiva, lo verdaderamente patológico sería la ausencia de ansiedad; o bien, que se presente con una intensidad exagerada.

Es por ello que -aún cuando se argumente que la pérdida o muerte de un ser querido no constituye el miedo básico del ser humano, sino que es el miedo a perderse uno mismo el verdadero temor que nos infunde la muerte (Yalom. J. En Plaxats, M. 2001)- lo cierto es que la pérdida de una persona querida resulta una de las experiencias más dolorosas por las que tiene que pasar todo ser humano para quien sólo el retorno del fallecido podrá calmar su dolor (Bowlby. op. cit.). Tal es la razón de que, en la labor de resolución de la pérdida, el terapeuta deberá constituirse como esa figura de apego para su paciente; la base segura desde la cual se desarrollará el difícil y largo proceso de superación.

2.2.2 El proceso de duelo.

La elaboración del duelo o llevar a cabo el *trabajo de duelo* se refiere a un proceso activo de afrontamiento que implica ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia. La forma más frecuente de concebirlo ha sido entenderlo como *un patrón de cambios secuenciales en el tiempo; como un proceso de ajuste y acomodación progresiva ante el choque que supone la pérdida de un ser querido* (Sosa, D. 1994). Diversos autores han estudiado la problemática del duelo como una forma de adentrarse a esa parte profunda de la persona que queda devastada tras sufrir una pérdida, pero

particularmente, por las posibles reacciones negativas o trastornos emocionales que se suscitan posteriores a ella y que se les denomina duelos patológicos.

Sigmund Freud, médico-psiquiatra y fundador del psicoanálisis, es uno de los primeros en adentrarse en el fenómeno del duelo a partir de sus reflexiones en torno a la muerte; alimentadas en gran medida por el ambiente de guerra que se detonó en 1914. Para Freud, la guerra transformó sustancialmente la actitud que el hombre reservara frente a la muerte al dejar de ser un hecho que, si bien nunca dejó de provocar desesperación y desconsuelo, esta se presentaba de forma natural. Accidental en algunos casos y en otros tantos como un acto heroico -tras la romántica visión de la épica medieval- pero que se recibía con resignación y hasta con cierta complacencia; con la guerra, la muerte adquiere otra representación al anunciar su proximidad constantemente además de despersonalizar al hombre al tratarse ahora de muertes masivas. Anteriormente, como lo muestra Philippe Ariés (1997) la muerte de una persona afectaba solemnemente a toda su comunidad en espacio y tiempo, es decir, al celebrar los ritos funerarios la aldea entera era partícipe de ello. Con la guerra, por el contrario, la muerte de una persona pierde su significado individual, ya no hay ritos ni familiares o amigos reunidos, y la vida en la comunidad transcurre como si nada hubiese ocurrido (En Bauab, A. 2001).

Es en este contexto que Freud escribe su texto *“Duelo y Melancolía”* como un intento de abordar la diferencia entre un estado afectivo normal como es estar en duelo por la pérdida de un objeto amado, y la disposición enfermiza a la que él denomina como melancolía; aquel cuadro caracterizado por humor triste, inhibición generalizada del yo y una prolongación indefinida de estos síntomas en el tiempo (Bauab. op. cit.).

Define el duelo como *“...la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”* (En Bauab, A. op. cit. p.19). Freud considera que ante estas circunstancias el yo queda por completo entregado al dolor restringiendo o inhibiendo sus funciones; razón por la cual la persona disminuye su interés por el mundo exterior y le es imposible dirigir sus afectos hacia otros objetos o hacia

alguna otra actividad o recuerdo que no tenga relación con la persona ausente (Krassoievitch, M. 1993). Para que la persona logre desviar su atención hacia otros asuntos y consiga cierta disminución a su dolor, la persona precisa llevar a cabo lo que Freud denominó *trabajo de duelo*, es decir, una serie de acciones conscientes e inconscientes, y en una secuencia de tiempos lógicos, que permitan a la persona en duelo pasar de ese estado de renuencia frente al hecho real de que el ser amado ya no existe (el *verleugnung* o renegación), hasta que, paulatinamente aunque no sin un enorme gasto energético, logre desprender cada uno de los recuerdos y esperanzas relacionados con la persona ausente (simbolización), para finalmente permitir que el yo vuelva a quedar libre de toda inhibición. Esto último es lo que Freud consideraría como un tercer tiempo o la resolución normal a una pérdida, es decir, quitar la libido del objeto perdido para desplazarla a uno nuevo (Domínguez, S. 2007).

Desde la perspectiva psicoanalítica -de la cual se derivarán posteriormente otras posturas como la de Melanie Klein, John Bowlby o la misma Kübler-Ross, entre otros- lo que subyace al proceso de duelo es esencialmente la identificación con el objeto perdido como una forma de compensar la ausencia a través de la internalización de las cualidades del fallecido. Por eso es que, como lo plantea Melanie Klein, al confrontarse con la realidad de su inexistencia surge en la persona en duelo el sentimiento de haber perdido también el objeto bueno interno. La resolución, según lo plantea Freud, es que el sobreviviente logre apartar todo recuerdo y esperanza de la persona ausente, lo cual implica *“consumar por segunda vez la pérdida...matando al muerto o..., perdiendo en lo simbólico lo que había sido pérdida en lo real.”* (Bauab. op.cit. p. 24).

Melanie Klein (1940) por su parte, para quien los duelos que se experimentan en la infancia se reviven en la vida adulta cuando se atraviesa algo penoso (Domínguez. op.cit.), la resolución consiste en recuperar la confianza en los objetos externos mediante el recuerdo de las cualidades positivas de la persona ausente.

Otro de los autores de referencia obligada al tratar el tema del duelo y el proceso de morir es Elisabeth Kübler-Ross (1975). Doctora en psiquiatría, quien

laboró la mayor parte de su vida con pacientes que padecían enfermedades incurables, desarrolló toda una escuela para la formación en el acompañamiento de pacientes terminales y apoyo en el duelo. En su libro *“Sobre la muerte y los moribundos”* divide el proceso de elaboración del duelo en cinco etapas destacando la importancia de la comunicación abierta con las personas en este trance terminal (Menéndez, C. 2006) -a diferencia de Freud, quien consideraba la resolución del duelo como un proceso que se da por sí solo sin necesidad de intervención. Tales etapas consisten en:

1. **Negación y Aislamiento.** Como reacción inicial ante la noticia de la enfermedad esta etapa se caracteriza por un estado de entumecimiento e incredulidad en la persona que recibe el diagnóstico o bien en el familiar del enfermo. Se trata de la incapacidad para aceptar que tal situación les esté ocurriendo y que les lleva a pensar, por lo general, que quien informa está en un error; razón por la cual suelen recurrir a segundas opiniones médicas como un intento esperanzador. Es por ello que este período se considera como un amortiguador que permite movilizar otros recursos internos o defensas para enfrentar el impacto (Kübler-Ross, 1975), sin embargo, la persona requerirá de tiempo para asimilar la situación.
2. **Enojo.** Esta fase se distingue por una serie de sentimientos de rabia y envidia al darse cuenta de que lo que le está ocurriendo no es un sueño sino una realidad contundente, y en donde el enojo puede manifestarse abiertamente hacia los otros o dirigirse hacia sí mismo en forma de depresión. Se trata de una reacción ante el temor de no poder satisfacer las propias necesidades, de enfrentar las dificultades financieras, emocionales o físicas que la enfermedad implica.
3. **Negociación.** Esta fase es un intento por retrasar los hechos, por modificar el desenlace negativo e indeseable a través de súplicas que son por lo general dirigidas hacia Dios. Se da en nuestra mente para ganar tiempo antes de aceptar la realidad de la situación.
4. **Depresión.** Es el enojo dirigido hacia adentro el cual incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia, así como una profunda tristeza. Constituye la fase más dolorosa en la cual se hace evidente esa expresión del duelo como batalla, así como también la etapa de mayor duración en la cual

se puede correr el riesgo de transformarse en un duelo complicado al no recibir la ayuda pertinente. Aquí es que se fundamenta la intervención de un profesional de la salud como un aspecto que Kübler-Ross destaca como esencial para restaurar el equilibrio en la persona.

5. **Aceptación.** Con el tiempo, siempre y cuando la fuerza emocional haya encontrado su cauce normal, sobreviene la aceptación. Etapa en la que se ha logrado ya un cambio en la percepción y significado que adquiere la muerte y frente a la cual se ha perdido el miedo. Uno de los criterios para constatar que efectivamente se ha logrado la aceptación es cuando la persona ha logrado asimilar los cambios con tal serenidad, que le permite aceptar las circunstancias sin quererlas cambiar, vivir el presente y planear el futuro a pesar de la pérdida. Le es posible hablar ya respecto a la pérdida sin que rompa en llanto y desconsuelo.

Ahora bien, las fases que presenta Kübler-Ross no deben ser entendidas como un proceso fijo en el que todas estas se dan necesariamente y en la misma secuencia. De hecho, como ella misma lo afirma, no todas las personas experimentan el proceso de igual forma, e incluso, las emociones que son características de una u otra etapa pueden presentarse en varios momentos del duelo (Menéndez, C. 2006). Podría decirse que si bien se trata de un proceso necesario y presente ante las pérdidas significativas -sean estas propias o ajenas- su evolución no sigue una secuencia predeterminada y universal aplicable a todas las personas. Por el contrario, la respuesta, secuencia y duración de las manifestaciones emocionales varían en gran medida de una a otra persona. De aquí que el duelo se considere como un proceso marcadamente personal cuya evolución depende de diferentes factores.

Castro, M, (2006) plantea una serie de condicionantes que pueden facilitar o dificultar el proceso natural del duelo, los cuales consisten en:

1. **Tipo de muerte.** No es lo mismo que una persona fallezca por muerte natural a que sea accidental o violenta. En este caso, la reacción del duelo resulta más intensa que en aquellos donde la pérdida resulta de un largo

proceso de enfermedad, la cual permite cierta preparación para el desenlace.

2. **Edad.** No es lo mismo que fallezca una persona de 80 años a que fallezca un niño, adolescente o joven. En el caso de adultos mayores el impacto suele ser menor en comparación con el de una persona joven. El adulto parece estar más preparado para la muerte de sus padres cuando estos llegan a determinada edad, que si se tratara de alguno de sus hijos ya que queda “fuera de tiempo”. Este último tipo de pérdida es el que mayores probabilidades tiene de generar un duelo complicado.
3. **Sexo.** Por cuestiones de género, es más fácil para la mujer elaborar su duelo ya que es más aceptado ver que llore o se ponga triste en contraste con los varones; estos suelen reprimirse más. Sin embargo, el hecho de que la mujer, al tener una mayor esperanza de vida sobrevive a su pareja, le hace más susceptible de atravesar un duelo complicado.
4. **Etapas evolutivas del doliente.** Debe tomarse en consideración ya que es diferente que fallezcan los padres cuando se es adulto y ya se tiene familia propia a que fallezcan cuando se es pequeño.
5. **Situación económica.** Un duelo llega a dificultarse cuando no existe una solvencia o una economía no resuelta, y más aún cuando existen numerosas deudas.
6. **Tipo de personalidad.** Existen personas que ante el menor revés se hundieren mientras que otras se muestran optimistas ya que tienen la capacidad de afrontar situaciones de frustración, un proyecto de vida y recursos personales y psicológicos que ayudan a superar la pérdida. De acuerdo con Bowlby, quienes responden con un duelo patológico suelen ser personas dependientes, inseguras o ansiosas, así como las de carácter muy atento, solícito y cuidador.
7. **Espiritualidad.** Factor que si se posee, favorecerá el enfrentamiento con el dolor en contraste con aquellas personas que no la poseen.
8. **Fe.** Si el doliente tiene fe, facilita su proceso ya que esta le proporciona un sentido de esperanza ante la muerte.
9. **Red social de apoyo con la que se cuenta para recibir y afrontar el golpe emocional.** El apoyo familiar y social resulta determinante en muchos casos de duelo ya que a través de ellos la persona puede encontrar la

fuerza necesaria. El hecho de que esta cuente con otras personas de confianza que le permitan expresar sus sentimientos y le brinden consuelo, propicia que los síntomas del duelo se presenten con una menor intensidad.

10. **Cultura.** Existen culturas donde la muerte se percibe de manera más natural así como también las hay que no permiten expresar los sentimientos y los duelos se ahogan. Por lo general el duelo se acostumbra expresar a través del luto, el cual se presenta como una manifestación externa del dolor.

Por otra parte, Menéndez, C. (op. cit.) hace mención de cierto tipo de procesos que se observaron en personas viudas y que contribuyeron tanto a una mejor resolución del duelo como a dificultar su superación. Estos consisten en:

- a. La **idealización** de la pareja perdida, a través de la cual se resaltaron las cualidades y momentos positivos de la persona fallecida lo que permitió transformar aquel recuerdo grato en algo distante e irreal, favoreciendo con ello la elaboración y resolución del duelo.
- b. La **revisión obsesiva** de los últimos momentos de la persona fallecida, lo cual incluía también un autoexamen sobre si había hecho lo suficiente, Esto generó en algunas personas sentimiento de culpa.
- c. **Sentimientos de alivio** tras la muerte al considerar los largos períodos de cuidados intensos prodigados al paciente; lo que le trajo también sentimientos de culpa.

Para esta autora, la presencia de culpa y remordimientos son un factor que predice la complicación del proceso tornándolo en un duelo difícil además de prolongarlo en el tiempo; características que conforman lo que se conoce como duelos complicados o no resueltos.

2.2.3 Tipos de Duelo

Duelo Normal. Se ha asumido que la pérdida de un ser querido sigue un proceso de ajuste que busca sanar el dolor que esta produce y lograr la adaptación ante la nueva realidad. Proceso que se considera normal cuando se lleva a cabo bajo ciertas pautas que implican, lo que Worden (1982. en

Menéndez. op.cit.) denomina tareas para la elaboración del duelo, y que consisten en:

1. **Aceptar** la realidad de la pérdida. La aceptación racional y emocional de la pérdida que se ha experimentado, y el hecho de que esta es irreversible.
2. **Dar expresión** a los sentimientos, identificarlos y comprenderlos.
3. **Adaptarse** a una nueva vida sin la persona ausente. Cubrir áreas y tareas de las que se ocupaba el fallecido y desarrollar la capacidad para crear nuevas rutinas.
4. **Implicarse emocionalmente.** Invertir la energía emocional en nuevas relaciones, preocuparse por los demás y reestablecer o crear nuevos lazos afectivos.

Para muchas personas el proceso se sucede sin mayores incidentes, y tras un corto aunque lento período se logra la recuperación. A este respecto, los estudios realizados con población en estado de viudez muestran signos agudos de duelo entre la primera y cuarta semana de la pérdida, a los seis meses de esta tales síntomas descienden significativamente para, a los doce meses, la sintomatología depresiva resulta muy similar entre viudos y no viudos. De lo que se concluye que, en cuanto al factor tiempo, es normal que durante el primer año de la pérdida la persona se encuentre en un estado de malestar emocional sin que esto signifique una patología (Sosa, D. op. cit.).

Para Neimeyer (2000) sin embargo, tras su revisión sobre investigaciones realizadas con personas que han sufrido pérdidas, el curso del duelo es mucho más largo de lo que cotidianamente se pueda suponer; presentándose marcadas interrupciones en el funcionamiento del sobreviviente que siguen presentes meses después de la pérdida así como repercusiones a lo largo de toda la vida de la persona.

Esto es, durante los momentos que siguen a la toma de conciencia de la pérdida, la persona suele experimentar una desorganización que abarca todos sus niveles de funcionamiento (sentimientos: angustia o pánico; pensamientos: incredulidad, dificultades en la concentración; conducta: agitación, dificultades

para dormir, por ejemplo) y, gracias a los procesos de negación o evitación, además del apoyo social que suele recibirse antes, durante y después de los ritos funerarios, el doliente presenta una aparente recuperación durante este período. Sin embargo, esta aparente recuperación suele ser fugaz ya que en las semanas siguientes suele emprenderse una larga caída hacia una mayor desorientación y depresión que puede durar meses después.

Durante la primera y segunda semana después de la pérdida, la persona lleva a cabo intentos por asumir de nueva cuenta los roles habituales en la casa y el trabajo (justo cuando es retirado el apoyo por parte de familiares, amigos o vecinos) y, si no se cuenta con una sólida red de apoyo con la cual se pueda elaborar esta turbadora experiencia, la desesperación propia de esta fase puede cobrar un carácter circular en el que cada arrebató emocional incontrolable, o cada manifestación de olvido puede interpretarse como una incapacidad para asumir la pérdida, generando una sensación de malestar y fracaso personal.

Aún cuando el apoyo social esté presente para lograr atravesar el difícil trayecto a la recuperación, es de esperar que el funcionamiento de la persona se vea afectado en aquellas fechas que guarden un significado importante como cumpleaños, aniversarios o celebraciones familiares durante el primer año posterior a la pérdida; pero a medida que esta se va asimilando y se aprende a enfrentar la nueva realidad, el dolor es percibido desde otra perspectiva y es entonces cuando la persona es capaz de vivir plenamente. Sin embargo, este proceso tiende a durar años en lugar de meses e implica la aparición periódica de “picos de duelo” (Neimeyer, op. cit. p. 41) tras años o décadas después de la pérdida. A pesar de ello, tales experiencias conforman una parte normal de adaptación a la muerte y no constituyen de ningún modo regresiones o una falta de resolución del proceso de duelo.

La respuesta humana ante las pérdidas pueda guardar similitudes en cuanto a reacciones, sentimientos y procesos, siendo un hecho que el trabajo de duelo presenta notables diferencias individuales en cuanto a forma, tiempo e intensidad. No obstante este diferencial, existen una serie de manifestaciones psicológicas y conductuales que suelen presentarse en aquellos que han sufrido

la pérdida de un ser querido y que Lindemann (en Castro, M. 2006 y Domínguez, S. 2007) clasificó en sensaciones físicas o corporales, sentimientos, cogniciones y conductas para conformar lo que él define como síndrome normal del duelo, el cual queda descrito en la tabla 1.

Duelos complicados. Aún cuando se hace mención de no asumir el proceso de duelo como si fuese una enfermedad, es necesario reconsiderar que la adaptación y resolución de una pérdida significativa no siempre resulta satisfactorio. Para algunas personas, el proceso de duelo puede prolongarse excesivamente y/o complicarse con algún trastorno afectivo, como lo son las manifestaciones de tipo depresivo; de aquí el término de duelo complicado o patológico. Este tipo de duelo se caracteriza por la ausencia o el retraso de los sentimientos de dolor propios del duelo, hasta la presencia de un duelo muy intenso y prolongado, asociado muchas veces a conductas suicidas o síntomas de desequilibrio psíquico tales como adquisición de los síntomas de la enfermedad del muerto, hostilidad intensa hacia ciertas personas, depresión intensa, tensión, agitación, insomnio crónico, autoculpabilización y/o necesidad de castigo (en Domínguez, S. op. cit.).

Tabla 1. Manifestaciones psicológicas y conductuales de Lindemann

SENSACIONES CORPORALES	SENTIMIENTOS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Vacío en el estómago ❖ Opresión en pecho ❖ Opresión en garganta. ❖ Falta de energía ❖ Incomodidad ante el ruido ❖ Falta de aire ❖ Sensación de despersonalización ❖ Tensión y debilidad muscular ❖ Sequedad de boca ❖ Fatiga ❖ Palpitaciones ❖ Oleadas de calor 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Shock ❖ Insensibilidad o embotamiento ❖ Rabia ❖ Culpa ❖ Anhelos ❖ Tristeza ❖ Soledad y desamparo ❖ Fatiga ❖ Alivio

COGNICIONES	CONDUCTAS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Incredulidad ❖ Confusión ❖ Preocupación ❖ Sentido de presencia ❖ Alucinaciones ❖ Necesidad de buscarle un sentido a la pérdida. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Trastornos del sueño ❖ Trastornos alimentarios ❖ Conducta distraída ❖ Aislamiento social ❖ Soñar con el fallecido ❖ Evitar recuerdos del fallecido ❖ Desinterés por el sexo ❖ Buscar y llamar en voz alta ❖ Suspirar ❖ Hiperactividad frenética ❖ Llorar ❖ Visitar lugares o llevar consigo objetos que recuerdan al fallecido ❖ Atesorar objetos que pertenecieron al fallecido.

Para Bowlby (op. cit.) los duelos patológicos tienen su base en aquellas experiencias durante la primer infancia en donde se establecieron apegos de tipo ansioso y ambivalente en razón de la discontinuidad de las atenciones maternas, o bien, en un claro rechazo por parte de las figuras paternas u otras significativas. Plantea dos formas principales de duelo complicado:

1. **Aflicción excesivamente prolongada por la pérdida**, conocida también como duelo *Deformado, Prolongado o Crónico* y que se caracteriza por la persistencia de sintomatología depresiva más allá de los 6 o 12 meses. Las personas que se encuentran dentro de este tipo manifiestan respuestas emocionales intensas y prolongadas; con accesos de ira y cólera, autorreproches y sentimientos de culpa y ansiedad. Suelen mostrar también síntomas depresivos combinados o alternados con ansiedad, manifestaciones de tipo hipocondriaco o agorafóbico. Se observan también manifestaciones de desesperación profunda con ideación suicida y lo que Bowlby denomina como “momificación”, aquellas conductas de mantener en

casa los restos o cenizas del muerto, conservar inalterados los espacios que ocupaba en la casa, o los enseres personales del fallecido (Sosa, D. op. cit.).

- 2. Ausencia prolongada de la aflicción**, denominada también como duelo *Ausente o Retardado* (aquel donde la negación de la pérdida produce esperanzas infundadas respecto al “regreso” de la persona ausente, generando un intenso cuadro de ansiedad), o duelo *Diferido, Inhibido o Suprimido* (a manera de “anestesia emocional” o con imposibilidad de expresar las diferentes manifestaciones de pérdida). En este caso, como su nombre lo indica, se caracteriza por la ausencia inicial de las manifestaciones emocionales normales, pero, de manera repentina, se presenta un estado de depresión profunda. Las personas con este tipo de duelo se presentan con una gran autosuficiencia y orgullo como si nada hubiese ocurrido, evitando referirse a la pérdida y prohibiendo a los demás que lo hagan, por lo que es muy frecuente que se deshagan de las pertenencias de la persona ausente de manera precipitada. Suelen mostrarse tensas e irritables, así como manifestar síntomas físicos como dolor de cabeza y dolor en general, palpitaciones, insomnio o sueños desagradables.

Castro, M. (2006) plantea otro tipo de duelo que, si bien se ubica dentro del tipo de duelo crónico, hace mención de las circunstancias por las cuales se presenta de este modo, esto es, el ***Duelo congelado***, que se presenta debido a la inexistencia del cuerpo del fallecido, lo que hace que este tipo de duelo sea difícil de solucionar ya que el doliente mantiene siempre la esperanza de que la persona regrese.

Landa, V. y García-García, J. (2007) por su parte, plantean el ***Duelo Anticipado*** como aquel que surge frente a enfermedades crónicas prolongadas, y que se caracteriza por el shock inicial ante el diagnóstico y la negación de la muerte próxima, la cual se mantiene en mayor o menor grado hasta el final; ansiedad y miedo. Este período resulta una oportunidad para prepararse psicológicamente para la pérdida aunque deja profundas huellas en la memoria de los familiares. Estos mismos autores plantean una serie de

predictores de riesgo para una mala evolución del duelo, como factores que permitan detectar oportunamente situaciones de duelo complicado y poder tomar medidas preventivas. Tales son:

- ❖ Muertes repentinas o inesperadas.
- ❖ Muerte bajo circunstancias traumáticas como suicidio, homicidio o secuestro.
- ❖ Pérdidas múltiples o sobrecarga de duelo.
- ❖ Pérdidas inciertas en las que no aparece la persona o el cuerpo.
- ❖ Muerte de un niño, adolescente o joven en general.
- ❖ Doliente en edades tempranas o tardías de la vida.
- ❖ Muerte tras una larga enfermedad Terminal (duelo anticipado).
- ❖ Muerte por SIDA.
- ❖ Doliente demasiado dependiente; relación ambivalente o conflictiva con el fallecido.
- ❖ Historia previa de duelos difíciles.
- ❖ Depresión u otras enfermedades mentales.
- ❖ Dificultades económicas; escasos recursos personales como trabajo y/o aficiones.
- ❖ Vivir solo; poco apoyo sociofamiliar real o sentido; alejamiento del sistema tradicional social y religioso de apoyo (como el caso de los inmigrantes).
- ❖ Crisis concurrentes, laborales, económicas o judiciales.

De igual manera, retoman los criterios diagnósticos del “Trastorno por Duelo Prolongado” de Prigerson, Vanderwerker & Maciejewski (2007) para el DSM-V, como forma de identificar si se está ante un duelo complicado. A saber:

Criterio A. Presentar a diario al menos uno de los siguientes síntomas:

1. Pensamientos intrusivos (que entran en la mente sin control) acerca del fallecido.
2. “Punzadas” de dolor incontrolable por la separación.
3. Añorar intensamente al fallecido (recordar su ausencia con una enorme y profunda tristeza).

Criterio B. Presentar a diario al menos 5 de los 9 síntomas siguientes:

1. Estar confuso acerca de cual es el papel de uno en la vida, o sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.
2. Dificultad para aceptar la realidad de la pérdida.
3. Tratar de evitar todo lo que le recuerde que su ser querido ha muerto.
4. Sentirse incapaz de confiar en los demás desde el fallecimiento.
5. Estar amargado o enfadado en relación con el fallecimiento.
6. Sentirse mal por seguir adelante con su vida (p. ej. hacer nuevas amistades o interesarse por cosas nuevas).
7. Sentirse frío e insensible -emocionalmente plano- desde el fallecimiento.
8. Sentirse frustrado en la vida, que sin el fallecido su vida está vacía y no tiene sentido.
9. Sentirse como “atontado”, aturdido o conmocionado.

Criterio C. La duración de estos síntomas es de al menos seis meses.

Criterio D. Estos síntomas causan un malestar clínicamente significativo o un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.

