



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*PROCESOS PSICOLÓGICOS ANTE
LA AGONÍA Y LA MUERTE EN EL SER HUMANO*

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
ROSA OFELIA CAMIÑA TREJO

DIRECTORA DE LA TESINA:
DRA. CARMEN MERINO GAMIÑO



Ciudad Universitaria, D.F. Febrero, 2010



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.

ÍNDICE

| | |
|---------------------------|---|
| INTRODUCCIÓN | 8 |
|---------------------------|---|

| | |
|----------------------|----|
| RESUMEN | 11 |
|----------------------|----|

CAPÍTULO I

| | |
|-------------------------|----|
| 1. PERSONA | 12 |
|-------------------------|----|

| | |
|--|----|
| 1.1 El Humano, Ser Multidimensional y Total | 12 |
|--|----|

| | |
|--------------------------------------|----|
| 1.1.1. El Humano, Ser Biológico..... | 13 |
|--------------------------------------|----|

| | |
|---|----|
| 1.1.2. El Ser Humano, Sujeto Psicológico..... | 15 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| 1.1.3. El Ser Humano como Entidad Sociocultural..... | 17 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| 1.1.4. El Humano como Ser Espiritual..... | 18 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| 1.1.5. El Ser Humano ante El Amor y La Muerte..... | 21 |
|--|----|

| | |
|--------------------------|----|
| 1.2 La Vida | 22 |
|--------------------------|----|

| | |
|--------------------------------|----|
| 1.2.1. Definición de Vida..... | 22 |
|--------------------------------|----|

| | |
|--|----|
| 1.2.2. Características de la Vida..... | 23 |
|--|----|

| | |
|------------------------------|----|
| 1.2.3. Miedos a la vida..... | 24 |
|------------------------------|----|

| | |
|---------------------------------------|----|
| 1.3. Dolor y Sufrimiento | 25 |
|---------------------------------------|----|

| | |
|-----------------------------|----|
| 1.4. La Muerte | 27 |
|-----------------------------|----|

| | |
|---------------------------------|----|
| 1.4.1 Definición de Muerte..... | 29 |
|---------------------------------|----|

| | |
|---|----|
| 1.4.2 Características de la Muerte..... | 30 |
|---|----|

| | |
|-------------------------------|----|
| 1.4.3 Miedos a la Muerte..... | 31 |
|-------------------------------|----|

CAPÍTULO II

| | |
|------------------------|----|
| 2. AGONÍA | 32 |
|------------------------|----|

| | |
|--|----|
| 2.1. EL SER HUMANO ANTE LA ENFERMEDAD | 32 |
|--|----|

| | |
|--------------------------------------|----|
| 2.1.1. Definición de enfermedad..... | 35 |
|--------------------------------------|----|

| | |
|--|----|
| 2.1.2. Enfermedad en etapa terminal..... | 36 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| 2.2. DEFINICIÓN DE AGONÍA | 38 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| 2.2.1. Síntomas de la fase de agonía..... | 40 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| 2.2.1.1. Síntomas físicos de la agonía..... | 40 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| 2.2.1.2. Síntomas psicoemocionales del moribundo..... | 41 |
|---|----|

| | |
|---|-----------|
| 2.3. TEMORES Y ACTITUDES DEL MORIBUNDO..... | 45 |
| 2.4. TEMORES Y ACTITUDES DE LOS FAMILIARES..... | 48 |
| 2.5. RECOMENDACIONES PARA ENFRENTAR AL AGONIZANTE..... | 52 |
| 2.6. CUIDADOS PALIATIVOS..... | 52 |
| 2.7. ESTADOS ALTERADOS DE CONCIENCIA..... | 54 |
| 2.8. MUERTE..... | 56 |
| 2.8.1. Criterios diagnósticos de muerte cerebral..... | 57 |
| 2.8.2. Tipos y causas de muerte..... | 59 |

CAPÍTULO III

| | |
|---|-----------|
| 3. LA MUERTE COMO UN PROCESO MULTIDIMENSIONAL..... | 63 |
| 3.1. Proceso Biológico..... | 64 |
| 3.1.1. El Cadáver..... | 65 |
| 3.1.1.1. Signos cadavéricos..... | 67 |
| 3.1.2. Apoptosis. Muerte celular programada..... | 68 |
| 3.2. Familiar y Sociocultural..... | 70 |
| 3.2.1. Mitos y realidades de la muerte..... | 71 |
| 3.2.2. Ritos y costumbres..... | 72 |
| 3.2.3. Ceremonias fúnebres..... | 74 |
| 3.3. Psicológico..... | 76 |
| 3.3.1. Duelo..... | 76 |
| 3.3.2. El Sentido de la Vida..... | 78 |
| 3.3.3. El Sentido de la Muerte..... | 79 |
| 3.4. La Espiritualidad en el Proceso de Muerte..... | 81 |
| 3.4.1. Asistencia religiosa..... | 82 |
| 3.4.2. Esperanza..... | 83 |
| 3.4.3. Desesperanza..... | 85 |
| 3.5 Dignidad Humana y Muerte..... | 86 |

CAPÍTULO IV

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

| | |
|---|------------|
| 4.1. Justificación..... | 90 |
| 4.2. Antecedentes de la propuesta..... | 92 |
| 4.3. Objetivo General..... | 93 |
| 4.4. Objetivos específicos..... | 93 |
| 4.5. Temario..... | 95 |
| 4.6. Participantes..... | 98 |
| 4.7. Materiales..... | 99 |
| 4.8. Escenario..... | 100 |
| 4.9. Instructor..... | 100 |
| 4.10. Cartas descriptivas..... | 101 |
| 4.11. Descripción de las Dinámicas..... | 111 |
| 4.12. Anexos..... | 116 |
| ALCANCES..... | 121 |
| LIMITACIONES..... | 122 |
| CONCLUSIONES..... | 123 |
| REFERENCIAS..... | 125 |

INTRODUCCIÓN

Este trabajo monográfico está enfocado a mostrar algunos de los procesos que generan mayor impacto en la vida de una persona: pérdida, duelo, enfermedad, agonía, muerte y, que por muy dolorosas y devastadoras que sean las circunstancias en que ocurran, se puede y se debe conservar la dignidad de la persona.

Las palabras morir, muerte y moribundo, se repiten a lo largo de todo el trabajo, desafiando las reglas básicas de la redacción, ya que no hay muchos sinónimos que se puedan aplicar y porque precisamente es parte del objetivo: hablar de la muerte sin disfraces, sencillamente, pero tratando de develar el misterio que a través de los años, las personas le han asignado. Se tomó la decisión de escribir en un lenguaje sencillo apostando más por la fácil lectura y comprensión de los temas tratados, que por una formalidad que pudiera propiciar desviaciones de lo esencial.

Con facilidad se aprende a poner etiquetas de bonito–feo, bueno-malo, (casi siempre equivocadas) sin analizar a profundidad si realmente el calificativo es el correcto. El mejor ejemplo es cuando aplican el concepto de “terrible” a la enfermedad, a la vejez, al sufrimiento y a la muerte. Lo perturbador son las condiciones. La mayoría de las circunstancias de la vida son oportunidades de crecimiento y, de encontrar la razón de ser de nuestra existencia y hacia donde la queremos llevar. Esto no es cuestión de edad, ni de cultura, ni creencia, ni color de piel.

Un buen ejemplo es cuando una pareja se va casar, ellos tienen sueños y expectativas. Familiares y amigos ofrecen sus mejores consejos, deseos o inconformidades y críticas; pero, difícilmente reflexionan acerca del auténtico significado de la famosa frase “hasta que la muerte los separe”. Y esto es fundamental por que si lo hicieren, se darían cuenta que implica ver que al igual que el otro, irán envejeciendo y deteriorándose; sufrir por la enfermedad del compañero resulta doloroso y desgastante, pero esto en vez de ser terrible, es simplemente el precioso resultado de haber compartido toda una vida. y que no hay nada que hacer, sólo esperar.

La enfermedad no es ni castigo, ni maldición; simplemente es una condición a la que se puede llegar dada la fragilidad humana y es necesario conocer las causas que llevaron a este estado, para que el individuo esté conciente y que en pleno uso de su libertad asuma la responsabilidad y el compromiso consigo mismo, para decidir cuál será su actitud ante la enfermedad y cómo piensa afrontarla y superarla; sobretodo, se debe tomar en cuenta a quienes le rodean, tanto para contar con su apoyo como para tratar de no afectarlos más de lo que se puede esperar por el amor que le tengan. Esto conduce que ante la adversidad, quizá se lleven más cargas de las necesarias y de las que se pueden soportar; así el agotamiento es mayor.

Cada agonía, cada muerte tiene sus propias características y sus diferentes dosis de dolor y sufrimiento, determinadas por la persona misma, por su forma de pensar, de sentir, por cómo ha vivido; es decir, por su manera muy particular de responder a los acontecimientos de su vida, esas cualidades fueron adquiridas bajo los pautas marcadas por su familia, su educación, su historia, su entorno; además de los síntomas particulares de la enfermedad o de la circunstancia que llevaron a la situación de muerte.

La enfermedad, la agonía y la muerte son vivencias que van a provocar un miedo diferente a cualquier otro que se haya estado expuesto: la persona experimenta emociones, quizá jamás sentidas, así también el sufrimiento será único y distinto.

Para entender los procesos de agonía y muerte, es conveniente profundizar en el conocimiento de la persona misma y en su multidimensionalidad para comprender las funciones de cada uno de sus componentes.

Es fundamental rescatar definiciones y características objetivas de los conceptos de vida y muerte para asimilarlos y poder entender todo lo que representa para un individuo. Lo mismo se aplica en cuanto al dolor y sufrimiento porque si no hay una adecuada comprensión de su naturaleza, no puede haber un abordaje que realmente sea benéfico para la persona.

Uno de los capítulos de este trabajo se concentra en la agonía, proceso en el que el ser humano y sus familiares son confrontados con su finitud. Este es un

proceso de tiempo indefinido, pero que una vez iniciado ya no existe forma de detenerlo, aunque con cierta negación, los involucrados saben que el fin se acerca y que mientras esto ocurre, estarán viviendo una de las experiencias más intensas de su existencia. Dolor, sufrimiento, soledad, miedo, desesperanza serán las emociones más destacadas pero también sentirán amor, consuelo y esperanza. Aquí se descubre que la agonía es más que un morir poco a poco. Es estar de cara a la muerte.

Otro capítulo se dedica al análisis de la muerte como un proceso multidimensional, en el que se describe cómo se desarrolla el proceso de muerte en cada uno de los componentes del ser humano y por supuesto, las implicaciones que esto tiene para los familiares.

Se destaca la importancia de la dignidad humana como el derecho natural irrenunciable e indiscutible que tiene el ser humano a que se le considere valioso, desde el inicio de su vida hasta después de su muerte, por el sólo hecho de ser y, no existe razón o hecho que justifique cualquier tipo de quebranto a la esencia del ser, que es el cúmulo de cualidades, virtudes, valores, pensamientos, sentimientos y vivencias.

El cierre de este trabajo es la presentación de un taller como una propuesta de intervención humana, ligera, práctica, accesible, amena, dinámica y real, que busca el mejoramiento de la vida interior de la persona a través de la reflexión y confrontación con temas críticos y determinantes tales como: el perdón, el amor, la autoestima, el apego, las pérdidas, duelos y principalmente la muerte, y que sea el propio individuo, en el ejercicio pleno de su libertad y decisión, quien modifique actitudes o conductas que le permitan encontrar equilibrio para su vida diaria.

RESUMEN

Se inicia este trabajo de investigación, con el análisis de cada uno de los componentes del humano como ser multidimensional para conocer el impacto que producen las pérdidas, la enfermedad y, principalmente los procesos de agonía y muerte en las personas. Se analizan también, las características de la vida y de la muerte.

En cada capítulo, se precisa el significado de los principales conceptos para una mejor comprensión del tema.

Se continúa con el estudio de la agonía; ese camino sin retorno y doloroso, generador de miedos, sufrimiento y reacciones emocionales intensas, tanto en el moribundo como en sus seres queridos. Se incluyen los estados alterados de conciencia para marcar la diferencia que éstos tienen con la agonía y la muerte cerebral. Se termina esta parte con el estudio de los tipos y causas de muerte, como elementos predictivos para determinar el curso del duelo en los allegados y su probable complicación.

El tercer capítulo aborda la muerte como un proceso multidimensional: biológico, psicológico, sociocultural y espiritual. Aún con la muerte, la participación en este mundo de un individuo, no ha terminado totalmente porque, mientras en su cadáver se han instalado una serie de fenómenos físicos y bioquímicos de descomposición, sus seres queridos preparan ceremonias funerarias para acompañarlo a la sepultura; en este trayecto, los deudos pueden percibir algunos movimientos que estimulen mitos y fantasías, de ahí la relevancia de conocer los signos cadavéricos para evitar impresiones fuertes que aumenten el sufrimiento.

En el plano espiritual, que no se refiere solamente a la asistencia religiosa, se trata del valioso papel que juega la esperanza en un agonizante y en sus familiares. Asimismo se reflexiona sobre la dignidad del ser.

Se finaliza esta investigación en el cuarto capítulo, con la propuesta de un Taller que incluye varios temas relacionados entre sí, desde el perdón hasta la muerte, teniendo como finalidad proporcionar a los asistentes herramientas para una revisión personal de vida, para que, en base a un inventario de recursos, pueda elaborar su proyecto de vida en el que deba considerar su propia muerte y la de sus seres amados.

CAPÍTULO I

1. PERSONA

Para entender la profunda dimensión de los procesos de agonía y muerte, que en su momento enfrentará un ser humano, es necesario revisar el concepto de persona; ya que siendo ésta, un organismo biopsicosociocultural integrado por grandes sistemas diferentes relacionados entre sí y que se influyen mutuamente, desde el inicio de la vida. Con la muerte estos sistemas se van a desintegrar, alterando su condición de persona y afectando su entorno.

Arias y Heredia (2004) mencionan que las ciencias del comportamiento consideran al ser humano como una unidad indivisible en la cual concurren tres grandes vertientes: biológica, psicológica y cultural. Así pues, nunca pierden de vista la integración biopsicosocial del ser humano a fin de entender más acertadamente la conducta del mismo. Ellos afirman que una ciencia que dejara de considerar alguna de esas vertientes estaría dividiendo de forma artificial a la humanidad y, por ende, sus estudios estarían totalmente fuera de la realidad. Día a día se agregan experiencias, conocimientos, ideas, etc. y algunas cosas se olvidan; el medio cambia al igual que los mecanismos biológicos (salud, enfermedad, etc.). Complementan su idea con la definición de personalidad de Allport (1963) en la que afirma que la integración dinámica de los mecanismos biopsicológicos determina la particular adaptación del individuo a su ambiente. (p. 222)

El análisis de la persona como ser biopsicosocial sería incompleto si no se incluyera un componente espiritual, ya que éste será favorecedor en el momento en que la persona se enfrente a un proceso de muerte.

1.1. El Humano, Ser Multidimensional y Total

Aplicar el término multidimensional al ser humano, es para detallar no sólo los componentes básicos que integran su persona, sino para considerar también, la complejidad y los alcances que cada uno de ellos pueden llegar a tener. La expectativa de la muerte tan seguramente impredecible, afectará y modificará todos sus componentes y su propio proyecto de vida, ya sea cuando le suceda a algún ser querido o al enfrentar su propia muerte.

Reyes Zubiría (2003) explica que el ser humano es una totalidad. “Totalidad que abarca los aspectos somáticos, psicológicos, socioculturales, y espirituales. En lo indivisible de la persona, hay intrínseca una subjetividad que lo hace singular, diferente a las demás personas”. Él afirma que cada Hombre es único e irrepetible, y que no hay, ni hubo, ni habrá, dos Personas iguales. (p. 1)

Esa totalidad e indivisibilidad, tanto en situaciones favorables y adversas, se conservarán durante la vida; pero será en el momento de la muerte, cuando se presente al fin la separación, alteración y destrucción de los diversos sistemas del ser humano.

1.1.1. El Humano, Ser Biológico

El cuerpo es el sistema con el cual nos encontramos en el espacio, ocupando un lugar determinado y en el que se realizan procesos sucesivos biológicos, físicos y químicos que permiten al individuo realizar diversas funciones, entre ellas: moverse, alimentarse, crecer, reproducirse, dormir, envejecer y morir.

Con el cuerpo, una persona establece contacto físico con otras personas y con su entorno utilizando sus sentidos, lo que hace reaccionar a los otros sistemas de la persona.

Cada cuerpo presenta rasgos físicos característicos (talla, estatura, color de piel, etc.) que lo hacen distinto y distinguible de otros seres humanos. Aunque aparentemente ciertos rasgos puedan ser semejantes, ninguno de los rasgos físicos externos son iguales a los de otra persona, pues aún cuando todos los cuerpos humanos funcionan bajo las mismas leyes biológicas, cada uno se desarrollará de manera diferente, tendrá sus propias reacciones y resistencias.

De la Fuente (2002) considera que: “La individualidad del ser es un hecho biológico: genético, hematológico, fisiológico, inmunológico... y se muestra en una variedad de formas: la vulnerabilidad al estrés, la proclividad a ciertas enfermedades, las reacciones a los medicamentos, el rechazo de tejidos y órganos trasplantados”. (p. 17)

Este sistema biológico que además de estar interactuando continuamente con otros componentes del mismo ser, puede perder su equilibrio y sanidad ya que el cuerpo, como medio para estar en contacto con otros seres y con el mundo que le rodea, se verá afectado por una estructura socioeconómica: nutrición, educación, salubridad y otros que se derivan de las condiciones de vida en las grandes urbes, como son la contaminación ambiental, el ruido, la transportación ineficiente, el hacinamiento, cuando no la insalubridad y la pobreza extremas. (Ídem., p.14)

La enfermedad, el envejecimiento y otros factores, pueden comprometer el funcionamiento del cuerpo y en caso de ocurrir la muerte, será destruido y transformado en un proceso natural de descomposición o por los métodos autorizados (cremación), es entonces cuando el componente biológico o cuerpo adquiere la categoría de cadáver. Estas características también harán que se manifiesten las diferencias en el proceso de muerte, incluyendo la descomposición del cuerpo, que estará determinada por la causa de muerte y las condiciones físicas del individuo y del medio.

Los muertos cuentan con una identidad que les conceden los vivos, si la forma no se altera: mientras ésta persista, el cadáver sigue siendo “el mismo” para los compañeros y parientes, para los amigos y enemigos (González-Crussi, 1996, p.22)

En la estricta definición de persona, un cadáver deja de ser persona al haberse separado sus componentes; pero en términos psicosocioculturales, durante un tiempo ese cuerpo inerte, no perderá su cualidad de persona en función de los vínculos afectivos y lo trascendente de su existencia. Al superarse el duelo y con el paso del tiempo, la referencia seguirá dándose como persona, aún cuando el cuerpo se haya desintegrado.

1.1.2. El Ser Humano, Sujeto Psicológico

El componente psicológico permite que el individuo pueda: aprender, pensar, analizar, sintetizar, discernir, decidir, sentir y amar, proponer, fijarse metas y cumplirlas (voluntad). De este componente, el ser humano obtiene los recursos para afrontar los eventos conflictivos o adversos, como la enfermedad y la muerte,

y tomarlos como una oportunidad de crecimiento, de cambio o como un evento devastador.

... Que si se pone mayor peso en lo que es propio del hombre: su mente y su sociedad, su capacidad de aprender, su razón, simbolización, imaginación, autodeterminación, plasticidad y perfectibilidad, sus pasiones y sus aspiraciones, lo que cambia no sólo es el rostro de la medicina que se practica, sino su espíritu. (De la Fuente, Ídem., p. 11)

En el nivel psicológico, la individualidad se expresa en la forma de sentir, pensar y actuar que hace a un sujeto único y distinto de los demás y determina su experiencia personal. (Íbidem, p. 17)

Diferentes personas, ante un mismo evento, aún siendo miembros de la misma familia y viviendo en la misma casa, tendrán un esquema diferente de comportamiento; su actuación y su reacción serán distintas, porque cada uno ha integrado a su personalidad esa forma de pensar, sentir y actuar en su relación con las personas y los acontecimientos de la vida. Esto también, va a definir su actitud ante la muerte.

La posibilidad de encadenar pensamientos para analizar los sucesos, para tomar decisiones y posturas frente al mundo y a la vida, constituye algo propio y único del ser humano. Aunada a esta facultad, se encuentran otras: la posibilidad de abstraer, es decir, de manejar ideas las cuales se presentan en símbolos conducentes al manejo de lenguajes. (Arias y Heredia, Íd. p.19). Estos autores resumen de forma clara y precisa, el potencial que puede desarrollarse en el componente psicológico:

El ser humano es el único que tiene historia: conoce las experiencias pasadas y toma provecho de ellas para evitar caer en las mismas fallas. Igualmente analizar los aciertos para continuar la trayectoria indicada; analizar las circunstancias en que se tomaron ciertas decisiones y aprender de los resultados obtenidos.

El proceso de maduración y las actitudes que se van adoptando o modificando (consciente e inconscientemente) tanto por la adquisición de nuevos conocimientos como por la influencia del entorno, en una personalidad integrada que ha sido capaz de asimilar su historia, o en su caso de sanearla, serán los soportes que ella tendrá para enfrentar situaciones conflictivas, de pérdida o de sufrimiento.

Para Arias y Heredia (Íd.), “El ser humano tiene una serie de funciones psicológicas (memoria, atención, inteligencia, imaginación, etc.), que se desarrollarán y perfeccionarán con la edad, que permiten ir aprendiendo maneras de comportamiento... Y en esa unidad inseparable radican el carácter y el temperamento que integran la personalidad”. (p. 224-225)

La abstracción en el ser humano le da la capacidad (y el deber) de visualizar opciones, analizar las posibles consecuencias y tomar decisiones, incluyendo el planteamiento de canales alternativos. En ese abanico de posibilidades, tiene la libertad de elección pero también la responsabilidad. Los citados autores consideran que la capacidad de abstracción, permite que el individuo tenga conciencia del tiempo futuro y de su propia finitud:

Sabe que su vida terminará, aunque no cuando. Así, está consciente de la conclusión ineludible de su tiempo personal. Por tanto, puede planear cómo utilizar su tiempo, es decir, su vida. Fijándose metas significativas puede dar sentido e importancia a su propia existencia. Nada hay más trágico que una persona, casi al final de su vida, dándose cuenta del desperdicio de la misma, de las diferentes posibilidades lanzadas por la borda, pero al mismo tiempo de su propia finitud. Resalta la importancia de tomar decisiones adecuadas en el momento oportuno. (p. 21-24)

1.1.3. El Ser Humano como Entidad Sociocultural

El contacto social con los padres, primero, y después con los parientes, compañeros de escuela, maestros, etc., nos enseña una serie de pautas de conducta propias de nuestro grupo social. De ahí surgen las diversas costumbres, formas de vida, valores: en fin, las diferentes *culturas*. Este proceso de *socialización* y aprendizaje (basado en el componente psicológico y la interacción social) constituye para muchos autores, el “carácter”. Dicho en otros términos, el

carácter es todo lo aprendido, todo lo adquirido después del nacimiento. (Ibíd. p. 224)

Díaz Guerrero (1972) define la sociocultura como:

...un sistema de premisas interrelacionadas que norman y gobiernan los sentimientos, ideas, la jerarquización de las relaciones interpersonales, la estipulan los papeles sociales que hay que llenar, las reglas de interacción de los individuos en tales papeles, los dónde, con quién, y cómo desempeñarlos. Todo esto es válido para la interacción dentro de la familia, la familia colateral, los grupos, la sociedad, las estructuras institucionales, educacionales, religiosas, gubernativas, y para tales problemas como los desiderata principales de la vida, la manera de encararla, la forma de percibir a la humanidad, los problemas de la sexualidad, la masculinidad, la feminidad, la economía, la muerte, etc. (en Arias y Heredia, Ibíd., p. 285)

Esta definición facilita la comprensión de por qué el hombre, además de la búsqueda incesante de explicaciones que le han permitido develar misterios, también señala la importancia de normar las relaciones y convivencia entre los seres humanos y desarrollar estructuras para organizar su entorno.

Todo esto forma parte del sentido de la vida y del nacimiento de costumbres, mitos, tradiciones y de la ciencia misma.

Entre los misterios que rodean la existencia del hombre, han sido constantes y fundamentales los de la vida y la muerte, así como los que de ellos derivan: el destino de la materia y del alma, las posibilidades de una existencia ultraterrena, y los deseos de trascendencia en el espacio y el tiempo. (Zarauz, 2004, p. 11)

Si bien estas interrogantes que se ha planteado toda sociedad, pocas culturas han consagrado sus reflexiones y ritos a la muerte de la forma en que lo ha hecho nuestro pueblo: la espiritualidad, imaginación, talento y fervor que ha vertido el mexicano en su culto a los muertos –con los que establece estrecha comunión- así como en sus fiestas, percepciones, expresiones artísticas, etcétera, relacionadas con lo funerario, se han convertido en un elemento distintivo de nuestra cultura. (Zarauz, Íd., p. 11-12)

La universalidad de la muerte, permite que cada pueblo o grupo humano tenga su propia cultura respecto a ella, con sus rasgos característicos, pero dentro de esa diversidad puede haber similitudes.

En las sociedades modernas, la muerte es un hecho que se trata de ignorar: Los mejores niveles de vida, los descubrimientos médicos y comodidades que han permitido prolongarla, han modificado la percepción de la muerte. En el ámbito urbano se pretende no pensar en la muerte, se evita mencionarla pues ha dejado de ser compañera cotidiana: la vida y la muerte se han alejado. Esto sólo es una apariencia que tiende a revertirse, pues la relación vida-muerte se estrecha hoy ante el auge de la violencia, las catástrofes naturales y las provocadas por el hombre. (Zarauz, Íd., p. 5)

El mexicano ha racionalizado a la muerte, con actitudes desafiantes y conjugando sus temores con sabores, olores, colores, desplegando arte y espiritualidad, de manera tal que la muerte está integrada a la cultura nacional.

1.1.4. El Humano como Ser Espiritual.

Para aplicar el adjetivo de multidimensionalidad, cuando se realiza un análisis acerca de la persona, es necesario incluir el componente espiritual, sobre todo cuando se trata del acompañamiento a los enfermos crónicos y terminales, aún en los moribundos.