Neimeyer (op. cit.), por su parte, sugiere como recurso de autodiagnóstico el considerar ciertos síntomas como indicadores para solicitar apoyo profesional. Y plantea que, aún cuando cada persona debe tomar esta decisión libremente, resulta importante el considerar seriamente hablar con alguien sobre su duelo si presenta los siguientes síntomas:

- ❖ **Intensos sentimientos de culpa:** como consecuencia de cosas diferentes a las que hizo o dejó de hacer en el momento de la muerte de su ser querido.
- ❖ **Pensamientos de suicidio:** que van más allá del deseo metafórico de querer “estar muerto” o de poder reunirse con su ser querido.
- ❖ **Desesperación extrema:** la sensación de que por mucho que lo intente no logrará recuperar nunca una vida que valga la pena vivir.
- ❖ **Inquietud o depresión prolongadas:** sensación de estar atrapado por un largo período de tiempo (meses).
- ❖ **Síntomas físicos:** como la sensación de cuchillos en el pecho, la pérdida de peso, o cualquier otro que represente una amenaza para el bienestar físico.

- ❖ ***Ira incontrolada:*** que propicia que sus allegados se alejen o que le induzcan a “planear la venganza” por la pérdida.
- ❖ ***Dificultades continuadas de funcionamiento:*** manifiestas en la incapacidad para desempeñar adecuadamente su trabajo o tareas de la vida cotidiana necesarias para vivir.
- ❖ ***Abuso de sustancias:*** uso de drogas o alcohol para aminorar el dolor.

Muerte: definición, significados y actitudes frente a ella.

2.3.1. Definición.

De toda la gama de inquietudes, pérdidas y duelos que cualquier ser humano deba afrontar, la muerte resulta la de mayor impacto y trascendencia, sin embargo, a pesar de saberla parte de la realidad se le niega y se le teme por el gran dolor y sufrimiento que provoca; porque tienen que ver, justamente, con la terminación de la vida. El Diccionario de la Real Academia Española (En Vives, J. 2005) la define: del latín *mors, mortis*, la muerte es la “cesación o término de la vida” (p. 121); concepto que también alude a la separación del cuerpo y el alma.

La muerte puede entenderse como el fin de algo, el fin de alguien, el fin de la vida; es una consecuencia ineludible de estar vivo. Rebolledo, J. (1996) la define en términos de ausencias, esto es: “*La ausencia de las funciones orgánicas (vitales), que se acompaña de la ausencia de la relación cognitiva del individuo consigo mismo y con su entorno, provocando una ausencia que se prolonga en la conciencia colectiva*” (p.32). En términos coloquiales, esta definición se traduce en expresiones como las de “*Nacer es comenzar a morir*”, “*Cuando se acaba el interés por la vida*”, “*Cuando se deja de importarle a los demás*” (Rebolledo, op. cit. p.33); percepciones y significados que asume la muerte, cada una de las cuales hace referencia a una forma de ausencia: biológica, psicológica y social.

2.3.2. Significados que asume la muerte.

Muerte Biológica: La muerte es en primera instancia un hecho biológico que deviene tras la falla orgánica de los diferentes sistemas vitales que colapsan los flujos de energía en el cuerpo, conduciendo directamente a la muerte del organismo (Rebolledo, op. cit.). Este aspecto se centra en el remate de los procesos biológicos lo que permite hablar de *muerte clínica*, caracterizada por la ausencia de los signos vitales; *muerte cerebral o absoluta*, en la que se pierde el estado de la conciencia y los reflejos; y finalmente la *muerte total*, cuando ya no quedan células vivas en el organismo y hay una definitiva imposibilidad de volver a la vida.

La muerte física se relaciona directamente con aspectos legales por lo que la ley se apoya en la biología para certificar la muerte (Yuste, N. 2004). Para Vives (op. cit.) el que se trate de un proceso biológico -cuyo significado puede plantearse en términos de la transición de un estado físico a otro, necesario para la misma evolución y conservación de las especies- no implica negar que se trate también de un fenómeno específicamente humano ya que este es el único ser vivo que advierte y reflexiona sobre su propia muerte; razón por la cual se presentan repercusiones en los aspectos psicológicos y sociales del ser humano.

Muerte Psíquica: Por una parte, hace referencia a la pérdida de la conciencia como ser independiente y racional, por otra, a la representación que el ser humano hace de ella. Esto es, Krassoievitch (1993) nos dice que la noción de muerte no se trata de un conocimiento que se nos otorgue de manera innata sino que se aprende y toma conciencia de ella a través de la experiencia de otros, de la muerte de otros. Vivencia que hace ineludible su existencia y se traduce en el principal temor de todo ser humano al ir de la mano de sensaciones de ausencia, fin, angustia y vacío. Es por ello que se presenta una tendencia por alejarse y negar toda idea de muerte con el fin de poder vivir la vida.

Según Vives (op. cit.), una conciencia que tiene siempre presente la certeza de muerte, haría de la vida un evento imposible de tolerar; razón por la cual el ser humano tiende a negarla. Ya lo consideraba Freud en cuanto al manejo que el inconsciente hace frente a la muerte, esto es, la niega, pero

además nos supone inmortales propiciando que el comportamiento se lleve a cabo como si nunca se fuese a morir y la vida fuera para siempre (en Vives, op. cit.). Sin embargo, y paradójicamente, el precio de tal negación como recurso protector es la ansiedad y enajenación intensas (Krassoievitch, op. cit.).

En contraste con esta postura, Víctor Frankl (en Castro, M. 2006) plantea que existen tres rasgos inherentes a la muerte: la **temporalidad** (el saber que vamos a vivir sólo determinado número de años), la **finitud** (que no somos eternos), y la **irreversibilidad** (no hay retorno una vez que se presenta). Sin estos rasgos de la muerte la pregunta sería ¿qué sentido tendría la vida si contamos con la eternidad? Lo cual nos conduce necesariamente a la conclusión de que la muerte es la que le da sentido a la vida, si no muriera ¿qué sentido tendría para el ser humano hacer lo que esta haciendo en el presente si dispone de una eternidad? Viviendo en presencia de la muerte, obliga a los seres humanos a aprovechar hasta el último suspiro de vida.

Aspecto Sociocultural: Ante el fin inevitable de la vida que se nos muestra con la muerte surge la angustia, que, para contrarrestarla, se crean sistemas de pensamientos, mitos, creencias y ritos religiosos como una forma de considerar la posibilidad de una vida después de la muerte (Vives, op. cit.). Todas las culturas humanas han creado ceremonias que sirven principalmente para reconocer el fallecimiento de sus miembros, pero también para reafirmar los vínculos existentes entre los supervivientes a la par que se reconoce y se honra la contribución de la persona fallecida (Neimeyer, R. 2000).

Tal es el caso de las festividades que se realizan en diferentes estados de la República Mexicana en honor a los muertos, llamadas de *Todos Santos* y *Fieles Difuntos*, las cuales se celebran los días 1 y 2 de noviembre respectivamente. Celebraciones de origen prehispánico y que rigen hasta el día de hoy en donde la ofrenda, el elemento importante, se basa en la creencia de que los muertos regresan para disfrutar de la esencia y el aroma de lo que sus parientes les ofrecen, la cual puede contener panes, veladoras, dulces, mole, tamales, frutas, bebidas alcohólicas y un vaso con agua bendita. También están presentes las flores de *zempoalzoçhitl*, el copal en el incensario y el rezo de una

oración (Salles, M. 2005). Este mismo autor hace referencia también a las “calaveras” o versos populares satíricos y festivos que se escriben como epitafios de personas vivas, o bien, elaboradas de azúcar o chocolate con el nombre de la persona para que ésta pueda “comerse a sí misma”. Este es un modo, plantea el autor, de manejar la angustia que la muerte nos provoca a través de la burla o el hacer ironía de ella.

Romanoff y Terencio (en Neimeyer, op. cit.) consideran los rituales relacionados con el proceso de duelo como instrumentos culturales que preservan no sólo el orden social, sino que permiten comprender aspectos complejos de la existencia humana, esto es, proporcionan un modelo del ciclo vital, dan estructura al caos emocional tras la pérdida y permiten la construcción social de significados compartidos. Sin embargo, los rituales requieren prestar atención a tres dimensiones para satisfacer las necesidades de la persona afectada:

1. *El cambio en el sentido del sí mismo de la persona que ha sufrido la pérdida:* el ritual representa una oportunidad para pensar sobre el papel que el ser querido ocupaba en la vida de la persona en duelo. Con ello se reconoce que la pérdida ha transformado nuestra existencia pero también que se puede conservar una relación simbólica con el fallecido.
2. *La transición a un nuevo estatus social:* reconocimiento público del cambio de estatus tanto del difunto (ser con presencia espiritual) como del sobreviviente (viudo o huérfano, p.ej.).
3. *La conexión con lo que se ha perdido:* en lugar de romper los lazos con la persona ausente, los ritos sirven para consolidar los recuerdos que los supervivientes tienen de la persona y reconocer la continuidad de la influencia que tiene sobre su vida (trascendencia).

Por otra parte, el aspecto social no sólo gira en torno a las tradiciones, los ritos funerarios y los duelos colectivos sino que también hace referencia a la exclusión y a la soledad de la cual son víctimas ciertos sectores de la sociedad. La llamada “**muerte social**” que afecta a pacientes con VIH SIDA como también

la que experimentan, en este caso en particular, los adultos mayores a causa del cese en sus roles sociales.

Concepto Personal: Más allá del significado de la muerte en un sentido genérico, la consideración de la propia muerte acostumbra a ser muy diferente a la que se le otorga a los demás; en otros términos, la muerte es algo que concierne a los demás, nunca a nosotros mismos. Thomas (1991) presenta el concepto personal de muerte como algo paradójico (En Menéndez, C. 2006), es decir:

- a) Se percibe cotidiana cuando es ajena, pero lejana cuando es personal.
- b) Se acepta racionalmente como algo natural, pero de manera arbitraria, injusta y fortuita cuando le ocurre a uno mismo; razón por lo cual no se está preparado en ninguna edad.
- c) Se acepta como aleatoria, impredecible en sus causas y en el tiempo de ocurrencia, pero en relación al envejecimiento, se considera como algo predecible.
- d) Es universal porque todo ser vivo, por su propia naturaleza está destinado a nacer, crecer, reproducirse y morir, sin embargo, para cada persona, esta universalidad no evita que se genere un impacto emocional y cognitivo.

2.3.3. Actitudes frente a la muerte.

Tras plantear las diferentes connotaciones que asume la muerte, es claro el temor que despierta así como todo cuanto se relaciona con ella; rechazo en el cual se incluye el adulto mayor al relacionarse por lo general muerte y vejez. Aún cuando esta relación pueda parecer equivocada no puede negarse el hecho de que el envejecimiento aproxima cada vez más a la muerte; de hecho, esta última se considera la culminación del proceso de envejecimiento. Menéndez, C. (2006), plantea una serie de circunstancias como la edad, el tipo de personalidad o las creencias religiosas como factores que determinan las actitudes de las personas mayores respecto a su propia muerte.

Así, en lo que respecta a la edad, ciertos estudios (Schaie y Willis, 2003., en Menéndez, C. op.cit.) parecen sugerir que las personas mayores temen menos a la muerte que los jóvenes probablemente porque viven la muerte de manera más cercana a través de la muerte de sus coetáneos o familiares cercanos, sin embargo, otros estudios (Martinez, Alonso y Calvo, 2002., en Menéndez, C. op. cit.) mostraron que los mayores presentaban una mayor ansiedad ante la muerte.

La explicación a estas diferencias se ha planteado en términos del estado de salud -la cual puede generar que la muerte se perciba como una liberación para quienes la enfermedad ha resultado una fuente de sufrimiento o de extrema dependencia- así como también del grado de satisfacción vital al ver la propia existencia en retrospectiva y percibirla como algo que ha culminado positivamente (recuérdese Erikson, en el capítulo 1). De este modo, cuando la persona se siente realmente satisfecha con sus vivencias y expectativas, la muerte resulta aceptable y menos temible; mientras que para otros, por el contrario, la cercanía de la muerte aparece como angustiante y desgarradora frente al hecho de no haber conseguido definir y logrado las propias metas.

En este sentido Menéndez, retomando las conclusiones de Martín (1976) respecto a las actitudes que los adultos mayores asumen respecto a la muerte, señala que estas pueden englobarse en: a) actitudes de indiferencia, b) actitudes de temor, c) actitudes de descanso y d) actitudes de serenidad.

Por otra parte, en lo que respecta a la personalidad, se tiende a pensar que aquellas personas que han mostrado habilidades de afrontamiento a lo largo de su vida encararían mejor una situación de enfermedad Terminal, sin embargo, se ha encontrado que personas con menor estabilidad emocional también lo logran. A pesar de ello, resulta relevante considerar que el contar con características como el mantener un espíritu de lucha así como una buena relación con los demás permite superar la angustia frente a la muerte.

Finalmente, se ha encontrado (Ross y Pollio, 1991., en Menéndez, op. cit.) que el profesar alguna religión genera sentimientos de serenidad al considerar que la muerte, más que el final de la vida, significa el inicio de una nueva forma de existencia; favoreciendo con ello la atribución de un sentido a la muerte así como la aceptación de lo acontecido.

CAPITULO 3

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS ANTE EL DUELO Y EL PROCESO DEL MORIR

La Tanatología.

La muerte ha sido, desde el origen de la humanidad, un hecho aterrador como misterioso, y aunque las explicaciones en torno a ella han abarcado desde enfoques mágicos y religiosos hasta los filosóficos y científicos, lo que destaca en todas ellas ha sido la constante necesidad de encontrarle un sentido; sin embargo, a pesar de ser parte de la historia de todas las culturas, la forma de vivenciarla, entenderla y enfrentarla ha evolucionado con el paso de los siglos. De ser un hecho social y público, familiar y comunitario como lo era desde la Edad Media, a partir de la segunda mitad del siglo XIX se convierte en una experiencia dolorosa, vergonzosa y prohibida, al grado de mantener al enfermo en la ignorancia respecto a su propio padecimiento y desenlace (Albores, J. 2005).

Con el avance médico y tecnológico, la muerte deja de ser un hecho que compete al enfermo y a su familia para convertirse en una experiencia controlada casi completamente por los médicos. Esta ya no ocurre en el hogar, sino que el hospital se vuelve el medio más idóneo para que el enfermo fallezca; y en todo caso, el único lugar donde podría conservarse la vida a través de medios artificiales por semanas, meses o incluso años si así lo consiente el médico y la familia (Albores, J. op. cit.; Cereijido, M. y Blanck, F. 1997).

En el medio hospitalario la muerte se ha convertido en una experiencia solitaria y muchas veces inhumana dadas las condiciones a las que se somete al paciente. El trato impersonal e indiferente, evitar mirarlo a los ojos por temor, o el hecho de colocar una cortina de separación respecto a otros pacientes son cosas que el enfermo nota evidentemente generándole una sensación de abandono y sufrimiento; y salvo por la administración de medicamentos o pruebas de laboratorio requeridas, los acercamientos al enfermo son prácticamente inexistentes demeritando así toda atención humana y de calidad.

Ante estas circunstancias surge la necesidad de preparar al personal que asiste a pacientes en proceso Terminal con el fin de cubrir todas sus necesidades y brindarle lo que se considera una muerte digna. Aquella que, para Vanderpool (1978), permite al paciente tener conocimiento de la proximidad de la muerte para así resolver sus asuntos, tomar sus propias decisiones, despedirse; de la misma manera, recibir información e intervenir sobre las decisiones que se tomen respecto a su padecimiento, consintiéndolas o no antes de que estas se lleven a cabo y preservar así su autonomía, autocontrol y dignidad como persona ¹.

La Tanatología, en tanto disciplina encomendada a estudiar las causas, el impacto y el significado del morir, surge como alternativa de atención humana al paciente Terminal. Elías Metchnikoff, médico ruso, es quien en 1901 acuña el término de Tanatología como la ciencia de la muerte, pero no es hasta que Elisabeth Kübler –Ross, a quien se considera la pionera en el arte de acompañar y al dar cuenta de los procesos psicológicos que acompañan a los enfermos

¹ Para Weissman, quien la plantea en términos de *muerte apropiada*, significa: “Aquella en la que hay ausencia de sufrimiento, persistencia de las relaciones significativas para el enfermo, intervalo para el dolor permisible, alivio de los conflictos restantes, creencia en la oportunidad, ejercicio de opciones y actividades factibles así como comprensión de las limitaciones físicas, todo esto enmarcado dentro del ideal de cada ego” (En Reyes, A. 1991, p. 11),

durante el proceso de muerte, define la Tanatología como la instancia de atención a los moribundos (Díaz, A. 2007). Para ella, representa la oportunidad de considerar al paciente como ser humano, para hacerle participar en diálogos sobre sus propios sentimientos, angustias, tristezas, esperanzas y frustraciones que surgen durante el proceso de morir (Kübler-Ross, 1975).

El *Random House Collage Dictionary* (En Castro, M. 2006) la define como “*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 aprehensión y los sentimientos de culpa y pérdida de los familiares*”. Por otra parte, se define como paciente Terminal, “*aquel que presenta daño o insuficiencias orgánicas múltiples y progresivas, que no responden a la terapéutica en forma suficiente o adecuada y que lo llevará directamente a la muerte en un período corto de tiempo*” (Rebolledo, F. en Domínguez, S. 2007. p.96); y por *Paciente en Fase Terminal*, *aquella “persona desahuciada, el moribundo, el que más que tratamientos curativos, necesita que se le apliquen cuidados paliativos, y nada más”* (Reyes, A. op.cit. p. 14).

El saber que se padece una enfermedad Terminal produce repercusiones psíquicas importantes tanto en el paciente como en su familia, por lo que la Tanatología tiene como labor atender sus reacciones a partir del momento en que este conoce su diagnóstico. Reacciones que corresponden a las etapas del duelo perfiladas por Kübler-Ross (Kübler-Ross, E. 1975; Limonero, J. 1996; Díaz, A. 2007; Domínguez, S. 2007), las cuales consisten, para cualquier enfermedad aunque no necesariamente en la misma secuencia, en:

- ❖ **Negación y asilamiento**, ante el conocimiento del diagnóstico, evolución y pronóstico de la enfermedad. Etapa que se presenta no sólo al inicio de esta, sino también más adelante.

- ❖ **Ira y agresividad** hacia quienes le rodean como una forma de sustituir la fase de negación cuando esta resulta ya difícil de sostener. Etapa en la que

se presentan manifestaciones de ansiedad como falta de concentración, agitación, conductas compulsivas, insomnio y aumento del dolor (Pérez Valera, en Domínguez, S. op.cit.).

- ❖ **Regateo o pacto**, como intentos de prolongar la vida, y en la que aparecen también sentimientos de culpa frente a la creencia de que esta situación no se hubiese presentado de haber actuado o no de determinada manera (Pérez Valera, op. cit.).
- ❖ **Depresión**, ante la comprensión de que no hay nada que hacer. Esta asume dos formas: *reactiva*, ante la pérdida de la salud, de algún órgano o de la capacidad de autocuidado; y *preparatoria*, ante el dolor que implica salir de este mundo así como a la pérdida de la familia.
- ❖ **Aceptación** de la muerte, cuando se ha tenido el tiempo suficiente para pasar por todas las fases anteriores.

Sin embargo, aún cuando el paciente logre la adaptación al tratamiento así como al proceso de morir, paciente y familia enfrentarán un gran impacto emocional al presentarse la última fase de dolencia. De acuerdo con Limonero, J. (op.cit), tal impacto puede generarse por diversas causas dentro de las cuales señala la personalidad del paciente, el tratamiento terapéutico, así como el apoyo familiar que reciba. Ante esto, una de las estrategias de intervención tanatológica para disminuir el impacto emocional en paciente y familia, remite a lo que actualmente se conoce como **Cuidados Paliativos**, aquellas medidas de atención y apoyo al paciente en las últimas fases de su enfermedad, cuyo objetivo esencial radica en la atención integral de sus necesidades. Como este mismo autor lo plantea, los cuidados paliativos parten de una concepción terapéutica activa y una actitud rehabilitadora con el objetivo de lograr que el paciente mantenga el mayor tiempo posible sus capacidades, disminuir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida-muerte, todo ello a través de lo que se consideran sus instrumentos básicos: el **control de síntomas**, el **soporte emocional**, la **información y comunicación** que tanto el paciente como el familiar requieran, así como la **resolución de problemas prácticos**. Instrumentación que se llevará a cabo por un equipo interdisciplinario conformado por médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales,

fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, así como religiosos si así lo requiere el paciente y su familia.

Los cuidados paliativos, lejos de constituir una forma de muerte asistida o eutanasia que busca poner fin a un sufrimiento, se fundamentan en una postura de dignidad humana en donde se permite que la muerte ocurra cuando sea su momento, sin acelerarla; pero tampoco es su propósito prolongarla innecesaria y dolorosamente. Es por ello que se precisan medidas que abarquen a la persona en todos sus aspectos, esto es (Castro, M. 2006; Domínguez, S. 2007):

- ❖ **Físicos o corporales.** Los pacientes en esta fase presentan por lo general síntomas como el dolor, vómitos, debilidad como consecuencia de la pérdida de apetito, disminución en la capacidad de movimientos, deterioro en la circulación periférica, entre otros, que precisan de una minuciosa atención por parte del equipo médico a fin de mantener al paciente, en la medida de lo posible, sin dolor e incomodidades físicas. Por tal razón, este rubro representa la parte central de los cuidados paliativos en tanto control de síntomas, ya que resulta en extremo difícil proporcionar al paciente alivio en otras áreas si antes no es atendido el dolor físico. Así mismo, no está por demás señalar que resulta de suma importancia para el paciente indicarle en todo momento los procedimientos o maniobras que vayan a ejecutarse.
- ❖ **Psicológicos y/o afectivos:** Puesto que la muerte resulta un evento que confronta al ser humano en toda su existencia, surgen una serie de temores que resulta imprescindible atender, tales como el miedo al dolor, a la soledad y al sin sentido de la vida. Por tal razón deben brindarse al paciente la sensación de seguridad, de pertenencia, de amor y comprensión, así como aceptación de toda su valía como persona, mediante una comunicación profunda y verdadera; lo que implica en algunos casos la resolución de posibles conflictos familiares. Por otra parte, además de favorecer encuentros con aquellas personas que son importantes para el paciente, deben tomarse en cuenta medidas distractoras y recreativas que impidan que el aburrimiento influya negativamente sobre su bienestar y

permitan, por el contrario, el mantenimiento de su autoestima (Limonero, J., op. cit.).

- ❖ **Sociales:** El dejar de importarle a los demás o el resultar un estorbo o carga para la familia, constituyen otros de los temores del ser humano; más patente aún durante el proceso de enfermedad Terminal en donde el paciente puede confrontarse con las actitudes de rechazo, evitación, o la llamada conspiración del silencio que familiares, amigos y hasta el mismo equipo asistencial manifiestan como resultado del temor que infunde el sufrimiento y la muerte cercana del enfermo; agravando sus sentimientos de desesperanza y abatimiento. Por tanto, se insiste en el establecimiento de una buena comunicación, el permitir su participación en la toma de decisiones y en brindar tiempo de calidad, como factores que ayudan a la adaptación y devuelven o renuevan la esperanza del paciente. Este requiere rodearse de sus seres queridos, resolver su necesidad de conocer la verdad respecto a cuestiones personales y familiares, así como del pronóstico de su enfermedad para poder cerrar asuntos pendientes y elaborar su proceso de despedida.
- ❖ **Espirituales:** Para muchos pacientes, su creencia religiosa constituye el asidero del cual sostenerse frente a la devastación que conlleva la enfermedad y el dolor de no poder estar más con sus seres queridos. Por ello, resulta necesario proveer y compartir un tiempo para afirmar sus creencias no sólo en torno a su Dios, sino también en relación al significado que asume la muerte para sí, o lo que piensa que existe después de ella. Esto permitirá la aceptación de la muerte como parte de su propio crecimiento como ser humano. El aspecto espiritual incluye, en este sentido, validar vida y experiencias del paciente que le permitan recuperar el sentido y el propósito de su existencia: saber qué fue significativo y qué de sí mismo trascendió en otros.

Niveles de intervención.

La labor tanatológica se ha descrito también como el arte de ayudar y brindar acompañamiento a la persona que se está enfrentando a su propia muerte o a la de un ser querido para él, a fin de que elabore un sano trabajo de

duelo (Reyes, A. op.cit.). Sin embargo, al representar uno de los miedos esenciales del ser humano ésta no suele afrontarse con tranquilidad. Nadie está cómodo frente a alguien muriendo quizá porque nos hace pensar en nuestra propia muerte así como en el sufrimiento que le pudiera anteceder; razón por la cual tendemos a alejarnos de estas situaciones justo cuando quien muere, más precisa de la ayuda, atención y compañía. Es por ello que la intervención tanatológica extiende su campo de aplicación a aquellas medidas de prevención en sus tres niveles: *primordial, primaria y secundaria*. Landa, V. y García, J. (2007) los describen en términos de Cuidados Primarios de Duelo, los cuales consisten en:

Prevención primordial: como el nivel que compete al aspecto educativo o *Educación en la muerte y el duelo* a través de charlas informales, conferencias, seminarios y talleres. Su propósito, preparar a los participantes anímica y psicológicamente sobre el proceso de muerte, particularmente en aquellos que tratan directamente con el enfermo y su familia.

Prevención primaria: es la ayuda que se brinda para la elaboración del proceso de duelo, a fin de que este transcurra de la manera más natural y saludable posible. Proceso que se guía mediante los que se denomina *asesoramiento o consejería*.

Prevención secundaria: implica la detección precoz de un posible duelo complicado para así establecer las alternativas terapéuticas pertinentes; incluyendo la derivación a otro nivel de atención especializada. Así mismo, brindar seguimiento y soporte emocional en aquellos casos de duelo complicado ya diagnosticado a través de lo que constituye propiamente un proceso de *terapia de duelo*.

Educación para la muerte y habilidades tanatológicas.

Prevención primordial.

Hablar sobre una educación para la muerte podría resultar mórbido e incluso antinatural, particularmente cuando nuestra cultura se rige sobre estándares de juventud y belleza como una forma de resistirnos al paso del tiempo, al envejecimiento y a la muerte. Sin embargo, la finitud de nuestra

existencia se nos presenta irremisiblemente cuando nos enfrentamos con cualquier amenaza a nuestra vida o a la de algún ser querido, sometiéndonos a una diversidad de sentimientos y emociones muchas veces incomprensibles para uno mismo; y más aún para quienes nos rodean. El propósito de asumir este nivel de prevención radica fundamentalmente en disminuir la ansiedad que provoca la muerte, sea propia o ajena, que pueda conducir al desarrollo de trastornos como depresión profunda, duelos patológicos, o a una mala atención al paciente Terminal.

Durlak, J. (1994), presenta dos razones por las cuales se ofrecen programas de educación sobre la muerte. Una que obedece a criterios académicos o pedagógicos con la finalidad de hacer de la Tanatología una especialidad científica, y la otra con un objetivo más bien personal, es decir, para ayudar a los participantes a afrontar la muerte de manera más efectiva; así, en función del propósito que se determine, será la forma de enseñanza que proceda. Este mismo autor distingue entre dos tipos de programas en función del cual puede producirse una disminución en la ansiedad que genera la muerte y provocar un cambio de actitud más favorable respecto a ella. Tales programas consisten en:

- a) **Programas didácticos:** los cuales enfatizan el conocimiento y la información en tanatología, se centran en intensificar la conciencia cognitiva de los participantes así como la comprensión de aspectos relacionados con la muerte. Las técnicas empleadas son mediante lecturas, conferencias y discusiones en grupos grandes.
- b) **Programas experienciales:** en estos se anima a los participantes a examinar y comentar sus sentimientos personales y preocupaciones respecto a la muerte, con el propósito de ayudarlos a sentirse cómodos y acepten cualquier sentimiento negativo que suscite este tema. Aún cuando pueden utilizarse las mismas técnicas que se utilizan en el aspecto didáctico (lecturas, películas, etc.) en estos se anima a explorar y compartir los sentimientos y experiencias personales mediante el uso de ejercicios individuales, el role playing, fantasía, simulaciones, visitas de campo, entrevistas con pacientes terminales o personas en proceso de duelo.

Los resultados obtenidos a partir de los estudios de Durlak respecto al impacto que puede ejercer la educación para un cambio de actitudes sobre la muerte, indican que, en general, los programas experienciales producen una modesta disminución de los miedos y ansiedades ante la muerte, en comparación con los programas didácticos, los cuales parecieron no tener un efecto apreciable. Así mismo, plantea que uno de los mecanismos que influye para este cambio de actitud radica en los procesos de discusión grupal, ya que estos favorecen un clima de apertura y aceptación, empatía, modelamiento, apoyo y estimulación mutua, que contribuye a que la persona se permita afrontar sus sentimientos respecto a la muerte y se favorezca un cambio positivo. Finalmente, considera otro aspecto relevante para el cambio, el cual reside en las habilidades y requisitos que necesitan los educadores en el tema de la muerte:

- ❖ Sentirse cómodos con el tema de la muerte.
- ❖ No tener duelos sin resolver.
- ❖ Solucionar sus actitudes hacia la muerte.
- ❖ Manejo de estrategias de enseñanza.
- ❖ Habilidad para guiar discusiones y dinámicas grupales.
- ❖ Ser atentos y saber escuchar.
- ❖ Habilidad para hacer preguntas apropiadas.
- ❖ Empáticos y amables cuando se expresan emociones.
- ❖ Capacidad para atraer individuos muy tranquilos y controlar las aportaciones de los más activos.
- ❖ Darse cuenta de cómo se forman los vínculos y apegos entre los miembros del grupo.
- ❖ Capacidad de manejar conflictos o diferencias de opinión.

La educación para la muerte, aún cuando está enfocada a todo tipo de público, queda dirigida particularmente al personal que trata directamente con el paciente Terminal y su familia, ya que muchos de ellos suelen mostrarse incómodos frente a estos al no resolver sus propios temores en torno a la muerte (Servato y Hayslip, 1977. En Noyola, D. 2000).

Consejería o asesoramiento en el duelo.

Prevención primaria.

La consejería (*counselling*) o asesoramiento, es considerada una medida de intervención a través de la cual se ayuda al paciente a aceptar su muerte, o la de un ser querido, así como la serie de sentimientos y emociones que esta detona. Se trata de un proceso breve, dinámico y dirigido, en donde la empatía y escucha activa se convierten en elementos indispensables para la clarificación de los conceptos que tiene el paciente sobre la vida y la muerte, a fin de prepararse a ésta última sin dejar pendientes (Noyola, D. op. cit.).

Las medidas empleadas dentro de este nivel de atención requieren enfocarse esencialmente en cuatro aspectos de acuerdo a los planteamientos que propone el Instituto Mexicano de Tanatología (en Díaz. A. op.cit); los cuales corresponden, de igual manera, a las tareas que Worden, J. plantea como objetivos de la intervención (en Neimeyer, R. 2000; Noyola, D. 2002; Rodríguez, B. y Fernández, A. op. cit.), esto es:

- 1. *Facilitar la aceptación de la muerte inminente:*** Durante esta fase, la compenetración emocional con el paciente ayuda a la realización de esta tarea por lo que debe procurarse el establecimiento de encuentros que proporcionen comprensión y calidez humana sin que por ello se eviten preguntas sobre la forma en que se enteró de esta, cómo reaccionó, qué pensó y qué sintió al respecto.
- 2. *Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella:*** en esta fase, asumida también como catártica, el dar ocasión de expresar la diversidad de sentimientos (pena, rabia, culpa, indefensión, vergüenza) y escucharlos empáticamente en lugar de acallarlos (como el ofrecer un pañuelo en lugar de tratar de calmar, por ejemplo), sin inducir comportamientos alternativos (“deberías hacer tal o cual cosa”) y sin permitir que la sensación de malestar impele a huir, resultan medidas de gran ayuda. Diversos autores plantean dentro de este contexto una serie de

recomendaciones que pueden facilitar el desarrollo de esta fase: Rodríguez, B. y Fernández, A. (op.cit.), por ejemplo, plantean el promover que el paciente no sólo exprese sus emociones y sentimientos, sino también ayudarle a preguntarse por el significado de éstas y prevenir así el que el paciente permanezca conteniéndolos. En el caso de sentimientos considerados como negativos como la culpa o el resentimiento, recomiendan ayudarle a preguntarse sobre las opciones reales que se tuvieron y porqué hubiera debido elegir una diferente. Neimeyer, R. (op. cit.) por su parte, plantea la necesidad de alternar periódicamente la atención de los sentimientos de tristeza, desolación y ansiedad, las reflexiones sobre determinadas circunstancias de vida o las revisiones de esta, con la reorientación a tareas prácticas y cotidianas como una forma de descansar de la intensa angustia que acompaña la elaboración activa del duelo.

3. **Facilitar la resolución de problemas prácticos suscitados por la presencia de la muerte:** Lo que correspondería a la búsqueda y encuentro de nuevas adaptaciones a las circunstancias presentes; como el hecho de aprovechar este tiempo para lograr, en la medida de lo posible, aquellos anhelos y objetivos latentes: finalizar trámites, reconciliación con determinadas personas, alguna actividad placentera, o la simple y valiosa expresión de afecto y agradecimiento a sus seres queridos.
4. **Facilitar una despedida y la posibilidad de volver a encontrar sentido y satisfacción a la vida.** Aquí radica no sólo el apoyo existencial, espiritual y humano que se ha planteado ya en el apartado anterior respecto a las necesidades espirituales del paciente, sino favorecer también la labor de desapego sin el cual se dificulta todo proceso de despedida. Muchos pacientes pueden verse agobiados en razón de asuntos pendientes, lo que hace que la ayuda de quien le asiste resulte fundamental para que el paciente encuentre por sí mismo soluciones alternas.

Las técnicas que Worden, J. (En Rodríguez, B. y Fernández, A. op. cit.) propone para llevar a cabo dichas tareas -y que también son aplicables a los otros niveles de intervención- *consisten* en:

Uso de lenguaje evocador: términos como “muerte”, “perder”, “viudo” así como un tiempo verbal adecuado facilitan el tomar conciencia de la muerte como de los propios sentimientos.

Uso de símbolos y objetos de vinculación: fotos, imágenes o recuerdos del fallecido facilitan la emergencia de afectos, aunque pueden impedir también la conclusión del duelo.

Uso de escritura: escribir al difunto facilita el contacto con las propias emociones y la búsqueda de significados.

Uso del dibujo: de igual modo que con la escritura, este facilita el contacto con las propias emociones.

Role playing: facilita la expresión de emociones y búsqueda de nuevos significados, así como la actualización de conflictos pendientes con la persona ausente. Una modalidad consiste en el ejercicio de “*la silla vacía*” propia del enfoque Gestalt en psicoterapia.

Imaginación guiada: el paciente imagina situaciones relacionadas con el difunto y establece un diálogo con él, muy similar a la técnica de la silla vacía.

Reestructuración cognitiva: mediante la cual se revisan diálogos internos y sentimientos que el paciente ha asumido, a fin de darles un nuevo significado.²

Si bien Rodríguez, B. y Fernández, A. (op.cit.) plantean que este nivel de intervención debe llevarse a cabo por todo aquel profesional sanitario, al igual que cualquier otro personal que se relaciona frecuentemente con personas que enfrentan procesos de duelo, es pertinente aclarar la necesidad de contar con una formación psicológica, además de un enfoque teórico-metodológico por parte del profesional que asista en esta labor, a fin de comprender y proporcionar el soporte emocional pertinente, de acuerdo a las necesidades psicológicas, afectivas y sociales que el paciente requiera resolver.

Terapia de duelo.

Prevención secundaria.

Esta modalidad de intervención está indicada en los casos de *duelo complicado* la cual se llevaría a cabo por un profesional de la salud mental. La actuación en este nivel queda indicada en dos circunstancias: cuando las dificultades en el duelo han dado lugar a problemas de salud mental grave (cuadro psicótico, depresivo o intentos de suicidio), y segundo, cuando la prevención en el nivel primario no ha conseguido mejorar el problema o ha desencadenado reacciones inesperadas (Rodríguez y Fernández op. cit.).

² En este sentido resulta ilustrativo el artículo de Towne, F. y Ray, D. (1980) en el que se plantea el uso de la reestructuración cognitiva, con imaginación guiada, como técnica de resolución de duelos complicados. A través de esta técnica se revisan escenas ocurridas durante la muerte de un ser querido a fin de remover los principales obstáculos que llevaron a desarrollar un duelo complicado para posteriormente re-experimentar el duelo en la imaginación, pero ahora en tiempo presente y ya con los obstáculos eliminados.

El enfoque Humanista Existencial en Tanatología.

El humanismo constituye todo un movimiento social e intelectual cuyas manifestaciones iniciales se remontan al Renacimiento del siglo XVI definido como la época de nacimiento de la humanidad y de la conciencia moderna tras el largo período de decadencia que se manifestó durante la Edad Media. Para los siglos XVIII y XIX, la filosofía idealista sustentó la formación humanista como aquella que destaca la capacidad creadora y de autorrealización de la persona, como el ideal para un desarrollo libre y civilizado de los seres humanos (Kriz, J. 1985). Tras la Segunda Guerra Mundial, se conformaron organizaciones de diversa orientación (artística, intelectual, científica y civil) para consolidar el movimiento denominado *humanismo* como una forma de promulgarse en contra de la violencia desencadenada a partir de la guerra (Domínguez, S. 2007).

La psicología no escapó a su influencia, dentro de la cual destacan como principales representantes William James, Gordon Allport, Abraham Maslow, Carl Rogers, Rollo May, Víctor Frankl, Eric Fromm, Fritz Perls, entre otros, con la intención de crear una “tercer fuerza”, a través de la *Sociedad de Psicología Humanista*, que se deslindara de la concepción determinista y mecanicista del hombre que regía en el psicoanálisis y el conductismo (Kriz, J. op.cit.). Así, para este nuevo enfoque el ser humano constituye una unidad insustituible y única, con capacidad autoconsciente y portador de potencialidades tendientes al desarrollo, que le permiten darse cuenta de la influencia que el medio y la herencia generan sobre sí mismo y la que éste puede ejercer sobre el medio a fin de transformarlo, o bien, de encontrar mecanismos que le permitan una mejor adaptación; de igual forma, reconoce su capacidad de libre albedrío para elegir y tomar decisiones en relación consigo mismo como con los demás (Noyola, D. 2000). Finalmente, la psicología humanista encuentra su influencia y soporte filosófico en el Existencialismo, y su base metodológica en la Fenomenología, a partir de los cuales fundamenta muchos de sus principios.

El existencialismo, por su parte, constituye un enfoque psicológico en donde el elemento que lo define es precisamente su interés por la existencia; por aquellos fenómenos que son inherentes a la naturaleza del ser humano, de existir o estar vivo (Pervin, L. 1999). A este respecto, para Yalom, I. (2000), existen cuatro “preocupaciones supremas” que constituyen una parte ineludible de la existencia del ser humano. A saber:

Muerte: como la más obvia de las preocupaciones, en tanto que no hay escape para ella; lo que plantea para el ser humano un conflicto existencial entre la conciencia de la inevitabilidad de la muerte y el deseo de seguir viviendo.

Libertad: a pesar de ser un valor por el cual el ser humano ha luchado constantemente, encierra cierto temor ya que implica, por una parte, enfrentarse al hecho de que existe en un universo sin estructura -lo que le genera la sensación de vacío- y por otra, la de saberse enteramente responsable de sus elecciones y acciones para darle forma o estructura.

Aislamiento existencial: aquel conflicto que surge de la toma de conciencia de nuestro total aislamiento (llegamos solos y partimos de este mundo solos), y nuestro deseo de contacto y protección.

Sin sentido: preocupación que encierra el cuestionamiento sobre el significado de la vida, es decir, si la muerte es inevitable, si cada uno de nosotros constituye su propio mundo, y si nos encontramos solos ¿qué significado tiene entonces la vida? ¿por qué y para qué vivimos?

Desde esta postura, son tales preocupaciones las que conforman el contenido del conflicto existencial y en donde la muerte resulta el parteaguas de nuestra estabilidad. Es decir, no son pocos los casos en donde el enfrentamiento a la muerte deja en la persona que lo vive la sensación de soledad y falta de sentido con respecto a la vida. Tal confrontación, que Yalom (op. cit.) denomina situación “límite”, resulta uno de los hechos existenciales que llevan al ser humano a reflexionar profundamente sobre su posición y existencia en este mundo, sus límites y posibilidades. Heidegger por su parte (en Tomer, A. 1997), plantea la muerte en términos de amenaza; la amenaza de la no existencia. Sin embargo, como él mismo lo propone, el darnos cuenta de

nuestra futura no existencia es una condición previa para entender plenamente nuestra vida, y además, una condición previa para liberarnos de la ansiedad.

En este sentido, el humanismo ha intentado ampliar los contenidos de la psicología para que incluya aquellas experiencias humanas que son únicas como el amor, odio, temor, esperanza, alegría, humor, afecto, responsabilidad y sentido de la vida, que generalmente no son estudiados ni se escribe sobre ellos de una forma científica (Papalia, D y Wendkos, S. 1988). Su visión fenomenológica acentúa la importancia de la subjetividad como también la capacidad de objetivarse para estudiarse a sí mismo, la experiencia singular de la persona, su posibilidad de autorrealización a través de la espontaneidad, la creatividad y el desarrollo personal. Su objetivo, liberar la personalidad. Por eso el papel del terapeuta humanista es ayudar a que las personas supriman las coacciones sobre su propia autorrealización; y de que el método más adecuado para comprender el mundo interior de otro individuo sea el fenomenológico, para ir directamente a los fenómenos mismos y encontrarse con el otro sin instrumentos ni presuposiciones “normalizadas”. Yalom (op. cit.) plantea que un enfoque así es eminentemente confiable en psicoterapia para el conocimiento de otra persona. Todo buen terapeuta trata de relacionarse con el paciente de esta manera, empáticamente, con presencia de ánimo, escucha genuina y aceptación no crítica. Los terapeutas existenciales, plantea este mismo autor, precisan de comprender el mundo privado del paciente más que centrarse en el modo en el que este se ha desviado de las normas. Características que se tornan indispensables en la labor de acompañamiento tanatológico.

Los aspectos centrales de la imagen del hombre en la psicología humanista pueden agruparse en cuatro puntos (Kriz, J. op. cit.):

1. Autonomía e interdependencia social: esta indica que a pesar de la dependencia biológica y emocional con la que nace, el hombre aspira a independizarse de controles externos. Conforme crece, desarrolla un ser activo capaz de intervenir cada vez más en su propio desarrollo y de tomar sobre de sí la responsabilidad de su vida. **2. Autorrealización:** ciertamente el motor del organismo parte de la satisfacción de necesidades básicas (alimento, vivienda,

reproducción, seguridad, salud), sin embargo, aún cuando éstas han sido satisfechas, el organismo permanece activo y afanoso por tomar iniciativas y así desplegar sus capacidades creadoras. **3. Orientación por la meta y el sentido:** como parte de esta tendencia al crecimiento, tanto las necesidades básicas de existencia como aquellas representaciones que envuelven vida y acción como la libertad, la justicia y la dignidad, se estructuran y dirigen conforme un propósito o sentido permitiendo un puente entre la realidad externa e interna de la persona. Por ello se plantea que la angustia existencial puede superarse si se asume con consciencia una vida responsable y significativa para vivir plenamente hasta el momento de la muerte (Noyola, D. 2000). **4. Totalidad:** junto con la psicología de la *Gestalt*, la psicología humanista considera al organismo humano como una gestalt, es decir, como un todo orgánico significativo y pone el acento en el carácter total de sentimiento y razón, cuerpo y alma.

De este modo, la psicología humanista brinda el soporte filosófico que se requiere para establecer una adecuada relación de acompañamiento al considerar no sólo los aspectos que el paciente requiere para revalorarse y darle un sentido a su vida, sino también para que se incorpore la muerte como parte ineludible de ésta y así logre afrontar sus pérdidas. La psicología humanista tiene como propósito que la persona asuma la responsabilidad de su propia vida una vez que toma consciencia de ella, por lo que precisa, más que la observación de la conducta, comprender las causas que le dan lugar así como el significado que asume en el aquí y ahora. Aspectos que perfilan la orientación terapéutica de la *Gestalt*, los cuales serán revisados a continuación.

3.2.1 Una aproximación Gestalt para la intervención preventiva en el duelo.

La *Gestalt*, o psicología de la forma, corresponde a una escuela en psicología dedicada al estudio de los fenómenos perceptivos desarrollados en un inicio por Wertheimer, Köhler y Koffka, la cual no se ocupa del campo terapéutico particularmente, sino de analizar las leyes de la percepción humana

y la dinámica entre lo que denominaron figura-fondo, es decir, aquella interrelación de fuerzas que conforman un campo perceptivo determinado. Este último consta de un fondo del cual emerge una figura, y dependiendo de la necesidad o prioridad que esta represente para la persona, tenderá a ponerse de relieve hasta ocupar el primer plano. Así, dicha figura y su fondo, del cual es indisoluble, forman una configuración o *gestalt*; si la figura es separada de su fondo perderá sentido ya que la percepción humana tiende a desarrollarse de manera conjunta o global. De este modo, no son los elementos individuales que se perciben lo realmente importante, sino la *gestalt*, la forma o configuración que estos elementos conforman; pequeños pedazos de información que organizamos cotidianamente para crear configuraciones significativas como las líneas y sombras que integramos para elaborar escenas, o los sonidos aislados para crear el habla y la música, por ejemplo (Papalia, D. y Wendkos, S. 1999).

Más tarde, fue Kurt Goldstein quien extrajo los principios de la psicología de la Gestalt para trasladarlos al dominio de la psicoterapia demostrando que las leyes de la forma no sólo son aplicables a los fenómenos perceptuales y fisiológicos, sino que tienen validez para todo el componente social, emocional y afectivo de la persona. Posteriormente, Frederick Solomon Perls retoma y hace suyos los conceptos de figura-fondo, *gestalt* incompleta y cierre, como conceptos clave para el desarrollo de su propia postura terapéutica (Kriz, J., 1985); términos que serán revisados a continuación dentro del contexto de pérdidas y trabajo de duelo.

Ley del cierre y el efecto Zeigarnik.

Uno de los principios centrales de la Psicología de la Forma o Gestalt radica en la tendencia del organismo a integrar los elementos del campo perceptual en estructuras organizadas, de tal manera que aquellos elementos que se presentan “abiertos” o incompletos perceptualmente tienden hacia el *cierre* a fin de generar un estado de simetría, equilibrio o proporción. La *ley del cierre* alude a este proceso: a la tendencia de los individuos por completar aquello que se percibe aunque

objetivamente se presente con huecos (Kriz, J. op. cit.); lo cual es aplicable a otros muchos aspectos en la vida de las personas desde los procesos mentales como el pensamiento y el aprendizaje, hasta los afectivos y emocionales que envuelven su vida interpersonal. Así, como lo expresa Castanedo (en Domínguez, S. 2007) en relación a los procesos de aprendizaje, si un problema no está resuelto o una tarea no logra aprenderse configuran una *gestalt* incompleta originando tensión; una vez que el problema se resuelve, se lleva a cabo el cierre y la tensión se descarga.

Para los casos extremos en los que se da la pérdida o muerte de un ser querido, queda igualmente implicada una alteración en el campo o *gestalt*, en donde al faltar radicalmente la figura significativa se hace evidente el hueco o vacío alterando consecuentemente el resto de elementos relacionados con dicha figura, esto es, sentimientos, actividades, expectativas, etc., demandando una reconfiguración del campo que ayude a reestablecer el equilibrio (Domínguez, op. cit.). En este sentido, el proceso de duelo constituye el medio a través del cual dicho campo logra establecer un nuevo equilibrio siempre y cuando se de la oportunidad de transcurrir por las diferentes etapas que comprende este proceso y llevar a cabo las tareas que implica la asimilación de la pérdida (ver apartado anterior sobre intervención primaria en el duelo).

Ahora bien, aún cuando pudiera decirse que en la vida de las personas se presenta un impulso o motivación por completar su existencia, pueden presentarse diversos factores que impiden que éstas lleven a cabo lo que desean hacer (o se interrumpen procesos tendientes a la maduración y/o bienestar del individuo), provocando que tal impulso se malogre dando lugar a una *Gestalt* incompleta. En tal caso la persona insatisfecha continuará elaborando asuntos inconclusos del pasado en su actividad presente, impidiendo que nuevas figuras emerjan en el aquí y ahora y puedan vivirse satisfactoriamente (Peñarrubio, F. 1988). Esto último es conocido como el *efecto Zeigarnick*, el cual establece que aquellas situaciones inacabadas o tareas que se interrumpen, crean un sistema cargado de tensión que afecta al comportamiento, la memoria -cuando el recuerdo redunde en aquello que ha quedado precisamente inconcluso, por ejemplo- y toda el área intrapsíquica de la personalidad (Peñarrubio, op. cit.).

Un ejemplo de ello lo describe Stephen, A. Tobin (1975) para aquel proceso que se presenta al concluir una relación o despedida de una persona emocionalmente significativa; sea por muerte, divorcio, ruptura o cualquier otra razón. Para este autor, la mayoría de las personas no logra cerrar adecuadamente una relación que ha finalizado debido a una reacción que denomina como “*agarrarse*” (“hang on”), la cual tiene como finalidad inhibir las emociones de pena y dolor que suscita la pérdida y así poder mantener a la persona en la fantasía. Tobin remite esta reacción a la existencia de una gran cantidad de asuntos incompletos entre las dos personas (tales como palabras no dichas, sentimientos y/o resentimientos no expresados, planes que se interrumpieron o no se concretaron, etc.), que surgieron antes de que terminara la relación. Estos, hasta no encontrar una forma *directa* de ser expresados, generarán una incapacidad en la persona para reestablecer o construir nuevas y satisfactorias situaciones para su vida.

Tobin explica esta reacción de agarrarse a través de los bloqueos familiares y sociales impuestos desde edades tempranas (“*no te enojés*”, “*no llores*”, “*no deberías...*”, etc.) a partir de los cuales se desarrollan mecanismos como la contracción muscular o la inhibición de la respiración, como formas para contener las emociones dolorosas. Esto provoca un entumecimiento corporal y disminución de la sensibilidad al grado que, llegada la edad adulta, no se cuenta ya con la habilidad para el reconocimiento de los propios sentimientos; inmediatamente surgen mensajes mentales que dictaminan en la persona el que no “debería” enojarse, expresar amor o cualquier otro afecto.

De este modo, cuando la persona no consigue expresar sus emociones no sólo dificulta concluir una relación o el logro de una sana despedida, sino que, al ir silenciando los mensajes que el cuerpo envía, la excitación emocional se transforma en dolor físico, tensión y ansiedad. De acuerdo con este autor, el primer paso para ayudar a la persona a despedirse consiste en hacerle tomar conciencia de su estar agarrado y la manera en que hace esto. Una vez que logra percatarse de dicha reacción, se pregunta sobre su disposición a elaborar la despedida, y, en caso afirmativo, proceder con la utilización de técnicas como el de la *silla vacía* o visualizaciones guiadas como formas de expresar sus

sentimientos a la persona ausente a través de la fantasía. Para Tobin, el uso de estas técnicas ofrece resultados duraderos en donde el paciente consigue pensar poco o nada en la persona desaparecida, además de lograr un sentimiento de energía y de mayor interés por la vida.

El proceso de Darse Cuenta o Awareness.

Todo asunto inconcluso refiere por lo general a una necesidad no satisfecha, lo cual conduce a la persona a repetir lo que no consigue concluir satisfactoriamente, por ello, la terapia Gestalt busca que esas necesidades inconclusas aparezcan en el campo perceptual de la persona mediante el proceso de *awareness* o *darse cuenta*. Este último resulta pieza clave para la integración de la atención y conciencia en la labor terapéutica, el cual consiste en tomar contacto con las propias sensaciones, sentimientos y el medio circundante.

El “darse cuenta”, en tanto técnica que requiere de la concentración sobre cada sensación o síntoma, ofrece una herramienta a través de la cual la persona puede aprender muchas cosas sobre sí misma y su padecimiento. Es por ello que se considera, además de una forma de vivenciar, un proceso para restaurar la salud. Para ello, se exigen ciertas condiciones de acuerdo con Peñarrubio, F. (op. cit.): **1)** El *darse cuenta* sólo resulta eficaz cuando se basa en la necesidad dominante y actual del organismo. En otras palabras, sólo si la persona sabe lo que necesita (figura emergente), su *darse cuenta* adquirirá sentido e impacto. **2)** El *darse cuenta* sólo está completo cuando la persona conoce la realidad de la situación y cómo está dentro de ella, esto es, cuando se asume parte de esta y le lleva a responsabilizarse de sí mismo en dicha situación. **3)** El *darse cuenta* es siempre aquí y ahora.