Rivera y Montero (2007) realizaron un valioso estudio sobre la inclusión de lo espiritual en el tratamiento de los pacientes. Ellos señalan que muchos psicólogos siguen fieles a las concepciones de los antiguos pensadores que veían la religión como un conjunto de deseos ilusorios o como pensamientos irracionales. Son pocos los psicólogos que le dan importancia al aspecto espiritual. La Medicina y la Psiquiatría tampoco consideran de su incumbencia las necesidades espirituales de los pacientes que están por enfrentar su propia muerte.

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) y los Organismos de Cuidados Paliativos han enfatizado la importancia y el derecho que tienen los enfermos de recibir los auxilios espirituales, de acuerdo a sus creencias.

Reyes Zubiría (2003) dice que el tanatólogo entra en contacto con el sufrimiento más profundo del hombre, al tener que enfrentarse a su propia muerte y al dolor de la desesperanza y para poder brindar consuelo al moribundo, debe penetrar en su mundo espiritual. (p. 1)

El componente espiritual tiene conceptos relacionados entre sí pero con sus particulares significados: Dios, espiritualidad, religión y religiosidad. El motivo de este análisis no es comprobar si Dios existe o no, ya que el creer no es prueba de existencia, ni la incredulidad es evidencia de lo contrario y, el momento de la muerte es el menos indicado para entrar en una disertación sobre su existencia. Para alguien que está muriendo, en medio de dolores, angustia y miedos, le es muy confortante creer que Dios existe y más si le brinda amor y protección, pero sobre todo, la promesa de una vida mejor.

Para un moribundo es sumamente tranquilizador, mantener viva la esperanza que la muerte no es el fin de su existencia, sino que hay “un algo mejor” que le está esperando. Las creencias del médico, del psicólogo, del acompañante o sus familiares no deben reflejarse ante el paciente, por lo tanto, el apoyo espiritual que se le brinde debe ser acorde a la creencia del enfermo.

El National Institute for Healthcare Research (NIHR, 1997), definió la espiritualidad como la búsqueda de lo sacro o lo divino a través de cualquier ruta o experiencia de vida. Así, la espiritualidad se asume como la experiencia de lo divino. (en Rivera y Montero, Íd., p. 126)

La Organización Mundial de la Salud dice que “Lo espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales. No es lo mismo que “religioso”, aunque para muchas personas la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso”. (World Health Organization, Cancer Pain Relief and Palliative: a report of an OMS Expert Comite, Geneva, OMS 1990) (en Alonso y Coronado (2009), Tesis en prensa, p. 61)

Speck (1993) describe la espiritualidad desde tres dimensiones: la capacidad de trascender lo material, la dimensión que tiene que ver con los fines y valores

últimos y el significado existencial que cualquier ser humano (en Alonso y Coronado, Íd., p. 62)

Lo espiritual ha sido definido por Soeken y Carson, 1987 y Wulff, 1996 (en Rivera y Montero, Íd., p. 126) como un estado interno caracterizado por un sentimiento de integración con la vida y el mundo de manera dinámica; como un proceso funcional dinámico que se desarrolla en la singularidad del sujeto y posteriormente se expresa en lo social. Se trata del elemento dinámico y estático del mismo fenómeno. Para estos autores, el primero nutre y da sentido a la experiencia, el segundo contiene, protege y proporciona una dirección formal. El segundo es estructura y el primero, proceso. Revisar estas definiciones acerca de la espiritualidad, permite marcar la diferencia con los conceptos de religión y religiosidad, aún cuando se retroalimenten entre sí.

Para Reyes Zubiría (Íd.) a la atención de los moribundos se debe integrar el signo eficaz de la fe, de la espiritualidad, y de la religiosidad, con los valores terrestres que el hombre descubre y elabora en su marcha hacia la Muerte. Así, de esta manera y teniendo finalmente en cuenta la espiritualidad, sí se curará el Dolor de la Muerte y el de la Desesperanza. (p. 4)

Rivera y Montero haciendo referencia a varios autores (Derrickson, 1996, O'Connor, 1987, en Anandarajah y Hight, 2001; Daaleman y VandeCreek, 2000), explican que el acompañamiento espiritual es la respuesta a las expresiones multifacéticas de la espiritualidad, tanto del paciente, como de sus familiares, e involucra compasión, presencia, escucha, el fomento de una esperanza realista, y puede o no incluir conversaciones acerca de Dios o la religión. (p. 132)

1.1.5. El Ser Humano ante El Amor y La Muerte

El amor en el ser humano ha sido la fuente de la que han brotado motivos, satisfacciones, dicha, realización; pero también, la pérdida o la ausencia del amor ha causado sufrimiento, frustración, etc. Considerando que el amor más que un sentimiento, es una actitud, un poder que no puede ser clasificado o dividido, el amor que experimenta un individuo es uno solo, lo único que cambia es el objeto amado y la forma como expresamos ese amor.

Para Fromm (2001), el amor genuino constituye una expresión de la productividad, y entraña cuidado, respeto, responsabilidad y conocimiento. (p. 64)

El amor es la preocupación activa por la vida y el crecimiento de lo que amamos... y la prueba de ello es la voluntad de aceptar la separación y aún después de la separación seguir amando. (Fromm, Íd., p.37 y 57)

Este principio es perfectamente aplicable ante la muerte de un ser amado al dejarlo ir, sin quedarse con sensación de vacío.

A pesar de la muerte, el amor permanece en el que se queda por el vínculo afectivo, con lo que significó la persona en su vida, las emociones y vivencias compartidas y no necesariamente por la relación familiar, social o legal; ése vínculo es lo que asegurará la continuación del amor, se seguirá amando a una persona, no a un muerto o a un recuerdo. Así, el dolor se vive en paz y la vida continúa.

1.2. La Vida

El ser humano, en general, aún en plena conciencia de su finitud, rechaza la idea de que un día, sin saber ni cómo ni cuándo perderá la vida, que considera muy suya porque le fue otorgada como un don, valor, cualidad o regalo y que le es fuente de satisfactores pero también de preocupaciones. Son pocas las personas que están listas para partir o para dejar ir a sus seres queridos. La persona mantiene su deseo de vivir, a lo mejor sin conocer si su vida tiene sentido, lo importante es vivir.

1.2.1. Definición de Vida

La vida se define asociándola con una serie de funciones como crecimiento, reproducción, irritabilidad, evolución, nutrición, metabolismo....Y sin embargo, frente al mundo inanimado, o frente a la muerte, sigue pareciendo como si hubiera algo que tienen los seres vivos, pero no los inanimados o muertos... ¿Qué es ese algo? ¿Qué es entonces la vida? Simplemente, un arreglo de moléculas de cierta complejidad, que es capaz, por su estructura y propiedades, de cumplir ciertas funciones. Nada más, pero nada menos. (Bonfil, 2004)

¿Por qué es tan difícil definir la vida? ... porque la vida no es una cosa que pueda tocarse, sino un estado que solamente puede describirse operacionalmente... No

podemos decir que la vida es un aliento, una brisa, ni la estructura x o y; tampoco podemos decir que la vida sea una forma de energía; pero, sí podemos decir que la vida es un *estado de la energía cuántica*. (Nahle, 2004)

Para el biólogo Nahle, la vida está representada por los seres vivos, sin embargo no podemos decir que los seres vivos sean la vida, pues al morir éstos los seguimos teniendo como materia inerte, no viva. Luego pues, la vida es un estado de la energía en ciertos arreglos de la materia a los cuales nosotros llamamos "*seres vivos*" o "*biosistemas*".

Paradójicamente la vida humana, que es un valor fundamental, necesita de seres valientes dispuestos a vivirla y defenderla de aquellos que pretendan tasarla como mercancía, como objeto promocional o para investigaciones científicas.

1.2.2. Características de la Vida.

Si bien es difícil presentar una definición de vida que contemple al ser humano como multidimensional; analizar algunas las características de la vida nos ayuda a comprenderla.

De los estudios de Aguayo (2001) y Martínez H. (2002) tomamos las cualidades más relevantes de la vida:

- a). Gratuidad.- La vida es otorgada al individuo sin que deba dar ningún tipo de aportación y que además cuenta con un bagaje, que aunque no escoge, contiene cosas para sobrevivir y otras para desarrollar.
- b). Responsabilidad.- Si bien todo hombre tiene derecho a la vida, tiene el deber de vivirla de acuerdo a su dignidad de persona y de asumir las consecuencias de sus actos.
- c). Movimiento.- La vida es un movimiento interno (inmanente) que consiste en desplegar y perfeccionar nuestras capacidades; es de tres tipos: físico, psicomotriz y psíquico.
- d). Proyección.- La persona además de determinar que va a ser, tiene que "ir siendo" porque no puede ser algo fijo o estático porque para llegar a ser lo que quiere ser, tiene que entrar en un proceso dinámico y constante de crecimiento.

- e). Fragilidad.- La vida transcurre bajo constantes y diversas amenazas que pueden interrumpir bruscamente planes: enfermedades, accidentes, fenómenos naturales, violencia , inseguridad, etc.
- f). Dependencia. El ser humano para subsistir en medio del mundo va a depender de elementos materiales (alimento, vestido, vivienda etc), de recursos que le permitan obtenerlos, de desarrollar habilidades y de establecer vínculos afectivos con otras personas.
- g). Limitada.- La principal limitante es que la vida no se puede mantener y prolongar a voluntad y por muchas capacidades que tenga un individuo, nunca lograra tener todo lo que ansía.
- h). Problemática.- La vida humana es quehacer, mejor dicho, una dificultad de ser, un modo difícil de ser, en fin, una problemática tarea de ser.
- i). Intransferible.- Siendo la vida una sustancia que existe en sí misma en el ser, no es un bien que se posea y se pueda otorgar a voluntad. Una madre no transfiere vida a su hijo, en su cuerpo se gesta el producto de una fusión celular y se crea otra persona única con su propia vida y sus propios atributos.
- j). Dolorosa y placentera.- Por naturaleza, el hombre tiende hacia el bien y hacia lo que le causa placer y trata de apartarse de aquello que le provoca dolor; sin embargo, placer y dolor serán compañeros del individuo durante toda su vida.

Un buen resumen sobre las cualidades de la vida lo proporciona el cineasta Wim Wenders en su tesis acerca del concepto de ser humano: ser es ser finito, porque somos finitos, somos seres con libertad, con posibilidades, con la posibilidad de tener sentido, de ser seres, entes afectivos más que racionales. Ser es ser tiempo, ser finito, dolor por la fragilidad. Este dolor primigenio nos otorga nuestra humanidad... la vida está definida por la temporalidad, que es tensión, conflicto, vulnerabilidad, arriesgue, apuesta, elección y, por esto mismo, libertad. Al volverse finito se convierte en un ser libre. (en Rivara, Íd., p 109)

1.2.3. Miedo a la vida

A medida que el mundo que nos rodea se va volviendo más turbulento, nuestra vida se hace más fragmentada. Sin comunicación y desconectados de nosotros mismos, nos sentimos inquietos, angustiados y muchas veces paranoicos... Un

solo instante de pánico nos muestra lo precario e inestable que es todo. (Rimpoché, 2002, p.142)

Frankl (2004) dice que la vida plantea y reclama del hombre un reto o una respuesta que sólo él está en condiciones de responder. (p.131)

La vida tan inspiradora de ilusiones, tan llena de promesas y al mismo tiempo con exigencias y retos que el ser humano tiene miedo de no poder cumplir: la incapacidad para resolver problemas, a cometer errores, a fracasar en los diferentes roles, a la insolvencia económica. Pero los miedos más profundos y que difícilmente expresa son: perder la salud, la invalidez, el envejecimiento, la soledad, pero sobre todo *MIEDO a la muerte*, propia y de los seres queridos.

Cualquiera que contemple la vida con sinceridad podrá reconocer que vivimos en un estado constante de suspenso y ambigüedad. Nuestra mente alterna de modo permanente entre la confusión y la claridad... Pero lo más misterioso de la vida es que a veces, pese a nuestra confusión, también podemos ser verdaderamente sabios. (Rimpoché, Íd., p.142)

La filósofa española Zambrano (1989), hace referencia a otro tipo de temor que resulta interesante reflexionar:

Sumergirnos en la muerte es enfrentarnos con lo que tanto hemos temido de la vida: la pasión, la arremetida de los sentidos contra toda verdad inamovible de nuestra sacrosanta razón. Lo pasional es la puesta en cuestión, el hacer entrar en crisis, el hacer temblar nuestro vasto edificio de garantías y seguridades estables... Sabernos pasionales es sabernos finitos y efímeros; sabernos sólo racionales es pretendernos inmortales, eternos esclavos de la seriedad, avergonzados de lo ridículo que a la razón le resulta la idea de jugar, de arriesgar, de apostar en un solo suspiro la intensidad toda de la vida. Sabernos finitos es saber jugar, saber bailar... (en Rivara, Íd., p.29)

1.3. Dolor y Sufrimiento.

El dolor y el sufrimiento acompañarán a la persona mientras dure su vida. La familia, el entorno sociocultural y las características de su personalidad influyen en la actitud que un individuo tiene ante el dolor y el sufrimiento; en la mayoría de los

casos se le asigna una connotación negativa y las actitudes que se asumen ante aquél, son desgastantes, complicadas e inútiles.

El dolor físico es el mecanismo de comunicación que el cuerpo utiliza para avisar que alguno de sus sistemas está fallando. La resistencia al dolor es totalmente diferente entre los individuos y sólo quien lo está percibiendo puede determinar qué tan intenso es su dolor; el médico, por los síntomas de la enfermedad o del traumatismo, puede diagnosticar la localización, la intensidad, la evolución y señalar el tratamiento, pero desconoce la experiencia subjetiva del dolor.

Desde pequeño, el ser humano es educado y formado (o “mal formado”) para evadir a toda costa el dolor y a temerle a la muerte. Muchos padres realizan esfuerzos extraordinarios para evitar que sus hijos sufran y distorsionan el valor auténtico que debiera tener el dolor y lo único cierto es que el “*dolor duele porque tiene que doler*”, ésa su función.

Varone (1988), afirma que el dolor y el sufrimiento, entre otras cosas, descubren la superficialidad de la vida y sus inseguridades y debilidades; y esto hace que la persona se sienta vulnerable ante lo que tiene que enfrentar y ante los demás aunque esta no sea verdadera; como tampoco es cierto que el dolor y el sufrimiento son una prueba, ni advertencia, ni castigo divino, ni tampoco sirve para compensar el mal comportamiento. Es sólo la consecuencia de la fragilidad física y moral del ser humano (y del mundo) es inmanente a los acontecimientos y a causa concretas; en otras, por desgracia, de la maldad, la violencia y la injusticia del hombre. (en Vico, 1995, p.39)

Las causas generadoras del sufrimiento humano, son tan diversas como hay formas de pensar y actuar, por eso la percepción de un evento lamentable tendrá carácter subjetivo y la reacción estará en función de cada persona y del impacto producido por lo sorpresivo ó inesperado de la situación.

La muerte sólo ocurrirá una vez, pero los episodios dolorosos, por infinidad de causas, se presentarán a lo largo de la vida, con frecuencia, intensidad y duración tan variable que es complicado (por no decir que imposible) cuantificar; aunque muchas de esas situaciones sean consecuencia de decisiones inadecuadas, de

que se posterga la solución del conflicto o se permite que las actitudes de los demás afecten el bienestar propio.

Para Cassel (1992), el sufrimiento se presenta cuando se percibe una inminente destrucción de la persona; continúa mientras la amenaza de desintegración persiste o hasta que la integridad de la persona pueda ser restaurada de alguna manera. Se deduce de esto que aunque el sufrimiento ocurra en presencia del dolor, se extiende más allá de lo físico... El sufrimiento puede ser definido como el estado de malestar severo asociado con eventos que amenazan la integridad de la persona. (en Fonnegra, Íd., p. 116)

El sufrimiento siempre es subjetivo, personal, tiene relación con el pasado de la persona, con sus vínculos afectivos, su cultura, sus roles, sus necesidades, su cuerpo, sus emociones, su vida secreta, sus fantasías y su futuro. Todas estas áreas son susceptibles de ser lesionadas, de sufrir pérdidas y de ocasionar sufrimiento. Las heridas a la integridad personal se expresan a través de sentimientos de tristeza, soledad, rabia, depresión, aflicción, infelicidad, aislamiento, anhelos, que no son la herida sino su manifestación. La única forma de conocer que causa el sufrimiento es preguntar a quien lo padece; sólo así se puede mantener una relación completa, integral y personalizada. (Fonnegra, Íd., p.116)

El dolor y el sufrimiento ofrecen oportunidades para el desarrollo y fortalecimiento integral y sobretodo, espiritual. Tras cada caída, es posible levantarse más fuerte, más maduro, más experimentado, más preparado para continuar la vida y disfrutarla por el tiempo que dure. Rendirse o perseverar son las alternativas que en el ejercicio pleno de su libertad, el ser humano podrá escoger.

1.4. La Muerte.

La mayoría de las personas no están preparadas para enfrentar la muerte y aquéllas que son previsoras que contratan servicios funerarios, dictan un testamento, que acostumbran tener en orden sus documentos o llegan a comentar cómo quieren designar sus objetos preciados, y sobre todo sus restos, generalmente se les silencia y se le pide que no hable de esas cosas. Si esto es en el plano material, a nivel emocional y espiritual, la invitación al silencio es más

imperativa. Si pensar la muerte tiene connotación negativa, hablar de ella es algo malo, muy malo.

La muerte produce la sensación de que nos atrapa con las maletas vacías, quizá porque no tenemos considerado hacer ese viaje. A lo largo de la vida adquirimos conocimientos, afectos, logros y objetos para esa vida que creemos nunca terminará. Sin embargo, cuando alguien amado muere, sentimos que se lleva todo, nos deja sin nada, sin nada para continuar la vida. Esa sensación de vacío tan irreal y egoísta, hace olvidar que hay otros amores y otros motivos que son más que suficientes para disfrutar de la vida. Al muerto se le agregan atributos que no tenía, se le exaltan sus virtudes y se minimizan los defectos. Pareciera que la muerte nos hiciera buenos.

La muerte del otro amado puede hacer a cualquier ser humano, de cualquier lugar, de cualquier tiempo gritar, arrodillarse, clamar y reclamar, desde la rabia y el desamparo, a un principio superior o a Dios, por la siempre injusta herida que abre la muerte y nos despeña en el abismo del presentido no-ser más. (Rivara, Íd., p.21)

Freud llegó más lejos y al reconocer la pulsión de muerte, le dio una última prioridad: Tanatos es la pulsión de paz, de quietud, puesto que en este nivel el placer es tendencia al reposo, a la distensión, al dejar de vivir anulando la tensión propia de la vida. Es la muerte como anhelo. El anhelo fundamental de la vida es auto suprimirse. (en Rivara, Íd., p. 42)

Rivara (Íd.) comenta que en *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte*, Freud observa el hecho de que creemos la ilusión de que la muerte es cosa natural e inevitable, y nos manejamos así. Mostramos una inclinación a hacer caso omiso de la muerte, a eliminarla de la vida, a rehusarnos pensar en ella. Sin embargo, "La tendencia a excluir a la muerte de la vida, trae consigo otras muchas renunciaciones y exclusiones". Con esto Freud ubica como problemática nuestra relación con la muerte, en la medida que excluirla de la vida demerita nuestra relación con ella; es decir, de la vida no hemos querido pensar en que la muerte es su fenómeno fundamental. (p.45)

Es común, que el ser humano tienda a sufrir desde antes que la causa del dolor se manifieste; basta con la presencia del estímulo inicial para que aumente a la magnitud del evento, el efecto y las consecuencias o, tener la reacción contraria ya sea con la negación o minimizándolo. Esto es debido a que aplica más su imaginación que su criterio y objetividad.

La muerte es cambio y la muerte siempre infunde temor, además de ser desafiante, pero mientras no admitamos ese temor, no podremos aceptar el desafío que nos plantea. Hasta que no admitamos el temor, no podremos experimentar la seguridad, en lo más profundo de nuestros corazones, de que en efecto, no tenemos miedo. (Arnold, 2007, p.5)

No hay duda de que la muerte no es un suceso menor ni accidental, sino más bien la consecuencia natural de una vida que se ha consumado. (Montoya, 2001)

1.4.1. Definición de Muerte

En la historia de la humanidad, el hombre en su afán de comprender la muerte, acaricia la idea de poder un día atraparla, para que sea él quien pueda decidir cómo y cuando morir. Científicos y humanistas de diferentes épocas, desde su muy particular análisis, presentan su definición de muerte y, aunque estas son complejas, la mayoría adolecen de no contemplar al ser humano en su multidimensionalidad.

El problema de la muerte puede abordarse desde diversas perspectivas, a saber: la psicológica (desde el punto de vista del psicoanálisis), la social (que se acerca a la antropología y analiza la muerte como fenómeno social), la histórica, la científica, que discute sobre cómo, cuándo y en qué circunstancias se debe o se puede diagnosticar la muerte, y qué es ésta como fenómeno biológico; la religiosa, que conlleva siempre el postulado de la inmortalidad del alma en sus diversas variantes, y la biológica (que se limita a describir un estado de cosas en un organismo determinado. (Rivara, Íd., p.71)

Las definiciones pueden ir desde la afirmación que la muerte no es nada (Epicuro), que morir es terminar un camino (Pieper), un fenómeno de la vida (Heidegger), la muerte es una aniquilación (Sartre), es la pérdida de la vida (Nagel), es una

experiencia única, liberadora (Kübler-Ross), es un tránsito (Bravo); todo ellos y otros autores citados por Aguayo (quien también tiene su propia definición), concibe la muerte como la desaparición de un ente en el que sus partes integrantes se separan definitivamente, lo que trae como consecuencia la cesación irreversible de sus funciones vitales importantes y, en el caso humano, un cambio, además, de estado. (Aguayo, Íd., pp.57-65)

Quizá Bravo (2006) tenga mucha razón al decir que la muerte es un tránsito y un descanso, un amanecer y un anochecer, una despedida y un encuentro, una realización y una promesa, una partida y una llegada. Nuestra vida no comienza cuando nacemos y no termina cuando morimos. Sólo es pasar un tiempo para madurar y crecer un poco. (p. 3)

Sin ser una definición, pero la idea que expresa plenamente que la vida y la muerte, en un halo de misterio por descubrir, es el principio y fin del ser humano, la ilustra Freud al concluir que en la muerte radica la más íntima raíz de la vida y el más profundo sentido de la vida. (en Rivara Íd. p.40)

En conclusión, se puede decir que la muerte como sustantivo, es un proceso y como verbo es dejar de vivir.

1.4.2. Características de la Muerte

Si entendemos que la muerte es el fin natural de la vida, es lógico afirmar que lo inevitable e incierto son los principales atributos de la muerte. Estas particularidades, llegado el momento, no se podrán eludir y tampoco se podrá precisar cuándo será ese acontecimiento. Así como la persona es única e irrepetible, cada muerte es personal y singular; cada cual muere de una forma específica, interrumpiendo sus proyectos de vida, pero conservando la libertad de decidir cuál será su actitud.

1.4.3. Miedos a la Muerte

Cuando el ser humano se atreve a reflexionar acerca de la muerte o se confronta con su finitud, motivado por su imaginación, estimula sus más profundos temores, tejiendo historias trágicas y terroríficas sobre el dolor y el sufrimiento que padecerá

en el momento de su muerte y no sólo el moribundo, sino su familia también, porque la muerte implica ruptura de relaciones y separación de lo amado.

Al vacío dejado por la muerte, se le compensa en el amor. Cuando nos amamos a nosotros mismos somos aptos para amar a los demás porque puede desbordar amor... Al haberse dado compenetración espiritual y amor maduro entre la persona que se quedó y la que se fue, sigue habiendo cercanía, en virtud de que la compenetración espiritual que las unió permanece en la que sigue viviendo... Si la persona que vive sabe amar, aunque sus seres queridos vayan muriendo, siempre habrá alguien que la ame y alguien a quien amar". (Aguayo, Íd., p.94-95)

Los temores se podrían resumir en lo que se pierde al morir, en lo que sentirá y en lo que sucederá después de su muerte.

CAPÍTULO II

1. AGONÍA

La finalidad de este capítulo es revisar el paso del ser humano sano hacia la enfermedad, a la agonía y la muerte. Ese proceso de abandonar la salud es siempre inesperado y de características variables, se mantiene latente desde la concepción hasta que se dan las causas para que la enfermedad se manifieste con la intención de anidarse en el individuo para no irse más y provocar que la vida del individuo esté comprometida y afecte su entorno y proyectos. Ante esta situación, el mundo antes tan interesante, activo y extenso del individuo, con tantas cosas por hacer, ante la gravedad de la enfermedad, se va reduciendo y lo que antes era motivo de dedicación es apartado, para concentrarse en sí mismo y en su incierto porvenir.

Para una mejor comprensión de la agonía, se considera importante hacer una breve revisión de qué es la enfermedad, cómo ha estado presente desde los inicios de la humanidad, cómo es la actitud del individuo ante la enfermedad para así entonces, introducirse en el proceso de la agonía.

Al final del capítulo se incluye la definición de muerte cerebral, para enfatizar que el proceso de agonía ha concluido y que el proceso de muerte se ha instalado: los tipos y causas de muerte podrán ser diferentes así como los factores que van a complicar el duelo, pero cuando ya no hay ni la mínima posibilidad de reversibilidad, el diagnóstico de muerte cerebral es y debe ser aplicado para cada fallecimiento.

2.1. EL SER HUMANO ANTE LA ENFERMEDAD

Desde nuestra aparición en la Tierra, la enfermedad ha sido compañera del proceso de la vida, y la muerte es el fin que nos acompaña: no bien nacemos cuando ya comenzamos a morir. Las dolencias cortejan a la vida, afirmación corroborada por los estudios de los fósiles de animales prehistóricos, que atestiguan diversos padecimientos sufridos por ellos, desde antes que naciera el hombre. (Ortiz 2002, p.2)

Las investigaciones paleopatológicas y el arte en las cavernas confirman no sólo la presencia de enfermedades sino lo común de las fracturas. Para Ortiz (Íd.) no era de extrañar que los primeros tratamientos provinieran más del instinto animal: lamerse las heridas, chupar una picadura, ingerir hierbas, presionar la parte dolorida, usar el calor y el frío para mejorar un malestar, aplicar lodo.... Así nació el pensamiento médico, buscando aligerar lo pesado de las dolencias. De esas investigaciones se puede deducir el miedo irracional que la enfermedad y la muerte provocaron en el hombre primitivo y su esfuerzo por encontrar alivio.