¿Cómo opera? De acuerdo con Perls (en Peñarrubio, op. cit.), el desarrollo de esta capacidad de conciencia requiere enfocar tres zonas: la **Zona Interna**, que implica poner la auto-observación en uno mismo, como captar sensaciones térmicas, kinestésicas, sentimientos, estados de ánimo y su

evolución. **Zona Externa**, la cual consiste en hacer a un lado la mente para concentrarse en los sentidos a fin de devolverles su función perceptiva y de captar la realidad tal cual se presenta en lugar de fantasearla o interpretarla. **Zona Intermedia**, Perls la considera la zona privilegiada de la neurosis en tanto en ella residen las fantasías, los prejuicios, las fobias o distorsiones en general sobre lo que llega de fuera o dentro, puesto que es aquí donde se activan todos los procesos intelectuales. El pensamiento funge a manera de escenario en donde se ensayan todo tipo de conjeturas, especulaciones, fantasías y que imposibilitan el que nos experimentemos a nosotros mismos.

La Gestalt consiste en una terapia existencial que se ocupa de lo que es o del fenómeno existente, por lo que no depende del *“hablar acerca de...”* o de lo que *“debe ser”*, sino de experimentar (Baumgardner, P. y Perls, F. 2006). Por ello, la forma que Perls plantea para desarrollar la capacidad de *darse cuenta*, y evitar que la zona intermedia sustituya a la interna y externa, es mediante el entrenamiento de la Conciencia Continua, la cual consiste en mantenerse abierto a todo aquello que va surgiendo: *“ahora me doy cuenta de que... estoy inquieto, tengo la garganta seca, etc.”* (sensaciones internas), *“escucho tal ruido, observo tal cosa”* (sensaciones externas), ó *“interpreto tu mirada como..., me remonté a...”* (explicitaciones de la actividad mental). De esta manera, a través de este *continuum* surgirá siempre la situación inconclusa más importante para poder ser atendida.

Así, el propósito de los ejercicios Gestalt consiste en ayudar a las personas a redescubrir su capacidad de *darse cuenta* sobre lo que realmente están vivenciando. Y cualquiera que sea la experiencia, esta debe ser respetada: no juzgando, no justificando, no señalando deberes y obligaciones, no explicando. Stevens, J. (1971), en su libro *El darse cuenta*, plantea tales recomendaciones para quien coordina la realización de este tipo de ejercicios, e indicando que, para ayudar a una persona a tomar contacto con su propio vivenciar resulta de mayor importancia el buscar los detalles de este, no las razones: *“¿Cómo se siente? ¿Qué está experimentando? ¿Qué le está pasando ahora? ¿Qué siente físicamente?”* son preguntas que pueden ayudar a una persona a tomar mayor contacto con los detalles que está vivenciando. Correr

en ayuda de la persona cuando ésta se siente mal o incómoda, el ser “servicial” mostrando actitudes protectoras o haciendo bromas, son formas muy comunes de no respetarla e impide que ésta vivencie plenamente su tristeza, cólera, soledad, etc. Sólo experimentándolos plenamente puede aceptarlos, asimilarlos en la experiencia total de su vida y desarrollarse como ser humano completo e integrado.

CAPITULO 4

PROCEDIMIENTO

4.1 Justificación.

A pesar de que la muerte constituye uno de los miedos centrales del ser humano, existen razones por las cuales surge la necesidad de abordar el tema. En lo que respecta a la población de adultos mayores, tal necesidad giró en torno a las formas para enfrentar y aliviar el dolor que causa la muerte de un familiar cercano, así como a la ansiedad generada por el fallecimiento de algún miembro del grupo al que pertenecen. Circunstancias a las que se les agregaron también aquellos casos en los que la persona se ve en la necesidad de atender a algún familiar en proceso de enfermedad Terminal, o incluso, el de enfrentar su propio padecimiento.

El Taller “Tanatología, duelo y sentido de vida” surge en razón de esta demanda; inicialmente como sesión de una hora de acuerdo al programa de pláticas de Educación para la Salud, y posteriormente, ante las demandas emocionales de la población, detectadas por el personal de trabajo social que coordina los diferentes grupos de Adultos Mayores, como sesiones continuadas a fin de que los participantes encontraran la oportunidad de expresar sus sentimientos en torno a sus pérdidas. La alternativa fue la presentación de una propuesta de cinco sesiones en las que se revisaron aspectos generales de Tanatología y el proceso de duelo y en donde fue necesario investigar formas de proceder que permitieran atender las necesidades de los participantes sin que se involucraran aspectos terapéuticos los cuales quedan fuera de los objetivos del área de instrucción.

A este respecto, aún cuando el objetivo y desarrollo del taller se rige sobre criterios educativos más que terapéuticos¹, algunos de los ejercicios implementados forman parte de la orientación Gestalt, los cuales se eligieron por representar alternativas de apoyo en aquello que propone este mismo enfoque, es decir, en los procesos de “darse cuenta” y “cierre de ciclos” necesarios para la comprensión de lo que implica el trabajo de duelo. Así mismo, se concluye con aspectos breves como el de trascendencia, espiritualidad y sentido de vida que propone la Logoterapia, al resultar conceptos clave (particularmente el de espiritualidad) en aquello que proporciona significado y esperanza para el adulto mayor tras sufrir pérdidas importantes.

De este modo, a través de la continua revisión sobre el tema de la muerte y la implementación de las sesiones en aquellos grupos en donde se solicitó el tema de “Tanatología” fue que se estructuró el presente taller como se describe a continuación.

4.2 Objetivos.

4.2.1. Objetivo General:

El participante adquirirá conocimientos básicos sobre Tanatología que le permitan integrar su visión en torno a la muerte y el manejo de las pérdidas y duelos como procesos naturales del ciclo de vida.

¹ Cabe considerar que para Durlak, J. (1994) las técnicas de discusión de grupo en el proceso de educación sobre la muerte son paralelos al proceso terapéutico de grupo en la medida en que se fomenta un clima de confianza y aceptación a través de los cuales los participantes se animan a asumir y a compartir material con significado personal.

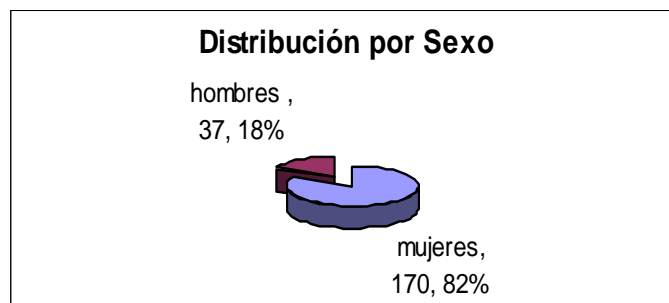
4.2.2. *Objetivos Particulares:*

- ❖ Comprender la finalidad de la labor tanatológica mediante el conocimiento de las actitudes necesarias para una relación de ayuda.
- ❖ Confrontar los propios sentimientos respecto a la muerte.
- ❖ Comprender la importancia de atender las dimensiones del ser humano a fin de promover estados de bienestar y autoaceptación.
- ❖ Conocer las fases que comprenden el proceso de duelo así como las diferencias entre el duelo normal y el duelo patológico.
- ❖ Considerar los aspectos de autoaceptación, desapego, espiritualidad y sentido de vida, como factores importantes en la resolución del duelo.

4.3 Características de la Población.

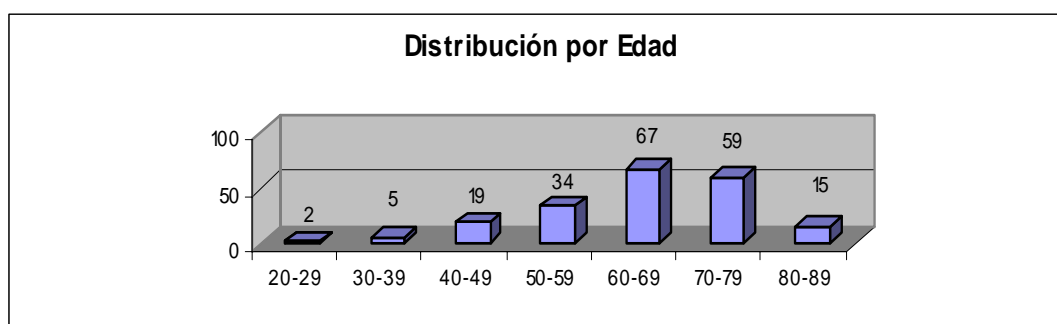
La población que conformó los diferentes grupos a los que se les impartió el taller de Tanatología sumó un total de 207 participantes cuyas características se distribuyen de la siguiente manera:

4.3.1. Sexo: con un predominio de mujeres, las cuales representaron el 82% (170) de la población en contraste con el 18% (37) conformado por hombres (Gráfica 1).



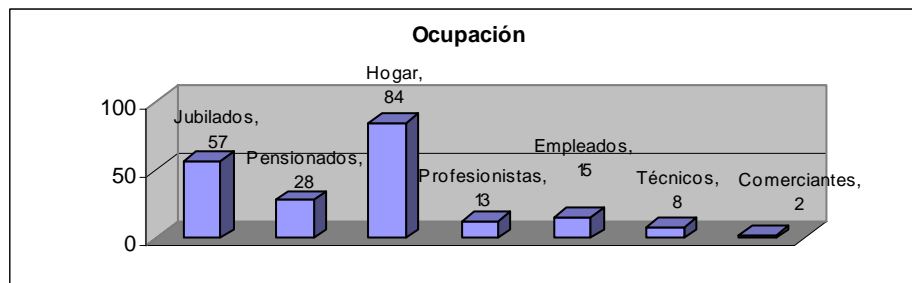
Gráfica 1. Distribución por Sexo.

4.3.2 Edad: Aunque el taller está enfocado particularmente a personas mayores de 60 años, las edades de los participantes oscilaron entre los 20 y 89 años (Gráfica 2). Los rangos de 20 a 39 años, incluyeron al personal de enfermería y nutrición que atiende a los mayores, mientras que los rangos de 40 a 59 años lo conformaron personas integrantes de un grupo de diabéticos interesados en el tema, así como personal de la Secretaría de Economía que aún se mantiene en activo. En lo que corresponde a la población objetivo, existe un predominio en el rango de 60 a 79 años.



Gráfica 2. Distribución por edad

4.3.2. Ocupación: La gráfica 3 muestra la distribución en cuanto a la ocupación de los participantes dentro de las cuales el rango más alto lo constituyó la población dedicada a labores del hogar (84), seguido de la población de jubilados (57) y pensionados (28). Los otros rangos lo conformaron Profesionistas (13) de las carreras de Derecho, Enfermeras, Nutriólogas y Cirujano dentista. En el rango de empleados (15), se distribuyó la mayor parte en actividades administrativas y secretariales; que son de hecho la población económicamente activa.



Gráfica 3. Distribución por Ocupación.

Se trató por demás de una población cuyas capacidades funcionales se mantienen en buenas condiciones aunque con la presencia de padecimientos crónico-degenerativos como Diabetes, Hipertensión, Cardiopatías, Fibromialgias y Cáncer en remisión.

4.4 Metodología.

El taller esta diseñado de acuerdo a las propuestas educativas para la vejez en las que se considera que cualquier diseño educativo destinado para adultos mayores requiere conjugar dos principios: **finitud y autodesarrollo**, lo que significa considerar a las personas como seres naturales e histórico-culturales que, si bien presentan ciertas limitaciones asociadas a la edad (finitud), también presentan posibilidades de crecimiento de la personalidad (autodesarrollo). Para Ardelt (en Villar, F., y Solé, 2006), las personas mayores se encuentran en circunstancias en las que sus capacidades cognitivas se enfocan más hacia aspectos esenciales que implican la reflexión sobre uno mismo; el encontrarle sentido a los problemas complejos de la vida cotidiana tal como la aceptación de la vida pasada como algo significativo, el tipo de cosas en las que merece y no merece la pena implicarse y dedicar esfuerzos, así como el papel que juega la muerte como algo inevitable.

Por esta razón, el modelo educativo sobre el cual se diseñaron las actividades de instrucción del presente taller es aquel que concibe la educación como un proceso constructivo, en donde el educador facilita a la persona mayor la construcción de su propio conocimiento para que lleve a cabo aprendizajes significativos, es decir, que logre relacionar aquello que aprende con los conceptos que ya tiene, con sus experiencias, para otorgar así significado al material de aprendizaje. Dicho modelo queda representado en la Figura 1., el cual se adaptó a partir del modelo de Brown (1982) denominado el **Tetraedro del aprendizaje**, y que Diaz-Barriga, F. (2002) considera en su texto *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo*. Dicho modelo considera aquellos aspectos que deben tomarse en cuenta para programar el qué y cómo tendrán que ser enseñadas las actividades a fin de promover aprendizajes significativos.

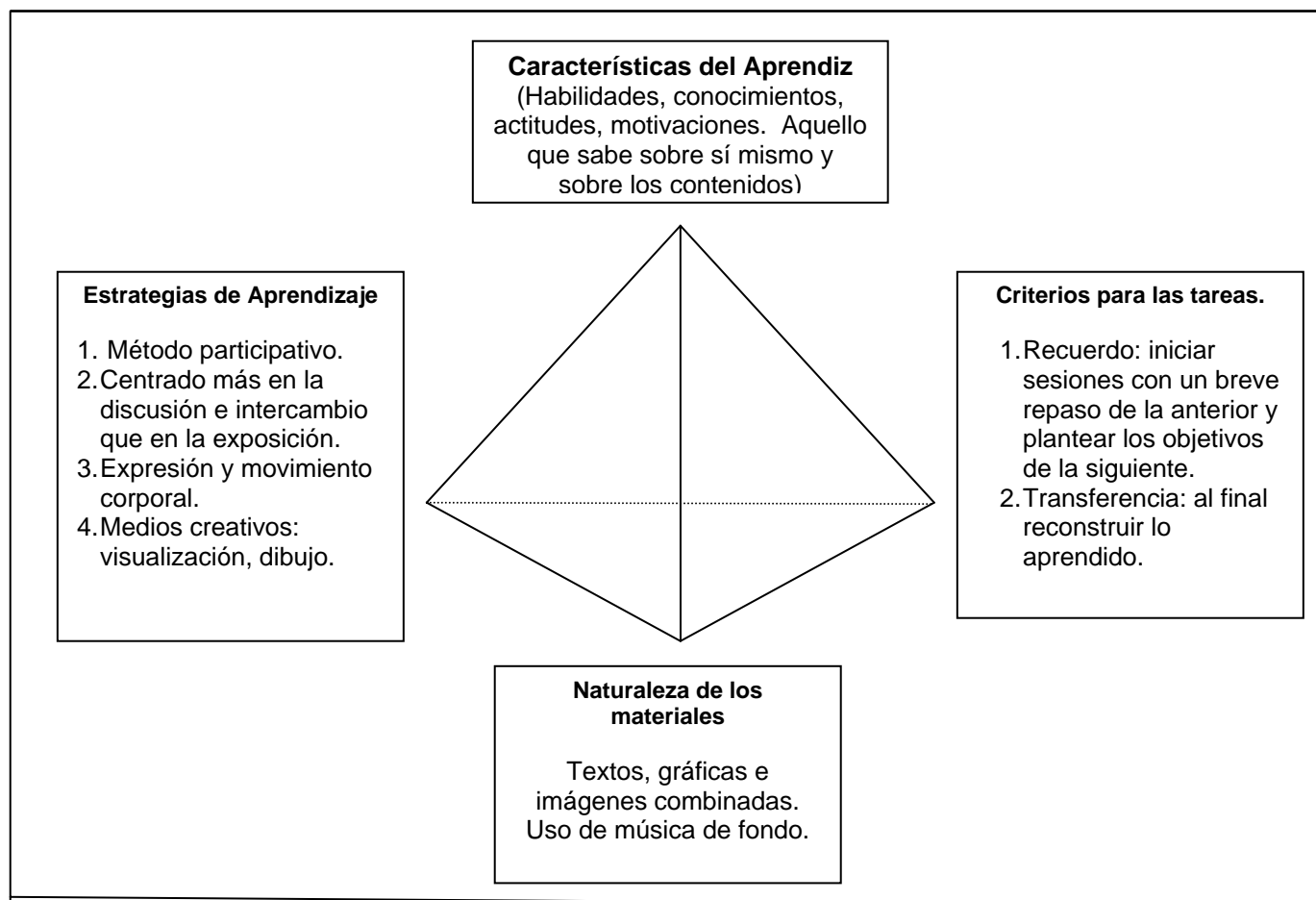


Fig. 1 Tetraedro del Aprendizaje de Brown.

Así mismo, el diseño y forma de desplegar el contenido del taller se basó en los criterios que establece la Norma de Competencias Laborales CRCH0542.01 para la Certificación en el rubro de *Impartición de cursos de capacitación grupal y presencial*.

4.4.1 Tamaño del grupo.

Se organizaron los grupos solicitando previamente un máximo de 25 participantes y un mínimo de 10 para cada taller ya que se consideró este el número óptimo para lograr una buena participación y desarrollar adecuadamente las actividades que se planearon.

4.4.2 Organización de las sesiones.

“Tanatología, duelo y sentido de vida” tiene una duración de 20 horas distribuidas en cinco sesiones de cuatro horas cada una. Aunque es claro que en un lapso de tiempo tan corto resulta imposible abarcar toda la gama de temas que implica la Tanatología, se optó por centrar los tópicos en aquellos que engloban en esencia las demandas de la población. De este modo, cada sesión quedó conformada por los siguientes módulos:

- I. Tanatología**
 - I.1 Significados y objetivos de la Tanatología.
 - I.2 Muerte: un concepto personal.
 - I.3 Persona: ser integral.
- II. Duelos.**
 - II.1 Las pérdidas: génesis del duelo.
 - II.2 El proceso de duelo.
 - II.3 Tipos de duelo.
- III. Aprendizajes vitales**
 - III. 1 Aprendizajes y sentido de vida.
 - III. 2 Espiritualidad.
 - III. 3 Conclusiones.

Por otra parte, la distribución de las sesiones en cuanto a contenidos, actividades, duración, materiales requeridos, así como el desarrollo o descripción de los ejercicios y dinámicas empleados para cada modulo, queda descrita en los esquemas que se muestran a continuación.

Nombre del Módulo: I. TANATOLOGIA	No. de sesión: 1 Significado y objetivos de la Tanatología.	Duración Total: 12 hrs.		
Objetivo: El adulto mayor comprenderá la finalidad de la labor tanatológica, mediante la realización de ejercicios sobre las actitudes necesarias para una relación de ayuda.		Tiempo de la sesión: 4 hrs.		
PROPOSITOS	CONTENIDO / TECNICA	FORMA DE EVALUACION	TIEMPO	
Promover la formación de un ambiente de aprendizaje que permita el interés, participación y apoyo grupal.	ENCUADRE	-----		
	Presentación del instructor	-----	5´	
	Presentación de los participantes y planteamiento de sus expectativas. ----- Dinámica Nº 1 Presentación cruzada	OBSERVACION (actitud)	30´	
	Dar a conocer los propósitos del taller ----- Exposición	-----	10´	
	Formular normas de participación. ----- Dinámica Nº 2 Discusión grupal.	OBSERVACION (actitud)	15´	
Conocer el significado y finalidad de la Tanatología como una forma de: a) Reflexionar sobre las necesidades y sentimientos de la persona frente a su muerte. b) Sensibilizar al participante respecto a la necesidad de desarrollar actitudes de presencia, contacto y tolerancia hacia otro ser humano. c) Considerar las actitudes necesarias para establecer una relación de ayuda.	DEFINICION Y OBJETIVOS DE LA TANATOLOGIA	-----		
	Tanatología, Enfermo Terminal, Muerte apropiada, Proceso de Morir. ----- Exposición	-----	30´	
	Ejercicio No. 3 “Contacto visual” Ejercicio No. 4 “Reflejando el cuerpo”	OBSERVACION (desempeño y Actitud)	40´	
	RECESO			20´
	Cuidados paliativos, Acompañamiento Y Relación de ayuda. ----- Exposición	-----	30´	
	Ejercicio No. 5 “Reflejo de sentimientos”	OBSERVACION (desempeño)	60´	

SESION 1.		DINAMICA 1. "PRESENTACION CRUZADA"	
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	MATERIAL DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO	
<p style="text-align: center;">ENCUADRE.</p> <p style="text-align: center;">Dinámica de presentación</p> <p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Que los participantes se conozcan entre ellos, expresando también sus expectativas respecto al taller. ❖ Ajustar las expectativas individuales a los objetivos del Taller. 	<ul style="list-style-type: none"> • Etiquetas autoadheribles o identificadores. • Tarjetas Bristol • Lápiz por participante. • Plumones. • Pizarrón. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bienvenida a los participantes. ✓ Presentación del instructor proporcionando algunas referencias respecto a su perfil profesional. ✓ Proporcionar a cada participante una etiqueta autoadherible solicitando que anoten su nombre y la peguen en su pecho a manera de gafete. También una tarjeta y lápiz para anotar sus respuestas. ✓ Indicar que, por parejas, comenten entre sí los siguientes puntos: su nombre, actividad actual (laboral, social, familiar, personal), qué saben de la Tanatología, razones para tomar un taller sobre esta, qué esperan encontrar en este taller. ✓ Cada uno escribirá en la tarjeta las respuestas de su compañero para posteriormente presentarlo al grupo. ✓ La idea de anotar las respuestas es para contrastar sus expectativas iniciales con lo aprendido al final del taller, en el tiempo destinado para las conclusiones (el instructor deberá recogerlas y guardarlas para ese momento). 	

SESION 1		DINAMICA 2. "ESTABLECIMIENTO DE NORMAS"	
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	MATERIAL DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO	
<p style="text-align: center;">Diálogo / Discusión (15')</p> <p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Establecer las normas de trabajo conjuntamente con el grupo para conformar una comunidad de aprendizaje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio. • Hojas de rotafolio • Marcadores. 	<p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Exposición de los objetivos del taller como un espacio de aprendizaje a fin de <i>"Adquirir conocimientos básicos sobre Tanatología que les permitan integrar su visión en torno a la muerte y el manejo e pérdidas y duelos como procesos naturales del ciclo de vida"</i> ✓ Planteamiento de temas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanatología Significados y objetivos de la Tanatología. Muerte: un concepto personal. Persona: ser integral. 2. Duelo. Las pérdidas: génesis del duelo. El proceso de duelo. Tipos de duelo. 3. Aprendizajes Vitales. Aprendizajes y sentido de vida. Espiritualidad. Conclusiones, ✓ Pedir al grupo que propongan normas o comportamientos que consideren apropiadas para el desarrollo del taller y faciliten el aprendizaje. ✓ Anotar las propuestas en las hojas de rotafolio, anexando también las que el instructor requiera. ✓ Mantener visibles estas normas a lo largo de todo el taller. 	

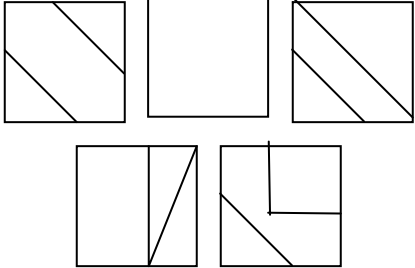
SESION 1.		DINAMICA 3. "CONTACTO VISUAL"	
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	RECURSO DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO	
<p style="text-align: center;">Ejercicio en parejas (15')</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Sensibilizar al participante respecto a la necesidad de desarrollar actitudes de presencia, contacto y tolerancia hacia otro ser humano. ❖ Dar cuenta de las propias reacciones que provoca el contacto prolongado en condiciones de silencio. 	<p>-----</p> <p>-</p>	<p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pedir a los participantes colocarse por parejas, de pie, frente a frente y tomados de las manos. ✓ Indicarles que, en total silencio, establezcan contacto visual con su compañero. ✓ Pedir que tomen nota de la expresión de su compañero y particularmente, de sus propias sensaciones. ✓ Permanecer así, mirándose a los ojos y en completo silencio, durante cinco minutos (el instructor no hace saber a los participantes cuánto tiempo permanecerán así, sólo les indica en qué momento dejan de hacerlo), pueden parpadear, pero sin dejar de verse a los ojos. ✓ Pedir luego que, sin soltarse de las manos, cierren los ojos y se den a la tarea de explorar las manos de su compañero (tamaño, forma, temperatura, etc.). ✓ Después de cinco minutos, les pide que abran los ojos y se procede con el siguiente ejercicio. 	

SESION 1. DINAMICA 4. "REFLEJANDO EL CUERPO"		
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	RECURSO DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO
<p style="text-align: center;">Ejercicio en parejas (30´)</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Reflexionar sobre otra forma de comunicación, la no verbal, importante en el proceso de acompañamiento. ❖ Dar cuenta de las propias reacciones que provoca el verse reflejado en la otra persona. 	<p>-----</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Permaneciendo de pie y con la misma pareja pedir nuevamente que se mantengan frente a frente, en silencio y mirándose a los ojos frecuentemente....."Ahora quédense quietos. No se muevan. ✓ Tomen nota de su posición física y de la de su compañero. ✓ Comience por usted: cómo está parado, cómo es la postura de su cuerpo, cómo se siente en esa posición; qué expresa esa posición. ✓ Mire ahora la posición de su compañero: cómo se para, cómo están sus brazos, su cabeza, etc. ¿qué impresión tiene usted de lo que expresa su cuerpo? ¿de cómo se siente? ✓ Así inmóviles, coméntense de qué se dan cuenta acerca de su respectiva posición. ✓ Identifíquese con el modo en que sostiene o coloca su cuerpo y responsabilícese de ello ("tengo los brazos cruzados rígidamente sobre mi pecho y me siento...", por ejemplo). ✓ Dar unos 10 minutos para realizar este ejercicio. Posteriormente, comentar y analizar la experiencia, trasladándola luego a situaciones de acompañamiento, de la necesidad de establecer este tipo de contactos.

SESION 1. DINAMICA 5. "REFLEJO DE SENTIMIENTOS"		
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	RECURSO DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO
<p>Trabajo en equipos (30´)</p> <p>Discusión grupal (30´)</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Conocer la técnica de reflejo de sentimientos como guía en la relación de ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de tarjetas con casos impresos (ver ANEXO 1) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar en qué consiste la comprensión empática y reflejo de sentimientos como técnicas de ayuda. ✓ Pedir que se reúnan en equipos de 4-5 personas. ✓ Entregar una tarjeta con el ejemplo impreso a cada equipo solicitando que la lean y anoten adjetivos o frases que describan el estado de ánimo de la persona de la cual se habla en su texto. ✓ Cada equipo expone al grupo el caso que les tocó así como los adjetivos elaborados.

Nombre del Módulo: I. TANATOLOGIA		No. de sesión: 2 <i>Muerte: un concepto personal.</i>	Duración Total: 12 hrs.
Objetivo: El adulto mayor confrontará sus sentimientos respecto a la muerte, a través de la reflexión sobre la propia actitud frente a la vida.			Tiempo de la sesión: 4 hrs.
PROPOSITOS	CONTENIDO / TECNICA	FORMA DE EVALUACION	TIEMPO
❖ Explorar la comprensión de los conceptos centrales revisados hasta el momento.	RESUMEN DE LA SESIÓN ANTERIOR Ejercicio No.6 <i>Diálogo a partir de preguntas abiertas al grupo.</i>	INTERROGATORIO (conocimientos)	30´
❖ Valorar la disposición a dar, aceptar y pedir ayuda, así como las reacciones al desbaratar su rompecabezas.	Dinámica No. 7 “Rompecabezas” Trabajo en equipos	OBSERVACION (desempeño y actitudes)	45´
❖ Conocer los diferentes significados que asume el concepto de muerte a fin de: ○ Destacar cómo la actitud que reservamos frente a la vida influye en nuestra actitud frente a la muerte. ○ Reflexionar y confrontar los propios sentimientos respecto a la muerte.	CONCEPTO PERSONAL DE MUERTE	-----	
	Conceptos de Muerte biológica o clínica; muerte psíquica; Muerte social; concepto personal. Exposición Diálogo-Discusión grupal.	-----	45´
	RECESO		20´
	Ejercicio No. 8 Visualización “Mar adentro” Diálogo-Discusión grupal.	OBSERVACION (desempeño y actitudes)	60´
	Ejercicio No. 9 Diálogo en parejas	OBSERVACION (desempeño y actitudes)	40´

SESION 2. DINAMICA 6. "RESUMEN"		
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	RECURSO DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO
<p style="text-align: center;">Diálogo grupal a partir de preguntas abiertas (30´)</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Explorar la comprensión de los conceptos centrales revisados hasta el momento. 	<p>Pizarrón o rotafolio plumones</p>	<p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Indicar al grupo que se harán unas preguntas sobre lo revisado el día anterior a manea de resumen y valoración del tema. ✓ Plantear las siguientes preguntas : <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Qué es la Tanatología? ➤ ¿Cuál es su propósito básico? ➤ ¿Cuál sería un requisito esencial del acompañamiento? ➤ ¿Cuáles son las necesidades básicas a atender?

SESION 2.		DINAMICA 7. "ROMPECABEZAS"
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	RECURSO DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO
<p style="text-align: center;">Trabajo en Equipos</p> <p style="text-align: center;">(60')</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Valorar la disposición a dar, aceptar y pedir ayuda, así como las reacciones al desbaratar su labor. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un juego de cinco piezas de cuadrados en cinco sobres por equipo. ▪ Mesa amplia ▪ Diseño de cuadros como los siguientes: <div style="text-align: center;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sobre A con las piezas i, h, e, ▪ Sobre B con las piezas a, a, a, c. ▪ Sobre C con las piezas a, j, ▪ Sobre D con las piezas d, f. ▪ Sobre E con las piezas g, b, f, c. 	<p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborar las piezas de los cuadrados según las muestras, en cartoncillo y de tamaño exactamente iguales (10 x 10 cm.). Las letras minúsculas pueden ponerse al reverso. Las piezas marcadas se reparten entre los cinco sobres según la indicación. Cada sobre lleva una letra mayúscula. Elaborar juegos dependiendo el número de participantes en el grupo. ✓ Disponer a los participantes en equipos de cinco, dándole a cada equipo un juego de cinco sobres. ✓ Se dan las siguientes indicaciones: <p>“A cada equipo se les repartió cinco sobres que contienen piezas diferentes para formar cuadros. La tarea es elaborar cinco cuadrados de tamaño igual. El trabajo quedará terminado cuando cada uno de ustedes tenga hecho un cuadro completo y de igual tamaño que los demás.</p> <p>Las reglas son: “Pueden dar” “pueden recibir” pero no le pueden quitar las piezas a sus compañeros”.</p>

		<ul style="list-style-type: none">✓ Una vez que cada equipo termine, se les pide a cada quien observar muy bien las piezas de su cuadro porque se les desbaratará. Como ya lo han armado no tendrán dificultad para volverlo a armar. ✓ Durante la discusión puede utilizarse la siguiente guía:<ul style="list-style-type: none">❖ En equipos hacerse una retroalimentación respecto a la forma en que sintieron cada uno a los demás en cuanto a rapidez, lentitud, desesperación, acaparador de piezas, etc. (análisis de actitudes y personalidades).❖ ¿Se les dificultó dar o pedir ayuda?❖ ¿Esperaron realmente a que les dieran las piezas o las comenzaron a tomar?❖ ¿Cómo vivenciaron el que el instructor les desbaratara su cuadro? ✓ Plantear los puntos respecto a los requerimientos de una relación de ayuda:<ul style="list-style-type: none">❖ Filosofía o concepto del otro.❖ Consideración y aceptación positiva incondicional.❖ Empatía.❖ Que la persona acepte que necesita ayuda y ella misma la solicite.
--	--	--

SESION 2.		DINAMICA 8. "MAR ADENTRO"
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	RECURSO DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO
<p style="text-align: center;">Visualización Guiada (60´)</p> <p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Destacar cómo la actitud que reservamos frente a la vida influye en nuestra actitud frente a la muerte. 	<p>-----</p>	<p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pedir a los participantes que, sentados en sus sillas, asuman una postura cómoda, relajada, indicando: <ul style="list-style-type: none"> “Vamos a realizar un ejercicio de relajación y visualización que nos permitirá dar cuenta y comprender, desde un aspecto simbólico cómo asumimos determinadas situaciones y de qué recursos echamos mano para afrontarlas. Cierren sus ojos, respiren suave y lentamente por la nariz tomando nota de cómo es su respiración. Coloquen sus manos sobre sus piernas. Al inhalar suave y profundamente, dirijan el aire hacia la zona del diafragma y noten cómo se eleva su vientre y al exhalar, lentamente también por la nariz, su vientre vuelve a su postura. Imaginen ahora el mar ¿Qué significa para ti? ¿Qué te hace sentir? ¿Cómo te encuentras en relación con el mar? ¿Estás parado a la orilla, contemplándolo? ¿O estas dentro, flotando? ¿Cómo te percibes? Si estás fuera, en la orilla, comienza a meterte ¿Cómo percibes el agua?

		<p>¿Fría, fresca...tibia? Siente el oleaje, este es suave, tus pies tocan la arena del fondo, braceas para mantener el equilibrio, lo disfrutas. Flotas tendid@ con la cara hacia el cielo mientras el oleaje comienza a llevarte mar adentro. ¡Te das cuenta! ¿Cómo reaccionas? ¿Qué sensación te produce? ¿Qué decisión tomas?.....</p> <p>Ante la ansiedad que esto te pudiera producir, sólo relaja tu cuerpo, comienza de nueva cuenta a flotar, tendid@ de cara al cielo, respira y bracea suavemente. Tus movimientos comienzan a llevarte hacia la orilla. Nuevamente estás seguro....Estira tus brazos, tus piernas, regrésalos a su posición. Respira hondo, despacio, el aire hacia el diafragma, Abre tus ojos”.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Pedir que comenten su vivencia preguntando qué descubrieron de ellos mism@s.✓ Trasladar la vivencia a situaciones cotidianas en cuanto al afrontamiento y/o toma de decisiones, esto es, las formas de conducta o actitudes habituales que se asumen frente a la vida.
--	--	--

SESION 2. DINAMICA 9. "DIALOGO SOBRE LA MUERTE"		
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	RECURSO DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO
<p style="text-align: center;"> Diálogo en Parejas (40´) </p> <p> Objetivo: </p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Reflexionar y confrontar los propios sentimientos respecto a la muerte. 	<p style="text-align: center;"> Tarjetas Bristol y lápiz Para cada Participante. </p>	<p> Desarrollo: </p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sentados en parejas preguntar a su compañero, a manera de "entrevista" y anotando las repuestas que vaya dando, los siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none"> ❖ ¿Qué significa para ti morir? ❖ ¿Qué crees que suceda después de la muerte? ❖ ¿Cómo te gustaría morir? ❖ ¿Qué pendientes tienes por resolver? ✓ Intercambiar papeles. ✓ Comentar al grupo sus respuestas, y muy particularmente, las sensaciones que provocaron las preguntas.

Nombre del Módulo: I. TANATOLOGIA		No. de sesión: 3. <i>Persona: ser integral.</i>	Duración Total: 12 hrs.	
Objetivo: El adulto mayor comprenderá la importancia de atender las dimensiones del ser humano, a fin de promover estados de bienestar y autoaceptación.			Tiempo de la sesión: 4 hrs.	
PROPOSITOS	CONTENIDO / TECNICA	FORMA DE EVALUACION	TIEMPO	
Explorar la comprensión de los conceptos centrales revisados hasta el momento.	RESUMEN DE LA SESIÓN ANTERIOR	INTERROGATORIO (conocimientos)	30´	
	Ejercicio No.10 <i>Diálogo a partir de preguntas abiertas al grupo.</i>			
<p>Describir las cuatro dimensiones (física, psicológica, social y espiritual) que integran al ser humano como una forma de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Resaltar la interrelación que existe entre dichas áreas para el desarrollo de estados de bienestar o padecimientos. ❖ Que el participante tome nota sobre la forma en que se encubren los sentimientos dificultando el propio crecimiento. ❖ Facilitar el reconocimiento sobre cómo vive su entorno, personas y cosas aceptadas y rechazadas a través del dibujo. 	PERSONA: SER INTEGRAL	-----		
	<p>Dimensión física: función corporal, salud y enfermedad. Dimensión psicológica: importancia de los sentimientos. Dimensión social: entorno familiar y filial. Dimensión espiritual: valores.</p> <hr/> <p>Exposición</p>	-----	60´	
	Ejercicio No.11 <i>Trabajo en equipos "Metáfora"</i>	OBSERVACION (desempeño)	30´	
	RECESO			20´
	Ejercicio No. 12 <i>Lectura de cuento "La furia y la tristeza"</i>	OBSERVACION (actitud)	20´	
	Ejercicio No.13 <i>Fantasia del Rosal</i>	OBSERVACION (desempeño y Actitud)	80´	
	----- Dibujo Trabajo individual			

SESION 3. DINAMICA 10. "RESUMEN"		
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	RECURSO DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO
<p style="text-align: center;"> Diálogo grupal a partir de preguntas abiertas (30´) </p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Explorar la comprensión de los conceptos centrales revisados hasta el momento. 	<p>Pizarrón o rotafolio plumones</p>	<p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Indicar al grupo que se harán unas preguntas sobre lo revisado el día anterior a manea de resumen y valoración del tema. ✓ Plantear las siguientes preguntas : ➤ ¿Qué factores influyen en nuestro temor frente a la muerte? ➤ ¿Qué elementos resultan fundamentales para establecer una relación de ayuda? ➤ ¿Qué aspectos definen nuestro concepto de muerte?

SESION 3.		DINAMICA 11. "METAFORA"	
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	RECURSO DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO	
<p style="text-align: center;">Trabajo en equipos (30´)</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Resaltar la interrelación que existe entre las dimensiones física, psicológica, social y espiritual que conforman al ser humano, en el desarrollo de estados de bienestar o padecimientos. 	<p>Papel y lápiz por equipo</p>	<p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Introducir al ejercicio con la metáfora de las dimensiones del ser humano como si fueran las patas de una mesa y el como la ausencia o falla en una de ellas repercute en el equilibrio de la mesa. ✓ Pedir que conformen equipos de 5-6 personas asignando una dimensión por equipo. ✓ Comentar ejemplos de actividades, actitudes o comportamientos que permitan el desarrollo de la dimensión que les tocó trabajar. ✓ Pedir que compartan al grupo sus conclusiones. 	

SESION 3.		DINAMICA 12. “LA FURIA Y LA TRISTEZA”
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	RECURSO DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO
<p>Lectura de cuento con participación activa</p> <p>(20´)</p> <p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Que el participante tome nota sobre la forma en que se encubren los sentimientos dificultando el propio crecimiento a través de la representación. 	<p>Texto impreso del cuento “La tristeza y la furia” (Ver ANEXO 2).</p>	<p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se indica al grupo que se llevará a cabo la lectura de un cuento sobre sentimientos que son muy frecuentes en el ser humano, pero para ello se requerirá de dos voluntarios para representar el tema. ✓ Se indicará a los voluntarios que realicen, utilizando la mayor expresión corporal posible, simplemente lo que se va relatando en el cuento. Uno de ellos asumirá el personaje de “la furia” y el otro el de “la tristeza”. ✓ El resto del grupo se manejarán como espectadores para al final del cuento viertan sus comentarios o experiencias respecto a la temática. Resultarán importantes los comentarios de los personajes centrales.

SESION 3. DINAMICA 13. “FANTASIA DEL ROSAL”		
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	RECURSO DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO
<p style="text-align: center;">Visualización Dibujo</p> <p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Facilitar en el adulto mayor el reconocimiento sobre cómo vive su entorno, personas y cosas aceptadas y rechazadas a través del dibujo. 	<p style="text-align: center;">Audio (música para relajación)</p> <p style="text-align: center;">Hojas blancas (una por participante)</p> <p style="text-align: center;">Lápices de colores</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se pide a los participantes que adopten la posición que les permita relajarse mejor, indicándoles que relajen el cuerpo utilizando la respiración diafragmática. ✓ Una vez que han logrado eliminar las tensiones, se guía la fantasía dejándoles un espacio de tiempo entre cada frase para darles tiempo a formar la fantasía y enriquecerla con sus aportaciones personales. ✓ La consigna es la siguiente: <ul style="list-style-type: none"> “Imagínate que eres un rosal... mira bien cómo eres... cómo son las distintas partes de que te compones... como estas sujeto a la tierra... date cuenta de cómo te sientes... cómo es tu existencia como rosal y cómo pasan tus días... Fíjate que es lo que más te gusta de ti... ahora, lo que menos te gusta de ti siendo este rosal... Ahora observa el lugar en que te encuentras enclavado... ¿qué hay a tu alrededor? ¿Cómo es el paisaje que te rodea?... determina qué época del año es y qué tiempo hace... observa detenidamente qué es lo que más te gusta y lo que menos te gusta de tu entorno”.

		<ul style="list-style-type: none">✓ Una vez realizada la fantasía, pedirle a cada uno que dibuje el rosal que visualizaron.✓ Se colocan los lápices de colores al centro en una mesa a fin de que los participantes decidan si levantarse y dirigirse a tomar los colores que necesite, o también no hacerlo.✓ Una vez elaborado el dibujo, pedirles que escriban todo lo que imaginaron: sentimientos, pensamientos, emociones o cualquier otra sensación que hayan vivido mientras lo imaginaban.✓ Indicarles que se den cuenta de lo que está diciendo ese rosal; qué te dice a ti mismo, de tu existencia, en el aquí y el ahora y de lo que te rodea: ambiente, familia, amigos, etc.✓ Pedir que comenten al grupo sus observaciones.
--	--	--

Nombre del Módulo: II. DUELO	No. de sesión: 4 Pérdidas y Duelo		Duración Total: 4 hrs.
Objetivo: El adulto mayor conocerá las fases que comprenden el proceso de duelo, así como las diferencias entre duelo normal y duelo patológico.			Tiempo de la sesión: 4 hrs.
PROPOSITOS	CONTENIDO / TECNICA	FORMA DE EVALUACION	TIEMPO
Explorar la comprensión de los conceptos centrales revisados hasta el momento.	RESUMEN DE LA SESIÓN ANTERIOR	INTERROGATORIO (conocimientos)	30´
	Ejercicio No.14 Diálogo a partir de preguntas abiertas al grupo.		
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Considerar la presencia de las pérdidas como parte del ciclo de vida. ❖ Conocer las diferentes fases que comprende el proceso de Duelo de acuerdo al modelo de Kübler-Ross. ❖ Identificar las expresiones características de duelo normal y aquellas que corresponden a los duelos complicados 	LAS PERDIDAS: GENESIS DEL DUELO Concepto de pérdida ----- Exposición	-----	30´
	EL PROCESO DE DUELO Concepto de duelo, Proceso, Sentimientos asociados al duelo ----- Exposición	-----	45´
	Ejercicio No.15 <u>“Identificación de síntomas”</u> <i>Trabajo en equipos</i>	OBSERVACION (desempeño)	30´
RECESO			20´
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reconocer y responsabilizarse de los propios deberes y elecciones, así como retomar la capacidad de tomar decisiones. 	TIPOS DE DUELO Concepto y características del duelo normal y el duelo complicado. ----- Exposición	-----	45´
	Ejercicio No.16 Trabajo en equipos <i>“Tengo que, elijo que”</i>	OBSERVACION (actitud)	30´

SESION 4. DINAMICA 14. "RESUMEN"		
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	RECURSO DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO
<p style="text-align: center;">Diálogo grupal a partir de preguntas abiertas (30')</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Explorar la comprensión de los conceptos centrales revisados hasta el momento. 	<p>Pizarrón o rotafolio plumones</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indicar al grupo que se harán unas preguntas sobre lo revisado el día anterior a maneja de resumen y valoración del tema. ✓ Plantear las siguientes preguntas : <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Qué dimensiones conforman a la persona humana? ➤ ¿De qué dependen los estados de bienestar? ➤ ¿Qué efecto produce el ignorar los sentimientos?

SESION 4. DINAMICA 15. "IDENTIFICACION DE SINTOMAS"		
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	RECURSO DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO
<p style="text-align: center;">Trabajo en equipos</p> <p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificar las expresiones características de duelo normal y aquellas que corresponden a los duelos complicados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formato de "Manifestaciones ante las pérdidas", de Domínguez, B. (2007) para cada participante (Ver ANEXO 3) 	<p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entregar un formato a cada participante explicando el contenido. ✓ Pedir que señalen cuál de dichas manifestaciones han vivenciado. ✓ Formando pequeños grupos, compartir con sus compañeros de equipo qué manifestaciones presentan en estos momentos y hace cuánto. ✓ Plantear a nivel grupal conclusiones del ejercicio. ✓ Pedir que indiquen cómo se sienten en este momento.

SESION 4.		DINAMICA 16. "TENGO QUE Y ELIJO QUE"
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	RECURSO DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO
<p>Ejercicio en parejas</p> <p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Reconocer y responsabilizarse de los propios deberes y elecciones, así como retomar la capacidad de tomar decisiones. 	<p>-----</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pedir que formen pareja con alguien y sentarse frente a esa persona, indicando que a lo largo de todo el ejercicio mirarán a su cara y le hablarán directamente. ✓ Ahora se alternarán diciendo frases que comiencen con las palabras "Tengo que...". Hagan una larga lista de cosas que tienen que hacer. Tómense cinco minutos aproximadamente para hacerlo. ✓ Ahora retrocedan a las frases que dijeron y reemplacen el "Tengo que..." por "Elijo que..."; alternando con su compañero la expresión de estas frases. Digan exactamente lo que dijeron antes, salvo en dicha palabra. ✓ Me gustaría que se den cuenta que tienen el poder de tomar una decisión, aún en el caso de que esta elección sea entre alternativas indeseables. ✓ Tomen tiempo para darse cuenta como experiencia cada frase que comienza con "elijo...".

		<ul style="list-style-type: none">✓ Luego repita esta frase e inmediatamente agregue cualquier frase que se le ocurra a continuación. Por ejemplo “Elijo conservar mi empleo. Me siento protegido y seguro”. Tómense nuevamente unos cinco minutos para hacer este ejercicio. ✓ Ahora dediquen unos 5 minutos para contarle a su compañero lo que vivenció haciendo esto. ¿Tiene alguna experiencia real de tomar responsabilidades por una elección propia, alguna sensación de despertarse ligeramente de su autohipnosis, algún descubrimiento acerca de mayores poderes y posibilidades?..
--	--	---

Nombre del Módulo: III. APRENDIZAJES VITALES		No. de sesión: 5. SENTIDO DE VIDA Y ESPIRITUALIDAD	Duración Total: 4 hrs.
Objetivo: El adulto mayor considerará los aspectos de autoaceptación, desapego, espiritualidad y sentido de vida, como factores de aprendizaje, necesarios en la resolución del duelo.			Tiempo de la sesión: 4 hrs.
PROPOSITOS	CONTENIDO / TECNICA	FORMA DE EVALUACION	TIEMPO
❖ Considerar el desapego como uno de los aprendizajes necesarios, así como aquellos factores que impiden y facilitan una adecuada resolución del duelo.	<p align="center">APRENDIZAJES Y SENTIDO DE VIDA</p> <hr/> <p>Factores que impiden y facilitan la elaboración de un duelo sano, Apegos-Desapego</p> <hr/> <p align="center">Exposición Diálogo/Discusión</p>	-----	40´
	<p align="center">EJERCICIO No. 17</p> <p align="center">“Visualización” Discusión grupal</p>	OBSERVACION (actitud)	40´
❖ Conocer los componentes esenciales que dan sentido a nuestra existencia.	<p align="center">ESPIRITUALIDAD</p> <hr/> <p align="center">Definición de Espiritualidad. La Libertad, Responsabilidad y Amor como sus componentes esenciales.</p> <hr/> <p align="center">Exposición Diálogo/Discusión</p>		40´
	RECESO		20´
❖ Considerar el sentido que le asignamos a la vida a partir de una situación límite.	<p align="center">EJERCICIO No. 18 “24 Horas”</p>	OBSERVACION (actitud)	30´
	<p align="center">EJERCICIO No. 19 Cuento “El buscador”</p>	OBSERVACION (actitud)	40´
❖ Generar la reflexión en torno a nuestra trascendencia como una forma de asumir la importancia de nuestra propia existencia.			
	<p align="center">CONCLUSIONES Y CIERRE</p>	OBSERVACION (actitud) FORMATO DE EVALUACION FINAL	30´
❖ Valorar el cambio de actitud respecto al significado de la muerte generado a lo largo del taller.			

SESION 5. DINAMICA 17. "VISUALIZACION GUIADA"		
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	RECURSO DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO
<p style="text-align: center;"> Visualización guiada Discusión grupal (40´) </p> <p> Objetivo: </p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Vivenciar la trascendencia de nuestros antecesores como uno de los componentes esenciales que le dan sentido a nuestra existencia. 	<p> Grabadora Música de Relajación </p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Decir a los participantes algo como lo siguiente: ✓ "Al enfrentar la muerte aprendemos algo sobre la manera de vivir. Nuestros seres queridos han dejado un legado como modelos, guías y maestros para quienes quedamos atrás. Al reconocer esa continuidad estamos conscientes de que el legado real no son las posesiones mundanas que nos dejaron en el testamento, sino esos dones inmatereales que han quedado, las verdades a través de las cuales nuestro ser querido intentó vivir, y los valores que dejan para quienes los siguen." ✓ Piense en los dones inmatereales que sus seres queridos, ya ausentes, le han dejado a usted ya los demás. "¿Qué legado ha recibido como resultado de su relación? ¿Cómo ha afectado su vida, sus valores, la memoria de su ser querido? ¿Cuáles son algunos de los presentes inmatereales que le ha dejado? Por ejemplo, usted podría haber aprendido de su ser querido cómo enfrentar la adversidad con valor. O se podría descubrir respondiendo a una situación con el sentido del humor que sabe que `heredó´ de su ser querido".

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indicar que se llevará a cabo un ejercicio de visualización que permitirá vivenciar tal legado o trascendencia de sus antecesores, como una forma de atribuir sentido a la existencia. ✓ Pedir que se pongan tan cómodos como les resulte posible, e indicar que cierren sus ojos, respiren suave y lentamente por la nariz tomando nota de cómo es su respiración. Coloquen sus manos sobre sus piernas. Al inhalar suave y profundamente, dirijan el aire hacia la zona del diafragma y noten cómo se eleva su vientre y al exhalar, lentamente también por la nariz, su vientre vuelve a su postura. Deje que sus músculos se relajen mientras se hace consciente de su creciente estado de relajación y calma. ✓ “Ahora imagine que se encuentra en un santuario, está parado ante un camino que se pierde en la distancia. Comienza a caminar por el sendero y, mientras lo hace, ve en la distancia una forma que se acerca en su dirección, irradiando una luz brillante y clara. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Al acercarse uno al otro, ud. comienza a discernir si la sombra pertenece a un hombre o a una mujer, cómo se ve, cuántos años tiene y cómo está vestido este ser. Cuando más se acerca, más detalles puede usted ver de su rostro y apariencia. ✓ Salude a esta persona. Note la sabiduría y amor que se refleja en el rostro y ojos de ella; sabiduría y amor que en este momento están allí sólo para usted. ✓ Esta persona lo conoce bien. Tiene un mensaje útil e importante que darle, un mensaje para guiarlo en su vida presente. Sin pronunciar palabra, la persona lo mira con comprensión y comunica este mensaje especial a través del contacto ocular directo con usted. ✓ Escuche lo que esta persona le tiene que decir. Escuche los consejos que le tiene que dar. Si lo desea, usted puede formular algunas preguntas específicas. Podría obtener respuestas inmediatas pero, de no ser así, no se sienta defraudado; las respuestas llegarán a usted de alguna forma más adelante. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antes de irse, note que su guía tiene un presente para usted. Extienda la mano y reciba el regalo. Este presente lo ayudará en su proceso de sanación. ✓ Cuando la experiencia de estar juntos parezca haberse terminado por el momento, agradezca a su guía, exprese su aprecio, y pídale que se reúna con usted en su santuario nuevamente. Recuerde, usted puede visitar este lugar, tan tranquilo y tan bello, en cualquier momento.” ✓ Pedir nuevamente a los participantes respirar suave y lentamente por la nariz prestando especial atención en su respiración. Estirar suavemente brazos y piernas, relajarlas y abrir los ojos. ✓ Comentar la vivencia resaltando aquellos aspectos que descubrieron de sí mismos. <p style="text-align: right;">(Caplan, S. y Lang, G., 2006. p. 115-116).</p>
--	--	---

SESION 5.		DINAMICA 18. "24 HORAS"
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	RECURSO DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO
<p>Ejercicio en parejas (15´)</p> <p>Discusión Grupal (15´)</p> <p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Reflexionar sobre el sentido que le asignamos a la vida a partir de una situación límite. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plantear al grupo una situación hipotética explicando el propósito del ejercicio: reflexionar sobre el sentido de nuestra vida a través de nuestras actitudes respecto a la muerte. ✓ "Imagina que descubres que tienes 24 horas de vida. Tienes movilidad y puedes ir o hacerlo que quieras. Dedicar unos momentos para pensar cómo pasarías tu último día en la tierra" ✓ Pedir que formen parejas y compartan ese plan sobre su último día, explicando también porqué harían ciertas cosas. ✓ Comentar a nivel grupal la experiencia considerando sus sentimientos al respecto.