Han transcurrido milenios y el ser humano ante la amenaza de la enfermedad y la posibilidad de morir sigue presentando miedo, angustia y concentra sus esfuerzos en conseguir el tratamiento ideal que a la brevedad le restablezca la salud y lo aleje de la muerte.

Cuando a una persona le confirman que tiene una enfermedad importante, el impacto que esto le produzca va a disparar diferentes reacciones (moderadas o intensas) muy semejantes a las etapas de duelo señaladas por Kübler-Ross (2006, pp. 59-177)

De la Fuente (2002), explica que cuando una persona sufre o piensa que sufre una condición patológica que representa una amenaza para su vida o que implica riesgo de invalidez, no puede dejar de usar su imaginación y prever las consecuencias económicas, familiares, sociales de su enfermedad. Habrá personas para quienes lo más importante es “no causar molestias a los demás”. Para otras, la enfermedad les facilita el obtener ganancias secundarias. (p. 186)

Pero mientras ocurre la aceptación, el individuo sabe que algo no está funcionando y que tiene que hacer cambios importantes en su estilo de vida. La actitud que libremente decida adoptar (derrotista o esperanzadora) será determinante para el curso de su enfermedad, los resultados del tratamiento y la calidad de su vida.

Una respuesta universal ante la enfermedad es el intento, por parte del enfermo, de explicar el origen de su sufrimiento. Las creencias que un enfermo tiene acerca

de sus causas varían entre creencias racionales y otras que son irracionales y en ocasiones delirantes. (De la Fuente, Íd., p. 186)

Una actitud positiva ante la enfermedad sería reconocer que no es cuestión de elección, ni maldición, ni castigo, ni fracaso. Es simplemente una circunstancia a la que hay que enfrentar y prepararse para cualquier fatalidad.

El individuo, como ser multidimensional, al afectarse uno de sus sistemas habrá repercusiones en los otros, de alguna manera.

...existe una relación estrecha e importante entre lo que una persona siente, quiere o teme y sus estados de salud o enfermedad, y que la angustia, la frustración, el abatimiento del humor, la hostilidad y la culpabilidad, etc., son afectos capaz de alterar funciones mentales y corporales.” (De la Fuente, Íd. p.11)

En el terreno de la psicología aplicada al campo de la salud, explican Rodríguez y Farías (2005), se ha comenzado a hacer una diferencia entre estar y ser enfermo. Se consideraba tradicionalmente que un agente externo producía el estado de enfermedad, pero ahora se sabe que intervienen otros aspectos además de los puramente biológicos, e incluso se habla de que se puede “aprender” a estar enfermo. (p. 169)

Las dos teorías de la emoción que elaboró Wundt (cfr. Ardila, 1973), consideran la emoción como un sentimiento que ocurre en la persona, que dura un periodo de tiempo determinado y que puede tener una ubicación definida en el cuerpo.

Otra de las aportaciones más representativas en este campo ha sido la realizada por el fisiólogo americano Walter Cannon (en Rodríguez y Farías, Íd.), quien demostró que el organismo responde a las situaciones de emergencia con ciertos cambios en su fisiología total, y que los estados emocionales activan funciones fisiológicas que preparan al organismo.

Los psicoanalistas suponen que la energía liberada por una emoción que es inconsciente que no se expresa de la forma apropiada, por lo tanto, es orientada

hacia el interior del propio organismo y daña algún sustrato físico. Sea cual fuere el trastorno, el psicoanálisis se propone hacer consciente lo inconsciente para evitar que el individuo se afecte a sí mismo. (Rodríguez y Frías, *Ibíd.*)

Las investigaciones acerca de la relación entre los factores psicológicos y la enfermedad, son aportaciones valiosas para evaluar la actitud de una persona enferma frente a la agonía y la muerte y sobretodo, para aplicar técnicas de afrontamiento más adecuadas para el bienestar integral del paciente.

2.1.1. DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD

La enfermedad se puede definir como el conjunto de síntomas que presenta un organismo respondiendo a la acción de un agente que altera su estado fisiológico. El estudio de esos síntomas permite establecer un diagnóstico, estimar un pronóstico y decidir el tratamiento que reestablecerá el estado original del organismo.

Se denomina enfermedad aguda cuando ésta ocurre de forma rápida y el pronóstico es de alivio a corto plazo; y aún cuando pasamos de la libertad física a limitaciones acordes al tipo de dolencia, Tezanos (2003) señala que hay sentimientos de optimismo, consuelo y credulidad: la posición ante el dolor es predecible, se sabe qué se puede esperar del dolor agudo, permanece por tiempo limitado y usualmente es contrarrestado por analgésicos comunes. (p. 3)

Tezanos (Íd.) explica que la enfermedad crónica se identifica por ser una dolencia permanente, congénita o adquirida, no curable para el conocimiento médico del momento, que afectará a la persona mientras viva, teniendo periodos estables y otros críticos que pueden ser severos y que requieran hospitalización, sin embargo, con posibilidades de seguir viviendo y retornar a su casa y a una vida casi normal. Los factores que predisponen a las enfermedades crónicas adquiridas, entre otros, son: alimentación inadecuada, sedentarismo, sobrepeso, malos hábitos, estrés, etc. (p. 3)

Las enfermedades crónicas pueden predisponer a los familiares en línea directa a tener la misma enfermedad, pero que podrán evitar o postergar dependiendo del estilo de vida.

De la Fuente (Íd.) marca una diferencia entre la enfermedad y el padecimiento, definiendo a este último como el conjunto de reacciones personales y culturales ante la enfermedad, es la experiencia del enfermo que está fuertemente moldeada por los factores culturales que orientan la percepción, la conceptualización, la explicación y la evaluación de la experiencia, incluyendo las expectativas del enfermo. Lo que determina la conducta del enfermo no es tanto la enfermedad como el padecimiento. (p. 199)

Las enfermedades agudas o crónicas pueden derivarse en situaciones irreversibles, incompatibles con la vida y cuyo desenlace lógico y predecible, es la muerte. Son las enfermedades terminales.

Con todo, las enfermedades han sido descritas como causantes de varios tipos de pérdidas, objetales y simbólicas:

1. A nivel somático: Mutilación física, pérdida del buen estado de salud previo, pérdida de la capacidad funcional, pérdida de la autonomía.
2. A nivel social: Pérdida de roles privilegiados y actividades en estas áreas, pérdida de relaciones interpersonales, pérdida del trabajo y de la capacidad reproductiva.
3. A nivel psicológico: Pérdidas afectivas, pérdidas relacionadas a la construcción de la realidad antes de la enfermedad y futuro psicológico, pérdidas cognitivas, intelectuales y volitivas, pérdida de sí mismo y de lo amado. (Montoya, 2002)

2.1.2. ENFERMEDAD EN ETAPA TERMINAL

La enfermedad terminal es aquella enfermedad incurable y progresiva con posibilidades limitadas de respuesta al tratamiento específico, asociada a la presencia de síntomas múltiples; con importante impacto emocional tanto en el enfermo, como en la familia e incluso en el equipo sanitario y que condiciona un

pronóstico de vida limitado. Bajo este concepto se incluyen diversas enfermedades tanto oncológicas como no oncológicas. (Irurzun, 2007, p. 3)

Irurzun (Íd.) considera que hay tres etapas distintas en la evolución de la enfermedad terminal:

- Fase terminal: pronóstico de hasta meses.
- Fase preagónica: pronóstico de hasta semanas
- Fase agónica: pronóstico de horas o de pocos días.

Aún en el seguimiento diario de estos enfermos resulta muy difícil establecer los límites entre cada fase; será por los síntomas y el estado general del enfermo más el conjunto capacidades, experiencias y equipo con que cuente el médico, podrá intuir la etapa y determinar las acciones terapéuticas. (Íd. p. 6)

En la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 07 de Enero del 2008. en su artículo VI, señala que el *Enfermo en Etapa Terminal* es el que tiene un padecimiento mortal o que por caso fortuito o causas de fuerza mayor tiene una esperanza de vida menor a seis meses, y se encuentra imposibilitado para mantener su vida de manera natural, con base en las siguientes circunstancias:

- a) Presenta diagnóstico de enfermedad avanzada, irreversible, incurable, progresiva y/o degenerativa;
- b) Imposibilidad de respuesta a tratamiento específico; y/o
- c) Presencia de numerosos problemas y síntomas, secundarios o subsecuentes.

Montoya (Id.) considera que la enfermedad terminal es tan dinámica como la vida, como el morir mismo y que el proceso de adaptación y aceptación de esa condición estará determinada por ciertos factores propios del enfermo y de su entorno y por las pérdidas anticipadas (reales o ficticias). Los factores a considerar son:

- a) La capacidad económica (personal o familiar) suficiente para cubrir sus necesidades básicas y médicas influirá en su estado físico funcional.

- b) Por la gravedad de su enfermedad se verá obligado a modificar conductas y hábitos de alimentación, higiene, descanso, etc. estando en su hogar y más aún, cuando esté hospitalizado.
- c) Las limitaciones propias de la enfermedad y su capacidad de relación con su entorno.
- d) La certeza de contar con apoyo emocional y asistencial por parte de su entorno.
- e) Los factores religiosos y culturales pueden ser facilitadores para la aceptación de su enfermedad.
- f) Su historia clínica y sus experiencias hospitalarias (personales y de sus seres queridos) condicionaran su permanencia en el hospital.

Por supuesto que estos factores pueden provocar la conciencia de la proximidad del fin de su existencia y los temores al curso de su enfermedad y a la muerte misma.

Con todo lo anterior, se infiere que tanto el enfermo como sus familiares, tendrán que cursar por un período de aceptación de las pérdidas objetales y simbólicas, adaptarse a las situaciones nuevas y con esto intentar reconstruir su propia imagen y “su mundo”, para entonces construir algo nuevo que deberá ser dinámicamente inestable y alternativo.

En la enfermedad terminal se tiene el diagnóstico de incurable y el pronóstico de muerte, pero no es sinónimo de fase terminal ni de agonía, ya que el deterioro es progresivo y es multifactorial, por lo tanto, no se debe descartar la posibilidad de una muerte repentina como consecuencia de complicaciones imprevistas; aunque al enfermo le evitará el sufrimiento de la agonía, no dejará de ser impactante para la familia.

2.2. DEFINICIÓN DE AGONÍA

La agonía se define como el estado de dolor, lucha y sufrimiento que padecen las personas antes de morir por aquellas enfermedades o accidentes en las que la vida se extingue gradualmente. En esta situación se produce un deterioro progresivo de las funciones físicas, biológicas, emocionales y de relación con el

entorno, consecuencia de la evolución de su enfermedad y es fundamental anticiparnos a los síntomas que previsiblemente se van a producir. (Irurzun, Íd., 9)

... es el proceso por el que necesariamente pasa todo organismo en el momento previo al deceso; es, por así decirlo, el anuncio de la muerte ineluctable, ya que de la agonía no es posible salir vivo, es el proceso necesario que antecede a toda muerte. Pero lo interesante del fenómeno es que, justo en ese momento, el cuerpo emprende una durísima tarea que abarca los fenómenos propios de la vida. El proceso agónico representa, en ese sentido, un alarde de vida en medio de la muerte, o mejor dicho, es la muerte sobreviniendo lo que hace que el organismo eche mano de procesos extraordinarios que implican una extralimitación de los procesos vitales de regeneración celular. En el momento de la muerte la vida hace su máxima explosión, frente a la inminencia de la muerte se agudizan los procesos de vida....Justo en esos momentos es sumamente intensa la expresión de estar.” (Rivara, 2003, p.69)

Las enfermedades crónicas ni las terminales son el único camino para entrar en una fase de agonía: un infarto que sin ser fulminante pero que presentó complicaciones o daños severos, una insuficiencia respiratoria, accidente vascular cerebral (ictus), intoxicaciones, quemaduras, accidentes laborales o automovilísticos, sobredosis, reacciones alérgicas (anafilaxia), lesiones por armas, etc. Las causas por las que el individuo puede perder la vida son amplias y muchas de ellas, antes de que la muerte ocurra, lo pueden colocar en un cuadro agónico muy característico.

La idea de que la “muerte natural” y para muchos la “muerte ideal” sería en personas de avanzada edad, que un día se sienten como cansadas y se duermen para siempre sin dar muestras de sufrimiento ni de pesar, como si para ellas el cansancio fuese cansancio de vivir una vez cumplidos los objetivos vitales, y la muerte representa un descanso apetecible, un retirarse con la sensación de haber cerrado el ciclo. Montoya (Íd.) dice que esto es el arquetipo de una sociedad temerosa de la muerte y que es un deseo visceral.

Además de que no tenemos una sociocultura que nos enseñe a morir de esa manera, la realidad asegura que hay diferentes formas de morir y que no hay una selección por edad, sexo, condición social, religión, raza, etc. El ser humano muere y no hay nada que pueda modificar esta verdad.

A esa “muerte ideal” faltaría agregar que la mayoría de las personas acarician la idea de que si hay que morir, por lo menos que sea rápido. Esto tampoco es algo que se pueda escoger. El miedo a una agonía larga es tan grande como a la muerte misma y esta posibilidad resulta muy perturbadora ya sea que se trate de uno mismo o de los seres queridos.

2.2.1. SÍNTOMAS DE LA AGONÍA

Cuando el cuerpo médico reporta que una persona ha entrado en agonía, la familia, aunque internamente abrigue la esperanza de una posible recuperación, conocer y observar los síntomas de la agonía, ayudan a prepararse para el desenlace y sobretodo, para brindar un apoyo más efectivo al moribundo.

2.2.1.1. SÍNTOMAS FÍSICOS DE LA AGONÍA

Los síntomas físicos más frecuentes y observables en la fase de agonía pero que más impacto producen en los familiares son:

- Somnolencia y confusión
- Estertores y respiración ruidosa
- Agitación terminal y delirio
- Dolor
- Disnea

Irurzun (Íd., p.10) explica que los síntomas citados son los más frecuentes, pero los signos físicos que pueden aparecer son múltiples e igualmente puede constatarse empeoramiento de los ya existentes. Es característico que en esta fase observemos:

- Alteración de las constantes biológicas: taquicardia, hipotensión arterial, hipertermia, pulso irregular y rápido, respiración superficial con pausas de apnea...
- Deterioro del estado de conciencia con somnolencia, desorientación, y muy frecuentemente síndrome confusional
- Alteraciones esfinterianas con retención o incontinencia tanto urinaria como fecal
- Aumento de la debilidad, postración, dificultad para la ingesta de alimento y medicación
- Ansiedad, depresión, crisis de pánico por percepción de muerte inminente
- Alteraciones visuales como visión borrosa o desenfocada aunque se mantiene el oído y el tacto hasta el final
- Aparición de estertores

El deterioro evidente y progresivo del estado físico, la disminución del nivel de conciencia, desorientación y trastornos de la comunicación, que pueden agravarse progresivamente hasta la situación de coma. Pero antes de que esto ocurra, el paciente puede hacer la petición de seguir siendo atendido por el equipo terapéutico (sobre todo si el paciente está en el domicilio), o puede ser todo lo contrario. (Montoya, Íd)

Detectar qué tanto el enfermo está percibiendo la realidad de su situación y la muestra de madurez, entereza y aceptación, permitirá evaluar cómo el paciente afrontará su desenlace y facilitará determinar los apoyos clínicos, emocionales, espirituales y familiares que le proporcionen un ambiente adecuado y tranquilizador en el momento de su muerte.

2.2.1.2. SÍNTOMAS PSICOEMOCIONALES DEL MORIBUNDO.

Aun cuando se acepte positivamente la propia finitud y se logre un control óptimo de los síntomas, morir es doloroso. Aun cuando podamos asegurar que en nuestros días el dolor antes intratable puede ser dominado, y que la incomodidad y la angustia del morir pueden ser aliviadas por una asistencia multidisciplinaria y

multidimensional apropiada, morir es doloroso. El problema no es tanto el dolor físico, más bien es el dolor "de tener que morir". (Montoya, Íd)

Así como el organismo, al entrar en fase terminal se va deteriorando y presentando síntomas evidentes de una muerte próxima, también a nivel psicológico habrá manifestaciones de su moribundez, pero a diferencia de las disfunciones orgánicas que serán detectadas y atendidas por el equipo médico, muchos de los trastornos psicológicos podrán ser observados por los familiares y aún más, tener que enfrentarlos y actuar en beneficio del paciente. Por eso, es necesario revisar este campo.

a) Pensamiento

Si bien es cierto que la ansiedad, la depresión, el miedo y la desesperanza no sólo enmascaran sino que agravan los síntomas físicos, debe tenerse en cuenta que la participación del área psíquica siempre es significativa, y constituye un error atribuirle toda la responsabilidad. (Montoya, Íd.)

El curso de pensamiento en un moribundo es confuso, lento y limitado. Tendrá problemas para concentrarse. Su capacidad de análisis estará afectada y por lo tanto complicará su toma de decisiones. Su memoria oscilará entre evocación de eventos sucedidos a corto plazo y entre hechos anteriores, incluso eventos que pareciera haberlos olvidados, antes de estar agonizando. Su producción de ideas es menor pero hay pensamientos recurrentes, principalmente cuando sus preocupaciones o deseos no son atendidos. Este síntoma muy significativo cuando siente que está siendo una carga muy pesada para sus familiares o si en su entorno existe una "conspiración de silencio" o cuando el enfermo es "botín de guerra" entre familiares. También puede acariciar deseos de muerte o ideas suicidas cuando su condición física es crítica, de difícil manejo y control insatisfactorio. Es posible que el moribundo presente alucinaciones, causadas por los medicamentos o que la sangre que llega al cerebro contenga toxinas que el hígado ya no es capaz de eliminar.

Las ideas que pueda expresar el moribundo, no deben calificarse ni aprobarse, es lo que está ocurriendo en su pensamiento y está bien mientras pueda pensar. Aprovecharse de la debilidad del paciente para inducirle ideas o decisiones que no le son benéficas pero que son más convenientes a terceros, es atentar a lo profundo de la dignidad humana.

b) Sentimientos y Emociones

Los sentimientos de un ser humano son tan personales y únicos que nadie debe emitir juicios acerca de lo acertado y auténtico que éstos puedan ser y, menos aún indicarle lo que debe sentir. Lo que una persona siente es muy suyo y este planteamiento es igual de válido para vivos, que para moribundos.

Jung consideró que el sentimiento es un estado racional de la mente, es un tipo de función mental y esencial para la existencia del hombre. También afirmaba que el sentimiento es una de las experiencias más subjetivas del hombre. Como función mental, la mente tiene que elaborar juicios y no importa si la base de éstos son las emociones: los valores que se derivan de los juicios son tan racionales como cualquier otra forma de evaluación hecha por un individuo. Gracias al sentimiento, el individuo se plantea las metas por las que lucha. El sentimiento le ayuda a elevarse o hundirse dependiendo del beneficio total del valor-meta... (en Cueli, et.al. p.120)

Si el sentimiento es un concepto subjetivo que connota "El valor que un individuo le da a una persona, lugar o evento", lo que siente al respecto a algo, nos dice que tan importante es eso para él.

En el caso de un moribundo, conocer sus sentimientos, compartirlos y respetarlos le brindará tranquilidad y se sentirá con la confianza de expresarlos junto con sus emociones, temores y necesidades.

La emoción puede definirse como un estado subjetivo que se acompaña de complicados procesos bio-químico-fisiológicos y conductas peculiares que expresan un afecto.

Domínguez (2007) escribe, citando a Blaise Pascal, acerca de las emociones racionales que *“El corazón tiene razones de las cuales la razón no sabe nada”*.

El corazón también tiene sus razones, pero estas no son las razones de los miedos asociados al razonamiento. Las emociones no tienen que ver solamente con cómo alcanzar una meta, sino también, y sobre todo, con las metas que es importante tener. Si buscamos un nombre para esta noción ampliada de racionalidad, podemos coincidir con Gigerenzer y Richter (1990) y llamarla “racionalidad ecológica”. Otro término podría ser el de “racionalidad evolutiva” puesto que nuestras preferencias están fuertemente influenciadas por la herencia biológica. Cada vez que el corazón ejerce sus razones, atestiguamos la presencia de la selección natural, que diseñó nuestras emociones justamente como ha diseñado otras facultades mentales: para ayudarnos a sobrevivir y reproducirnos de la mejor manera en un mundo peligroso, incierto y volátil. Emocionante. Domínguez, B. p. 11)

Entre la gama de sentimientos y emociones, de intensidad variable, que puede experimentar un moribundo, principalmente se encuentran: tristeza, dolor, enojo, soledad, abandono, minusvalía, remordimiento, resentimientos, culpa, impotencia, desesperación, miedo, ansiedad, paz.

c) Expresión Verbal

Si a pesar del estado crítico el agonizante aún puede expresarse verbalmente, lo hará de manera lenta, confusa, apenas audible. Sus frases serán cortas y repetitivas. Se le dificultará sostener la secuencia de una conversación. Dependiendo del grado de ansiedad, malestar o dolor puede llegar a ser agresivo o malediciente. Ante esta situación, los familiares no deberán tomarlo a nivel personal, tendrán que ser muy pacientes y buenos escuchas. El ser tolerantes con las dificultades que el enfermo tiene para expresarse, puede tener como recompensa, acoger las últimas palabras que escuchen de su ser querido.

d) Expresión Corporal

Observar la expresión corporal del moribundo, puede dar información tanto de las condiciones físicas en que se encuentra el enfermo y también sobre su sufrimiento:

- Nerviosismo expresado con movimientos constantes a pesar del esfuerzo y el dolor que le representa
- Demasiada rigidez, puede estar indicando deterioro extremo o intentos de mostrar una actitud estoica para no preocupar a sus familiares
- Hacer señales para que se le brinde atención. Esto no se debe malinterpretar como protagonismo, el moribundo sólo necesita saber que tiene compañía, nadie quiere morir solo
- Diversos intentos por disfrazar su sufrimiento
- Total abandono, rasgo evidente que ya dejó de luchar

e) Comportamiento

La actuación de un enfermo en fase terminal estará severamente limitada, y más al entrar en fase de agonía. El deterioro de su cuerpo le impedirá el movimiento voluntario, dejará de caminar, de asearse por sí mismo, de alimentarse. Deberá abandonar sus actividades de rutina y todas aquellas cosas que hacía y le eran gratificantes. A consecuencia de la enfermedad o del accidente, los roles que desempeñaba tendrán cambios importantes (y muchas veces sin su opinión) o serán suprimidos y de ser una persona independiente y autosuficiente pasará a depender de otros.

2.3. TEMORES Y ACTITUDES DEL MORIBUNDO

Los síntomas, la actitud del médico en la consulta y los análisis practicados que indican la sospecha de una enfermedad grave, desencadena en la persona ansiedades, temores e ideas recurrentes y fantasiosas que afectarán su estabilidad y su vida. Cuando el diagnóstico se confirma se despierta en el paciente una sensación agobiante de pánico, incertidumbre, de desastre inminente. (Fonnegra, 2001, p. 96)

El miedo a la muerte es un velo perverso que resguarda a toda interacción, Muchas personas tienen explicaciones, racionalizaciones y conocimientos acerca de la muerte. Lo que significa para un individuo puede tener diferente implicación para otro... Es importante entender que muchos de los aspectos que las personas temen son tantos acerca de la agonía como lo son de la muerte. (Sherr, 1992, p. 72)

El camino que un enfermo tendrá que recorrer desde la confirmación de su diagnóstico hasta la muerte es muy sinuoso y largo, con breves momentos de esperanza, que lo llevará a enfrentar situaciones y emociones nuevas, sobretodo a nuevos temores. A lo largo de la vida se habrán experimentado diversos miedos que fueron de alguna manera superados, pero desde que se agrave su enfermedad o entre en fase terminal, padecerá una serie de temores que se sumaran a los síntomas físicos y esto aumentará su sufrimiento.

Entre los temores más frecuentes están:

- a) Al dolor físico y al sufrimiento.- Desde pequeño al ser humano se le enseña que el dolor y el sufrimiento es algo tan malo que hay que evitar. En la actualidad, el manejo clínico del dolor es altamente efectivo y alternativo pero aún así, a nivel físico experimentará sensaciones molestas. El sufrimiento emocional estará en relación a sus seres queridos y a su propia historia personal.
- b) A lo desconocido y al curso de la enfermedad.- Al perder el control de su vida, el paciente siente que le pasan cosas muy malas, las actitudes de las personas que le rodean aumentan el temor de que su condición aún puede empeorar.
- c) A la mutilación o a la invalidez.- La esperanza de recuperación se ve ensombrecida al imaginar que alguna parte de su cuerpo fuese amputada o escapar de la muerte pero quedando incapacitado.
- d) A la dependencia.- La conciencia de su deterioro y la falta de energía, causan que el paciente imagine que se acerca el momento que dependerá completamente de alguien y que sucederá lo que tanto había temido: el uso

de pañales (sin previo consentimiento o convencimiento sobre las ventajas de su uso), el ser aseado y bañado, alimentado en la boca (cuando aún pueda comer), además del temor hecho realidad, tendrá la sensación de inutilidad y de invasión a su intimidad.

- e) A la pérdida de su propia identidad.- Cuando el cuerpo manifiesta los efectos de la enfermedad, si no se ha brindado un apoyo emocional adecuado, el enfermo puede tener la sensación de que se está desvaneciendo, que ya no es "él" y se perderá en la nada. Tanto que no se respetarán sus últimos deseos.
- f) A despedirse.- La idea de tener que dejar a sus seres amados (familia, amigos, mascotas, cosas, etc.) es muy abrumadora. No sabe cómo hacerlo pero sabe que duele.
- g) A ser una carga.- Teme que su enfermedad resulte gravosa tanto para sí como para su familia y que les falten recursos para afrontarla, incluso para solventar un funeral.
- h) Al aislamiento.- Genera gran angustia y pánico, la idea de que no se le permita ver y despedirse de alguien muy querido o de no recibir los auxilios espirituales de acuerdo a su fe y creencias.
- i) A la agonía.- La información previa y distorsionada que se tenga sobre la agonía, producirá pánico en el individuo el sólo pensar en que se pueda entra en esta fase y, más si fuese una agonía larga.
- j) A la soledad.- El morir es una vivencia muy personal y de profunda soledad porque hay una frontera en la que nadie le podrá acompañar, en la que irá al encuentro de sí mismo y después quizá a la nada o la eternidad. No es lo mismo experimentar esa soledad que morir sin compañía; la idea irracional de que los familiares le abandonen cansados de su enfermedad, ocasiona un fuerte temor de morir solo. Este aspecto es más difícil cuando no tomó la decisión de elegir entre sus familiares, al encargado de sus decisiones y de la dignidad de su muerte.
- k) A morir.- Es la suma de todos los miedos, de los pasados y los del porvenir. Miedo a no estar preparado (nunca se va a estar listo). Miedo al tener que

morir, miedo a dejar de vivir. Montoya (Íd) dice que morir equivale a una disolución: disolución de todas las formas familiares y habituales de pensar y de actuar, disolución del cuerpo orgánico; es la pérdida de aquello a lo que uno está más atado.