SESION 5. DINAMICA 19. "EL BUSCADOR"		
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	RECURSO DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO
<p style="text-align: center;">Lectura de cuento Y Discusión grupal (40´)</p> <p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Generar la reflexión en torno a nuestra trascendencia como una forma de asumir la responsabilidad e importancia de nuestra existencia. 	<p style="text-align: center;">Lápiz y papel por participante.</p> <p style="text-align: center;">Texto del cuento "El Buscador" (Ver ANEXO 4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Posterior a la lectura del cuento, pedir que en la hoja marque una línea que divida, izquierda y derecha como en el cuento, para anotar justamente aquello que más trascendencia causó en sus vidas. Aquellos momentos memorables que fueron conformando su existencia en un sentido grato y positivo. ✓ ¿Cuánto duró el gozo? ¿Aún perdura? ¿Qué les hizo sentir y pensar el cuento? ✓ Abrir la discusión grupal para llegar a conclusiones en torno a la temática sobre aprendizaje y sentido de vida.

SESION 5. CONCLUSIONES Y CIERRE		
TECNICA DE INSTRUCCIÓN A EMPLEAR	RECURSO DIDACTICO A EMPLEAR	DESARROLLO
<p align="center">Diálogo/Discusión grupal</p> <p align="center">(50´)</p> <p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Valorar el cambio de actitud respecto al significado de la muerte generado a lo largo del taller. ❖ Que los participantes respondan el formato de Evaluación Final del Taller. 	<p align="center">Lápiz y papel por participante.</p> <p align="center">Formato de Evaluación Final de Curso (Ver ANEXO 5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entregar a los participantes sus tarjetas de respuesta que realizaron durante la sesión inicial de presentación (ver sesión 1) a fin de contrastar las expectativas iniciales con respecto a lo logrado al término del taller, así como las actitudes que ahora guardan respecto a la muerte. ✓ ¿Ha cambiado su opinión? ¿Qué piensan ahora respecto a la Tanatología? ¿Cómo se sienten? Pedir a cada uno que lo externe brevemente. ✓ Entregar a cada participante un formato de Evaluación Final del Curso, explicando en qué consiste a fin de que lo contesten. ✓ Se agradece su participación.

CAPITULO 5

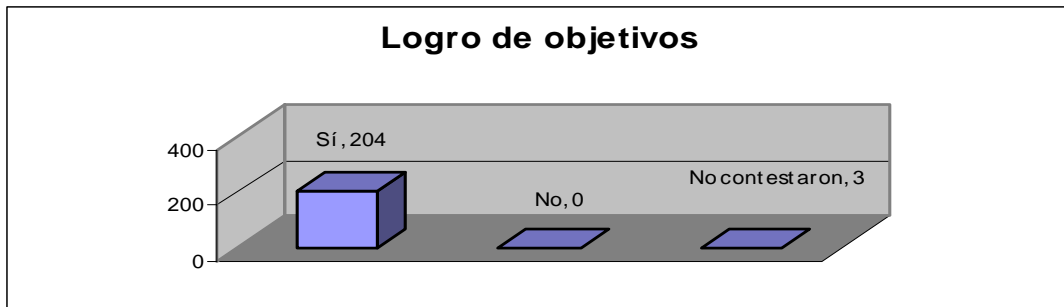
RESULTADOS Y ANALISIS

5.1 Presentación cuantitativa de los resultados

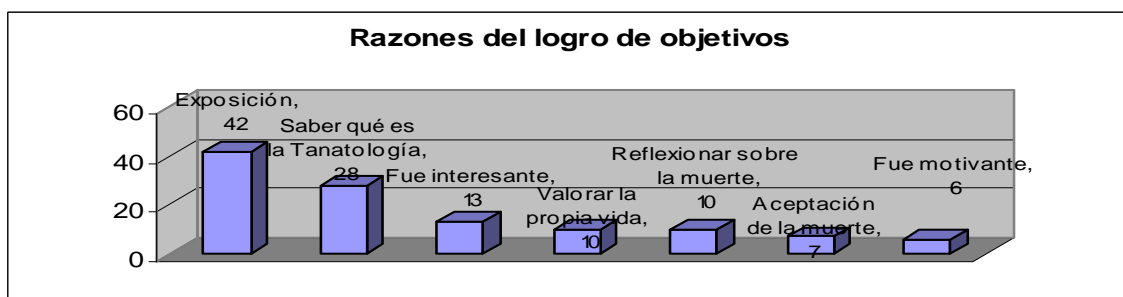
Para el análisis cuantitativo de los datos, se utilizó el procedimiento estadístico de distribución de frecuencias para describir aquellos puntajes que se obtuvieron, al finalizar cada taller, a partir de la aplicación del *Formato de Evaluación de Cursos* diseñado por el Departamento de Enseñanza (ver Anexo 5). Los puntajes obtenidos hacen referencia sólo a aquellos reactivos que, se considera, plantean el efecto que el taller pudo ejercer sobre los participantes. A saber:

- ❖ **Logro de los objetivos del taller** (del reactivo 2. “¿se lograron los objetivos del curso?”).
- ❖ **Razones que los participantes consideraron influyeron para el logro de los objetivos** (pregunta complementaria del reactivo 2 “¿por qué?”).
- ❖ **Aprendizaje alcanzado** (reactivo 5: “Considera que durante el curso aprendió...”)
- ❖ **Calidad de los apoyos y técnicas utilizadas** (reactivo 10).
- ❖ **Evaluación del Instructor** (reactivo 11: “Califique al instructor en: *Conducción del grupo, Conocimiento de los temas, Claridad del lenguaje*).
- ❖ **Comentarios al taller** (reactivo 13 “Comentarios y sugerencias”).

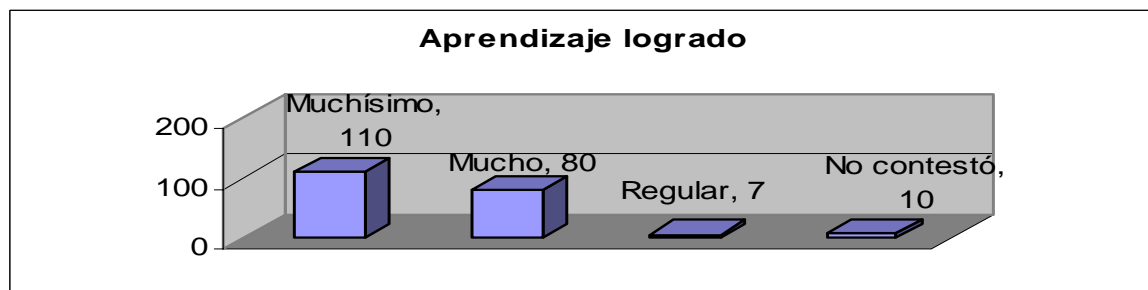
Los resultados de dichos reactivos se muestran en las siguientes gráficas:



Gráfica 4. Del reactivo 2. "¿Se lograron los objetivos del curso?"



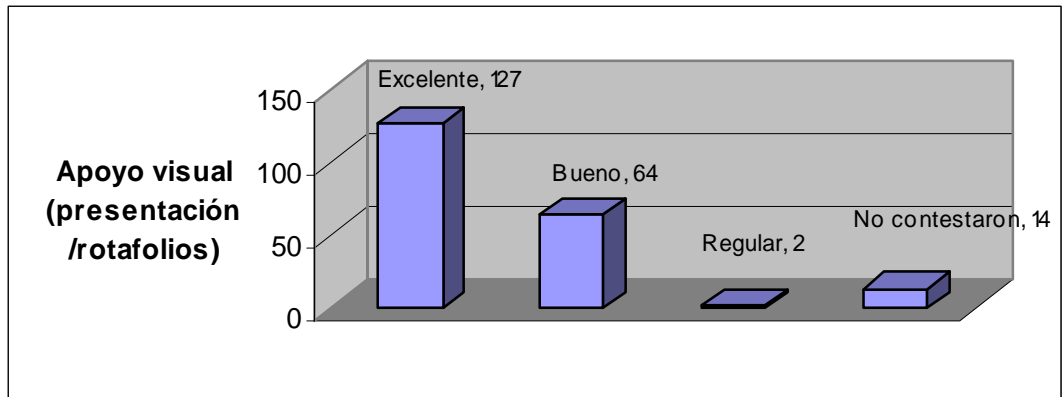
Gráfica 5. Complemento del reactivo 2: ¿Por qué?"



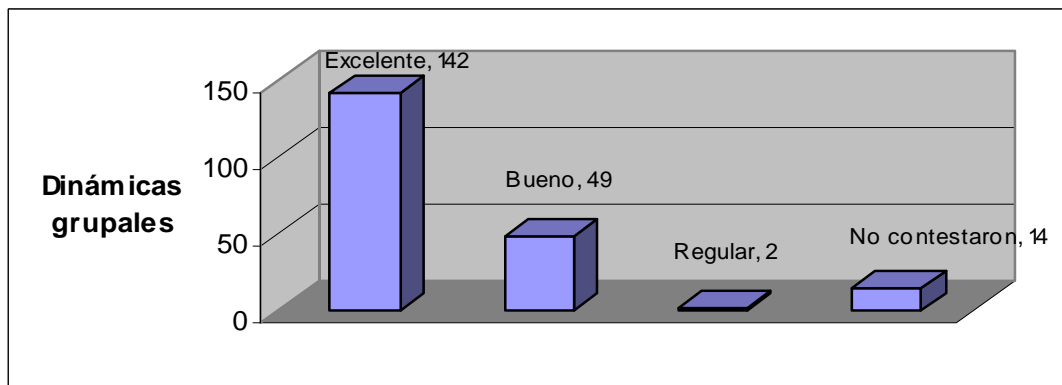
Gráfica 6. Del reactivo 5: "Considera que durante el curso aprendió...."

De lo cual se desprende que para muchos de los participantes, el contenido y forma de proceder durante el taller permitió cubrir los objetivos de adquirir conocimientos básicos de Tanatología, además de considerar una revaloración de la propia vida, reflexionar sobre la muerte y la aceptación de esta; tal como lo representa la gráfica 5.

Por otra parte, las gráficas siguientes muestran la evaluación correspondiente a la calidad de los recursos técnicos utilizados tales como presentación power-point, o en su defecto, rotafolios con la información impresa, así como las dinámicas y ejercicio experienciales.



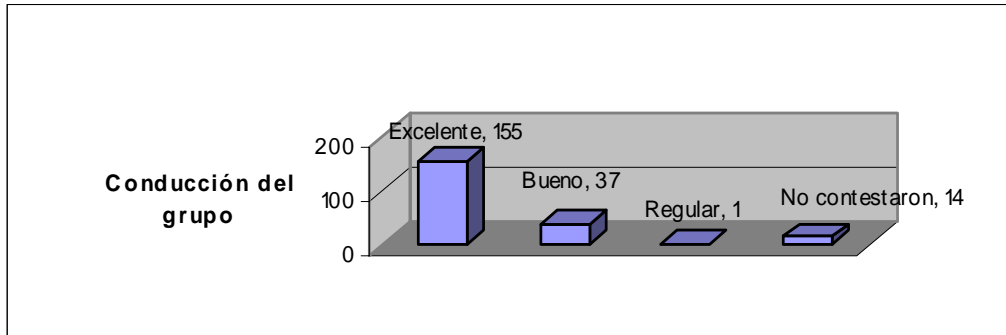
Gráfica 7. Evaluación del apoyo visual utilizado.



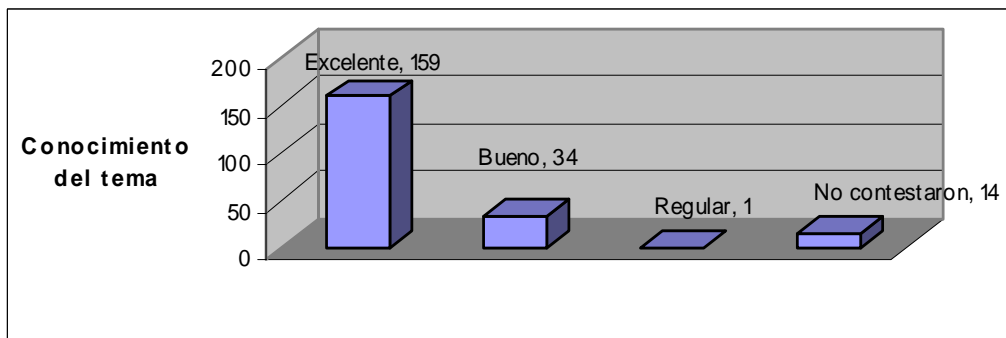
Gráfica 8. Evaluación de las dinámicas grupales.

De lo cual se desprende que lo que ejerció mayor relevancia resultaron ser los ejercicios implementados como apoyo al contenido temático.

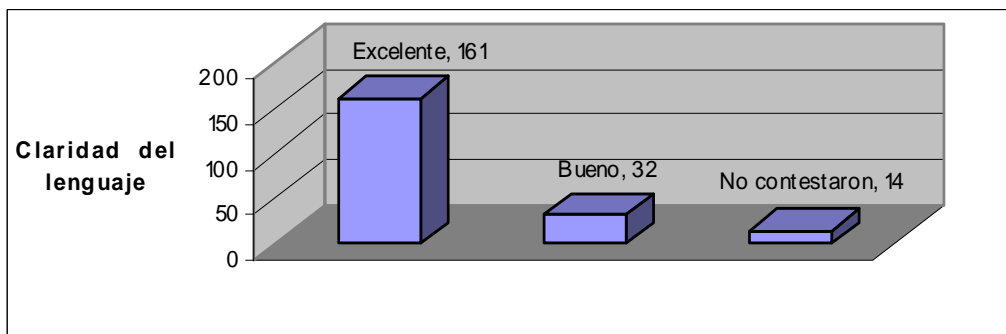
En cuanto a la evaluación del instructor se obtuvo:



Gráfica 9. Del reactivo 11: "Califique al instructor en....Conducción del grupo".

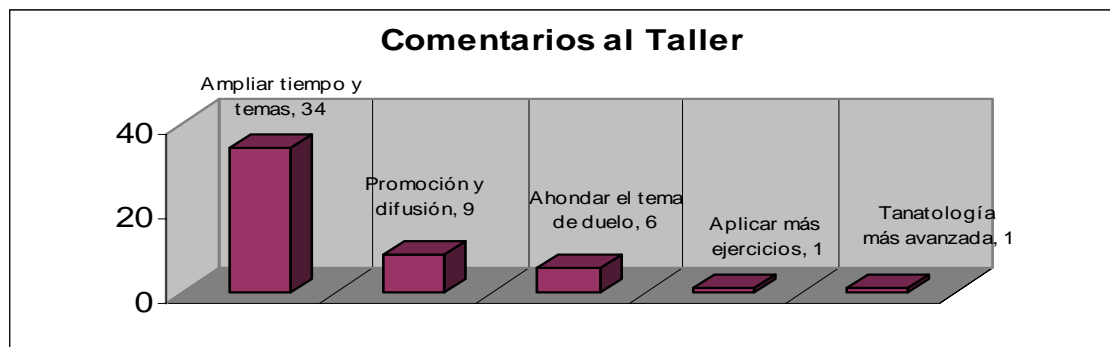


Gráfica 10. Del reactivo 11: "Califique al instructor en....Conocimiento del tema".



Gráfica 11. Del reactivo 11: "Califique al instructor en....Claridad del lenguaje".

Finalmente, los comentarios generales al taller manifiestan principalmente la necesidad de ampliar más el tiempo y los temas sobre muerte, como lo muestra la siguiente gráfica:



Gráfica 12. Del reactivo 13: "Comentarios y sugerencias".

Si bien el presente instrumento permite evaluar el nivel de satisfacción que los participantes reservaron con respecto al taller, no aporta datos precisos sobre lo que resultó significativo para los adultos mayores -salvo por ciertos casos en los que los participantes expusieron sus razones sobre el logro de objetivos (ver gráfica 5). De aquí que esta información requirió apoyarse en la descripción cualitativa de aquellas situaciones que resultaron más significativas a lo largo de los talleres.

5.2 Presentación cualitativa de los resultados.

El procedimiento utilizado para evaluar los procesos de aprendizaje del taller se basó en el análisis cualitativo a partir de la observación de las reacciones, opiniones, actitudes y ejecuciones de los participantes; correspondientes a aquellas dinámicas y actividades de discusión, ejercicios en parejas, trabajo en equipos así como tareas individuales propuestas como estrategias de apoyo a los contenidos del taller. Así, los resultados más representativos que se observaron por sesión en los diferentes grupos a los que se les impartió el taller son descritos a continuación.

Sesión 1.

Uno de los elementos que facilita la formación de un espacio para el aprendizaje significativo radica en proporcionar experiencias positivas directas relacionadas con la temática a tratar. Sin embargo, para el caso de un tema como la muerte que puede despertar sentimientos de agobio, rechazo o ansiedad, la labor educativa requiere de estrategias como la aplicación de ejercicios experienciales que estimulen la manifestación de actitudes relacionadas con la muerte y abran la posibilidad de disminuir la ansiedad y el dolor que esta pudiera provocar. Es por ello que resulta importante, desde la sesión inicial, conformar un clima de aceptación y apoyo grupal que permita a los participantes externar abiertamente sus opiniones y vivencias para, de este modo, compartir no sólo sus sentimientos en torno a la muerte, sino también reconocer cómo otras personas manejan sus sentimientos respecto a ella (Durlak, J. 1994). Así, en esta primera parte en donde fueron expuestos los conocimientos previos que poseen respecto a la Tanatología, así como las expectativas personales en relación al taller se observó que, a pesar de no tener una idea certera de lo que significa este concepto, la mayoría sabe que está relacionada con la muerte; aunque también hubo un gran número que manifestó desconocer por completo el término *Tanatología*. Las repuestas más comunes fueron:

“Es el estudio sobre la muerte”.... “Una ayuda para superar el duelo”.... “Una forma de preparación para la muerte”.... “Es la ciencia que explica el sentido de la vida y la muerte”.... “una forma de aprender a bien morir”.

En cuanto a sus expectativas, o lo que esperaban encontrar a lo largo de este taller, manifestaron en muchos de los casos:

“Superar mi duelo”.... “Aceptar la muerte de mis seres queridos”.... “Saber qué significa”.... “Tener un mayor conocimiento para poder ayudar a otros”... “Quitarme el miedo a la muerte”.

A este respecto, uno de los mitos más frecuentes en torno al manejo del tema sobre la muerte es la creencia de que conociendo más sobre Tanatología se obtendrá inmunización contra el dolor que se desencadena frente a la pérdida por muerte; situación que dista mucho de ser cierta y cuya discusión permitió introducir el tema sobre el significado y finalidad de la Tanatología. Para esto, se procedió con la realización de los ejercicios de *“Contacto Visual”* y *“Reflejando el cuerpo”* como una forma de reflexionar sobre las actitudes de acompañamiento que resultan necesarias para atender al paciente Terminal.

En lo que respecta al *“Contacto Visual”*, este ejercicio despertó en ciertos casos sentimientos de cercanía y mayor compenetración hacia otra persona manifestando agrado por el contacto de manos; sobre todo en aquellos grupos en donde se presentaron más casos de duelo reciente y/o duelos anticipados como en quien asume el papel de cuidador. Aquí las reacciones fueron de aceptación y calidez hacia la pareja de trabajo: *“sentí sus manos muy suaves”, “...calientitas”, “...acojinaditas”, “su mirada muy tranquila”, “...me inspiró mucha serenidad”*.

Aunque también llegaron a presentarse emociones contenidas, como el caso de una mujer que durante el contacto visual se le soltaron las lágrimas porque, como comentó después, *“su mirada me hizo recordar mucho a mi mamá”*. Circunstancias que por sí solas provocaron que se abrazaran o hicieran demostraciones de aprecio -situación que se tomó para aplicarse en los otros talleres subsecuentes para cerrar con esta parte. En otros casos, sin embargo, se presentó la intolerancia y nerviosismo por mantener un contacto visual prolongado, y en completo silencio: comenzaron a charlar, a reírse de todo, a quejarse: *“falta mucho”, “ya me cansé”, “pensé que íbamos a hipnotizarnos”* o simplemente continúan tomados de la mano, en silencio, pero mirando siempre hacia otro lado; lo cual lleva a reflexionar sobre cierta incapacidad para compenetrarse con otro ser humano desde una postura mucho más sensible que el lenguaje verbal, como también la ansiedad que puede producir el que nos miren directamente y sentirnos *“descubiertos”*. Es en estos casos en los que se hace mención de que se trata de desarrollar una conexión más a nivel de sentimientos que, de cierto modo, nos lleva a

considerar las necesidades más profundas de la otra persona, dejando de lado las posibles incomodidades personales o el rechazo a la persona en proceso de muerte; hecho necesario para la labor de acompañamiento. De aquí que la finalidad con estos ejercicios sea la de considerar el desarrollo de actitudes de presencia, contacto y tolerancia hacia otro ser humano.

En cuanto al ejercicio de “Reflejando el cuerpo”, a pesar de que tuvo la intención de continuar con el proceso de tomar nota de las propias sensaciones frente a otra persona, y además comunicárselas, las reacciones que provocó fueron más de distensión grupal o juego de relajamiento al provocar risas entre ellos tratando de imitarse unos a otros. Resulta un cuanto complicado lograr que vean su propio reflejo en el movimiento del otro, y además asuman su propio sentimiento, y no el otro simplemente moviéndose: “qué risa” ó “...fue divertido”.

Ligado a esta última resulta fundamental el desarrollo de una comunicación empática con el familiar Terminal a fin de atender, y entender sus diferentes necesidades. Para ello el ejercicio de *“Reflejo de Sentimientos”* busca sensibilizar respecto a la habilidad de escuchar al otro sin emitir juicios respecto a lo que está sintiendo o bien proyectando los propios sentimientos en la otra persona. Este ejercicio resulta bastante aleccionador ya que muchas veces los participantes ven reflejadas sus propias circunstancias de vida o sus sentimientos no verbalizados. Como los comentarios del equipo respecto al ejemplo que les tocó sobre un joven que pierde una de sus piernas: *“la no aceptación”, “coraje consigo mismo”, “no sentirse capaz”, “señalado por la sociedad”, “entra en una profunda depresión”, “su autoestima la tiene baja”*....Equipo en el que estaba una persona que había sufrido un problema con su pierna, no de amputación, pero si de deterioro.

Sin embargo en otros casos resulta inevitable el emitir juicios de valor cuando se trata de los sentimientos del otro, de indicar lo que debería o no hacer la persona más que efectuar precisamente un reflejo de sus sentimientos de acuerdo al proceso por el que atraviesa: *“Es una persona prepotente que cree que todo lo merece minimizando a los demás”, “Es un señor que se siente*

muy importante y quiere para él toda la atención, no pensando en los demás, es egoísta y personalista”, “Pienso que el Sr. cree que es el más importante en la vida, y no sabe pedir por favor y dar las gracias. Si fuera de otra manera, más positivo lo tratarían mejor” (comentarios respecto al caso del hombre internado por sufrir accidente automovilístico). Se concluye con la importancia de una postura empática, la imagen que se construya de la otra persona y su aceptación incondicional, así como también la toma de conciencia de los propios sentimientos como “requisitos” para el acompañamiento.

Sesión 2.

Una de las estrategias que se recomienda para fomentar la retención, además de facilitar la comprensión de los contenidos, es llevar a cabo resúmenes al inicio de cada sesión sobre los aspectos más importantes revisados el día anterior. A muchos les toma por sorpresa, aunque generalmente con actitud divertida sacan rápidamente sus notas para responder; les comento que es una especie de “calentamiento mental” a lo que responden que es bueno que se haga así para que se *“refresque la memoria”*; otros sin embargo hacen alusión a su *“mala memoria”* o el *“ay, ya ve que todo se nos olvida”*.

La idea de aplicar el ejercicio del *“rompecabezas”* no sólo fue con el objetivo de reforzar los puntos revisados el día anterior, sino porque éste en particular resulta muy atractivo para ellos tanto en cuestiones cognitivas como para la integración grupal, además de darse cuenta de cómo responden generalmente en otras circunstancias: *acaparando piezas, resolviéndolo todo, esperar que los demás tomen las decisiones, respetando las que tomen los demás, apoyándose, molestándose o quejándose por que se les desbarata su trabajo (la revisión de apegos que posteriormente se retoma en la revisión de Pérdidas y duelo)*, entre otras.

El resto de los ejercicios realizados en esta segunda sesión -cuyo propósito fue reflexionar sobre cómo las actitudes que se muestran

comúnmente frente a la vida reservan mucho de nuestros temores frente a la muerte- se ven reflejados en los resultados obtenidos a través del ejercicio de visualización en los que suelen presentarse sentimientos de ansiedad frente a la idea de “adentrarse en el mar”. En este caso, la mayoría de las veces las personas prefirieron “mantenerse a la orilla de la playa” ya que rememoraron experiencias reales negativas con el mar: *“yo no entré, me acordé de cuando el mar me revolcó hace mucho tiempo y desde entonces me da miedo”, “Yo como no sé nadar me mantuve en la orilla”, “El mar me da miedo, se me hace algo maravilloso, pero desde entonces le tengo respeto”*. Hay quienes a pesar de haber sufrido una experiencia así, se animaron a meterse *“sólo hasta la cintura”*. Una mujer por el contrario, quien decidió adentrarse poco a poco en la fantasía, manifestó sentirse desesperada conforme se “alejaba de la orilla”, sin embargo, al sentirse a la deriva incluyó en la imagen una cuerda de la que se sujetó y que le permitió ponerse a salvo. Durante la reflexión, mencionó darse cuenta que la cuerda de la cual se prendía le recordó de pronto a su propia hija, de la cual se mantenía sujeta cuando ella se sentía abrumada por alguna dificultad.

Esta fantasía permitió introducir al concepto de muerte no a través del otro, sino directamente sobre la finitud de uno mismo; criterio que resulta relevante en la relación de acompañamiento del enfermo Terminal: confrontarse uno mismo con la propia muerte, con el significado que cada quien le asigna. Por ello se continuó con este propósito a través de preguntas directas sobre *“¿Qué es para ti morir?”*... *“¿Qué crees que suceda después de la muerte?”* o *“¿cómo te gustaría morir?”*, cuyas respuestas manifestaron mucho de sus valores o principios espirituales que pueden proporcionar una base para disminuir el temor a morir:

- ❖ *“Es ir a un lugar donde nuestro espíritu evoluciona, para llegar a Dios y fundirnos en él”. (Mujer de 82 años con Fibromialgia -dolor prolongado o crónico, rigidez y malestar en músculos, articulaciones y tendones)*
- ❖ *“Dolor al saber que no voy a estar con mis seres queridos...el no estar más con ellos”.*

- ❖ *“Para mí significa el fin de mis dolores y me provoca tranquilidad” (Mujer de 65 años, con Cáncer en remisión).*
- ❖ *“Es un descanso... simple y sencillamente un descanso, pero no ahorita...me provoca miedo por no saber la forma en que va a ocurrir”.*

Contrario a lo que pudiera pensarse, lejos de causar angustia las personas se permitieron externar sus propias sensaciones dando la posibilidad de tocar más adelante el difícil proceso de resolución del duelo por la muerte de algún familiar querido.

Sesión 3.

Puesto que la Tanatología busca proporcionar fundamentalmente al ser humano que muere, una atención integral, esto implica considerar a la persona en todas sus dimensiones: física, psicológica, social y espiritual. Las dinámicas en esta sesión tuvieron el propósito de resaltar tal interrelación, determinante para la generación de estados de bienestar no sólo en el paciente Terminal, sino también en quienes le rodean. Los resultados en el ejercicio de *“Metáfora”* hicieron alusión a medidas de autocuidado para el aspecto físico de la persona: *“hacer ejercicio, comer adecuadamente, descansar, divertirse”*. En lo que corresponde al aspecto psicológico, los participantes refirieron: *“el manejo adecuado de emociones, sobre todo las negativas como la culpa, la depresión y el rencor que no dejan a la persona “morir en paz”....También las del familiar que muchas veces no resuelve sus duelos por estar atado a recuerdos negativos o a resentimientos*. Este aspecto lo enlazaron directamente con el aspecto social puesto que tiene que ver con sus relaciones familiares y sociales. Finalmente, en el aspecto espiritual, la mayoría hizo referencia a la religión que profesa, como una forma de *“estar bien con Dios y con sus seres queridos”*.

Puesto que los procesos de pérdida quedan ligados necesariamente a las emociones y sentimientos, otro aspecto a resaltar es la forma en que la persona encubre sus sentimientos por diversas razones, lo cual influye en

cierto modo para la resolución de sus duelos en la medida en que se permite hacerlos conscientes y externarlos. Particularmente los que corresponden a la ira, la tristeza o el miedo, suelen ser sentimientos que tienden a encubrirse. En este sentido, la lectura del cuento *“La furia y la tristeza”* resultó una forma bastante ilustrativa de cómo ocurre este proceso de encubrir un sentimiento con otro ante el cual los participantes respondieron con bastante animosidad. Particularmente quienes participaron directamente en la representación se sintieron identificados con el personajes que ellos mismos eligieron; al preguntarles porqué eligieron justamente tal o cual, manifestaron sorprendidos: *“no sé, el-ella escogió ese primero”, “no me dejó de otra”, “creo que... ¡así soy!”*. Por lo general quien elige primero, elige a la furia, y es también quien reconoce primero ser así.

Continuando con esta tónica de dar cuenta de los propios sentimientos, así como aspectos aceptados y rechazados de uno mismo, se procedió con la *“Fantasía del Rosal”* como una forma de facilitar en la persona, el reconocimiento de cómo vive su entorno a través del dibujo. Este ejercicio resulta particularmente atractivo para los participantes aún cuando en un inicio se resisten a la idea de dibujar: *“volvemos a la escuelita”, “yo no sé dibujar”, “nunca fue mi fuerte esto del dibujo”*. Sin embargo, terminan por involucrarse en su propia tarea. Conforme se les pide que anoten lo que van descubriendo de ellos mismos a través del rosal, de eso que les gusta y disgusta de sí mismos, van dando cuenta de las cosas que les resulta particularmente significativo en su vida.

En algunos casos afloran sentimientos de gran intensidad como el caso de una mujer joven, recién divorciada, con los sentimientos a flor de piel, cuyo rosal lo dibujó entre montañas, muy apartado de todo, pero dibujando una gran espina en la base del rosal que sugería *“un gran enojo con algo o alguien relacionado con su entorno familiar”*. Ante este descubrimiento soltó en llanto recordando una situación, cuando era niña, de fuertes gritos y regaños por parte de su padre y que desde entonces guardaba ese resentimiento. Sin embargo, ahora que lo consideraba de nuevo y se permitió externarlo comentó

sentirse un cuanto más aliviada. No todos los participantes responden con esta capacidad de “darse cuenta”. Un hombre, músico de profesión y aún en activo, se resistió mucho a creer que el dibujo hablara de sí mismo; de hecho su rosal, a manera de enredadera y como tal recargado en una gran barda, sin uso del color, sugería una persona bastante rígida. Su actitud durante todo el taller fue escéptica y muy crítica, más bien enojado en cierto modo con la “suerte” que había tenido últimamente en su trabajo. No se cuenta con los dibujos de estos dos casos ya que se les planteó la opción de conservarlos o de dejármelos; ellos decidieron llevárselos.

Otros rosales muestran la sensación de “desprendimiento” como el caso de una mujer, entre 75-80 años, cubana, duelo por un hijo que murió siendo éste muy joven, y con un problema de Fibromialgia que le dificultaba la marcha así como estar mucho tiempo sentada, y sin embargo, con una actitud muy serena, de aceptación ante sus circunstancias; con el empeño de mantenerse participe en su grupo e incluso muy entusiasmada con el taller (Figura 1). O el rosal de una mujer de entre 55-65 años de edad, todavía activa laboralmente aunque con la posibilidad de jubilarse, de aspecto muy amable y sonriente, también muy interesada en el tema aunque no muy participativa, elaboró su rosal floreciente y expansivo, con botones que simbolizan esa actitud de crecimiento y que ella misma plasma en su descripción (Figura 2).

Muchos son los casos que resultan significativos con el uso de esta técnica y que a los participantes les resulta una forma de apropiarse y de reconocerse a sí mismos; en algunos rompen en llanto al describirse a ellas mismas sus cualidades, razón por la cual deciden llevarse su dibujo.

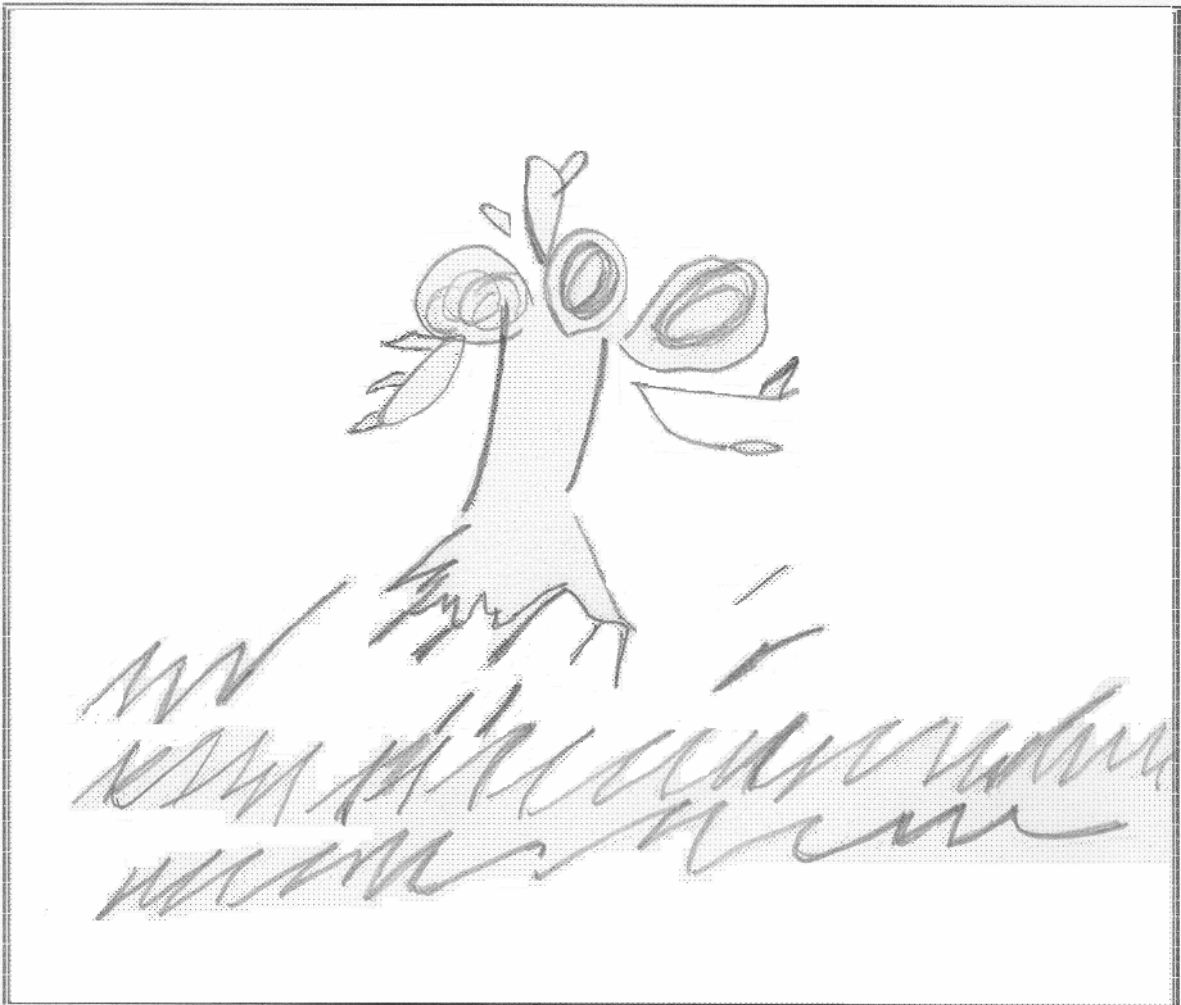


Fig. 1

“ Soy un rosal ubicado en el jardín de la casa donde viví más de 20 años, soy muy bello, lo que no me gusta es que estoy con muchas muchas espinas y mis raíces son muy profundas quisiera fueran menos profundas, el color de mis pétalos varía de repente rosa, amarillo o de dos colores, hay un sol muy agradable, me riegan a menudo con mucho amor, estoy rodeada de otros rosales, y de unas flores blancas que aunque son mis preferidas no recuerdo el nombre, mi tallo es muy grueso, mis ramas muy largas”.

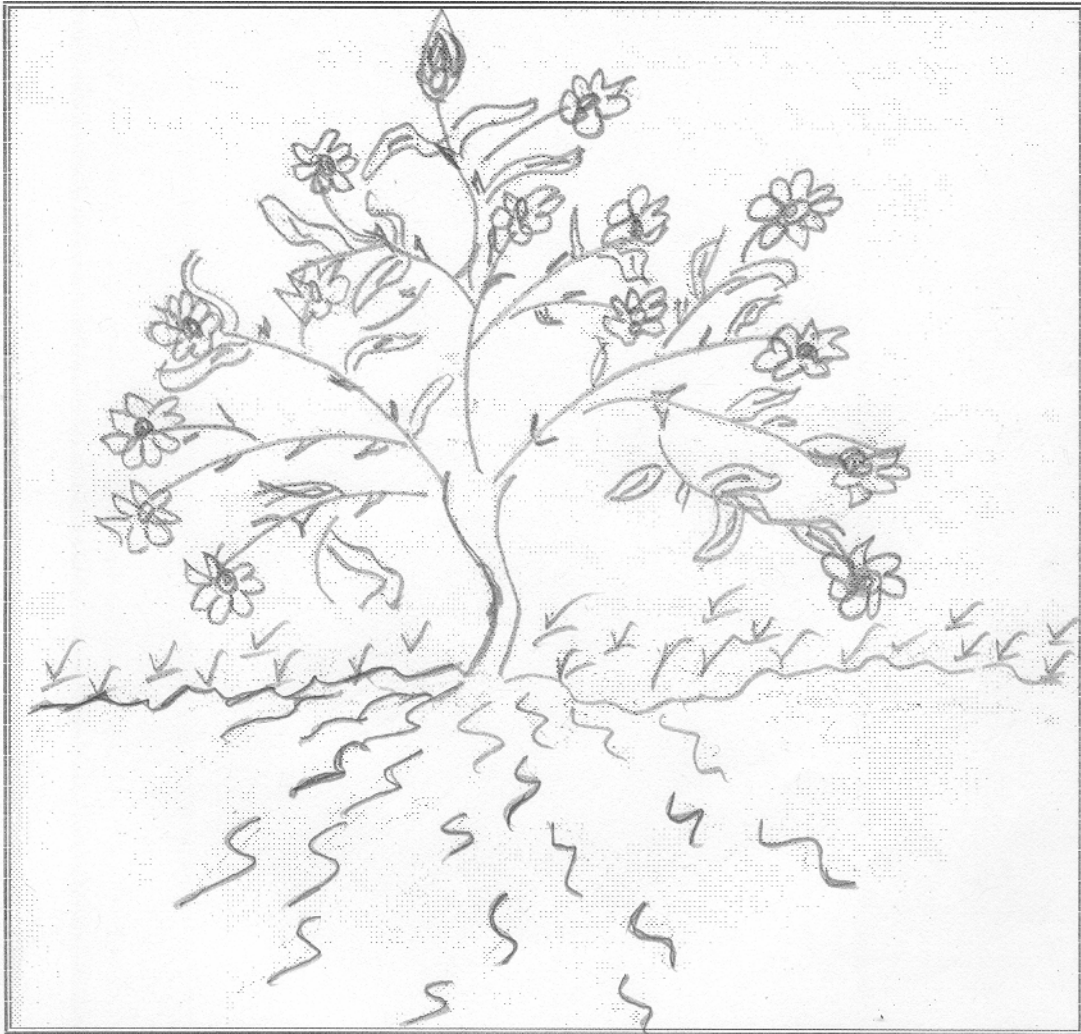


Fig. 2

“Me hace sentir:

- 1. Alegría al mirarlo.*
- 2. Soy afortunada en tenerlo*
- 3. Gratitud porque este frondoso y bello.*
- 4. lo quiero.*

Me inspira ternura sus pétalos.

Alegría sus colores.

El que esté viva para alegrarme.

Su perfume para deleitarme

Y doy gracias a Dios por permitirme la vida a través de este rosal.”

Sesión 4.

Aún cuando esta sesión transcurrió más mediante la exposición del tema fue donde más comentarios y experiencias personales se relataron. Afloraron diversidad de sentimientos y cuestionamientos en torno a los *síntomas del duelo, cuáles son normales y cuáles no, qué duelos son los más dolorosos, cuánto tiempo debe durar, los sentimientos que surgieron, lo que se debió y no se debió de hacer o decir, si estuvo bien como se procedió, la remembranza de duelos muy añejos, algunos de manera serena, otros desconsoladamente, las conductas que se asumieron a partir de entonces, el apego a cosas o pertenencias de la persona fallecida hace muchos años*, entre otros muchos cuestionamientos.

La aplicación del formato de *Manifestaciones ante las pérdidas* (Domínguez, S. 2007) ayudó efectivamente no sólo a reconocer en ellos mismos las características que comprenden al proceso de duelo -dando cuenta en algunos casos de la presencia de estos desde hace varios años, o en otros donde se desconocían totalmente la normalidad de ciertos síntomas- sino el que permitió contener muchas de las manifestaciones de llanto al sentirse apoyados por sus compañeros de equipo.

Si bien durante esta sesión se tiene contemplado otro ejercicio (*"Tengo que, elijo que"*) muchas veces por lo extenso de las participaciones no se logró llevar a cabo. En estos casos fue que se procedió con un ejercicio denominado "grito energético" como un mecanismo liberador que permitió concluir con la sesión. En aquellos casos en donde pudo implementarse el ejercicio, el intercambio de frases permitió movilizar los sentimientos contenidos, bajo la toma de conciencia entre lo que "me obligo a hacer" y aquello que "elijo hacer", incluyendo el mantener el mismo dolor.

Sesión 5.

Esta última sesión tuvo como finalidad considerar aquellos factores que resultan necesarios en la resolución del duelo tales como el reconocimiento o validación de los propios sentimientos, la importancia del desapego así como el desarrollo del aspecto espiritual y trascendencia, por lo que el ejercicio de *visualización guiada* se planteó como un acercamiento a dichos propósitos.

A este respecto, para muchos resultó una experiencia en cierto modo liberadora aunque las manifestaciones oscilaron entre la tristeza y la serenidad. Así por ejemplo, para algunos fue la visualización de su familiar muerto muchos años atrás, a través de la cual se permitieron un reencuentro-despedida, como lo fue el caso de una mujer cuya hija murió cuando esta última tenía entre 11 y 12 años de edad, de quien se mantenía aferrada firmemente y con quien “conversaba” como si aún estuviera presente. Durante la reflexión, terminado el ejercicio, comentó que si bien sintió una honda tristeza al “verla” de nuevo, se permitió despedirse porque, como ella lo expresó: *“entendí que era hora de dejarla ir sabiendo que ella realmente está bien... me lo dijo, y yo ahora me siento más tranquila”*.

Para otra persona, quien recientemente había sufrido la muerte de su madre, durante los comentarios al finalizar el ejercicio expresó que al principio pensó que la vería a ella, sin embargo, fue la imagen de un amigo a quien hace tiempo no veía quien se le presentó para reconfortarla. Al finalizar ella misma se planteó ponerse en contacto con él a fin de reanudar la amistad. En algunos otros casos fue el visualizar o sentir la presencia de Dios, lo que les generó mucha tranquilidad. Pocos fueron los casos en que se evitó el ejercicio ya sea expresándolo abierta aunque respetuosamente (solo un caso hasta el momento), o bien quedándose profundamente dormidos.

La discusión posterior a este ejercicio se guió hacia el concepto sobre Espiritualidad, de la cual la mayoría tenía claro que no hace referencia únicamente a la vida o profesión religiosa, sino esencialmente a todas aquellas manifestaciones de afecto y valor por la vida que el ser humano

puede externar. Es por ello que se plantea la importancia que tiene para cada quien descubrir el sentido de la propia existencia, como uno de los aprendizajes esenciales a adquirir. De aquí el ejercicio *"24 horas"*, cuyo propósito fue el de reflexionar sobre el sentido que le asignamos a la vida a partir de una situación límite, permitió que afloraran aquellos pendientes que cada uno tiene todavía por resolver como también aquellos anhelos guardados: *"hacer mi testamento", "decirle a mi familia que los quiero", "comer rico", "saldar mis deudas", "viajar"*. Ante lo cual se les indicó que tomaran en cuenta aquellas cosas que son factibles, reales y esenciales de hacer en un plazo de sólo 24 horas de vida. Algunas de las respuestas fueron:

- ❖ *"Prepararía una rica comida para invitar a mis hijos y decirles cuánto los quiero",*
- ❖ *"Me levantaría muy temprano, daría gracias a Dios, saldría a caminar, me tomaría una Coca- Cola bien fría, comería un rico plato de mole, me iría a bailar con mi esposo, y reuniría a mis hijos para decirles lo mucho que los quiero".*
- ❖ *"Abrazaría a mis hijos y les expresaría todo mi amor"*

Se concluye finalmente, que es el cariño hacia sus seres queridos lo que resulta verdaderamente importante.

El concepto de Trascendencia se planteó como otro elemento que permite asignarle sentido a la vida, esto es, aquellos momentos memorables que fueron conformando la existencia de cada uno y que permiten darle un significado a pesar de las pérdidas sufridas. El cuento que se relató al final *"El Buscador"*, como cierre del tema, permitió considerar lo que para la gran mayoría resultó su más grande satisfacción y logro: sus propios hijos. El haberlos tenido y darles una educación muy a pesar de grandes sacrificios:

- ❖ *"Quedé viuda y tuve que trabajar para darles escuela a todo mis hijos"*
- ❖ *"Con muchas carencias de dinero, pero ahora todos mis hijos tienen una carrera"*
- ❖ *"Ahora me procuran... están muy pendientes de mí...no me dejan sola".*

Aunque también se presentaron casos en los que, por el contrario, lamentaron la vida que tuvieron al recibir maltrato por parte de su pareja, suegra u otros familiares durante su vida de casadas *“los momentos de gozo los vine a tener hasta que empecé a venir aquí al grupo”*. Casos en los que se expresó, entre bromas e ironías del grupo, el haber tomado la muerte o pérdida de la pareja como un verdadero alivio. Para ellos el sentido no está en lo familiar, sino en su vida de grupo.

Durante el cierre, al solicitar los comentarios finales al taller, así como el contraste respecto a sus expectativas iniciales, la gran mayoría se muestra satisfecha y agradecida con lo revisado. Algunos de los comentarios respecto al aprendizaje giraron en torno a: *“Ahora ya sé lo que quiere decir Tanatología”*, *“Aprendí que puedo elegir sentirme mejor”* (una mujer con respecto al ejercicio de *“Tengo que, elijo que”* afligida por un duelo reciente), *“Cambió mi visión de lo que es la Tanatología* (una de las enfermeras participantes), *“Se que nunca va a dejar de dolerme la muerte de mi hijo pero agradezco el que me hayan escuchado”*, *“Me parece que hizo falta material audiovisual o películas sobre la muerte”*; otros comentaron la petición de extenderlo a más días o que hubiera una segunda parte del taller, cosa que plasman luego en el formato de evaluación final que se les aplica y cuyos resultados ya han sido expuestos en el apartado anterior.

CONCLUSIONES

Gran parte de los objetivos que se plantean frente al acelerado crecimiento de la población de adultos mayores, ha sido el procurar medidas que favorezcan su calidad de vida, lo cual implica, además de la atención de sus necesidades básicas de salud, alimentación y vivienda, aquellas necesidades de orden emocional y afectivo frente a la serie de pérdidas a las que se enfrenta invariablemente como resultado del mismo proceso de envejecimiento.

Lograr lo que se ha considerado una vejez satisfactoria implica, necesariamente, la resolución de tales demandas a fin de alcanzar los niveles de bienestar o experiencias subjetivas de satisfacción que definen un envejecimiento exitoso; el cual se caracteriza por el desarrollo de cualidades como la capacidad comunicativa, para dar y recibir afecto, la disposición activa y creativa para el desempeño de labores al alcance de sus posibilidades físicas, la capacidad de goce y de trabajo, entre otras, que permitan el crecimiento como personas así como el logro de metas que den sentido a la vida. Sin embargo, tal estado de bienestar demanda la resolución de crisis y duelos frente a la diversidad de pérdidas, por muerte o transición evolutiva, a las que es sometida toda persona a lo largo de su existencia.

Dentro de esta diversidad, la muerte se presenta como la más contundente y no obstante saberla parte inherente de la vida, entenderla y asumirla nunca ha resultado tarea sencilla. Razones por las cuales no se afronta con tranquilidad pueden ser muchas, pero la principal es que representa uno de los miedos esenciales del ser humano; le tememos y rehuimos por el gran dolor y sufrimiento que provoca. Es por ello que en nuestro inconsciente -plantea Freud- nos concebimos inmortales.

Sin embargo, la realidad nos muestra que tarde o temprano enfrentaremos esa sensación de daño irreparable, de vacío y sin sentido que la muerte nos plantea. Nadie se siente cómodo frente a alguien muriendo muy probablemente por que nos hace pensar en nuestra propia muerte; razón por la cual tendemos a alejarnos de estas situaciones justo cuando quien muere, más precisa de la ayuda, atención y compañía.

La Tanatología se plantea como alternativa a estos hechos. En tanto ciencia que se enfoca al estudio y significado de la muerte y del proceso de morir resulta la oportunidad, de acuerdo con Kübler-Ross, de reconsiderar al paciente Terminal como ser humano y hacerle participar en diálogos sobre sus propios sentimientos. Aún cuando su objetivo está orientado esencialmente al paciente Terminal, a sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales, también le compete atender la vivencia de la pérdida y el proceso de duelo de aquellas personas más cercanas a la persona que muere tal como los familiares o al personal médico que le asiste.

Es en este sentido que resulta primordial una *Educación para la muerte* como medida preventiva que facilite en los participantes conceptualizar la muerte como parte ineludible de la vida, la expresión de emociones y sentimientos ligadas a esta, así como asumir la responsabilidad de su propia vida una vez que toma consciencia de ella.

El objetivo de promover este tipo de educación mediante cursos, conferencias o talleres, es tener una percepción realista de la muerte que genere menos ansiedad así como proporcionar mecanismos que ayuden como preparación al cambio. Para ello resulta necesario crear ambientes de aceptación y apoyo que anime a los participantes a compartir y trabajar sus sentimientos negativos relacionados con la muerte.

El propósito del presente taller tuvo como objetivo no sólo brindar conceptos respecto a la labor tanatológica, sino, partiendo que para llegar a esta se requiere confrontar los propios temores que genera la muerte, los

planteamientos que Durlack, J.(1994) propone respecto a la utilización de estrategias experienciales, más que didácticas, para lograr modestos cambios respecto a las actitudes negativas o de ansiedad frente al tema de la muerte, resultaron un marco referencial para lograr una aproximación en lo que se pretende para una *Educación en la muerte*. Sin embargo, una de las mayores limitaciones del presente trabajo, fue la no aplicación de un instrumento de evaluación que permitiera dar cuenta, objetivamente, de dichos cambios en los adultos mayores.

A pesar de ello, se pudo constatar -como refiere Wong, P. Rever,G. y Gesser,G., en su *Perfil revisado de actitudes hacia la muerte*¹, respecto a las actitudes de aceptación que suelen mostrar las personas mayores respecto a la muerte- que la gran mayoría de los participantes del presente taller no manifestaron temor frente a la idea de muerte como se presuponía; aunque sí una honda tristeza por la de sus seres queridos.

Si bien este trabajo no tuvo como objetivo central el estudiar la ansiedad frente a la idea de muerte, se considera una condición necesaria el resolverla para quien pretende asumir labores de acompañamiento. En este sentido, puesto que algunos de los participantes cubren el papel de cuidador de algún familiar en proceso Terminal, el medir la disminución o no de la ansiedad posterior al taller resultaría de gran relevancia.