... el saber que se sufre de una enfermedad incurable y mortal derrumba la esperanza de llegar a la vejez, de culminar los planes de vida. También destruye la fantasía que, aunque irreal, todos guardamos en el fondo del alma: la de ser inmortales y, de alguna extraña manera, no tener que morir. (Fonnegra, Íd., p.105)

Un principio rector de la actitud ética en la atención a moribundos es la consideración de que el paciente terminal o moribundo es un individuo normal, sometido a una circunstancia profundamente perturbadora y estresante, y que responderá a ella de acuerdo a su verdadera y específica historia personal y a su propia circunstancia biopsicosocial y funcional; en el área de la experiencia real, los pacientes son los profesores, mientras que aquellos que cuidan de ellos siempre tienen algo que aprender. (Montoya, (Íd.)

2.4. TEMORES Y ACTITUDES DE LOS FAMILIARES

Para asistir a un enfermo en etapa terminal, debe tomarse en cuenta que forma parte de un núcleo vital que es la familia. La enfermedad también causará estragos en la familia y participarán en el proceso del ir muriéndose. Cada uno de los miembros tendrá sus propios temores y sus propios sufrimientos, algunos serán semejantes y algunos compartidos, pero cada uno vivirá su propio duelo. Gómez Calle (2006) confirma que la familia debe asumirse en su totalidad como un organismo vivo, y cualquier alteración en la estructura o función de alguno de sus integrantes, influirá en todos y cada uno de los demás miembros.

Por familia no debe solo pensarse en seres unidos por vínculos consanguíneos, la definición debe abarcar a todas aquellas personas significativas afectivamente y que participan en la vida familiar. (Gómez Calle, Íd. p. 6)

La enfermedad terminal altera la unidad social, los familiares y los amigos, y afloran los conflictos internos preexistentes. La información inadecuada, los mitos, la presencia más o menos explícita de la muerte y la idea de un sufrimiento inevitable crean una intensa atmósfera de angustia:

“Se podría inferir, que el proceso en el paciente comienza al producirse cambios orgánicos que llevan a una manifestación emocional de estas experiencias, hecho que puede aumentar o disminuir la intensidad del síntoma en cuestión, dependiendo del manejo; en la familia, la primera manifestación es emocional, al ser testigos del proceso de deterioro de su ser querido, y de acuerdo a su historia familiar, sus mitos y experiencias previas, estas manifestaciones podrán o no, hacerles daño, incluso haciendo que aparezcan síntomas físicos similares a los del paciente, o exacerbando enfermedades previas (Ej: hipertensión, diabetes, etc.)”
(Gómez Calle, Íd.)

Ninguna familia que haya tenido que convivir con una enfermedad fatal sale ilesa de esa experiencia, pues debe enfrentarse permanentemente a desgastantes exigencias y cambios, el último es la muerte del ser querido y cuando esto ocurre cada miembro es diferente de lo que era cuando aquel gozaba de salud. Entre los problemas que tendrán que enfrentar, básicamente son:

- 1) Desorganización: la enfermedad quebranta los recursos adaptativos para afrontar situaciones difíciles que antes habían sido exitosos.
- 2) Ansiedad: conductas hiperactivas, irritabilidad, intolerancia entre unos y otros.
- 3) Labilidad emocional: reacción oscilante y superficial cuando la capacidad de contener, frenar y organizar las respuestas afectivas se muestra insuficiente.
- 4) Tendencia a la introversión: La enfermedad y la muerte son poderosas fuerzas centrípetas que ejercen un efecto de muralla en la familia, la cual para defenderse del desorden implanta nuevas normas.

(Gómez Calle, Íd.)

A estos problemas se suman los temores:

- a) Sufrimiento y deterioro del paciente.- Dependiendo de la enfermedad la familia sabe deberá enfrentar el deterioro orgánico de su familiar: problemas de respiración, convulsiones, hemorragias, olores, trastornos digestivos, fiebre, delirios, muestras de dolor, etc. La realidad matizada por la imaginación, más la escucha de comentarios impropios, harán más perturbadora la situación.
- b) Agonía larga.- Este temor es compartido con el enfermo pero no es verbalizado, tratando de evitar una mayor angustia.
- c) Toma de decisiones.- El tener que asumir la responsabilidad de las decisiones que se tienen que tomar en relación al enfermo.
- d) Incapacidad en el manejo del enfermo.- La mayoría de las veces los familiares se sienten incapaces del cuidado de su enfermo, por eso prefieren que esté hospitalizado. Si el enfermo quiere permanecer en su casa, los familiares tendrán que hacerse cargo y esto no sólo les produce dolor sino la responsabilidad de que algo le pase al enfermo mientras esté a su cuidado.
- e) Desgaste físico, emocional y económico.- Las salidas a consulta, al hospital, las desveladas más la atención personalizada del enfermo van a desgastar a la familia en todas sus esferas.
- f) Al futuro sin el ser querido.- Cuando el enfermo lo reportan como agonizante, la familia sabe que la pérdida es inminente y tendrá que reconstruir su mundo, sin el ser querido. Es posible que cada miembro de la familia, por su parte se enfrente a la culpa de haber abrigado el deseo (consciente o inconscientemente) de que el fin llegara pronto.

Gómez (Íd.) plantea que la familia debe equilibrar las necesidades del paciente con las de otros miembros de la misma, además de reasumir las tareas normales del desarrollo para cada uno de ellos, pueden surgir dificultades y conflictos entre sus miembros, diferencias sobre los objetivos y el proceso mismo de la enfermedad y su tratamiento; mientras un cuidador primario puede permanecer manifiestamente protector, otro permite, exige y estimula una mayor libertad del

paciente. Con el paso del tiempo y con la cronificación y avance de la enfermedad y de los conflictos intra familiares, un número mayor de familiares puede sufrir y manifestar su disgusto, celos y necesidades, llevando a un incremento paradójico de los síntomas de estrés.

Los problemas y temores enunciados se darían en una familia “estable y normal” sin conflictos graves entre sus miembros, sin embargo, las condiciones se complican con la aparición de dos posibles fenómenos:

- 1) Conspiración del silencio.- Este fenómeno se presenta cuando la mayoría de los familiares se ponen de acuerdo para no comunicarle a su familiar su estado real de salud, fingiendo que hay una mejoría y posibilidades de recuperación. Este seudo acuerdo, tendrá como consecuencia discusiones entre la familia y se culparán los unos a los otros del sufrimiento del paciente. Esta conspiración, desde luego, es sin tomar en cuenta los deseos del moribundo. Bajo el supuesto de que el enfermo no se da cuenta de la verdad. Este engaño atenta contra la dignidad de la persona y contra la libertad de decidir sobre su propia vida.
- 2) “Botín de guerra”.- Cuando entre los familiares ha habido problemas que los mantienen en conflicto o que existen intereses económicos, no avisan a otros miembros de la gravedad del paciente, aunque el enfermo haya solicitado con anterioridad la presencia de una persona en especial y aún cuando la falta de atención a su deseo, aumente su angustia y sufrimiento. Esta es la forma más ruin de agravar la dignidad del enfermo.

Para sobrellevar la agonía del paciente hasta que llegue la muerte, para no perder el equilibrio es recomendable:

- Elaborar un inventario de recursos (asistenciales, económicos, etc.)
- Buscar la solución de problemas más importantes, sin postergar decisiones
- Poner límites y definir las responsabilidades de cada miembro de la familia
- Llegar a acuerdos
- Aprender a pedir ayuda
- Evitar la tentación de ser el familiar “maravilla” o “mártir”

- Aprender que la disciplina, el orden y la organización serán los mejores aliados
- Dar y recibir respeto.

2.5. RECOMENDACIONES PARA ENFRENTAR AL AGONIZANTE

Sherr, asegura que no existe ningún secreto o fórmula mágica, pero sugiere que los mejores lineamientos para acercarse al agonizante deberían ser como los siguientes:

1.- HACERLO.- En las personas indecisas surge el temor de hacerlo ó no hacerlo bien y evitan el acercamiento, quizá cuando el doliente más necesite el apoyo. Si alguien se quiere acercar al moribundo debe hacerlo, pero sin dudar; es simplemente hacerlo.

2.- NO EVITAR EL TEMA.- Si el familiar se siente incómodo de nada sirve que intente y aparente no estarlo tratando de evitar la conversación. Demostrar que está accesible y permita que el enfermo sea quien indique hasta dónde quiere saber su enfermedad y su pronóstico.

3.- NO SABE QUE DECIR, NO IMPORTA.- Es más útil para el moribundo que su acompañante permanezca ahí sin saber que decir, que retirarse y evitar la situación; algunas veces los pacientes sólo quieren un poco de compañía.

4.- SIEMPRE HAY ALGO QUE LOS FAMILIARES PUEDAN HACER.- Pueden estar relacionados con pequeños bienestares físicos o, cumplir sus últimos deseos o peticiones.

5.- COMENTAR LO QUE LA PERSONA SIENTE.- Es válido expresar la tristeza, la incomodidad o la torpeza, sin olvidar que no es momento para regaños ni reclamaciones. El paciente agradecerá su honestidad.

Para asistir a un moribundo no hay reglas, el mejor consejo es que haya una respuesta a sus necesidades. Escuchar lo que solicita. No se necesita permiso para tocarlos, desprender una lágrima, ayudarlos ó simplemente acompañarlos. Sin protagonismos, el moribundo es el actor principal. Y lo más importante: olvidarse de qué dirán. (Sherr, Íd., p.p. 71-72)

2.6. CUIDADOS PALIATIVOS

Para Irurzun (Íd), los cuidados paliativos consisten en la atención integral, individualizada y continuada de pacientes y sus familias con una enfermedad terminal. Las necesidades detectadas deben ser atendidas de manera competente, con el objetivo de aliviar el sufrimiento y mejorar el confort y calidad de vida, de los enfermos y sus familias, de acuerdo con sus valores, preferencias y creencias. (p. 19)

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS (en Irurzun, Íd.) las bases de los Cuidados Paliativos serían las siguientes:

- Proporcionar alivio al dolor y otros síntomas que produzcan sufrimiento.
- No tratar de acelerar la muerte ni retrasarla.
- Integrar los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del enfermo.
- Ofrecer apoyo a los pacientes para vivir de la forma más activa posible hasta la muerte.
- Ofrecer apoyo a las familias y allegados durante la enfermedad y en el duelo.
- Mejorar la calidad de vida del enfermo.
- Utilizar una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y de sus familias. (p.19-20)

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos, establece en su guía que la calidad de vida y confort de los pacientes antes de su muerte pueden ser mejoradas considerablemente mediante la aplicación de los conocimientos actuales, cuyos instrumentos básicos son:

1. Control de síntomas: Saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los numerosos síntomas que aparecen y que inciden directamente sobre el bienestar de los pacientes. Mientras algunos se podrán controlar (dolor, disnea, etc.), en otros será preciso promocionar la adaptación del enfermo a los mismos (debilidad, anorexia, etc.).

2. Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta.
3. Cambios en la organización, que permitan el trabajo multidisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos.
4. Equipo interdisciplinario, ya que es muy difícil plantear los Cuidados Paliativos sin un trabajo en equipo que disponga de espacios y tiempos específicos para ello, con formación específica y apoyo adicional.

Lo ideal es contar con un equipo de atención multidisciplinaria especializado en Cuidados Paliativos, para la atención ideal para un moribundo y sus familias.

2.7. ESTADOS ALTERADOS DE CONCIENCIA

La importancia de analizar los diversos estados alterados de conciencia, radica en marcar la diferencia entre estos procesos y la agonía. Es decir, un agonizante no necesariamente estará inconsciente, ni quien esté bajo un nivel alterado de conciencia significa que tenga un pronóstico seguro de muerte. Un individuo en estado de coma puede tener la posibilidad de salir de él; en la agonía la vida se va apagando poco a poco, es el aviso de la muerte próxima, en la agonía ya no hay regreso.

El conocimiento de la gran diferencia que existe entre los estados alterados de conciencia, la agonía y la muerte cerebral, es de fundamental para la asistencia del moribundo y principalmente para que los familiares se den cuenta de la condición real de su enfermo, valoren objetivamente las situación y para que puedan tomar decisiones más acertadas y realicen los preparativos necesarios.

Cada uno de los estados alterados de conciencia tiene sus propias características con pronósticos muy particulares que dependen de las causas generadoras de dicho estado y de la condición general de salud de la persona, pero en cada uno de ellos hay conciencia, alterada pero hay conciencia, a diferencia de la muerte cerebral en la conciencia ya no existe.

La duración de los estados alterados de conciencia son indeterminados, sin embargo, los pacientes pueden salir incluso sin secuelas importantes.

De la Fuente (Íd.) explica que en sentido fisiológico, conciencia es tener conocimiento, es saber, es percibir. Estar consciente implica estar despierto, tener conocimiento de uno mismo y del medio; esta capacidad tiene dos componentes: uno perceptual y otro motor. Mediante la percepción, el sujeto extrae la información del mundo externo a través de los órganos de los sentidos; el componente motor le permite prepararse para iniciar y ejecutar una acción. (p. 233)

Las alteraciones de la conciencia diferentes de la vigilia y el sueño normales, pueden ser producidas por agentes tóxicos, infecciosos, traumáticos o cualquier proceso que comprometa el funcionamiento cerebral. El Manual Merck de Información Médica describe los siguientes estados de conciencia alterada:

Estado Breve de Inconsciencia.- Traumatismo leve en la cabeza, convulsiones o por una disminución de la llegada de sangre al cerebro, como en el caso de un desmayo o un ictus.

Estado Prolongado de Inconsciencia.- Puede ser causado por un traumatismo severo en la cabeza, una encefalitis, una reacción tóxica a fármacos o a la ingestión intencional de sedantes o de otras sustancias. El metabolismo del cuerpo que controla los valores de sal, azúcar y otras sustancias químicas de la sangre, también puede afectar a la función cerebral.

Después de un traumatismo cerebral, de una falta de oxígeno o de una enfermedad que afecte gravemente al cerebro, la persona con una lesión cerebral grave puede entrar en:

Estado de Delirio y de Confusión.- La persona puede estar completamente despierta pero desorientada; en otras palabras, puede confundir los hechos pasados con los presentes, y puede estar agitada e incapaz de interpretar y comprender las situaciones de manera correcta.

Embotamiento.- Es un nivel disminuido de alerta.

Hipersomnias.- Es un sueño excesivamente duradero o profundo del que sólo puede despertarse si el sujeto es estimulado enérgicamente.

Estupor.- Es una falta profunda de respuesta, caracterizada porque solamente se consigue despertar a la persona durante un periodo breve de tiempo y sólo con una estimulación enérgica y repetida, como sacudidas, gritos, pellizcos o pinchazos.

Estado de Cautiverio.- Es una situación poco frecuente en la cual la persona está conciente y puede pensar pero tiene una parálisis tan grave que sólo puede comunicarse abriendo y cerrando los ojos para contestar a preguntas. Puede suceder en casos de parálisis grave de los nervios periféricos o en ciertos accidentes vasculares cerebrales agudos.

Estado Vegetativo.- La persona tiene patrones relativamente normales de vigilia y de sueño; puede respirar y deglutir espontáneamente e incluso tener reacciones de sobresalto ante ruidos fuertes, pero ha perdido de manera temporal o permanente la capacidad de pensar y de actuar conscientemente. La mayoría de las personas en estado vegetativo tienen reflejos anormalmente exagerados, además de rigidez y movimientos espasmódicos de los brazos y las piernas.

Coma.- Es estado similar a la anestesia o sueño profundo, caracterizado porque no se puede despertar a la persona. En un estado de coma profundo pueden estar ausentes incluso los reflejos de evitación primitivos, como los que se producen frente al dolor

(pp. 388-391)

Esta información facilita la comprensión del concepto de muerte cerebral y todo lo que ello involucra.

2.8. MUERTE

Heidegger asegura que actuamos en nuestra vida cotidiana como si la muerte no existiera, mostrando una patente actitud de excluirla de nuestro actuar cotidiano, ya que todo parece estar diseñado para hacernos olvidar nuestra condición finita:

... La muerte siempre es vista como la posibilidad que puede sucederle a los otros pero a mí nunca y no vemos a la muerte como una posibilidad que en cada caso es mía. Efectivamente, nos encargamos de resaltar siempre el carácter dramático, accidental, perturbador de la misma, nos conducimos como si no hubiera debido suceder, como si lo normal fuese no morir, como si lo normal fuese concebir la vida y las cosas de la vida como eternas. (en Rivara, Íd., p.45)

Con esta actitud, vivimos nuestro presente y elaboramos un proyecto de vida en el que estarán incluidas muchas cosas, menos la muerte.

2.8.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE MUERTE CEREBRAL

Actualmente la definición de muerte más aceptada es el cese permanente de la función del organismo como un todo. Si se considera al cerebro como el responsable del funcionamiento del organismo, entonces cuando hay un cese irreversible y permanente de la actividad cerebral, incluida la conciencia y la capacidad de respirar, se puede declarar la muerte real.

Se ha propuesto como consenso definir la muerte humana como “el cese permanente del funcionamiento del organismo como un todo”, distinguiendo entre la vida de un organismo y la vida de sus partes, destacando que no se refiere a la suma de órganos y tejidos, sino a la pérdida irreversible de la compleja interacción entre los subsistemas del organismo. (Novoa, 2007)

El mantenimiento por medios artificiales de la función cardiovascular y respiratoria, dará señales de una pseudo actividad orgánica, pero no significa que haya vida humana, en un cuerpo irremediabilmente dañado.

Por lo general, los médicos pueden declarar la muerte cerebral después de haber corregido todos los problemas susceptibles de tratamiento, pero sin que exista reacción por parte del cerebro (incluso ni al dolor provocado); los ojos no reaccionan a la luz y la persona no respira sin el respirador. Un electroencefalograma (registro de la actividad eléctrica del cerebro) mostrará que no existe función alguna. (Manual Merck de Información Médica, Íd., p. 391)

Para comprender los alcances de los dos criterios actualmente en uso para diagnosticar la muerte de la persona -muerte encefálica y paro cardiorrespiratorio irreversible- es necesario tener presente que la muerte no es un acto, sino que es un proceso que tiene diversas etapas. Cuando cesa la ventilación y la circulación se produce primero la necrosis de las células más sensibles a la hipoxia que son las encefálicas, habiendo incluso en este órgano regiones en que se presenta antes que en otras. A continuación sigue el corazón, riñones, hígado, etc. (Novoa, Íd.)

Los criterios clínicos reconocidos a nivel mundial para declarar muerte cerebral, son:

- Cese irreversible de toda actividad cerebral
- Ausencia de respuesta a cualquier estímulo: ausencia de movimiento, retirada, muecas o parpadeo
- Ausencia de esfuerzos para respirar cuando se retira el respirador (Prueba de Apnea)
- Dilatación de las pupilas y ausencia de respuesta a la luz
- Ausencia de reflejo faríngeo, ausencia de reflejo corneano (parpadeo cuando se toca la superficie del ojo) y ausencia de otros reflejos específicos.

En conclusión, si el cerebro deja de funcionar, automáticamente decaerán los demás sistemas y por lo tanto, se puede afirmar que la persona está muerta.

“En primer lugar, la mente y el cerebro son inseparables; el cerebro es un órgano biológico complejo con una enorme capacidad de procesamiento que construye, reconstruye y modula todas nuestras experiencias sensoriales, pensamientos y emociones y controla nuestras acciones. El cerebro es responsable no solamente de conductas motoras simples, como desplazarse y comer, sino también de los actos complejos que consideramos esencialmente humanos, como pensar, hablar, crear, amar, imaginar y sufrir. En segundo término, la mente humana es un conjunto de operaciones ejecutadas por el cerebro de manera comparativa; así, el

caminar es un conjunto de operaciones ejecutadas por las piernas, y por su parte el cerebro despliega una ejecución dramáticamente más compleja.”
(Domínguez Íd., p. 5)

Conceptualmente, la muerte se define como: "la pérdida irreversible de la capacidad y del contenido de la conciencia".

Esta definición de la muerte va más allá de un método operativo de diagnóstico. Un abordaje conceptual de este tema se relaciona con la pregunta: "¿Qué función es tan importante para la vida humana que no puede reemplazarse artificialmente, y que su pérdida es tan esencial que el individuo que la pierde debe considerarse muerto? La incapacidad permanente del organismo para funcionar "como un todo" que acompaña a la pérdida de las funciones integrativas. (Machado, et al., 1996, p. 5)

Las diferentes ciencias, disciplinas y creencias no han terminado de estudiar y discutir sobre los conceptos de muerte, momento de la muerte, muerte cerebral, vida humana, vida artificial. Una ciencia multidisciplinaria de la muerte está reclamando su lugar.

2.8.2. TIPOS Y CAUSAS DE MUERTE

Cada tipo de muerte tendrá una causa específica que la suscite en circunstancias singulares con factores que influirán en la elaboración del duelo y dependiendo del impacto, se pueden presentar eventos que compliquen la recuperación de los dolientes, como se señala en el cuadro 2.8.2.1.

Entre los calificativos que le aplican a la muerte son los de horrible, terrible; pero asignar ese tipo de calificativos hace más dramáticas las situaciones en las que acaece la muerte. La muerte será dolorosa e impactante y son las condiciones las que hacen que el efecto sea más perturbador.

Tipificar la muerte es necesario para comprender la magnitud del impacto de la muerte en los familiares, el curso del duelo y las posibles complicaciones que se pudieran presentar. Ninguna forma de muerte es mejor, ni peor. Cada muerte es

importante porque significa que alguien ha dejado de existir y alguien sufre por esa desaparición, y esto como humanidad es importante.

Las muertes masivas, las masacres y el suicidio son materia de estudios específicos, que si bien los principios tanatológicos también son aplicables a estos casos, se requiere un tratamiento adicional por lo complejo de sus causas, sus condiciones y sus consecuencias.

Sherr (Íd.) argumenta que en nuestra época, la muerte masiva provocada por el hombre es, en esencia, una muerte abstracta. Esto significa que es eliminada de cualquier significado o dirección individual y comunitaria. Los muertos son contemplados como objetos a ser contados o como mercancía de uso y deshecho, y no como los restos de personas que una vez vivieron y sufrieron como seres humanos. En la muerte masiva provocada por el hombre, las estadísticas han asumido las funciones de obituarios, elogios y servicios funerarios. Langer ha escrito, "... por su forma de morir, viola cualquier concepto de la continuidad humana que hayamos heredado a través de la literatura e historia". (en Sherr, Íd., p.143)

En relación al suicidio, Fonnegra (Íd.) lo define como una actuación humana (ya sea activa o pasiva) cuyo fin es causarse la propia muerte. Para comprender al suicida es importante recurrir a una perspectiva diferente de la habitual, pues lo que nosotros llamamos suicidio es, en el fondo, un intento del sujeto de salvarse a sí mismo:

Resulta paradójico, es cierto. ¿De qué se salva? De algo que para él es mucho peor que la muerte: el tormento interior, la desesperación, la locura, la crisis interna que, ya sea reciente o antigua, él juzga en ese momento como insoportable... Aunque suene irónico, lo que el suicida busca es aliviar su sufrimiento, anular los conflictos que le parecen insolubles o que se siente incapaz de resolver. El suicidio es, entonces, la derrota de la esperanza. (Fonnegra, Íd., p. 51)

Para Durkheim (2004), el suicidio es siempre el acto de un hombre que prefiere la muerte a la vida. Pero las causas que lo determinan no son de la misma naturaleza en todos los casos; a veces, hasta son opuestas entre sí. ... Podemos estar ciertos de que hay varias clases de suicidios cualitativamente distintas entre sí:

Cada suicida da a su acto un sello personal que expresa su temperamento y las condiciones especiales en que se encuentra y que, por consiguiente, no puede explicarse por las causas sociales y generales del fenómeno. Pero éstas, a su vez, tienen que imprimir en los suicidios que determinan una tonalidad sui géneris, una marca especial que las expresa. (Durkheim, Íd., p.277)

Las causas de la muerte producirán reacciones a diferentes niveles, dependiendo de lo oportuno, inoportuno o repentino de la pérdida; pero sobretodo la naturaleza (intensidad, sanidad, duración) del vínculo afectivo entre el difunto y el doliente, marcará el desarrollo del duelo y el tiempo de recuperación.

En el siguiente cuadro, se presenta la clasificación más común de los tipos de muerte, con algunos ejemplos de las causas que ocasionaron la muerte y con los posibles factores de complicación y sus respectivos efectos.

Cuadro 2.8.2.1.

| TIPO DE MUERTE | REFERENCIA (circunstancia) | CAUSA | FACTORES QUE COMPLICAN EL DUELO | EFFECTOS DEL DUELO COMPLICADO |
|---------------------------|--|---|---|--|
| Muerte natural anticipada | Enfermedades irreversibles e incurables; el pronóstico es inmodificable. | Vejez avanzada Cáncer Sida Hepatitis C | - Curso - Duración - Intensidad | |
| Muerte natural repentina | Sucede súbitamente sin un síntoma previo. Fulminante. | Infarto Derrame cerebral Aneurisma | - Sorpresa - Señales previas - Sufrimiento | - Estrés postraumático - Alteración en el mundo presuntivo |
| Muerte traumática | Hechos de muerte acaecidos por acciones humanas violentas | Homicidio Muertes Múltiples Masacres | - Sorpresa - Violencia - Mutilación o destrucción del cuerpo - Posibilidad de prevención | - Choque emocional y físico es persistente - Reconstrucción obsesiva del suceso - Sobredimensionar las vivencias previas a la muerte |
| Muerte accidental | Accidentes | Tránsito Aéreos Marítimos Laborales | - Certeza de muerte sin cadáver - Muertes múltiples | - Reacciones emocionales más intensas |
| Eventos impredecibles | Fenómenos naturales difíciles de prever y controlar | Sismo Inundaciones Incendios Derrumbes | - Encuentro con el culpable - Autor del accidente - Ignorar advertencias - Exposición voluntaria | - Estabilidad emocional comprometida - Visión afectada de la muerte |
| Suicidio | Intentos y acciones para provocar la propia muerte | Crisis interna | - Identificación del cuerpo - Amenazas explícitas o latentes | |

CAPÍTULO III

3. LA MUERTE COMO UN PROCESO MULTIDIMENSIONAL

En el proceso de muerte, la persona deja de ser indivisible y multidimensional; la separación de los componentes causa que en vez de tener una persona integral se tenga por una parte, un cadáver en lo que antes era un hermoso cuerpo humano y por otra, un espíritu liberado que según diferentes formas de pensamiento, conservará sus atributos y su esencia no se perderá, seguirá tan bello como haya sido.

Se afirma que la muerte es un proceso porque no se presenta como un hecho instantáneo y aislado, sino como un conjunto de fases sucesivas generadas por un fenómeno natural o por alguna acción ajena y externa al individuo que compromete la vida del sujeto y, es multidimensional porque impacta todos los componentes de la persona. Puntualizando, morir es una acción y la muerte es un proceso.

Núñez de Arco (2005) así lo afirma: la muerte no es un momento, es un proceso y, por tanto, no todos los sistemas vitales dejan de funcionar a la vez, aunque aceptemos legalmente que se produce la muerte cuando cesan la función cardiocirculatoria, el ser vivo no respira y cesan las funciones neurológicas, se establece el verdadero estado de muerte real. (p. 69)

En los casos de muerte repentina por complicaciones en la enfermedad o bien, por causas no naturales como accidentes y siniestros, la desactivación de las funciones y de los sistemas hasta la muerte real, es un proceso acelerado con mayor dinamismo, pero proceso al fin.

Así como cada hombre es único e irrepetible, así será su proceso de muerte. Ninguno será igual, porque hay tantas formas de morir como modos de pensar, sentir y actuar existen. La individualidad de la persona que ha determinado su actuación en la vida, también va a definir, en la mayoría de los casos, la actitud ante los procesos de muerte. Si bien, no se elige ni cómo ni cuando habrá de morir la persona y sus seres amados, en su libertad, decidirá si lo afronta como oportunidad o como el último fracaso.

Las causas de muerte son multifactoriales pero cada deceso es un acontecimiento único que estará matizado por: edad, género, situación familiar, status económico, escolaridad, creencias, procedencia, causa y del lugar del fallecimiento.

En ese proceso mortuorio, cada uno de los sistemas del sujeto muerto, de manera independiente tendrá su propio fin.

3.1. Proceso Biológico

Aún cuando ya no hay signos de vida y se ha declarado la muerte, en el cuerpo humano se desencadenan una serie de procesos que tienen como propósito la desintegración irreversible del organismo.

Nosotros, amos y señores, déspotas del ente, viajeros en el espacio, sublime especie. ¡Lástima de cuerpo que se pudre, indignidad de nuestra carne y nuestra sangre, nuestras heces y nuestro sudor! ¡Tan pulcra la razón, tan inmaculada la belleza de nuestros conocimientos e inventos! *Horror vacui, horror vita*, y qué miedo nos da mirarnos y encontrar en el espejo un esqueleto, un animal durmiendo, una bestia que de pasmo se cayó en la mitad de nuestras metas más preciadas, de nuestros objetivos más valiosos. (Rivara, Íd., p.29)

Desde el principio de la enfermedad (y de la vejez) hasta la agonía, los sistemas, funciones, órganos y tejidos se han estado dañando; se inició un proceso biológico destructivo que no se detendrá, primero hasta que ocurra la muerte y después, hasta la desintegración total del cuerpo. En la muerte repentina o accidental lo que varía es la velocidad en que se deteriora el organismo de acuerdo al daño producido, pero se rige por este mismo principio.

El moribundo con cierto grado de conciencia, percibe y padece este deterioro y que le indica que el fin se aproxima. La familia, por los signos visibles también lo puede imaginar.

En un sentido bioquímico, la muerte no es propiamente un acabamiento sino el inicio de una actividad física y microbiana.

3.1.1. El Cadáver

Incluir el tema del cadáver y el de los signos cadavéricos, aunque para algunos resulte macabro o de mal gusto, tiene como propósito aproximarse a la importancia de que el afrontamiento para el duelo por muerte, sea integral y educativo, ya que:

- El desconocimiento de lo que sucede a un cuerpo al momento de morir, puede generar fantasías, traumas, reforzar mitos que compliquen la elaboración del duelo, tales como: que fue enterrado vivo, que aún respiraba, que se movió, que estaba tibio. etc.
- Si no se tiene conocimiento, el tocar, besar o acariciar un cadáver (según esto, para el último adiós), puede resultar una experiencia muy perturbadora si no se tiene idea de lo que se va a enfrentar, por mucho que se le haya amado a esa persona.
- Conociendo las causas de la muerte se pueden tomar decisiones prontas y efectivas para la disposición del cadáver, antes de que se presenten inconveniencias.
- La ausencia de cadáver, cadáveres mutilados o en descomposición, puede complicar el proceso de duelo.

Rivara dice que a su juicio, Mary Shelly (autora de la novela *Frankenstein*) acierta al sugerir que nuestra angustia fundamental ante la muerte no es más que el horror primigenio y originario ante la putrefacción del cuerpo... El cadáver siempre ha sido depositario de nuestro más profundo miedo y rechazo a la muerte. (Rivara, Íd., p. 61 y 63)

El cadáver es el cuerpo muerto, es decir que al morir el hombre se convierte en un objeto despojado de los atributos humanos, quedando sólo una materia rígida, insensible, que se descompone hasta desaparecer. El cadáver humano, ya sea de hombre o de mujer, al perder la vida adquiere el derecho a descansar en paz.

El destino del cadáver presenta alternativas no sólo de leyes sino también de formas, pues puede ser enterrado en tierra, depositado en bóveda o cremado según dispongan sus familiares más allegados. (Martínez A., s.f.)

Gierke sostiene que el cadáver es un resto de la personalidad, estando en este caso sujeto a la decisión de sus deudos. Kipp también está de acuerdo con esta postura porque para él esa personalidad residual es lo que permite que sus deudos

pueden disponer de su cadáver para que el mismo tenga un entierro adecuado. En este caso se crearía un derecho de familia que es lo que permite la disposición del cadáver. Cifuentes opina que la muerte produce el fin de la existencia de las personas físicas, y que por eso no se podría hablar de un resto o residuo de la personalidad, cuya idea es abstracta. Agrega que cuando se protege la memoria y honor de los muertos se lo hace teniendo en cuenta a los parientes vivos y al conjunto de la sociedad, remarcando que esta teoría de la semi personalidad se contradice con el concepto de derechos personalísimos (citados por Martínez, s.f.)

En el Reglamento de Cementerios del Distrito Federal publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 28 de diciembre de 1984 en su Artículo 11, inciso II define como cadáver al cuerpo humano en el que se haya comprobado la pérdida de la vida. Para tal efecto. La Ley General de Salud en el Capítulo IV, Artículo 343 señala que la pérdida de la vida ocurre cuando:

- I. Se presente la muerte cerebral, o
- II. Se presenten los siguientes signos de muerte: ausencia completa y permanente de conciencia, de respiración espontánea, de los reflejos del tallo cerebral, y paro cardíaco irreversible.

El cadáver representa a una persona que tuvo una vida de relación con otros seres humanos: fue amada, respetada, admirada o todo lo contrario. Ese cuerpo, ahora muerto, formaba parte importante de una persona y como tal, merece que se disponga de una manera digna.

3.1.1.1. Signos Cadavéricos

Posterior al fallecimiento (horas, días, o más) aparecen en el cadáver fenómenos característicos de orden físico, químico y microbiano, que son ya exclusivos de los procesos de la muerte: el enfriamiento, la rigidez, las livideces y la putrefacción.

a) Enfriamiento (*Algor Mortis*)

Se debe al cese de actividad metabólica. Es progresivo, pero constante; inicia en las extremidades y el rostro; al final se enfrían el abdomen, axilas, cuello y órganos abdominales. Puede retrasar el enfriamiento: estados febriles previos a la muerte, los factores ambientales, muerte brusca y otros. Las hemorragias, la agonía prolongada y el previo estado de debilidad aceleran el enfriamiento. (Núñez, Íd.)

b) Deshidratación Cadavérica

La pérdida de líquido por evaporación que conlleva: pérdida de peso corporal, piel apergaminada, desecación de las mucosas, hundimiento ocular, y otros. (Ibíd.)

c) Rigidez Cadavérica (*Rigor Mortis*)

La coagulación de la miosina produce endurecimiento y fijación muscular. La evolución que sigue este fenómeno es característica: en el corazón y el diafragma se inicia a las dos horas de la muerte, en cuanto a la musculatura estriada esquelética comienza en los músculos de la mandíbula inferior, orbiculares de los párpados. Sigue la cara, cuello, tórax y progresa hacia los miembros inferiores; desapareciendo en forma inversa. La pupila se dilata en el momento de la muerte, se contrae en la rigidez. La rigidez al instalarse produce algunos movimientos de los miembros.

Hemorragia abundante, enfermedad larga envenenamiento por estricnina, anticipan la rigidez. Retrasan la rigidez la muerte súbita o accidental, la buena salud anterior y asfixias. (Ibíd.)

d) Espasmo muscular cadavérico

Si la muerte sobreviene bruscamente, a veces, el sujeto adopta posición que queda fija instantáneamente y no hay paso por la etapa de relajación muscular, el fenómeno es excepcional. Permite la reconstrucción del hecho, cuya simulación es imposible, tiene gran significación médico-legal. Este fenómeno se presenta por lesión en el tallo cerebral, enfermedades o traumas en el sistema circulatorio o cuando la muerte sobreviene en plena actividad física. (Ibíd.)

e) Livideces cadavéricas

Después de la muerte, la sangre, obedeciendo a leyes físicas de gravedad, baja hacia los sitios declives del cadáver y esta traslación constituye uno de los tipos de circulación póstuma. Suspendida la dinámica cardiocirculatoria, el plasma y los glóbulos rojos de la sangre se acumula y sedimenta en las zonas declives del cadáver.

Las manchas se presentan en forma de puntillado o de vetas, en los primeros momentos de su producción o en sitios con cierta presión, en cambio, al hacerse

más completas (horas después), adoptan una disposición en grandes manchas o placas más o menos homogéneas.

En los primeros momentos de las livideces, la sangre fluida del cadáver se mantiene en los vasos en las zonas declives, pero luego va infiltrando francamente los tejidos, adquiriendo la mancha mayor intensidad persistencia. Señala la posición en que ha permanecido el cadáver, permite el cálculo de la data de muerte, determina si manos extrañas movilizaron el cadáver antes de su levantamiento. (Ibíd.)

3.1.2. Apoptosis. Muerte Celular Programada

Estos términos en la última década han provocado interés entre las disciplinas relacionadas con la vida y la muerte. Y es necesario incluirlos para evitar distorsiones y que erróneamente se crea que la muerte humana está biológicamente programada.

Cereijido y Blanck-Cereijido (2009) explican de manera sencilla, estas últimas investigaciones en Biología.

El hallazgo de los genes letales cuya función específica es matar a la célula que los contiene, constituye uno de los hallazgos científicos más trascendentales de todos los tiempos pues, permítenos repetir, no se trata de que algunas células que los tengan, sino que todas las células de tu organismo los tienen [...] y en buena hora, pues sin ellos hoy no habría personas. (Cereijido, Íd., p.12)

Todas las células somáticas de un organismo como el nuestro tienen los genes para hacer hemoglobina, rodopsina, insulina, pero no todas las expresan, porque unas eligen expresar el que codifica la hemoglobina, otras el que expresa rodopsina y algunas el que especifica insulina ... Esta restricción del número de tipos celulares se explica porque los genes no tienen libertad de expresión: hay repertorios, programas genéticos, en los que un gene sólo se puede expresar a condición de que antes se hayan expresado algunos otros, y que, una vez que se expresan, provocan la expresión de otros más de la cascada programática.

A cierta altura de su vida pueden activar genes de la muerte, por la acción de estos se suicidan y aceptan dócilmente que otras células vengan a devorar su cadáver, porque a todo el organismo le conviene que a cierta altura de su desarrollo, determinadas células se maten. No se trata de algo insólito: es normal contar con estos suicidios y entonces se habla de una muerte celular programada. (Íd. p. 20)

El organismo es implacable en que se cumplan esas órdenes estrictamente y, a su vez, las células tienen una obediencia apabullante.

Vemos así una de las ventajas más obvias de la muerte, en este caso celular: el desarrollo armónico de un organismo. Si por decisiones genéticas o manipulaciones experimentales se impiden esas muertes celulares, la consecuencia no es la vida eterna, sino la monstruosidad o el desarrollo de tumores, pues las células se lanzan a multiplicarse y diferenciarse de maneras anormales. Hoy se conocen varias instancias en las que los genes letales se quedan como sordos, no escuchan la orden de activarse, o la escuchan pero los mecanismos que deben ejecutar sus mandatos no los obedecen, y la célula queda así desconectada de lo que se da en llamar "homeostasis celular": crecen anárquicamente y, dependiendo de la situación, pueden interrumpir la formación de un tejido, de un órgano normal, o formar por su cuenta una masa tumoral. Hay células cancerosas que fabrican su propia orden de no morir: lanzan al medio algunos factores, que luego ellas mismas reciben y así consiguen seguir vivas y reproducirse (Ishizaki et.al. 1995, en Cereijido, Íd., pp. 25-26)

Como vemos, los biólogos no han resuelto todavía el suicidio ni el crimen celular, pero están investigando a muchos sospechosos:

... sospechar que los animales mueren porque sus células entran en apoptosis, estás equivocado. En realidad no estarías completamente equivocado, pues si por alguna razón patológica de pronto se activaran los genes de la muerte de las células de algún órgano o de un sistema vital, el organismo morirá, pero vamos, no sería una forma normal de morir. Con todo, la sospecha de que los organismos multicelulares mueren a raíz de que sus células cesan de proliferar tuvo tanto peso, que vale la pena repasar

las principales razones que se esgrimieron en pro y en contra, pues dan una idea de cómo se estudia la muerte. (Íd., p.37)

3.2. Familiar y Sociocultural

Cada persona, familia y sociedad tienen sus particulares maneras de afrontar la muerte bajo la influencia de siglos de tradiciones, costumbres, mitos, ritos y leyes que determinan una serie de actos alrededor del difunto y de la disposición del cuerpo. Este conjunto de prácticas, dependiendo de su naturaleza, pueden ser favorables o producir momentos muy angustiosos sobre todo si no hay un soporte económico para cubrir los gastos.

... cada familia posee una única y acumulada historia de sus experiencias, con eventos importantes y una serie de mitos, creencias y tradiciones que se desarrollan y establecen alrededor del tiempo emocional de esa historia, algunas de estas se relacionan con la enfermedad y a pérdidas afectivas y pueden proporcionar antecedentes de la respuesta actual a la enfermedad terminal; el comportamiento pasado de sus miembros y como grupo, puede definir la importancia y la definición de las crisis, la forma en la cual los recursos de apoyo son solicitados y manejados, los roles que se esperan de los diferentes miembros y el grado de éxito esperado. (Gómez, Íd.)

Para el finado, su labor en este mundo ha terminado, pero para sus parientes, todavía les queda un penoso camino por recorrer: despedidas, ceremonias fúnebres, desprendimientos, reajustes, regresar a la rutina.

Heidegger hace una diferencia entre la persona muerta y el cuerpo muerto:

...La primera se ve como arrancada a los vivientes y es objeto del “curarse de” en el modo de los funerales, del entierro, del cuidado, del sepulcro, de modo que es todavía más que un simple útil “a la mano” en el “mundo circundante” y susceptible de que se “cure de” él. El duelo doloroso es un pensar en la persona muerta, y son con ella los sobrevivientes en un modo del “procurar por” [...] La persona muerta no es más en el mundo, pero desde ésta pueden los sobrevivientes ser con ella todavía. (en Rivara, Íd., p. 83)

La muerte aunque se le quiera ocultar, está presente; juega un papel importante en la sociedad que debe contar con programas sanitarios, jurídicos, económicos, etc. para responder a la demanda de servicios relacionados con las defunciones. La mayoría de las ciencias y disciplinas le han dado su espacio a la muerte; desde su estudio han hecho sus aportaciones ya sea para explicar, para solucionar o apoyar a los enfermos, a los moribundos, a los muertos y a sus deudos.

3.2.1. Mitos y Realidades de la Muerte

Nuestra cultura está plena de creencias extendidas pero falsas, quizá originadas en el temor encubierto a la muerte, algunos de estos mitos dicen que la muerte es:

- Dolorosa, terrible, oscura, amarga.
- Puede ser “invocada”
- Es un “ser incorpóreo” (“ángel”, “personaje”, “ente”, etc.)
- Un castigo
- Es un tema “tabú”

Éstas y otras ideas distorsionan, devalúan y afectan porque dan un tinte fúnebre a todo lo relacionado con este tema.

Aguayo (Íd., pp.107-112) en su fenomenología de la muerte, describe las realidades:

- Es un proceso.
- Es inevitable.
- Es impredecible.
- Es personal.
- Provoca dolor y sufrimiento.
- Deja un vacío.
- Interrumpe los proyectos de vida.
- Tiene un solo sentido, no hay regreso.
- Muertos, todos somos iguales.
- Es un misterio.

3.2.2. Ritos, tradiciones y costumbres sobre la muerte

Los habitantes de las localidades urbanas y rurales reciben de sus ancestros creencias y maneras de actuar que se convierten en costumbres y que son legadas a la siguiente generación, lo que se conoce como tradiciones. Esto en relación a los eventos trascendentales, tanto individuales como comunitarios (nacimientos, bodas, funerales, etc.). Se incluyen los ritos establecidos para cada ocasión, pero con orientación religiosa o sobrenatural.

En todas las culturas y en todos los tiempos, la muerte ha sido objeto de reflexión, ceremonias y rituales. Es el tránsito más duro e inexplicable para los hombres y la separación del mundo de los vivos y el de los muertos, requiere minuciosos cuidados y es motivo de rigurosos tabúes. Las religiones se han preguntado e intentado responder acerca del destino de los muertos, y prometen una vida posterior o el retorno a nuestro mundo. (Ramírez, Íd., p. 63)

Zarauz (Íd), menciona que las preocupaciones sobre el origen de la vida y el destino del hombre al sobrevenir la muerte son universales.

Si bien éstas son interrogantes que se ha planteado toda sociedad, pocas culturas han consagrado sus reflexiones y ritos a la muerte de la forma en que lo ha hecho el pueblo mexicano: la espiritualidad, imaginación, talento y fervor que ha vertido el mexicano en su culto a los muertos -con los que establece estrecha comunión- así con en sus fiestas, percepciones, expresiones artísticas, etcétera, relacionadas con lo funerario, se han convertido en un elemento distintivo de nuestra cultura.

(Zarauz, Íd., pp.11-12)

En un país tan grande como México, la relación entre el mexicano y la muerte tiene múltiples expresiones. Particularmente entre las clases populares y de mayor raigambre indígena tienden a desbordarse, en su cosmovisión, lenguaje, artesanía, pintura, poesía, etcétera, percibiéndose actitudes que van desde la ritualidad hasta la desacralización, del rito al relajamiento, del rezo a los neologismos funerarios, del altar de muertos al chiste, del temor al desafío, de la ceremonia al ludismo. (Ibíd. p. 14)

La fiesta de Día de Muertos en México principalmente entre los grupos indígenas, es un momento de reunión de toda la familia, tanto vivos como muertos, con lo cual, se fortalece la identidad, además de las relaciones sociales interfamiliares primero y comunales después. Es por esto, que esta celebración tiene una función social de suma importancia por la gran riqueza simbólica que se encuentra presente durante toda la celebración. (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, CDI. 2009)

Las representaciones en torno a los muertos han dado lugar a una arquitectura simbólica y ritual que se expresa en una infinidad de obras plásticas, objetos artesanales y muestras del arte efímero que se produce en las distintas regiones el país. La riqueza cultural de estas celebraciones reposa en las creaciones artísticas que músicos, pintores y poetas mexicanos han generado en los últimos siglos, aportando al mundo una obra de singular valor como la que se encuentra contenida en la producción gráfica de José Guadalupe Posada, en la literatura académica de Octavio Paz y en la poesía de José Gorostiza, por mencionar algunos ejemplos. (en CDI, Íd.)

El conjunto de prácticas y tradiciones que prevalecen en torno a las celebraciones dedicadas a los muertos, tanto en las ciudades como en un gran número de poblaciones rurales, constituye hoy en día una de las costumbres más vigorosas y dinámicas de México, que inclusive se reproduce entre la población mexicana que reside en los Estados Unidos. (CDI, Íd.)

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en el año 2003 declaró a la Festividad Indígena de Día de Muertos como Obra Maestra del Patrimonio Oral e Intangible de la Humanidad. (en CDI, Íd.)

La muerte es objeto de fiesta, tiempo que da contexto a las imagerías, ritos y juegos; es adorno y juguete, conmemora, avisa y divierte, ubica lo sagrado en lo profano.

3.2.3. Ceremonias fúnebres

Cuando los dolientes están más sensibles por la pérdida, se enfrentan ante el compromiso moral, social, religioso, sanitario y legal de realizar rituales y trámites

para que el cuerpo de su familiar finado, tenga la correspondiente sepultura. Resolver si el cadáver se va sepultar o si será cremado (cuando el finado no haya dispuesto nada) es una decisión que debe ser meditada, solicitando a la funeraria toda la información necesaria para que no haya dudas.

Contrario a lo que se pueda creer, llevar a cabo una ceremonia fúnebre, es darle al hecho un significado y darse cuenta cuan importante era esa persona en nuestra vida y lo valioso que era para la comunidad familiar, social y laboral a la que pertenecía el difunto. Además, pueden ayudar en la elaboración del duelo, ya que sustraen a los dolientes de su rutina y tienen tiempo y espacio para convencerse y aceptar que lo que está viviendo es algo real y definitivo.

El significado personal que puede tener un funeral es valorar el amor, el vínculo afectivo; darse cuenta de lo valioso y necesaria que era esa persona, inventariar la pérdida para que se facilite la recuperación.

En la ceremonia fúnebre, se reúnen familiares y amigos para mostrarse afecto y consuelo en la pérdida; también es la oportunidad para brindar apoyo a los deudos incluso, económico.

En lo versátil del comportamiento humano, un funeral también puede ser el escenario para representar falsedades y vanidades, no sólo en cuanto a lo lujoso del funeral, sino a exaltar las virtudes del difunto o de las emociones que ha generado la pérdida.

En el funeral están incluidos los ritos religiosos, que deben ser de acuerdo a las creencias del difunto y que representan los auxilios espirituales para su paso a otro tipo de existencia. También tienen el fin de brindar respaldo espiritual a los dolientes.

Cuando se cuenta con servicios de prevención funeraria o que se tiene la oportunidad y los recursos para organizar el funeral, sin contratiempos y contando los elementos comunes para realizar los rituales luctuosos, a los dolientes les quedará la sensación de haber cumplido con el finado.

Despedir el cuerpo de un ser querido en una sepultura o en una urna podrá ser muy perturbador, pero a la larga, la pérdida será más fácilmente asimilada que en

aquellos casos en que no se pudo estar presente o, en el que se tiene la certeza de muerte pero no se localiza el cuerpo.

3.3. Psicológico

Fonnegra (Íd.) asegura que las experiencias de pérdida y duelo son fundamentales en el desarrollo emocional de un ser humano: conocer lo que es un duelo y lo que podemos esperar de nosotros en los momentos de pérdida nos equipa emocionalmente con herramientas más útiles y adaptativas para afrontar la adversidad en el instante en que ella se presenta. (pp. 163-164)

La angustia y la depresión (además de otras emociones) que produce la amenaza de perder a un ser querido, desencadena mecanismos para tratar de conservar el equilibrio y desarrollar sus particulares estrategias de afrontamiento, ya que inconscientemente sabe que la muerte ocurrirá. Es una forma de iniciar el proceso de duelo.

3.3.1. Duelo

Para Tizón (Íd.) el duelo es un término que, en nuestra cultura, suele referirse al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen a la pérdida de una persona con la que el *sujeto en duelo*, el *deudo*, estaba psicosocialmente vinculado. (p.19)

Freud (1915) escribió que el duelo «es la reacción habitual a la pérdida de una persona amada o de una abstracción puesta en su lugar: la patria, un ideal, la libertad, etc.» (en Tizón, Íd., p.19)

Melanie Klein (1934, 1940, 1957) afirma que los conjuntos de sentimientos, emociones, cogniciones, que conforman el duelo y los procesos de duelo, pueden ponerse en marcha ante la pérdida de un ser querido, ante un fracaso personal, ante la necesidad de separarse de un lugar de trabajo, de una ideología, de unas esperanzas, de una persona amada (en Tizón, Íd., p.19)

En la edición del diccionario sobre términos y conceptos psicoanalíticos editado por Moore y Fine, el duelo se define como:

El proceso mental mediante el cual el equilibrio psíquico propio se restaura tras la pérdida de un objeto de amor [...] Es una respuesta normal ante

cualquier pérdida significativa. El afecto fundamental del duelo es doloroso y habitualmente se acompaña por pérdida de interés en el mundo externo, preocupaciones con reminiscencias del objeto y una disminución de la capacidad para hacer nuevos investimentos [...] El trabajo del duelo incluye tres fases sucesivas, interrelacionadas de forma que el fracaso en una afecta a la siguiente: 1) comprensión, aceptación y confrontación con la pérdida y sus circunstancias. 2) el duelo propiamente dicho, que incluye una retirada de vinculación y una identificación con el objeto perdido (de-catectización); y 3) reasunción de la vida emocional en armonía con el propio nivel de madurez, lo cual frecuentemente implica el establecimiento de nuevas relaciones (re-catectización). (en Tizón, Íd., pp. 53-54)

Freud nos explicó la necesidad del yo de retirar energía psíquica (de-catectizar) del «objeto perdido», de retirar la libido que lo investía. El deudo no se aflige tan sólo por la pérdida del objeto: se aflige también por la pérdida de una parte del yo (o del *self*), por la pérdida de diversos niveles de vinculación (representaciones, símbolos...) que resultaron involucrados en la formación de esa relación, etc. Aunque el fundador del psicoanálisis no proporcionó una base lo suficientemente sistemática como para operacionalizar el proceso y las vías para su atención o cuidado, propuso numerosos elementos para considerar la complejidad de vinculaciones que quedan alteradas y la dificultad que ha de encarar el deudo para realizar el trabajo del duelo. (Tizón, Íd., p. 54)

Según Melanie Klein, el duelo difiere de la depresión sólo en que tiene un fin y un objetivo: la recuperación o reparación de los «objetos internos dañados». Pero, para ella, el que cada proceso de duelo pueda tener una finalización en la mente no significa que el proceso de la pena y la aflicción acaben pronto, sino que poseen efectos duraderos, tanto positivos como negativos para la capacidad de reparar, es decir, para la creatividad. Se vuelve a una forma de psicodinamia más «normal», menos dolorosa, pero la pena por lo perdido puede no desaparecer en toda la vida. (Tizón, Íd., p.62)

Tizón (Íd.) recomienda utilizar el término *duelo* para referirse al período en el que se muestran a nivel psicológico, biológico o social fenómenos mentales o conductuales relacionados con la pérdida y, *procesos de duelo* para el conjunto de

fenómenos psicológicos (conductuales, emocionales, cognitivos y psicosociales) que llevan desde la pérdida afectiva a la *elaboración del duelo*: se hace hincapié con este término al carácter procesual y no meramente traumático que posee todo tipo de pérdida afectiva [...]

Los procesos de duelo y de elaboración del duelo incluyen la pena, la aflicción: el dolor y el sufrimiento, fundamentalmente mentales, que es necesario padecer para «curar», «elaborar» o «resolver» la pérdida. También incluyen las ideas de reacción, proceso de adaptación y procesos adaptativos. Utilizo el término proceso también para subrayar el carácter cíclico, con vaivenes, con retroacciones, no lineales, con el cual cursan los sufrimientos y sentimientos ante la pérdida. (Íd., pp. 48-49)

En las últimas décadas los temas relacionados a las pérdidas, duelos, moribundos y muerte, han sido abordados por diferentes especialistas de varias partes del mundo; cada uno presentando valiosas propuestas, muy necesarios de revisar por aquellos que estén interesados en abordar estos temas.

3.3.2. El Sentido de la Vida

Frankl (2004) afirma que nada en el mundo ayuda a sobrevivir, aun en las peores condiciones, como la conciencia de que la vida esconde un sentido. Para él, la salud psíquica precisa un cierto grado de tensión interior, la tensión existente entre lo que uno ha logrado y lo que le queda por conseguir, o la distancia entre lo que uno es y lo que debería llegar a ser. (p. 127)

En relación a la existencia humana, a cada uno le está reservada una precisa misión, un cometido a cumplir, nadie puede ser reemplazado en su función, ni su vida puede repetirse, su tarea es única como única es la oportunidad de consumarla.

Cualquier situación plantea y reclama del hombre un reto o una respuesta a la que sólo él está en condiciones de responder. En última instancia, el hombre no debería cuestionarse sobre el sentido de la vida, sino comprender que la vida le interroga a él. En otras palabras, la vida pregunta por el hombre, cuestiona al hombre, y éste contesta de una única manera:

respondiendo de su propia vida y con su propia vida. Únicamente desde la responsabilidad personal se puede contestar la vida. (Íd., p.131)

Para Frankl, el sufrimiento puede ser un medio para encontrarle sentido a la vida: el valor no reside en el sufrimiento en sí, sino en la actitud para soportar ese sufrimiento inevitable. Aclara que el sufrimiento no es necesario para otorgarle sentido a la vida. El sentido es posible sin el sufrimiento o a pesar del sufrimiento. El sufrimiento evitable debe combatirse con los remedios oportunos; el no hacerlo así sería síntoma de masoquismo. (Íd., 135-136)

El ser humano, mientras dure su vida, tendrá muchos encuentros con el sufrimiento, y esos momentos serán percibidos como interminables, entre ellos el sufrimiento real e inevitable que produce la muerte. El sufrimiento puede experimentarse en toda su intensidad pero dejándolo fluir, si no se le permite tomar su cauce natural, será difícil superarlo y perderá su sentido aleccionador.

A pesar de todo, la vida ofrece la maravillosa oportunidad de experimentar sensaciones y vivencias, en las que se puede encontrar el sentido: amar, aprender, servir. Cada ser humano deberá encontrar el sentido de su vida, diseñar su propio proyecto y realizarlo con sus propios recursos y de acuerdo a su dignidad.

3.3.3. El Sentido de la Muerte

Se considera difícil aceptar que algo que se califica tan doloroso, como es la muerte, pueda tener una razón de ser y más aún que dicha razón represente beneficios para los que aún siguen viviendo.

La muerte hace que el hombre tome conciencia de su finitud y de que sólo tiene una vida para vivirla, desperdiciarla o aprovecharla es una decisión que el individuo debe tomar. Si esa vida, mientras dura no encuentra un sentido, si el ser humano no ha podido responder a las demandas propias de la vida, no se ha permitido tener un desarrollo integral, si sólo se ha dedicado a acumular resentimientos, quejas, odios, frustraciones, temores y soledades, por supuesto que su muerte carecerá de sentido.

Por eso, la muerte nos da la oportunidad de rescatar sentimientos, emociones y vivencias que se dejaron de lado, ya sea porque producían dolor, porque no se les

permitió florecer, o que las circunstancias del entorno en vez de ser facilitadoras, eran barreras difíciles de saltar.

Cada muerte de personas amadas, amigas, miembros de nuestra sociedad y también la muerte de semejantes en otros países (por hambre, por guerras) debiera llevar a una reflexión y realizar un inventario sobre lo perdido y la afectación que produce la ausencia. Más provechoso sería, hacer un inventario que incluya las cosas buenas que dejó el conocerla, las ganancias que dejó su vida y que dejó su muerte.

Ante cada pérdida, el ser humano puede, intelectual y emocionalmente, fortalecer su proceso de maduración. Después de cada pérdida sentirse más humano.

En toda la historia del hombre, ha aflorado el deseo inconsciente y consciente de alcanzar la inmortalidad y poder, pero se presenta la muerte y expone la fragilidad humana y se adueña de su vida y la destruye. La muerte propicia que la persona perciba la necesidad de creer, de creer en la vida, en el amor, en la humanidad, en la muerte, en Dios.

La muerte sirve para aprender a vivir. En el ámbito filosófico mismo, el fenómeno de excluir la finitud de la vida, es claramente observable en algunas éticas de corte humanista. Éstas incluyen un proyecto de inmortalidad –sea trascendente o immanente- o, en todo caso, un modelo de vida y de ser humano, a partir del cual siempre sea viable encontrar el sentido último de la vida, el sostén de ésta, el fundamento sólido y estable que otorgue una seguridad y una tranquilidad, a partir de las cuales lo efímero y contingente tenga un sustrato dador de al menos una razón de ser. (Rivara, Íd., pp. 75-76)

3.4. La Espiritualidad en el proceso de muerte

En el proceso de muerte, mientras el deceso no ocurra, la espiritualidad entendida como un proceso de crecimiento interior, sustentada en creencias, valores y actitudes, que permiten establecer fuertes vínculos con su entorno y exalta lo mejor del ser, tampoco se detiene; es por ello que aún estará necesitando auxilios espirituales.

En esos últimos momentos, el ser humano tiene oportunidad aún cuando haya un importante deterioro orgánico, de darse cuenta que, a pesar de todo, ha valido la pena vivir.

Atender las necesidades espirituales de los pacientes bajo cuidado médico es una realidad clínica cotidiana que puede sentirse con mayor claridad en las unidades de cuidados paliativos con pacientes terminales (Mueller, Plevak, y Rummans, 2001), en las unidades de traumatología, oncología, y en general en aquellas áreas donde el paciente se ve confrontado con su propia muerte, o la de un ser querido. (en Rivara y Montero, Íd., p. 125)

Parece ser que ninguna profesión puede apropiarse para si el campo de lo espiritual; ni siquiera los representantes de lo sacro. Esto es así porque es el paciente quién demanda un momento de intimidad espiritual a quién cree que puede dárselo sin importar su profesión. Lo cierto es que cada uno, médico, enfermera, psicólogo, psiquiatra, líder espiritual, deben estar preparados para saber responder a ese llamado. (Rivera y Montero, Íd., p. 134)

Antes que los problemas psicológicos, emocionales y espirituales puedan ser exitosamente abordados, las necesidades fisiológicas o primarias (ausencia de dolor, control de la disnea, necesidad de alimentos, agua y sueño, por ejemplo) deben ser al menos parcialmente satisfechas, ya que si una de ellas no lo está, invade la conciencia del individuo hasta el punto que el enfermo ya no puede pensar objetivamente en otra cosa que en lo que le esta faltando. (Montoya, Íd.)

3.4.1. Asistencia religiosa

En principio, el concepto de religión puede ser entendido como un sistema de creencias y cultos organizados por personas practicantes (Emblen, 1992); la religión ha sido vista como una institución social asociada a sacerdotes, dogmas, doctrinas, templos, instituciones, e incluso a intromisión política y organizaciones sociales, que implica enormes estructuras sociales que abrazan muchas más cosas que sólo directamente la experiencia espiritual de las personas (Tart, 1975, en Zinnbauer, Pargament y Scott, 1999, en Rivera y Montero, Ibíd., p.126)

La religiosidad se vive en lo social como un cuerpo de conocimientos, comportamientos, ritos, normas y valores que rigen [o pretenden regir] la vida de

sujetos interesados en vincularse con lo divino [como quiera que lo entiendan]; pretende ser un compromiso [no siempre logrado] con creencias y prácticas características de una tradición religiosa particular (Peteeet, 1994) expresada en credos y rituales (Walker y Pitts, (1998), en Rivera y Montero, Ibíd., p.126)

Algunos autores (en Rivera y Montero, Íd.) sostienen que la religiosidad no es sino el cascarón de la vida religiosa del creyente; aquello que dota de realidad y sentido esencial a esta vida religiosa es justamente la espiritualidad, la experiencia de lo divino. Sin espiritualidad, la vida religiosa no es sino apariencia, máscara, acartonamiento, endurecimiento, vacío de lo divino. La religiosidad es de naturaleza esencialmente social; hace las veces de contenedor de lo espiritual, de protector; es un soporte socio-cultural. (p. 126)

Bunge (1981), asegura que dada la incuestionabilidad del dogma, la psicología no tiene más opción que asumirlo como otro objeto clínico de la realidad psicológica del paciente, haciendo coherente su praxis clínica dentro de un contexto donde lo espiritual toma un carácter importante. Este esfuerzo no debe comprometer los fundamentos metodológicos ni técnicos de la psicología; la psicología no es un artículo de fe; es una ciencia y como tal debe ser congruente con los fundamentos y procedimientos que le definen; su nivel epistemológico y discursivo es diferente al de la teología. (en Rivera y Montero, Ibíd., p.126)

Con estos argumentos, queda claro que la asistencia religiosa proporcionada a los enfermos y a los moribundos, tiene que ser conforme a sus creencias.

3.4.2. Esperanza

Uno de los mejores soportes emocionales con que cuenta una persona para mantener el equilibrio en su vida, es la esperanza. El ser humano siempre está como esperando algo: una bendición, una buena noticia, la confirmación de un anhelo; incluso problemas, conflictos o una catástrofe. Es el ingrediente con el que le da sabor a su vida, a sus proyectos, a su rutina; le sirve para mantenerse atento a las cosas para no derrumbarse cuando la paciencia se agota. Ante la enfermedad, la agonía y la muerte (propia o de seres queridos), la esperanza, al menos temporalmente, estará vigente.

La esperanza es una emoción y, como todas las emociones, puede funcionar como un filtro informativo, la esperanza implica el reconocimiento de la importancia de las cosas que están fuera de uno mismo y que uno no controla.

Las emociones, entre ellas la esperanza, son expresiones de la dependencia humana que nos recuerdan continuamente que el ser humano es un ser social, relacional, interdependiente, expresiones que nos permiten evaluar los cambios y responder a ellos, ayudándonos así a crear relaciones y conexiones con los demás. Las emociones son más que meros sentimientos: son una forma de ser conscientes del mundo, una de las formas en que interactuamos en el mundo, fruto de una mezcla de creencias, juicios y sentimientos, y por ello determinan la importancia de las cuestiones y nos orientan en la toma de decisiones a la hora de actuar. (Martínez U. 2005, p. 374)

La esperanza es, pues, una especie de estado de fe. La fe está en el nivel de probabilidad del resultado bueno. Y “bueno” se refiere al juicio subjetivo de beneficio para uno mismo, un ser querido u otras personas en un contexto y en un tiempo concretos, y por eso podemos analizar la esperanza como una emoción. (Íd. 374)

Montoya (Íd.), dice que en el moribundo no es una cuestión ingenua la esperanza de su supervivencia, ellos saben que van a morir y pocos esperan un milagro, excepto, tal vez, durante los recurrentes períodos de negociación.

Para ello es importante reconocer los factores que en la vida particular del paciente le aportan y le incrementan su esperanza (amistad, familia, comunicación apropiada, control óptimo de los síntomas molestos, etc.), así como reconocer los elementos que contribuyen a su desesperación (mal control del dolor, trastornos de la comunicación interpersonal e inhibición de la expresión de sus sentimientos angustiosos, conspiración del silencio, impotencia, dependencia, etc.) [...] Las variables relacionadas a la espiritualidad -oración, sentido de la vida, interpretación y contemplación, sentido de unión estrecha a un ser más grande, interacción con otros, vida más allá de la muerte, etc.- se asocian a un menor miedo a morir, menor discomfort, disminuida soledad, ajuste emocional y perspectivas positivas hacia la muerte. (Montoya, Íd)

Martínez U. (Íd.) señala que la esperanza es siempre esperanza condicionada, una ilusión que se convierte en expectativa [...] va íntimamente unida también a la vulnerabilidad: No toda esperanza se realiza, por lo que siempre existe la posibilidad de la desilusión. Esto nos conduce a tres formas de vulnerabilidad, no sé si añadidas, quizás –seguramente– sean intrínsecas, debidas a :

1. La incertidumbre de lo esperado que no sabemos si ocurrirá;
2. La necesidad de compartir la esperanza que es personal pero también social y compartida;
3. La sensibilidad puesta en relación con la esperanza, y cuya irrealización puede ser sentida en mayor o menor grado dependiendo de la misma.

El falso optimismo ayuda en un primer momento a los pacientes y sus familiares a soportar las fases de tratamiento, pero es extremadamente doloroso cuando más tarde se hace claro que estaba basado en falsas esperanzas e ilusiones, porque hace más difícil aceptar la realidad de la muerte y dificulta el decir adiós a tiempo y el arreglar cuestiones pendientes (herencias, reconciliaciones, perdones, etc.) Centrarse sólo en la esperanza puede dejar a los pacientes desconocedores de su expectativa limitada de vida. (Ibíd. pp. 382-282)

La esperanza es, técnicamente, siempre irreal en el sentido lingüístico de algo que no es actual ni factual, está siempre abierta al futuro, implica la participación activa por parte del individuo y hace referencia a la posibilidad de un resultado positivo, lo que responde a su naturaleza compleja, multidimensional, dinámica e individualizada. (Ibíd.)

No se puede sembrar esperanza, pero detenerse un poco, respirar, soñar, reforzar los vínculos afectivos y la solidaridad; inventariar lo que se ha perdido, valorar lo que se tiene y lo que se quiere lograr, pueden aumentar la esperanza.

3.4.3. Desesperanza

Quintanilla, Haro, Flores, Celis y Valencia (2003), explican que la esperanza o la desesperanza es un estado dinámico de actitud y percepción que la persona tiene sobre los acontecimientos venideros, de tal manera que condicionan u orientan la conducta del individuo sobre el qué hacer. Plantearlo como algo dinámico, es reconocer que el estar en desesperanza es el resultado de un proceso, valorado en

un momento y circunstancias determinadas, y sujeto a situaciones de cambio positivo o negativo.

La American Psychiatric Association en el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en el capítulo de los trastornos del estado de ánimo, hace hincapié en los síntomas de desesperanza, pensamientos de muerte, ideación suicida como criterios de diagnóstico para el episodio depresivo mayor. (en Quintanilla et al.)

Para Córdova y Rosales (2005), la desesperanza es un gran sentimiento de pérdida de ánimo, la imposibilidad de poder imaginar que algo mejor pueda ocurrir, o el hecho de perder la confianza de que las cosas pueden cambiar y ser mejores. (p.312)

La desesperanza como las actitudes negativas acerca del futuro en las que predominan sentimientos de desesperación, decepción y desilusión. Por consiguiente, considera a la desesperanza como un patrón cognitivo característico, consistente en atribuciones negativas del futuro. Las características de la desesperanza son dos: aplanamiento emocional (tendencia a establecer una similitud o continuidad entre el presente y el futuro, por lo cual la vida se vuelve monótona y no hay un antes y un después) y autoconcepto negativo. Las expectativas negativas que tienen estas personas son tan intensas que incluso cuando logran un éxito en alguna tarea específica esperan fallar en a siguiente ocasión, o piensan que lo ocurrido fue obra de la casualidad y no de su propio esfuerzo, por lo que hay una falla para integrar las experiencias exitosas.

(Beck, et al., 1976, en Córdova y Rosales, Íd.)

La desesperanza no debe interpretarse como el antónimo de la esperanza, ni tampoco es la inexistencia de ésta, es la incapacidad de rescatar la posibilidad de lograr un anhelo, es darse por vencido ante la adversidad.

La esperanza y la desesperanza van a influir en el curso de una enfermedad o en un proceso de duelo, tanto para la recuperación como para que surjan complicaciones.

3.5. Dignidad Humana y Muerte

Para Masiá (2007), la dignidad humana, como sustantivo, es característica intransferible e inviolable de todo ser humano. Lo digno o indigno, como adjetivo que califica unas determinadas condiciones de vida, fisiológicas, psicológicas o sociológicas, es un uso del lenguaje que no se refiere a la dignidad personal, sino a la evaluación de dichas condiciones; pero, aun dentro de las condiciones más indignas, la persona nunca pierde su dignidad y el derecho a que le sea respetada. Finalmente, podríamos reservar el adverbio “dignamente” para referirnos a las actitudes con que confrontamos y asumimos la propia muerte o acompañamos la muerte de otras personas, es decir, para referirnos al modo de recorrer dignamente el proceso de morir, cómo vivir dignamente hasta el final de ese proceso.

Las situaciones terminales de personas enfermas, diferentes según la etiología patológica de cada una, tienen en común el ser situaciones finales. Pero, además, es importante señalar que son situaciones en las que hay que poner límites a los recursos de que disponemos para prolongarlas, así como asumir no sólo las limitaciones de la medicina, sino la limitación radical del ser humano ante la muerte. La persona paciente en situación terminal es acreedora al respeto a su dignidad personal, de la que está dotada como cualquier otra persona, no por ser enferma ni por hallarse en situación terminal, sino simplemente por el hecho de ser persona hasta la consumación del proceso de morir. (p.40-41)

Martínez U. (Íd) dice que, es habitual en la sociedad igualar conceptos como orgullo, respeto por uno mismo, calidad de vida, bienestar, esperanza y autoestima al de dignidad. Mientras que la mayoría de estos temas se refieren a estados internos de la mente, la dignidad está dotada también de un componente externo basado en la percepción del valor del honor de uno mismo y del de la estima de los demás. Afirma que:

El mantenimiento de la dignidad hacia los enfermos se alcanza demostrando cuidado, aceptación, respeto, y compasión hacia cada paciente concreto y hacia cada familia concreta. Así, la muerte con dignidad no sería un constructo separado o aislado sino un proceso interactivo entre el moribundo y sus cuidadores. Por ello, para identificar y poner en marcha opciones respetuosas para con la dignidad es de ayuda posicionar al moribundo a lo

largo de tres dimensiones, dimensiones que están totalmente interrelacionadas: lo personal, lo familiar y lo cultural. (p.378)

Martínez (Íd), afirma que los profesionales de la salud no pueden asegurar que alguien muera con dignidad porque no es algo que los profesionales podamos conferir, porque la dignidad es algo que las personas llevan a la muerte; sin embargo, sí podemos hacer que alguien muera sin indignidad. Esto implica asegurar que en la medida de lo posible respetamos la autonomía de las personas y el uso de la razón (y de las emociones con ella imbricadas), y que eliminamos las barreras a la dignidad que pueden ser eliminadas, por ejemplo, el dolor (controlable). Esto es, que tenemos el deber de no imponer indignidades innecesarias y de minimizar las necesarias. (p. 384)

La dignidad es un atributo del ser humano, es un valor innato y perdurable que llevará consigo en la vida y en la muerte; sólo puede ser afectada por el individuo mismo o cuando es copartícipe de actos que atenten contra la dignidad; ésta no se pierde cuando la persona es sometida o forzada contra su voluntad a realizar actos que sean acordes a su dignidad. Cuando un ser humano ha dirigido su vida dignamente, su morir así también será; las condiciones indignas en que se suscite la muerte, no afectan la dignidad de la persona siempre y cuando las personas que le atiendan le sigan brindando amor, respeto, y consideración.

El término de “muerte digna”, ha sido cuestionado por su ambigüedad. Para Masiá (Íd) es preferible aplicar la expresión de “morir dignamente” que la de “muerte digna”, porque la dignidad se refiere a la persona. “Morir dignamente” sería recorrer con autonomía y dignidad el proceso de morir.

¿Cómo acompañar humanamente a la persona que se aproxima a la muerte? ¿Qué podemos hacer para ayudar a quien muere a que muera con menos soledad? Digo «con menos soledad», en vez de decir «que la persona no muera sola», porque ya sabemos que nadie puede morir la muerte de otra persona. Los que más nos quieren desearían, a veces, morir en nuestro lugar, pero lo que no pueden es morir nuestra propia muerte.

(Íd., p.52-53)

La exigencia del respeto absoluto a la dignidad de la persona es epifanía, es decir, manifestación de la presencia especial de la Vida –así, con mayúscula, remitiendo a lo Absoluto– en todas y cada una de las realidades humanas personales. La persona es manifestación de la Vida y esta epifanía de la Vida es fundamento de la dignidad de la persona, cuando la consideramos desde perspectivas filosóficas o religiosas. (p. 41)

...sin un corazón inclinado a compartir, no se es humano. Sin un corazón que experimente la vergüenza, no se es humano. Sin un corazón dotado de moderación y sensibilidad hacia los demás, no se es humano. Sin un corazón que distinga lo verdadero de lo falso, no se es humano. Un corazón que se compadece es el germen del sentido humanitario. Un corazón que reconoce lo que le avergüenza es el germen del sentido moral. Un corazón hecho de compostura y deferencia hacia los demás es el germen del sentido ritual. Un corazón que distingue lo verdadero y lo falso es el germen del sentido de discernimiento (Mencio, discípulo de Confucio, en Masiá, Íd., p.41)

Mencio encuentra en el propio interior (corazón/conciencia) nuestra propia humanidad, nuestro ser humano y, lo que tenemos en común con los demás, lo que nos vincula con las otras personas inseparablemente, es ese sentido de una comunidad de existencia o de vida, desde donde brota consiguientemente la benevolencia. (en Masiá, p.41)

Nadie debería morir solo. La compañía no evitará la profunda soledad, ni el miedo, ni el dolor ni la incertidumbre que experimenta un moribundo, pero sentir la calidez de otro ser humano que no intenta morir su muerte, sino que nada más ambiciona mostrarle que está a su lado y seguirá ahí, el tiempo que sea necesario, es suficiente para morir tanto dignamente como para morir en paz.

Masiá asegura que si alguien ha asumido su propia muerte, aun sin saber cuando le llegará, se encuentra sufriendo junto a la cabecera de quien va a morir, y sufre por no poder acompañarle muriendo su muerte, en ese caso la persona que acompaña y la acompañada se convertirán la una para la otra en signo, en una especie de sacramento, de que no estamos solos cuando más solos estamos.

Y es entonces, cuando surge la fe.

CAPÍTULO IV

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: “Taller del Perdón a la Muerte”

4.1. JUSTIFICACIÓN

González N. (1999), asevera que la psicoterapia de grupo, como vehículo para brindar ayuda a los pacientes, pretende la resolución de la conflictiva del individuo y su desarrollo interior en el aspecto individual y como consecuencia, habrá un incremento en sus recursos para que pueda adaptarse de una manera más sana a la sociedad en la que vive. (p. XI)

Para Bellack (1993), la *psicoterapia de apoyo* surge como una necesidad de brindar ayuda rápida y concreta a aquellos pacientes que por el contexto en que se encuentran, es difícil proporcionarles un tratamiento más prolongado y profundo para sus problemas. (en González N. 1999., p. 21)

Según Tavira (1999), el aumento en la popularidad de la psicoterapia de grupo se debe a que llega a un mayor número de personas y a que su costo es más bajo que el de la psicoterapia individual. Además se pueden alcanzar varias metas, entre otras:

- a. La solución de conflictos cotidianos y estados de crisis
- b. Servir de compañía y ayuda en las emociones intensas que se presentan ante cualquier proceso de cambio o adaptación
- c. Ayudar en la resolución de problemas vivenciales inevitables
- d. Ayudar para que la persona realice vínculos emocionales duraderos

(en González, p. VI)

Algunos de los principios de la psicoterapia de apoyo aplicada a grupo, proporcionan el marco teórico para elegir la modalidad de taller como propuesta de intervención para revisar, ajustar o modificar patrones conceptuales deformados o matizados por años de tradiciones y costumbres, influencias familiares y del entorno, acerca de los acontecimientos que mayor sufrimiento producen en el ser humano.

Con la promoción del taller, a través de trípticos y carteles en instituciones y clínicas, se forma el grupo de trabajo con la asistencia voluntaria de personas que se interesaron en los temas por motivos particulares y que deberán acudir dos horas cada semana, en el mismo día y horario durante 10 sesiones.

El taller también es aplicable a enfermos crónicos, enfermos terminales de recién diagnóstico y de pronóstico indefinido, pero ajustando a las condiciones especiales de los asistentes el lugar, la duración y frecuencia de las sesiones.

Cada sesión permite al asistente, actualizar y corregir conceptos fundamentales de manera objetiva, eliminando las distorsiones que la familia y la sociedad hayan aportado. Esto abre la posibilidad de que puedan ir resolviendo conflictos pasados y prepararse para actuar asertivamente ante vivencias dolorosas e inevitables que tendrán que enfrentar en cualquier momento.

En el temario se aprecian los temas seleccionados para presentarlos en el taller y que tienen una relación importante con las causas que generan el sufrimiento humano y que son áreas que cuando tienen un grado adecuado de sanidad, las personas pueden afrontar con menor sufrimiento, ya sea ante su propia muerte o la de sus seres queridos.

Iniciar el taller con el tema de los insultos, resulta novedoso y atractivo para los asistentes y, la reflexión sobre el origen y consecuencias del insulto, es utilizado para hacer un puente hacia las diferentes formas de agravio y centrar la atención en temas como el resentimiento, remordimiento y por supuesto, el perdón y la reconciliación, siendo importante que estos últimos hayan sido asimilados en los procesos de duelo y en el afrontamiento de la muerte propia y de los seres queridos.

Los cambios voluntarios que la persona haga serán en sus actitudes, esto se puede considerar más como un crecimiento, que como una afectación a la estructura de su personalidad. Se aplica el término *actitud* porque comprende lo que la persona piensa, siente, dice hacia los demás, en las diversas situaciones y ante sí mismos.

Se puede decir, que son sesiones de trabajo cognitivo y emocional, que no pretenden ser psicoterapia de grupo; sin embargo, con las dinámicas y las sencillas tareas es posible detectar cuando algún asistente requiere de un trabajo terapéutico individual o de otro tipo.

... Cultivando una actitud mental apropiada hacia la vida frente a la adversidad, aceptando las dificultades ambientales y tolerando las limitaciones propias que se es incapaz de cambiar. Se acentúan las virtudes del paciente y la expansión de sus cualidades positivas de personalidad, se le enseña a controlar la emotividad excesiva, a vivir con ansiedad y a aceptar tanto a tolerar la privación, la frustración y la tensión, adquiriendo de esta manera unos controles adecuados... (González, Íd., p. 36)

Una aspiración del taller es que los asistentes comprendan que la dignidad de la vida y la muerte radica en conservar íntegra la esencia del ser humano.

4.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Esta propuesta tiene su origen en un Grupo de Ayuda Mutua para Diabéticos e Hipertensos, que estaba a cargo de la Dra. Martha Rosalía Orozco de la Clínica de Medicina Familiar Narvarte del ISSSTE. Ella detectó que la mayoría de los miembros del grupo, se encontraban bajo estrés ocasionado por los conflictos personales y familiares (presentes y pasados) y esta situación no favorecía el control de la glucosa y de la presión arterial, que había una situación emocional que podía afectar su estado general del salud; también habían externado su temor a la muerte y sobretodo, a las condiciones en que ésta se presentaría.

Aprovechando la facilidad que proporcionaba que el grupo de autoayuda ya estaba conformado y contaba con su plan de capacitación para el manejo de su enfermedad, incluimos un tema acerca del perdón que entusiasmó a las personas, observamos que los asistentes manejaban un concepto distorsionado no sólo del perdón, sino lo relacionado con la muerte. La conclusión fue que era necesario diseñar un taller que los ayudara a reflexionar sobre sus emociones, a sanear su

interior y darles recursos que los auxiliara para enfrentar su enfermedad y su muerte.

4.3. OBJETIVO GENERAL

Al participar en el taller “Del Perdón, a la Muerte”, los asistentes podrán revisar conceptos, rescatar valores, cambiar actitudes, tomar decisiones asertivas y solucionar remordimientos y resentimientos acumulados a través de los años, para que evalúen objetivamente sus condiciones de vida y libremente se decidan a aplicar las acciones necesarias para su bienestar y prepararse para enfrentar las adversidades, entre ellas la enfermedad y la muerte.

4.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Señalar los efectos que provoca en la persona y en sus relaciones interpersonales cualquier forma de agravio y, apreciar la afectación en la estabilidad emocional que producen los resentimientos, los rencores y remordimientos.
- Diferenciar entre “carácter fuerte” y neurosis. Examinar las ganancias que obtiene una persona que sostiene una actitud permanente de enojo.
- Reconocer la distorsión en el significado del perdón para eliminar esquemas inadecuados a fin de liberar sentimientos y emociones.
- Comprender que la libertad personal en la toma de decisiones está vinculada con la aceptación responsable de las consecuencias para tener un manejo adecuado de las culpas, propias y ajenas.
- Distinguir al responsable del desequilibrio emocional con el propósito reasignar las culpas y favorecer la reconciliación.
- Valorar las ventajas del perdón y la reconciliación, entendiendo que este proceso debe iniciarse con la persona misma.
- Comprender el amor como una actitud que debe involucrar pensar, sentir, decir, escuchar y actuar del ser humano.
- Revisar los elementos básicos del amor, para proyectar el concepto del amor como una actitud de vida para mejorar las relaciones interpersonales.

- Analizar la autoestima como un sentimiento valorativo de nuestro ser y apreciar el conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad.
- Apreciar la asertividad como un conjunto de principios y derechos que integran un modelo de vida personal enfocado a mejorar la comunicación humana y a expresar libremente pensamientos y necesidades.
- Diferenciar las características entre los vínculos afectivos y los apegos. para comprender el impacto que puede producir una pérdida.
- Revisar la clasificación de las pérdidas. para comprender el efecto que produce cada diferente pérdida en el ser humano.
- Comprender el sentido del dolor y el sufrimiento como condiciones humanas para corregir conceptos y aplicar nuevas formas de afrontamiento dependiendo de la actitud que libremente se decida tener.
- Redescubrir las lágrimas como fuente de libre expresión de las emociones y captar la diferencia del llanto utilizado para manipular.
- Analizar las diferentes fases del duelo para discernir entre actitudes positivas y erróneas y detectar posibles complicaciones en un proceso de duelo.
- Analizar las diversas características de la vida y los temores comunes para compararlos con las características y temores ante la muerte.
- Juzgar las diversas actitudes que puede tener el ser humano ante la pérdida de salud de sus seres queridos y en sí mismo.
- Entender que la agonía es un proceso previo a la muerte, para poder afrontarlo y conocer la mejor forma de apoyar a un moribundo.
- Distinguir entre los mitos y las realidades acerca de la muerte para comprender las características de la muerte y asimilar el concepto correcto.
- Valorar la importancia de un funeral como rito de despedida y preparación para la elaboración del duelo.
- Comprender que la muerte es una circunstancia natural e inevitable y que aún con el dolor que pueda representar, es una oportunidad de aprendizaje y crecimiento para una vida mejor y en su momento, una buena muerte.

- Identificar cada tipo de muerte para entender los factores que determinan la complejidad del proceso de duelo.
- Aprender que la finitud del ser humano incluye a los seres queridos y a la persona misma lo que permite considerar como buen momento para sanear las relaciones familiares.
- Conocer los signos de muerte ayuda a estar frente al cadáver de un ser querido y evitar que se generen falsas ideas acerca del acontecimiento.
- Comprender que el momento de la muerte es impredecible y por lo tanto es necesario estar preparados y preparar a los seres queridos.
- Valorar la importancia de decidir con anticipación, a quien encargarle la dignidad de su muerte.
- Reconocer que la muerte sirve para aprender a no desperdiciar la vida acumulando rencores y resentimientos.
- Reconocer que la calidad de vida determina la calidad de la muerte y que el ser humano no puede decidir cuándo morirá, pero si puede determinar libremente su actitud ante la muerte.

4.5. TEMARIO

La selección de temas está orientada hacia la revisión que inicia en el perdón como un viático en el trayecto de la vida a la muerte, tratando de atenuar el profundo temor a morir que se conjuga con una buena colección de vivencias perturbadoras.

Se eligió como primer tema el insulto porque los individuos lo han utilizado como un argot, juego, defensa o manifestación de ira, pero que en realidad es una forma neurótica de interrelacionarse y de reaccionar a situaciones que percibe como amenazantes. Aunque en ocasiones es difícil diferenciar entre un insulto y un franca agresión, los agravios son multifactoriales y multifacéticos pero sobre todo, tienen la característica de lastimar a quien lo recibe, dejar huella difícil de borrar y son generadores de emociones destructivas; esto puede ocurrir entre personas que se dicen amar.

El tema del amor se consideró que es indispensable incluirlo, para la fácil comprensión del impacto que produce una pérdida y de todo el proceso de recuperación que se tendrá que pasar.

Como se ha mencionado, el tema de la muerte no está incluido en las pláticas familiares, ni en la escuela, ni en la oficina; por lo tanto, profundizar en el estudio de la agonía y la muerte, permite a los individuos ampliar su visión de este proceso y les proporciona recursos para su adecuado afrontamiento.

El contenido de los temas, debe ser preparado de acuerdo al grupo y a los propósitos que se quieran alcanzar, diseñando diapositivas con información básica pero que se puede modificar o incrementar de acuerdo a las necesidades del grupo. Además, es fundamental que el expositor estudie, profundice y prepare cada uno de los temas y su material. No es un taller en el que se repita de memoria un modelo, es un taller que exige conocimiento y habilidades.

1ª Sesión: **INSULTOS Y AGRAVIOS**

- 1.1. Definición de insulto
- 1.2. Tipos de insultos
- 1.3. Uso y/o abusos del insulto
- 1.4. Definición de agravio
- 1.5. Formas de Agravio
- 1.6. Consecuencias de los agravios
- 1.7. Ira
- 1.8. Ganancias Ocultas
- 1.9. Contra definición del perdón

2ª Sesión: **PERDÓN**

- 2.1. Decisión y Libertad
- 2.2. Buscando al Culpable
- 2.3. Perdón a uno Mismo
- 2.4. Razones para el Perdón
- 2.5. Perdón Es....

3ª Sesión: **AMOR.**

- 3.1. Reflexiones sobre el amor
- 3.2. Autoestima
- 3.3. Asertividad

4ª Sesión: **PÉRDIDAS**

- 4.1. Vínculos Afectivos
- 4.2. Pérdidas
 - 4.2.1. Definición
 - 4.2.2. Clasificación de las pérdidas
 - 4.2.3. Tipos de pérdidas
- 4.3. Dolor y Sufrimiento

5ª Sesión: **DUELO**

- 5.1. Reflexión acerca de las lágrimas
- 5.2. Duelo
 - 5.2.1. Definición de Duelo
 - 5.2.2. Clasificación del Duelo
 - 5.2.3. Fases del Duelo
 - 5.2.4. Actitudes Erróneas en el Duelo
 - 5.2.5. Actitudes Positivas en el Duelo
 - 5.2.6. Complicación del Duelo
 - 5.2.7. Acciones para Resolver el Duelo

6ª Sesión: **VIDA, AGONIA**

- 6.1. Vida
 - 6.1.1. ¿Qué es la vida?
 - 6.1.2. Características de la Vida
 - 6.1.3. Persona y enfermedad
- 6.2. Agonía

7ª Sesión: **MUERTE**

- 7.1. Definición de Muerte

- 7.2. Características de la Muerte
- 7.3. Mitos y Realidades de la Muerte
- 7.4. El funeral y su significado

8ª Sesión: **TIPOS Y CAUSAS DE MUERTE**

- 8.1. Tipos de muerte
- 8.2. Causas de muerte
- 8.3. Factores que complican el duelo
- 8.4. Muerte de seres queridos
- 8.5. Muerte propia
- 8.6. Signos de Muerte

9ª Sesión: **PREPARACIÓN PARA LA MUERTE**

- 9.1. Equipaje terrenal
- 9.2. Equipaje Espiritual
- 9.3. Del Perdón a la Muerte
- 9.4. Muerte Digna

10ª Sesión: **CIERRE DEL TALLER**

- 10.1. La Muerte sirve para Aprender a Vivir
- 10.2. Vivir en Paz para Morir en Paz
- 10.3. Evaluación del Taller
- 10.4. Entrega de Constancias

4.6. PARTICIPANTES

| | |
|--------------------------|--------------|
| Edad: | Min. 15 años |
| | Máx. 90 años |
| Sexo: | Indistinto |
| Grado escolar: | Indistinto |
| Nivel socioeconómico: | Indistinto |
| Población de origen: | Indistinto |
| Localización geográfica: | Indistinto |

| | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| Condición personal característica: | Ninguna |
| Conocimientos previos: | Ninguno |
| Número de participantes: | Min.: 10 Máx.: 30 |
| Forma de Convocatoria: | Tríptico, carteles, promoción directa |

4.7. MATERIALES

| Descripción | Cantidad |
|--|----------|
| Cabeza de unisel de tamaño normal | 1 |
| Remaches metálicos en forma de “espada” | 30 |
| 30 cuarzos pequeños de un color y 30 de otro color | 60 |
| Estampas de con frases diferentes de “amor es” | 30 |
| Cuenta pequeña de acrílico en forma de corazón de color rojo | 30 |
| Cadena para perro pequeño con collar | 1 |
| Lazo de algodón, henequén o rafia de grosor medio y largo de 1.5 m., con nudo corredizo de “ahorcado” en uno de los extremos | 1 |
| Argollas metálicas de tamaño medio | 30 |
| Pedazos de cadena metálica de bajo calibre de 10 cm. de largo | 30 |
| Bote plástico de basura de 20 cm. Aprox. de altura | |
| Ilustraciones de botes de basura con letreros de sentimientos negativos | 30 |
| Hoja tamaño carta con impresos de botes pequeños de basura y con letreros | 30 |
| Cuarzo transparente en forma de gota | 30 |
| Cuentas de acrílico en forma de lágrima | 30 |
| Cartel de 40 X 30 cm. aprox. con ilustraciones diferentes de mariposas de colores | |
| Alfileres con cabeza de colores en forma de corazón | 30 |
| Estampas de 5 X 5 cm. en papel blanco de mariposas | 30 |
| Cuentas pequeñas de acrílico de colores en forma de mano (30) y de pie (30) | 60 |
| Flores medianas de fomi de colores con centro de carita feliz | 30 |
| Hojas impresas para la evaluación del taller | 30 |

4.8. ESCENARIO

INSTITUCIÓN: Clínica de Medicina Familiar, Hospital o Centro de Salud

AULA:

| | |
|-------------------|---|
| Dimensiones: | Mínimo: 10 m. X 5 m. Máximo: 25 m. X 20 m. |
| Mobiliario: | 1 Mesa de 1.20 X 80 cm., mínimo 30 sillas de paleta |
| Iluminación: | Buena |
| Ventilación: | Buena |
| Equipo necesario: | Memoria USB Cañón CPU o Laptop Teclado Retroproyector (para respaldo) Acetatos (para respaldo) Pantalla de proyección |

4.9. INSTRUCTOR

Psicólogo(a) versado en Tanatología, con adecuado dominio de los temas, facilidad de palabra, manejo de grupo y de dinámicas grupales, empático, trato amable y cálido, creativo, perceptivo, facilidad de respuesta, cultura general y popular.

4.10. CARTAS DESCRIPTIVAS

4.10.1. PRIMERA SESIÓN

Objetivos específicos:

- Señalar los efectos que provocan en la persona y en sus relaciones interpersonales cualquier forma de agravio y, apreciar la afectación en la estabilidad emocional que producen los resentimientos, los rencores y remordimientos.
- Diferenciar entre “carácter fuerte” y neurosis. Examinar las ganancias que obtiene una persona que sostiene una actitud permanente de enojo.
- Reconocer la distorsión en el significado del perdón para eliminar esquemas inadecuados a fin de liberar sentimientos y emociones.

| Actividad | Procedimiento | Tiempo |
|--|--|---------|
| 1.1. Presentación | 1.1.1. El instructor se presenta a sí mismo (su nombre y breve perfil académico). 1.1.2. Se explica qué es un taller y cuáles son los objetivos de este taller. | 5 min. |
| 1.2. Encuadre | 1.2.1. Presentación y explicación de las reglas del juego | 20 min. |
| 1.3. Dinámica | 1.3.1. “Conociendo a Tranquilina” | 30 min. |
| 1.4. Exposición oral y visual del tema | 1.4.1.INSULTOS Y AGRAVIOS 1.4.1.1. Definición de insulto 1.4.1.2. Tipos de insultos 1.4.1.3. Uso y/o abusos del insulto 1.4.1.4. Definición de agravio 1.4.1.5. Formas de Agravio 1.4.1.6. Consecuencias de los agravios 1.4.1.7. Ira 1.4.1.8. Ganancias Ocultas 1.4.1.9. Contra-definición del perdón 1.4.2. Preguntas y respuestas | 60 min. |
| 1.5. Asignación de tarea | 1.5.1. Se les pide a los asistentes que durante la semana traten de darse cuenta, cuántas veces clavan “la espada”, a quienes y cuál fue la razón y, si a ellos le clavan alguna “espada” | 5 min. |

Materiales:

- CPU o Laptop, Cañón, Pantalla, CD o USB c/ archivo en Power Point
- Cabeza de unisel
- Remaches o pinchos
- Hoja blanca
- Pluma o lápiz

4.10.2. SEGUNDA SESIÓN

Objetivos específicos:

- Comprender que la libertad personal en la toma de decisiones está vinculada con la aceptación responsable de las consecuencias para tener un manejo adecuado de las culpas, propias y ajenas.
- Distinguir al responsable del desequilibrio emocional con el propósito reasignar las culpas y favorecer la reconciliación.
- Valorar las ventajas del perdón y la reconciliación, entendiendo que este proceso debe iniciarse con la persona misma.

| Actividad | Procedimiento | Tiempo |
|--|---|---------|
| 2.1. Revisión de tarea | 2.1.1. Preguntar a cada asistente cuántas veces clavaron “la espada”, a quienes y cuál fue la razón y, si a ellos le clavaron alguna “espada” | 20 min. |
| 2.2. Dinámica | 2.2.1. “ Los dos cuarzos” | 20 min. |
| 2.3. Canción y reflexión | 2.3.1. “Esos locos bajitos” | 15 min. |
| 2.4. Exposición oral y visual del tema | 2.4.1. PERDÓN 2.4.1.1. Decisión y libertad 2.4.1.2. Buscando al culpable 2.4.1.3. Perdón a uno mismo 2.4.1.4. Razones para el perdón 2.4.2. Perdón es.... 2.4.3. Preguntas y respuestas | 60 min. |
| 2.5. Asignación de tarea | 2.5.1. Se les pide a los asistentes que durante la semana traten de darse cuenta, si tomaron decisiones considerando las posibles consecuencias. | 5 min. |

Materiales:

- CPU o Laptop, Cañón, Pantalla, CD o USB c/ archivo en Power Point
- Dos cuarzos de diferente color y forma para cada asistente
- Reproductor de CD
- CD de Joan Manuel Serrat

4.10.3. TERCERA SESIÓN

Objetivos específicos:

- Comprender el amor como una actitud que debe involucrar el pensar, sentir, decir, escuchar y actuar del ser humano.
- Revisar los elementos básicos del amor, para proyectar el concepto del amor como una actitud de vida para mejorar las relaciones interpersonales.
- Analizar la autoestima como un sentimiento valorativo de nuestro ser y apreciar que el conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales configuran la personalidad.
- Apreciar la asertividad como un conjunto de principios y derechos que integran un modelo de vida personal enfocada a mejorar la comunicación humana y a expresar libremente pensamientos y necesidades.

| Actividad | Procedimiento | Tiempo |
|--|--|---------|
| 3.1. Revisión de tarea | 3.1.1. Preguntar a cada asistente si tomó decisiones importantes considerando las consecuencias | 20 min. |
| 3.2. Dinámica | 3.2.1. “¿Qué es el amor?” | 20 min. |
| 3.3. Exposición oral y visual del tema | 3.3.1. AMOR 3.3.1.1. Reflexiones sobre el amor 3.3.2. Autoestima 3.3.3. Asertividad 3.3.4. Preguntas y respuestas | 60 min. |
| 3.4. Dinámica | 3.4.1. “Basura” | 15 min. |
| 3.5. Asignación de tarea | 3.5.1. Se les entrega a los asistentes una hoja con dibujos de diversos botes de basura para que marquen en ellos las “basuras” que quieran tirar y deben traerlas anotadas por separado en pequeños pedazos de papel. | 5 min. |

Materiales:

- CPU o Laptop, Cañón, Pantalla, CD o USB c/ archivo en Power Point
- Bote de basura chico
- Estampa 5x5 cm. para cada asistente, con un dibujo de bote de basura y con diversos letreros de “basuras emocionales”.
- Hoja tamaño carta con ilustraciones de varias “basuras emocionales”

4.10.4. CUARTA SESIÓN

Objetivos específicos:

- Diferenciar las características entre los *vínculos afectivos* y los *apegos* para comprender el impacto que puede producir una pérdida.
- Revisar la clasificación de las pérdidas para comprender el efecto que produce cada diferente pérdida en el ser humano.
- Comprender el sentido del dolor y el sufrimiento como condiciones humanas, para corregir conceptos y aplicar nuevas formas de afrontamiento dependiendo de la actitud que libremente se decida tener.

| Actividad | Procedimiento | Tiempo |
|--|--|---------|
| 4.1. Revisión de tarea | 4.1.1. Pasar con cada uno de los asistentes a recolectar “sus basuras”, recoger sus hojas y que comenten sobre el tema. | 20 min. |
| 4.2. Dinámica | 4.2.1. “La cadena” | 20 min. |
| 4.3. Exposición oral y visual del tema | 4.3.1. PÉRDIDAS 4.3.1.1. Vínculos Afectivos 4.3.1.2. Definición de Pérdida 4.3.1.3. Clasificación de las Pérdidas 4.3.1.4. Tipos de Pérdidas 4.3.2. Dolor Y Sufrimiento | 60 min. |
| 4.4. Dinámica | 4.4.1. ¿“Cuándo fue que lloraste?” | 15 min. |
| 4.5. Asignación de tarea | 4.5.1. Se les pide a los asistentes que traigan por escrito lo que piensen acerca de las lágrimas. | 5 min. |

Materiales:

- CPU o Laptop, Cañón, Pantalla, CD o USB c/ archivo en Power Point
- Cadena para perro pequeño con collar
- Lazo de algodón, henequén o rafia de grosor medio y largo de 1.5 m., con nudo corredizo de “ahorcado” en uno de los extremos
- Cuenta pequeña de acrílico en forma de corazón de color rojo
- Argolla metálica de tamaño medio
- Pedazos de cadena metálica de bajo calibre de 10 cm. de largo
- Cuarzo transparente en forma de gota de agua para cada asistente

4.10.5. QUINTA SESIÓN

Objetivos específicos:

- Redescubrir las lágrimas como fuente de libre expresión de las emociones y captar la diferencia del llanto utilizado para manipular.
- Analizar las diferentes fases del duelo para discernir entre actitudes positivas y erróneas y poder detectar posibles complicaciones en un proceso de duelo.

| Actividad | Procedimiento | Tiempo |
|--|--|---------------|
| 5.1. Revisión de tarea | 5.1.1. Recoger a cada asistente su tarea de las lágrimas. | 5 min. |
| 5.2. Reflexión | 5.2.1. “Dos monedas” | 15 min. |
| 5.3. Exposición oral y visual del tema | 5.3.1. DUELO 5.3.1.1. Sentido de las lágrimas 5.3.1.2. Definición de Duelo 5.3.1.3. Clasificación del Duelo 5.3.1.4. Fases del duelo 5.3.1.5. Actitudes erróneas 5.3.1.6. Actitudes positivas 5.3.1.7. Complicación del Duelo 5.3.1.8. Acciones para resolver el Duelo | 60 min. |
| 5.4. Testimonios | 5.4.1. A quien quiera participar, se pide que manera breve platique una experiencia de duelo. | 25 min. |
| 5.5. Aclaración de dudas | 5.5.1. Preguntas y respuestas | 15 min. |

Materiales:

- CPU o Laptop, Cañón, Pantalla, CD o USB c/ archivo en Power Point
- Cuenta de acrílico transparente en forma de gota
- Dos pequeñas monedas

4.10.6. SEXTA SESIÓN

Objetivos específicos:

- Analizar las diversas características de la vida y los temores comunes, para compararlos con las características y temores ante la muerte.
- Juzgar las diversas actitudes que puede tener el ser humano ante la pérdida de salud de sus seres queridos y de sí mismo.
- Entender que la agonía es un proceso previo a la muerte para poder afrontarlo y conocer la mejor forma de apoyar a un moribundo.

| Actividad | Procedimiento | Tiempo |
|--|---|---------------|
| 6.1. Repaso de temas | 6.1.1. Revisar el contenido de las diferentes sesiones para comprender que los temas expuestos son básicos para entender acerca de la vida y la muerte. | 30 min. |
| 6.2. Dinámica | 6.2.1. "Espejo" | 20 min. |
| 6.3. Exposición oral y visual del tema | 6.3.1. VIDA Y AGONÍA 6.3.1.1. ¿Qué es la vida? 6.3.1.2. Características de la Vida 6.3.1.3. Persona y enfermedad 6.3.2. Agonía | 60 min. |
| 6.4. Aclaración de dudas | 6.4.1. Preguntas y respuestas | 10 min. |

Materiales:

- CPU o Laptop, Cañón, Pantalla, CD o USB c/ archivo en Power Point
- Espejo de papel

4.10.7. SÉPTIMA SESIÓN

Objetivos específicos

- Distinguir entre los mitos y las realidades acerca de la muerte para comprender sus características y asimilar el concepto correcto.
- Valorar la importancia de un funeral, como rito de despedida y preparación para la elaboración del duelo.
- Comprender que la muerte es una circunstancia natural e inevitable y que aún con el dolor que pueda representar, es una oportunidad de aprendizaje y crecimiento para una vida mejor y en su momento, una buena muerte.

| Actividad | Procedimiento | Tiempo |
|--|---|---------|
| 7.1. Dinámica | 7.1.1. El funeral más impactante | 30 min. |
| 7.2. Exposición oral y visual del tema | 7.1. MUERTE 7.1.1. Definición de Muerte 7.1.2. Características de la Muerte 7.1.3. Mitos y Realidades de la Muerte 7.2. El funeral y su significado | 60 min. |
| 7.3. Dinámica | 7.3.1. “Disecadores de almas” | 20 min. |
| 7.4. Asignación de tarea | 7.4.1. Se les solicita a los asistentes que observen cuántas etiquetas colocan a los demás y a sí mismos. | 10 min. |

Materiales:

- CPU o Laptop, Cañón, Pantalla, CD o USB c/ archivo en Power Point
- Un Muestrario de diferentes tipos de mariposas.
- 30 estampas de mariposa.
- 30 alfileres con cabeza de colores en forma de corazón.

4.10.8. OCTAVA SESIÓN

Objetivos específicos:

- Identificar cada tipo de muerte para entender los factores que determinan la complejidad del proceso de duelo.
- Aprender que la finitud del ser humano incluye a los seres queridos y a la persona misma, lo que permite considerar como buen momento para sanear las relaciones familiares.
- Conocer los signos de muerte ayuda a estar frente al cadáver de un ser querido y evitar que se generen falsas ideas acerca del acontecimiento.

| Actividad | Procedimiento | Tiempo |
|--|--|---------|
| 8.1. Revisión de tareas | 8.1.1. Pedir a los asistentes que expresen cuántas etiquetas colocaron a los demás y a sí mismos. | 20 min. |
| 8.2. Dinámica | 8.2.1. "Dos copas" | 20 min. |
| 8.3. Exposición oral y visual del tema | 8.3.1. TIPOS Y CAUSAS DE MUERTE 8.3.1.1. Tipos de Muerte 8.3.1.2. Causas de Muerte 8.3.1.3. Factores que complican el Duelo 8.3.1.4. Muerte de seres queridos 8.3.1.5. Muerte propia 8.3.2. Signos de Muerte | 60 min. |
| 8.4. Aclaración de dudas | 8.4.1. Preguntas y respuestas | 20 min. |

Materiales:

- CPU o Laptop, Cañón, Pantalla, CD o USB c/ archivo en Power Point
- 2 copas pequeñas de plástico para cada asistente

4.10.9. NOVENA SESIÓN

Objetivos específicos:

- Comprender que el momento de la muerte es impredecible y por lo tanto es necesario estar preparados y preparar a los seres queridos.
- Valorar la importancia de decidir con anticipación, a quien encargarle la dignidad de su muerte.
- Reconocer que la muerte sirve para aprender a no desperdiciar la vida acumulando rencores y resentimientos.

| Actividad | Procedimiento | Tiempo |
|--|---|---------------|
| 9.1. Dinámica | 9.1. "La huella" | 20 min. |
| 9.2. Exposición oral y visual del tema | 9.2.1. PREPARACIÓN PARA LA MUERTE 9.2.1.1. Equipaje Terrenal 9.2.1.2. Equipaje Espiritual 9.2.2. Del Perdón a la Muerte 9.2.3. Muerte Digna | 60 min. |
| 9.4. Aclaración de dudas | 9.4.1. Preguntas y respuestas 9.4.2. Propuestas de tema de para ampliar o no incluido pero relacionado con el taller | 40 min. |

Materiales:

- CPU o Laptop, Cañón, Pantalla, CD o USB c/ archivo en Power Point
- 2 piezas de acrílico en forma de pie y de mano, para cada asistente

4.10.10. DÉCIMA SESIÓN

Objetivos específicos:

- Reconocer que la calidad de vida determina la calidad de la muerte y que el ser humano no puede decidir cuándo morirá pero si puede determinar libremente su actitud ante la muerte.

| Actividad | Procedimiento | Tiempo |
|------------------------------|---|---------------|
| 10.1. Tema adicional | 10.1.1. Exposición del tema | 30 min. |
| 10.2. Evaluación del taller | 10.2.1. Solicitar a los asistentes que respondan el cuestionario de evaluación del taller. | 10 min. |
| 10.3. Cierre del Taller | 10.2.1. Conclusiones 10.2.1.1. La muerte sirve para aprender a vivir 10.2.1.2. Vivir en paz para morir en paz | 30 min. |
| 10.3. Entrega de constancias | 10.3.1. Entregar a cada participante, su constancia de asistencia al taller. | 15 min. |
| 10.4. Cierre del taller | 10.4.1. Agradecimiento y cierre oficial del taller. | 5 min. |
| 10.5. Convivencia (opcional) | Despedida | 30 min. |

Materiales:

- CPU o Laptop, Cañón, Pantalla, CD o USB c/ archivo en Power Point
- Hoja de evaluación
- Constancias

4.11. DESCRIPCIÓN DE LAS DINÁMICAS

JUSTIFICACIÓN

Las dinámicas son originales y fueron diseñadas específicamente para cada uno de los temas de este taller. Siendo grupos heterogéneos y con temas que pueden tocar fibras sensibles en el ser humano, se buscó que fueran sencillas, ágiles y divertidas pero que cumplieran el propósito de enriquecer la sesión y confrontar a los asistentes con ellos mismos.

4.11.1. CONOCIENDO A TRANQUILINA

Propósito: Que los asistentes reflexionen sobre la facilidad con la que las personas insultan sin pensar en las consecuencias y la reticencia para pedir perdón al ofendido.

Procedimiento: Se muestra una cabeza de unisel, presentándola como “Tranquilina” y que está dispuesta a recibir insultos. Se les indica a los asistentes que, cada uno le va a dirigir un insulto (el que sea, el que más utilicen o el que más les haya enojado o lastimado) pero con la condición de “clavarle una espada”. Ya que todos lo han hecho se hace la reflexión de cómo quedó “Tranquilina” y se les pide que le quiten “la espada clavada” y le pidan un a disculpa.

Conclusión: Entender que los insultos son una forma inadecuada de responder a las circunstancias y la distancia hacia la agresión (en cualquiera de sus formas) es muy corta.

4.11.2. LOS DOS CUARZOS

Propósito: Analizar el rechazo y la dificultad que tienen los individuos para tomar decisiones.

Procedimiento: Se les entrega a cada asistente una bolsita con dos cuarzos, se les pide que los observen y que escojan uno y digan porque lo eligieron. Después de que han expresado sus preferencias se les pide que devuelvan el que menos les gustó.

Conclusión: Se demuestra que los individuos no ponen atención a las indicaciones y que la forma de tomar decisiones la mayoría de las veces, se realiza sin analizar.

4.11.3. ESOS LOCOS BAJITOS

Propósito: Analizar cómo la mayoría de los individuos son educados y, principalmente cómo los padres tienden a evitar a sus hijos las situaciones de sufrimiento.

Procedimiento: Se pone el compact disk con la canción y se les pide a los asistentes que vayan siguiendo la letra que les fue entregada y al finalizar, se pide sus comentarios.

ESOS LOCOS BAJITOS

Letra y Música de Joan Manuel Serrat

A menudo los hijos se nos parecen,
así nos dan la primera satisfacción;
ésos que se menean con nuestros gestos,
echando mano a cuanto hay a su alrededor.

Esos locos bajitos que se incorporan
con los ojos abiertos de par en par,
sin respeto al horario ni a las costumbres
y a los que, por su bien, hay que domesticar.

Niño, deja ya de joder con la pelota.
Niño, que eso no se dice,
que eso no se hace,
que eso no se toca.

Cargan con nuestros dioses y nuestro idioma,
nuestros rencores y nuestro porvenir.
Por eso nos parece que son de goma
y que les bastan nuestros cuentos
para dormir.

Nos empeñamos en dirigir sus vidas
sin saber el oficio y sin vocación.
Les vamos trasmitiendo nuestras frustraciones
con la leche templada
y en cada canción.

Nada ni nadie puede impedir que sufran,
que las agujas avancen en el reloj,
que decidan por ellos, que se equivoquen,
que crezcan y que un día
nos digan adiós.

Conclusión: El ser humano, a lo largo de su vida, enfrentará situaciones de dolor y sufrimiento y que algunas de ellas no podrá evitarlas.

4.11.4. ¿QUÉ ES EL AMOR?

Propósito: Conocer las opiniones que cada participante tiene acerca del amor para corregir conceptos erróneos.

Procedimiento: Se les entrega a cada participante una estampa con una caricatura y una frase acerca del amor. Se les pide que den su opinión.

Conclusión: Diferenciar entre lo que sí es el amor y lo que no.

4.11.5. BASURA

Propósito: Darse cuenta que se han ido acumulando emociones negativas y cómo se han ido descomponiendo, y hacen daño

Procedimiento: Mientras se está haciendo la exposición del tema, se hace una interrupción, diciéndoles que la tarea para la próxima sesión es “traer en una bolsa toda la basura que hayan generado durante la semana”. Cuando surgen las protestas se les dice que el instructor ha cargado con basura y la va a compartir con ellos. Se les pide a los asistentes que metan la mano en la bolsa y que saquen lo que encuentren. Sacan un papel que ilustra “basuras emocionales”: odio, resentimiento, ira, deseos de venganza, etc.

Conclusión: Las personas tienen rechazo hacia la basura pero no se percatan que dentro de ellos van cargando su “basura”.

4.11.6. LA CADENA

Propósito: Reflexionar que algunas personas están encadenadas por sus seres queridos o tienen encadenados a esos seres que dicen amar.

Procedimiento: Se les muestra una “cadena de perro” y se les pregunta si se la colocarían a un ser querido y también se solicita un voluntario para ser encadenado. Se les pide que observen traten de ver si no se reflejan en esa situación, en cualquiera de los extremos de la cadena. Se libera al participante y se hace lo mismo con el lazo de algodón. Se les entrega una cuenta en forma de corazón con una argolla y un pedazo de cadena.

Conclusión: Comprender la gran diferencia que existe entre el apego y el vínculo afectivo.

4.11.7. ¿CUÁNDO FUE QUE LLORASTE?

Propósito: Detectar entre los asistentes si usan el llanto como una forma de expresar sus emociones o si han reprimido esa capacidad.

Procedimiento: Se les pregunta a cada asistente ¿cuándo fue la última vez que lloraron y por qué? Se les entrega un cuarzo transparente y cóncavo. Se les indica que si tratan de ver a través de él, la visión será borrosa, pero si la colocan en uno de sus dedos y observan por la parte cóncava, se pueden ver reflejadas muchas cosas. Lo mismo sucede con el llanto.

Conclusión: El llanto sirve para expresar emociones y que mientras se está llorando la visión se distorsiona pero cuando ha cesado, se puede ver con más claridad las situaciones.

4.11.8. DOS MONEDAS

Propósito: Percibir la sutileza entre “aprisionar los objetos” o abrir posibilidades.

Procedimiento: Dar a cada persona dos monedas, que las coloquen en su mano y la cierren, apretando su mano, preguntando si podrían hacer algo con las monedas así. Después se les pide que abran su mano con la palma hacia arriba y que imaginen lo que podrían hacer con ellas, sin tenerlas aferradas.

Conclusión: Evitar que el apego, cierre nuevas oportunidades.

4.11.9. ESPEJO

Propósito: Motivar a los asistentes a que se redescubran a sí mismos como seres valiosos.

Procedimiento: Se les entrega una hoja con el dibujo de un espejo y se les pide que se observen. Se les va preguntando a cada uno, algún rasgo característico de su rostro o qué más les gusta de su cara. Después se les pregunta si pueden “ver” sus cualidades y alguno de sus defectos.

Conclusión: Valorar la importancia que tiene el conocimiento de uno mismo y su aceptación, ya que puede ser determinante para su relación con los demás.

4.11.10. DISECADORES DE ALMAS

Propósito: Comprender la influencia negativa que tiene el colocar “etiquetas”.

Procedimiento: Se muestra un cartel con ilustraciones de diferentes mariposas, simulando el muestrario de un coleccionista de mariposas. Se les cuestiona, si a ellos tendrían esta afición en la que tendrían que colocarse un alfiler a la mariposa viva. A la mayoría les resulta repulsiva esta idea y se les conduce a pensar en todos los alfileres (se les entrega un alfiler y una mariposa de papel) que se colocan a sí mismos y a los demás.

Conclusión: Entender el daño que se hacen las personas cuando colocan etiquetas (a sí mismos o a otros), tales como: “no puedo”, “no sirvo para nada”, “soy tonto”, etc.

4.11.11. DOS COPAS

Propósito: Captar que el “sabor de la vida” es una decisión personal.

Procedimiento: Se entrega a cada asistente dos copas. Primero se les pide que mencionen cuál para ellos es el sabor más desagradable que hayan probado y, posteriormente que digan el más agradable. Se reflexiona que “el sabor de la vida”, es algo más de lo que se percibe por el sentido del gusto y que cada uno decide el sabor que le van a aplicar a su vida.

Conclusión: Cada persona, tiene la capacidad aplicar a su vida sabor y sentido, tanto como propósito personal como decisión.

4.11.12. LA HUELLA

Propósito: Recordar que cada paso que da el ser humano, deja una huella.

Procedimiento: Entregar a cada persona una bolsita con una cuenta en forma de mano y otra de pie. La indicación es pedirles que decidan si quieren “mano” o “pie”, dependiendo de lo que elijan, estrecharan esa parte a su compañero de al lado. Al surgir las protestas, se aclara que el verdadero sentido de esos objetos es que recuerden que cada uno de sus pasos, de sus decisiones dejaran huellas y que cuando sientan que perdieron el camino, no olviden de pedir ayuda.

Conclusión: Vivir responsablemente, con sentido, con libertad de decisión, pero teniendo la humildad de reconocer cuando se necesita ayuda.

4.12. ANEXOS

4.12.1. AUTOEVALUACIÓN

| TRATANDO DE SER SINCERO | CASI | A | CASI |
|---|-------------|----------|-------------|
| 1. Soy considerado con las personas que me rodean. | | | |
| 2. Escucho y tengo en cuenta las opiniones de los | | | |
| 3. Puedo enfrentarme a los problemas. | | | |
| 4. Confío en la capacidad de los demás. | | | |
| 5. Consulto a mi familia antes de tomar una decisión. | | | |
| 6. Consulto a mi pareja antes de tomar una decisión. | | | |
| 7. Admito mis errores. | | | |
| 8. Juzgo aunque me falte información. | | | |
| 9. Conozco mis sentimientos | | | |
| 10. Me cuesta perdonar. | | | |
| 11. Soy siempre auténtico. | | | |
| 12. Busco el bien de mis seres queridos. | | | |
| 13. Busco el bien de los demás. | | | |
| 14. Practico lo que aconsejo. | | | |
| 15. Soy capaz de defenderme. | | | |
| 16. Descubro los valores de mis semejantes. | | | |
| 20. Las personas conmigo se sienten a gusto. | | | |
| 21. Pienso antes de hablar. | | | |
| 22. Pienso antes de actuar. | | | |
| 23. Acepto quejas y críticas. | | | |
| 24. Respeto las opiniones de los demás. | | | |
| 25. Me acepto a mí mismo. | | | |
| 26. Digo y hago lo correcto. | | | |
| 27. Me siento libre. | | | |
| 28. Puedo controlar mi enojo. | | | |
| 29. Me gusta insultar. | | | |
| 30. Soy presa fácil de la agresión. | | | |

Nombre: _____ Fecha: _____

4.12.2. BASURA EMOCIONAL



De las "basuras emocionales" enlistadas, marca las que tú consideras tener o no, en la columna correspondiente.

| | SI | NO | | SI | NO |
|-----------------|----|----|----------------|----|----|
| REŅGOR | | | IRRIGTABILIDAD | | |
| DEPENDEŅCIA | | | NEGATIVIDAD | | |
| ANGUSTIA | | | IRA | | |
| DESAMOR | | | INDIFERENCIA | | |
| DESIDIA | | | INSULTOS | | |
| TRISTEZA | | | IMPOSICION | | |
| DETEPCION | | | DEBILIDAD | | |
| RESENTIMIENTO | | | AMARGURA | | |
| ABANDONO | | | INCOMPRESION | | |
| IMPULSIVIDAD | | | FRUSTRACION | | |
| APATIA | | | INTOLERANCIA | | |
| AGRAVIOS | | | CRITICAS | | |
| DOLOE | | | HASTIO | | |
| MIEDOS | | | MALHUMOR | | |
| ODIO | | | PESIMISMO | | |
| FLOJERA | | | REMORDIMIENTO | | |
| DESESPERANZA | | | TENSION | | |
| NECEDAD | | | RECHAZO | | |
| MENTIRAS | | | CULPAS | | |
| INDETERMINACION | | | VIOLENCIA | | |

4.12.3. EVALUACION DEL TALLER

Con el fin de optimizar el taller, es importante que nos dé su honesta opinión a las preguntas.

1.- Los temas incluidos en el taller, fueron:

Insuficientes Adecuados Complejos Interesantes Excesivos

2.- Las dinámicas, ejercicios o tareas, fueron:

Insuficientes Adecuados Complejos Interesantes Excesivos

3.- Las explicaciones, fueron:

Insuficientes Adecuadas Complejas Interesantes Excesivas

4.- El tiempo de las sesiones (2 horas), fue:

Insuficiente Adecuado Excesivo

5.- La duración del taller, fue:

Insuficiente Adecuado Excesivo

6.- El material, fue:

Insuficiente Adecuado Complejo Interesante Excesivo

7).- ¿Eliminaría algún tema?

8).- ¿Qué tema le gustaría que se incluyera?

9).- ¿Aprendió a identificar sus heridas?

10).- ¿Podrá curarlas? ¿Necesitará apoyo?

11).- ¿Cree usted que este taller le ayudará a mejorar su calidad de vida?

12).- ¿Encontrará el sentido a su vida?

13).- ¿Sus temores acerca de la muerte, disminuyeron?

Comentarios:

Fecha:

4.12.4. TRÍPTICO

*... Libera el espíritu
para que vuele por los espacios
en busca de la luz
que ilumina el mundo.*

*¡En las alturas, la luz!
¡En las alturas, la paz!*

*En las alturas,
la música del cielo
que suaviza los dolores
y conforta los corazones.*

*Suelta tu alma y libera
tu mente de los impedimentos
de la materia podrida
que entenebrece lo anhelos del corazón...*

*¡ Suéltate !
¡ Libérate !
¡ Vuela !*

*Y todo lo que el universo produce
de bello y grandioso
será alimento para tu corazón,
inspiración para tu mente,
luz para tus ojos,
música para tus oídos
y alivio en tu soledad.*

Carlos Torres Pastorino

EXPOSITOR

LUGAR

HORARIO

INFORMES



TEMARIO

Día- Mes-Año

1ª Sesión

- **INSULTOS**

- ✂ Definición

- ✂ Tipos de insultos

- ✂ Uso y/o abusos del insulto

- **AGRAVIO**

- ✂ Definición

- ✂ Formas de agravio

- ✂ Consecuencias de los agravios

- **IRA**

- ☹ Definición

- ☹ Ganancias ocultas

- **PERDÓN**

- ✕ Contra-definición del perdón

Día- Mes-Año

2ª Sesión

- Decisión y libertad
- Buscando al culpable
- Perdón a uno mismo
- Razones para el perdón
- Perdón es....

Día- Mes-Año

3ª Sesión

- ♥ Reflexiones sobre el amor
- Autoestima
- Asertividad

Día- Mes-Año

4ª Sesión

- Vínculos afectivos
- Pérdidas
 - ☹ Definición.
 - ☹ Clasificación de las Pérdidas.
 - ☹ Tipos de Pérdidas.
- Dolor y sufrimiento.

Día- Mes-Año

5ª Sesión

- Reflexión acerca de las lágrimas
- Duelo
 - ✂ Definición de duelo
 - ✂ Clasificación del duelo
 - ✂ Fases del duelo
 - ✂ Actitudes erróneas en el duelo
 - ✂ Actitudes positivas en el duelo
 - ✂ Complicación del duelo.
 - ✂ Acciones para resolver el duelo.

Día- Mes-Año

6ª Sesión

- ¿Qué es la vida?
 - Características de la vida
 - Persona y enfermedad
- Agonía

Día- Mes-Año

7ª Sesión

- Muerte
 - ✂ Definición de muerte
 - ✂ Características de la muerte
 - ✂ Mitos y realidades de la muerte
- El funeral y su significado

Día- Mes-Año

8ª Sesión

- Tipos y causas de muerte
 - ✂ Factores que complican el duelo
 - ✂ Muerte de seres queridos
 - ✂ Muerte propia
- Signos de muerte

Día- Mes-Año

9ª Sesión

- Preparación para la muerte
 - ☞ Equipaje terrenal
 - ☞ Equipaje espiritual
 - ☞ Del perdón a la muerte
 - ☞ Muerte digna

Día- Mes-Año

10ª Sesión

- Cierre del taller
- Conclusiones
- Evaluación del taller
- Entrega de Constancias

ALCANCES

Cada una de las áreas y de las teorías existentes de la Psicología tienen mucho que aportar al campo de la Tanatología y ésta, tiene conocimientos y experiencias que compartir con la Psicología. Ese enlace tendría como resultado ideas muy valiosas para la consejería tanatológica.

A nivel de investigación, con todos los recursos que tiene la Psicología, se podría y debería cubrir ciertos vacíos en relación a los moribundos y la muerte, tales como:

1. La falta de una recopilación documental de las aportaciones de los distintos estudiosos (Freud, Klein, Bowlby, Tizón, Montoya, entre muchos otros) que a través de los años han hecho sobre las pérdidas, duelo, moribundos y muerte; buscando, rescatando información para aplicarla en un mejor abordaje tanatológico.
2. La investigación y documentación sobre los temores, sentimientos, emociones, actitudes y experiencias de los moribundos y de sus familiares.
3. Planes de seguimiento a los familiares para conocer cómo superaron la pérdida y cómo fue su proceso de duelo; así como identificar los casos de duelo complicado, para su adecuada atención.
4. Delimitar la frontera entre duelo complicado o trastornos de personalidad.
5. Elaborar planes de educación tanatológica para población abierta, en instituciones de salud, para preparar a las personas para la enfermedad y la muerte; sobre todo para la formación tanatológica de los profesionales de la salud.
6. Investigar la agonía y muerte en pacientes psiquiátricos, en discapacitados, y autistas.
7. Aportar sus conocimientos para la consolidación de la Tanatología como ciencia formalmente reconocida.

LIMITACIONES

La información estadística con que se cuenta, está limitada a las causas de muerte, edades, géneros, de cuántos son sepultados y cuántos cremados, la saturación de los cementerios de la ciudad, y alguna otra información, pero no hay registro y menos en México, de cómo murieron cuáles eran sus angustias, si hubo un abordaje, sus últimos deseos, qué pasaba con la familia, cómo elaboraron el duelo en pacientes y familias mexicanas.

Otra limitación importante, es que en los casos de duelo, es aún más difícil que recurran a una ayuda profesional; por ideología o por economía prefieren superar la pérdida a su manera, aunque les lleve más tiempo o implique un sufrimiento mayor o que se haya derivado en un duelo complicado. Las personas prefieren creer que el sufrimiento redime o compensa algunos de sus actos y prefiere recurrir a las cosas de contenido mágico. Les resulta más atractiva la idea de hablar con los muertos que hablar con los vivos de sus muertos.

En años recientes, a nivel institucional y gubernamental ya se ha considerado la importancia de los Cuidados Paliativos y de la Asistencia Tanatológica, pero falta asignar de recursos para implementar estos programas.

Un obstáculo muy importante es la difusión distorsionada o comercializada que en los medios de comunicación se ha hecho en materia de perdón, pérdidas, duelos y muerte; sobre todo porque los talleres, cursos o pláticas que organizan personas que se ostentan como especialistas en Tanatología, han hecho una mezcla abigarrada de distintas disciplinas, filosofías, doctrinas, técnicas de superación personal o dinámicas de grupo, y están más orientadas hacia la sugestión que a la solución de una problemática.

Las limitaciones que tiene la Tanatología, no difieren mucho de las que la Psicología ha tenido que superar y a las que aún, se sigue enfrentando.

CONCLUSIONES

Este trabajo es una muestra de la amplitud del campo tanatológico. Muchos de estos temas es necesario ampliarlos y faltó incluir muchos otros: la eutanasia, el suicidio, la consejería tanatológica, testamentos de vida, donación de órganos, otras formas de disposición del cuerpo, trámites funerarios y aspectos legales, las experiencias cercanas a la muerte.

Se enfocó hacia el ser humano ante la enfermedad, la agonía y la muerte, pero el sufrimiento humano es multifactorial y compañero de vida, hasta que llegue el momento de la muerte

Nadie puede evitar que las personas sufran, pero si se puede acompañarlas y tratar de transmitirles la esperanza de que ningún dolor es para siempre. También se puede intentar que comprendan que el motivo de su sufrimiento puede tener otra cara que no han logrado ver. Siempre hay algo más de lo que tenemos frente a los ojos.

Es cierto que ni el cuerpo médico, ni el psicólogo ni el tanatólogo pueden saber todo lo que sufre un enfermo terminal, un agonizante o su familia; sin embargo, tienen recursos para entenderlo y proporcionar una buena dosis de alivio, porque cuentan no sólo con la preparación profesional, sino también con una formación intelectual, emocional y espiritual para poder acercarse al sufrimiento humano.

Llegar al final de la vida con dignidad, no radica en la claridad de la mente, en el estado de salud, en el buen funcionamiento de los esfínteres, o lo deteriorado del cuerpo. La dignidad del hombre está en función del amor y el respeto a su persona, a su forma de ser y de pensar, a sus deseos, pero por sobre todas las cosas está resguardada en su condición de Ser Humano.

Para procurar una muerte con dignidad, debe haber calidad de vida y esta se puede alcanzar, cuando el ser humano aprende a aprovechar las experiencias inherentes al estar vivo, sin desperdiciar energía lamentándose por las dificultades. Cuando el individuo descubre que ante el encuentro inevitable del dolor y el sufrimiento, su actitud será determinante para el triunfo o la derrota y sobretodo,

para encontrar el sentido de su vida y, que se de cuenta de que el poder sentir amor, alegría y dolor, es un privilegio que da la libertad y en el que radica la fuerza del ser humano.

Vivir, amar, sufrir, morir para aprender a despedirse y a decir adiós.

En conclusión, realizar un tratado sobre la muerte ha sido vivificante.

REFERENCIAS

LIBROS

Arias, G. F. y Heredia, E. V. (2004, 3ª.) ***Administración de Recursos Humanos para el Alto Desempeño***, México: Ed. Trillas, 1ª Ed. 1975

Aguayo, E. (2001) ***Meditación sobre la Muerte*** (Una visión esperanzadora), México: Editorial Basilio Núñez

Behar, P. D. (2003, 1ª.) ***Un Buen Morir, Encontrando sentido al proceso de la muerte***, México: Editorial Pax

Cereijido, M. y Blanck-Cereijido, F. (2009, 5ª.) ***La Muerte y sus Ventajas***, México: Fondo de Cultura Económica (Colección La