¹ En Neimeyer, R. (1997). **Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte**. Barcelona:Paidós

La implementación de las diferentes dinámicas aquí propuestas, si bien resultó una mezcla de diferentes tradiciones psicológicas, se procuró orientarlas de acuerdo al enfoque Humanista; y dentro de esta, sobre los principios en Gestalt referentes al proceso de *darse cuenta*, mediante el contacto con las propias sensaciones y sentimientos que se generaron a lo largo de los ejercicios, como una forma de ser congruente respecto a la imagen de autonomía, capacidad de autorrealización y fortalecimiento de la autoestima que se procura para la vejez, con el hecho de que resulta importante asumir las propias necesidades y sentimientos así como la responsabilidad sobre las propias decisiones....Quizá por ello la aceptación, en la mayoría de los casos, de los ejercicios planeados: la gente gusta del intercambio, el contacto y la aceptación.

Finalmente, aún cuando no se desarrolló teóricamente el aspecto sobre sentido de vida y trascendencia que plantea la Logoterapia, y que fue mencionado en la parte final del taller como elementos importantes para la resolución del duelo, queda por abordarse en una posterior intervención al ser un aspecto que resulta esperanzador para el adulto mayor.

Referencias.

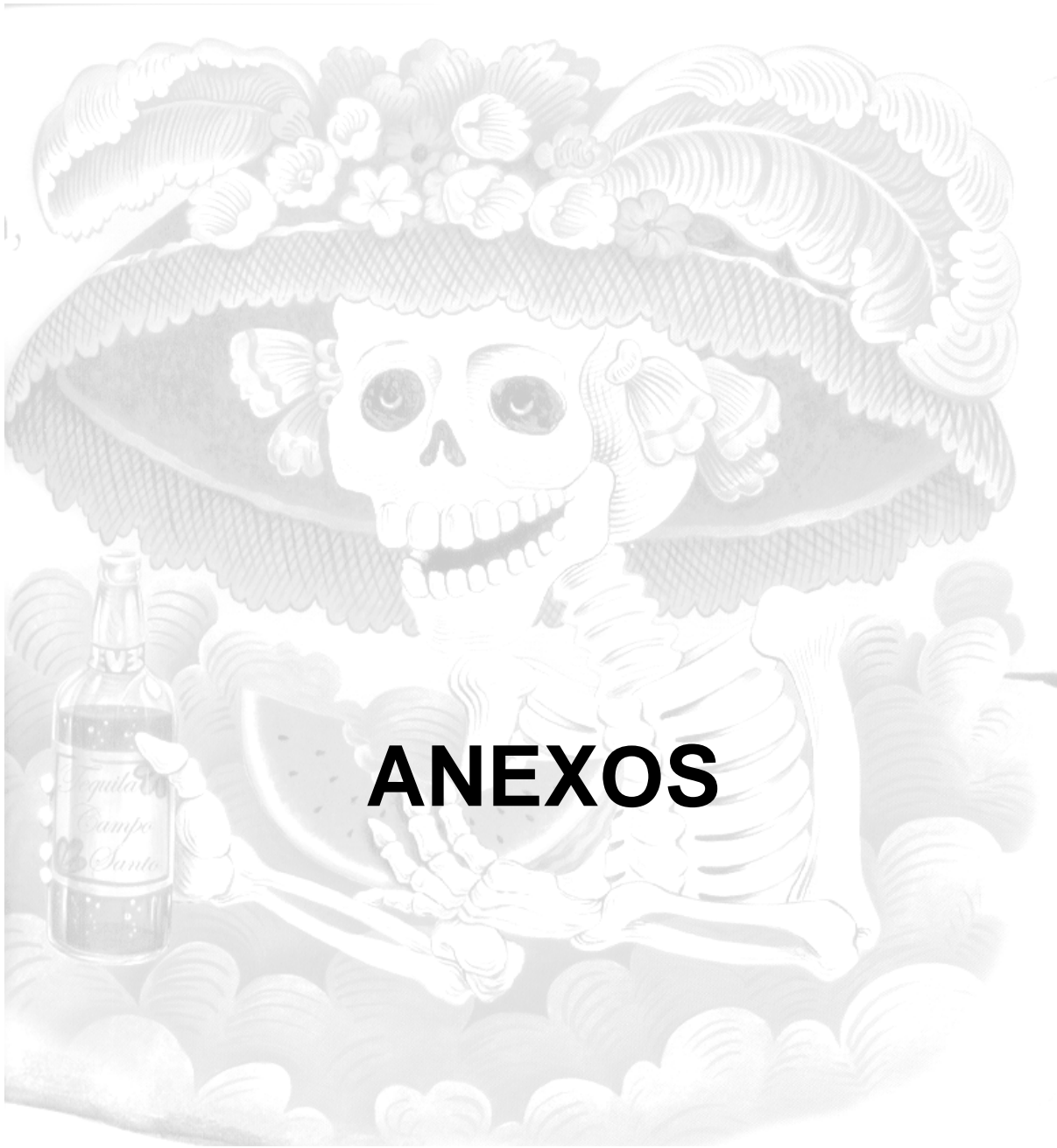
1. Albores, J. (2005). *La muerte en la familia*. En Dallal y Castillo, E. (coord.) **Caminos del desarrollo psicológico: La muerte** (Vol. V). México: Plaza y Valdés.
2. Anibar, P. (2000). **Acercamientos conceptuales a la situación del adulto mayor en América Latina**. Santiago de Chile: CELADE.
3. Bauab, A. (2001). **Los tiempos del duelo**. Argentina: Homo Sapiens.
4. Baumgardner, P. y Perls, F. (2006) **Terapia Gestalt. Libro primero: su aplicación**. México: Pax.
5. Bazo, M. (2000). *Sociedad y vejez: la familia y el trabajo*. En Fernández-Ballesteros, R. (coord.) **Gerontología social**. (pp. 241-249). Madrid: Pirámide.
6. Beaver, M. y Miller, D. (1998). **La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores**. Barcelona: Paidós.
7. Bowlby, J. (1983). **La pérdida afectiva**. Barcelona: Paidós.
8. Bucay, J. (2003). **El camino de las lágrimas**. México: Océano.
9. Buendía, J. y Riquelme, A. (1994) *Jubilación, salud y envejecimiento*. En Buendía, J. (comp.) **Envejecimiento y psicología de la salud**. (pp. 69-87) México: Siglo XXI.
10. Caplan, S. y Lang, G. (2006). **Cómo enfrentar con valor la pérdida de un ser querido**. México: Panorama.
11. Castro, M. (2006). **La inteligencia emocional y el proceso de duelo**. México: Trillas.
12. Cereijido, M. y Blanck, F. (1997). **La muerte y sus ventajas**. México: Fondo de Cultura Económico (3ª. Ed. 2006).
13. Corraliza, J. (2000) *Vejez y sociedad: dimensiones psicosociales*. En Fernández-Ballesteros, R. (coord.) **Gerontología social**. (pp. 229-239). Madrid: Pirámide.
14. Díaz, A. (2007). **Bioética: enfermos terminales**. [En línea] <http://imhotep@enfermeriaconexion.com>. [Consulta: 20 de agosto de 2007]
15. Di Caprio, N. (1982). **Teorías de la personalidad**. México: McGraw-Hill.

16. Domínguez, S. (2007). **Propuesta de intervención en el proceso de duelo de pacientes terminales desde el punto de vista de la psicoterapia Gestalt.** Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
17. Drusini, A (2000) *Biología del envejecimiento: Introducción a la biogerontología.* En Fernández-Ballesteros, R. (coord.) **Gerontología social.** (pp. 79-102). Madrid: Pirámide.
18. Durlak, J. (1994). *Cambiar las actitudes hacia la muerte a través de la educación.* En Neimeyer, R. (comp.) **Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte.** Barcelona: Paidós.
19. Erikson, E. (1968) **Identidad. Juventud y crisis.** España: Taurus (3ª. Ed. 1992).
20. Farrel, A. (1989) *Problemática económica del anciano.* En Fuentes, R. **Vida y salud en la tercera edad. Problemas de la vejez y el envejecimiento.** (pp. 117-127). México: EDAMEX.
21. Fernández-Ballesteros, R. (2000) *Gerontología social: una introducción.* En Fernández-Ballesteros, R. (coord.) **Gerontología social.** (pp. 31-53). Madrid: Pirámide.
22. Fierro, A. (1994). *Proposiciones y propuestas sobre el buen envejecer.* En Buendía, J. (comp.) **Envejecimiento y psicología de la salud.** (pp. 3-33) México: Siglo XXI.
23. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2004). Revista **Experiencia. La voz de los adultos mayores.** Edición especial. México: INAPAM-SEDESOL
24. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2005). **Retos y desafíos de la gente grande.**
25. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2007) **¿Quiénes somos y qué hacemos?** México: INAPAM-SEDESOL
26. Krassoievitch, M. (1993) **Psicoterapia geriátrica.** México: Fondo de Cultura Económico.
27. Kriz, J. (1985). **Corrientes fundamentales en psicoterapia.** Buenos Aires: Amorrortu (3ª reimpresión, 2007)
28. Kübler-Ross, E. (1975) **Sobre la muerte y los moribundos.** México: DEBOLSILLO.

29. Laforest, J. (1991). **Introducción a la Gerontología**. Barcelona: Herder.
30. **Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores** (2002). México: INAPAM.
31. Landa, V. y García-García, J. (2007) **Guía del duelo**. [En línea] <http://fisterra.com>. [consulta: 20 de agosto de 2007].
32. Limonero, J (1996). **El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones**. Revista de Psicología General y Aplicada. 1996, 49 (2) p.249-265.
33. Lukas, E. (2002) **Ganar y perder**. Barcelona: Paidós.
34. Mañós, Q. (1998) **Animación estimulativa para personas mayores discapacitadas**. Madrid: Nancea.
35. Martínez, E. (1989) *La asistencia institucional del anciano*. En Fuentes, R. **Vida y salud en la tercera edad. Problemas de la vejez y el envejecimiento**. (pp. 128-135). México: EDAMEX.
36. Menéndez, C. (2000) *Muerte, duelo y atención psicológica a enfermos terminales ancianos*. En Triadó, C. y Villar, F. (2006) **Psicología de la vejez**. (pp. 311-337) Madrid: Alianza Editores.
37. Mishara, B. y Riedle, R. (1984) **El proceso de envejecimiento**. Madrid: Morata (3ª. Ed. 2000).
38. Moragas, R. (1991) **Gerontología social**. Barcelona: Herder.
39. Mota, R. (2000) *Las consecuencias sociales y familiares del envejecimiento*. En Adroher, S. (coord.) **Mayores y familia**. (pp. 131-155). España: Comillas.
40. Neimeyer, R. (2000) **Aprender de la pérdida**. Barcelona: Paidós (1ª. Edición de bolsillo 2007).
41. Noyola, D. (2000). **El devenir de la tanatología como una técnica de intervención psicológica: una investigación documental**. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
42. Papalia, D. y Wendkos, S. (1999) **Psicología**. México: McGraw-Hill.
43. Peñarrubio, F. 1988). **Terapia Gestalt**. Madrid: Alianza Editorial.
44. Pervin, L. y John, O. (1999). **Personalidad. Teoría e investigación**. México: El Manual Moderno.

45. Plaxats, M.A. **Los procesos de duelo ante pérdidas significativas.** [En línea] <http://www.psicologia-online.com/copia2001/actividades/05/index.html>. [Consulta: 04 de julio de 2008].
46. Portal Mayores. (2004). *Estadísticas.* [En línea] <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/index.html>.
47. Rebolledo, F. (1996) **Fundamentos de tanatología médica: Aprender a morir.** México: Registro en la DGDA No. 97217.
48. Reyes, A. (1991). **Curso fundamental de Tanatología.** Tomo I, *Persona y espiritualidad.*
49. Ring, J. (1994) *Aspectos sociales de la depresión en ancianos.* En Buendía, J. (comp.) **Envejecimiento y psicología de la salud.** (pp. 235-246) México: Siglo XXI.
50. Rodríguez, B. y Fernández, A. (2002). **Interventions about problems related to grief for Primary Health Care physicians (II): interventions in Primary Health Care.** MEDIFAM. 2002, 12 (4) p. 276-284. [En línea] <http://cielo.isciii.es/pdf/medif/v12n4/dinamica.pdf>. [Consulta: 19 de septiembre de 2008].
51. Salinas, F. (2000) *Personas mayores: problemática, necesidades e intervención.* En Adroher, S. (coord.) **Mayores y familia.** (pp. 156-189). España: Comillas.
52. Salles, M. (2005) *Conocimiento prehispánico de la muerte.* En Dallal y Castillo, E. (coord.) **Caminos del desarrollo psicológico: La muerte** (Vol. V pp 18-78). México: Plaza y Valdés.
53. Sosa, D. (1994) *Duelo, soledad y depresión.* En Buendía, J. (comp.) **Envejecimiento y psicología de la salud.** (pp. 279-297) México: Siglo XXI.
54. Stevens, J. (1971). **El darse cuenta.** Santiago de Chile: Cuatro Vientos (15ª reimpresión, 1994).
55. Tobin, S. (1975) *El proceso de despedirse.* En Stevens, J. **Esto es Gestalt.** Santiago de Chile: Cuatro Vientos (6ª edición, 1987).
56. Tomer, A. (1997) **La ansiedad ante la muerte en la vida adulta: perspectivas teóricas.** En Neimeyer, R. (comp.) **Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte.** Barcelona: Paidós.

57. Towne, F. y Ray, D. (1980). **Grief-Resolution Therapy: Reliving, Revising, and Revisiting.** American Journal of Psychotherapy. 1980, 34 (1) p. 51-61.
58. Triadó, C. y Villar, F. (2006) **Psicología de la vejez.** Madrid: Alianza Editores.
59. Vanderpool, H. (1978). Autor citado en *Aspectos éticos en cuidados paliativos.* [En línea] <http://www.imhotep@enfermeriaconexion.com> [Consulta: 20 de agosto de 2007].
60. Vives, J. (2005) *El concepto de muerte en Freud.* En Dallal y Castillo, E. (coord.) **Caminos del desarrollo psicológico: La muerte** (Vol. V pp 121-144). México: Plaza y Valdés.
61. Yuste, N., Rubio, R. y Aleixandre, M. (2004) **Introducción a la psicogerontología.** Madrid: Pirámide.
62. Yalom, I. (2000). **Psicoterapia existencial y terapia de grupo.** Barcelona: Paidós.



ANEXOS

ANEXO 1

Ejemplo 1. *Mujer de edad avanzada, con amenaza de infarto, internada en un hospital.*

“Cuando se llega a vieja, es de esperar que sucedan cosas como ésta. Estoy contenta de estar viva, pero déjame decirte que aquí hay personas que están peor que yo. Y allá afuera hay quien está peor que los que estamos aquí. No soy una mujer que le guste quejarse y no lo voy a hacer ahora. En este hospital no se da el mejor servicio, pero qué bueno que existen hospitales como éstos para atendernos”.

Ejemplo 2. *Mujer de 42 años, en el hospital, en fase Terminal de cáncer de mama.*

“Yo puedo entender a mis hijos pero no a mi esposo. Sé que me estoy muriendo, sin embargo, él llega todos los días fingiendo que está contento y que no pasa nada. Nunca hemos podido hablar de mi muerte, yo sé que lo hace con la intención de protegerme, pero es una falsedad. Cada día me siento más distante de él, y no puedo expresarle que su actitud me enoja y me duele”.

Ejemplo 3. *Una madre un mes después de la muerte de su hijo de 15 años.*

“Soy una mujer muy reservada, y ante lo ocurrido lo que menos necesito es que se me acerque la gente a darme el pésame, entiendo que no es con mala intención, pero no necesito que me recuerden lo ocurrido, realmente no tengo ganas de hablar ni de ver a nadie en estos momentos, por tal motivo no quiero salir para no encontrarme a nadie. Entiendo que esto preocupa a mis otros hijos”.

Ejemplo 4. *Hombre de 30 años, internado en un hospital por haber sufrido un accidente automovilístico.*

“¿Quién diablos creen que son tratándome de esa manera? No saben quién soy. Quizá los otros enfermos no son importantes pero yo soy ..., creen que pueden tratarme así, les llamo y no me atienden. Quiero que me cambien de hospital, los voy a demandar”.

Ejemplo 5. *Joven de 17 años que perdió una pierna en un accidente.*

“Pensar que ayer estaba completo, de repente hoy despierto y resulta que ya no tengo mi pierna. Sé que no debimos regresar tan tarde, que corríamos el riesgo de sufrir un accidente, pero ahora me cuesta trabajo entender y aceptar que esto me esté sucediendo, siempre creí que no podría sucederme a mí”.

ANEXO 2

La tristeza y la furia.

“En un reino encantado donde los hombres nunca pueden llegar, o quizá donde los hombres transitan eternamente sin darse cuenta...

En un reino mágico, donde las cosas no tangibles, se vuelven concretas...

Había una vez...

Un estanque maravilloso. Era una laguna de agua cristalina y pura donde nadaban peces de todos los colores existentes y donde todas las tonalidades del verde se reflejaban permanentemente. Hasta ese estanque mágico y transparente se acercaron a bañarse haciéndose mutua compañía, la tristeza y la furia. Las dos se quitaron sus vestimentas, y desnudas las dos, entraron al estanque.

La furia, apurada (como siempre está la furia), urgida -sin saber por qué- se bañó rápidamente y más rápidamente aún, salió del agua..... Pero la furia es ciega o, por lo menos, no distingue claramente la realidad, así que, desnuda y apurada, se puso al salir la primera ropa que encontró.... Y sucedió que esa ropa no era la suya, sino la de la tristeza....

Y así, vestida de tristeza, la furia se fue.

Muy calmada y muy serena, dispuesta como siempre a quedarse en el lugar donde está, la tristeza tomó su baño y sin ningún apuro (o mejor dicho sin conciencia del paso del tiempo), con pereza y lentamente, salió del estanque.

En la orilla se encontró con que su ropa ya no estaba.

Como todos sabemos, si hay algo que a la tristeza no le gusta es quedar al desnudo, así que se puso la única ropa que había junto al estanque: la ropa de la furia.

Cuentan que desde entonces, muchas veces uno se encuentra con la furia, ciega, cruel, terrible y enfadada, pero si nos damos el tiempo de mirar bien, encontramos que esta furia que vemos, es sólo un disfraz, y que detrás del disfraz de la furia, en realidad.....está escondida la tristeza”.

ANEXO 3

MANIFESTACIONES ANTE LAS PÉRDIDAS

Domínguez Boer, S. (2007)

MANIFESTACIONES NORMALES	EXPRESIONES FÍSICAS	EXPRESIONES EMOCIONALES	EXPRESIONES COGNOSCITIVAS	EXPRESIONES CONDUCTUALES
	Opresión en el Pecho	Tristeza	Incredulidad	Alteraciones en el Sueño
	Asfixia/Dificultad Para respirar	Rabia	Confusión	Alteraciones en el Apetito
	Necesidad de Suspirar	Culpa	Preocupación	Conducta Inconsciente
	Sensación de vacío En el estómago	Ansiedad	Sensación de Presencia	Aislamiento Social
	Falta de fuerza Muscular	Soledad	Alucinaciones	Sueños con la pérdida
	Tensión corporal	Fatiga	Necesidad de buscarle Algún sentido a la pérdida	Búsqueda
	Llanto/Sollozos	Desamparo	Cambios en las Creencias acerca del mundo y de sí mismo	Hiperactividad
	Opresión en la Garganta	Anhelos	Estrategias para Mantener vivo el Recuerdo de la Persona fallecida	Llanto
	Sensibilidad aumentada al ruido	Alivio		Visitar lugares o Cargar objetos que Recuerdan al objeto Perdido
	Boca seca	Embotamiento		Guardar objetos que Recuerdan al objeto perdido

MANIFESTACIONES ANORMALES	Negación exagerada y exageración de los síntomas del duelo normal.
	Adquisición de los síntomas de la enfermedad del familiar o de la enfermedad diagnosticada.
	Hostilidad, agresividad o violencia intensa hacia ciertas personas.
	Huida, escapismo o aislamiento. Pérdida prolongada de patrones de interacción social.
	Desintegración de las relaciones.
	Depresión intensa.
	Insomnio crónico.
	Autoculpabilización / Necesidad de castigo.
	Alcoholismo y/o drogadicción.
	Exceso de fantasías.
	Inactividad total o actividad sin lógica o razón.
	Obsesión con el suceso.
	Decisiones impulsivas.
	Intento de suicidio.

ANEXO 4

El Buscador.

“Esta es la historia de un hombre al que yo definiría como un buscador...

Un buscador es alguien que busca, no necesariamente que encuentra.

Tampoco es alguien que, necesariamente, sabe qué es lo que está buscando, es simplemente alguien para quien su vida es una búsqueda.

Un día, el buscador sintió que debería ir hacia la ciudad de Kammir. Él había aprendido a hacer caso riguroso a estas sensaciones que venían de un lugar desconocido de sí mismo, así que dejó todo y partió. Después de dos días de marcha por los polvorientos caminos, divisó, a lo lejos, Kammir. Un poco antes de llegar al pueblo, una colina a la derecha del sendero le llamó mucho la atención. Estaba tapizada de un verde maravilloso y había un montón de árboles, pájaros y flores encantadores; la rodeaba por completo una especie de valla pequeña de madera lustrada.

...Una portezuela de bronce lo invitaba a entrar. De pronto, sintió que olvidaba el pueblo y sucumbió ante la tentación de descansar por un momento en ese lugar. El buscador traspasó el portal y empezó a caminar lentamente entre las piedras blancas que estaban distribuidas, como al azar, entre los árboles. Dejó que sus ojos se posaran como mariposa en cada detalle de este paraíso multicolor. Sus ojos eran los de un buscador, y quizá por eso descubrió, sobre una de las piedras, aquella inscripción:

Abdul Tareg, vivió 8 años, 6 meses, 2 semanas y 3 días.

Se sobrecogió un poco al darse cuenta de que esa piedra no era simplemente una piedra, era una lápida. Sintió pena al pensar que un niño de tan corta edad estaba enterrado en ese lugar. Mirando a su alrededor el hombre se dio cuenta de que la piedra de al lado también tenía una inscripción. Se acercó a leerla, decía:

Yamir Kalib, vivió 5 años, 8 meses, y 3 semanas.

El buscador se sintió terriblemente conmovido. Este hermoso lugar era un cementerio y cada piedra, una tumba. Una por una empezó a leer las lápidas. Todas tenían inscripciones similares: un nombre y el tiempo de vida exacto del muerto. Pero lo que le conectó con el espanto, fue comprobar que el que más tiempo había vivido sobrepasaba apenas los once años...

Embargado por un dolor terrible se sentó y se puso a llorar. El cuidador del cementerio, pasaba por ahí y se acercó. Lo miró llorar por un rato en silencio y luego le preguntó si lloraba por algún familiar.

-No, ningún familiar -dijo el buscador- , ¿qué pasa con este pueblo? ¿qué cosa tan terrible hay en esta ciudad?, ¿porqué hay tantos niños muertos enterrados en este lugar?, ¿cuál es la horrible maldición que pesa sobre esta gente, que los ha obligado a construir un cementerio de niños?!

El anciano se sonrió y dijo:

-Puede usted serenarse. No hay tal maldición. Lo que pasa es que aquí tenemos una vieja costumbre. Le contaré... Cuando un joven cumple quince años sus padres le regalan una libreta, como ésta que tengo aquí, colgando del cuello. Y es tradición entre nosotros que a partir de allí, cada vez que uno disfruta intensamente de algo, abre la libreta y anota en ella:

A la izquierda, qué fue lo disfrutado...

A la derecha, cuánto tiempo duró el gozo.

Conoció a su novia, y se enamoró de ella. ¿Cuánto le duró esa pasión enorme y el placer de conocerla?, ¿una semana?, ¿dos?, ¿tres semanas y media...? Y después...la emoción del primer beso, el placer maravilloso del primer beso, ¿cuánto duró?, ¿el minuto y medio del beso?, ¿dos días?, ¿una semana...?

¿Y el embarazo o el nacimiento del primero hijo... ¿Y el casamiento de los amigos?, ¿Y el viaje más deseado?, ¿Y el encuentro con el hermano que vuelve de un país lejano? ¿Cuánto duró el disfrutar de estas situaciones?... ¿Horas?, ¿días...? Así...vamos anotando en la libreta cada momento que disfrutamos...cada momento.

Cuando alguien se muere, es nuestra costumbre, abrir su libreta y *sumar el tiempo de lo disfrutado, para escribirlo sobre su tumba, porque ése es, para nosotros, el único y verdadero tiempo VIVIDO.*

ANEXO 5.



Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
Dirección de Gerontología
Departamento de Enseñanza, Investigación e Información

FORMATO DE EVALUACIÓN DE CURSOS

NOMBRE DEL CURSO: _____

FECHA: _____ LUGAR: _____

EDAD: _____ SEXO: Masculino _____ Femenino _____

EMPRESA O INSTITUCIÓN EN LA QUE TRABAJA: _____

PUESTO QUE DESEMPEÑA: _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas, señale con una (X) la opción que considere más adecuada y complete las que sean necesarias.

1. ¿Se le dieron a conocer los objetivos y temario del curso? SI () NO ()

2. ¿Se lograron los objetivos del curso? SI () NO ()

¿Por qué? _____

3. ¿Se cubrió el temario del curso? SI () NO ()

¿Por qué? _____

4. En general el curso le pareció

1. Pésimo () 2. Malo () 3. Regular () 4. Bueno () 5. Excelente ()

5. Considera que durante el curso aprendió

1. Nada () 2. Casi nada () 3. Regular () 4. Mucho () 5. Muchísimo ()

6. ¿Los temas tratados son útiles para su desarrollo personal? SI () NO ()

7. ¿Los temas tratados son útiles para su desarrollo profesional? SI () NO ()

8. ¿Qué tema de este curso le gustaría que se ampliara? _____

FORMATO DE EVALUACIÓN DE CURSOS

9. Mencione otros temas sobre adultos mayores de los cuales le gustaría recibir un curso de capacitación:

10. Usted se inscribió al curso por:

- interés personal obligación
 interés profesional o académico otros, especifique:

11. Califique la calidad de los apoyos y técnicas didácticas utilizados en el curso:

	Pésimo	Malo	Regular	Bueno	Excelente
Manual(es)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Acetatos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Películas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Dinámicas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

12. Califique al instructor en:

	Pésimo	Malo	Regular	Bueno	Excelente
Conducción del Grupo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Manejo de apoyos y técnicas didácticas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Conocimiento de los temas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Claridad del lenguaje	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Precisión del lenguaje	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

13. A lo largo del curso, el instructor logró mantener el interés del grupo en los temas.

- 5.Siempre () 4.Casi siempre () 3.A veces () 2.Casi nunca () 1.Nunca ()

14. Comentarios y sugerencias:
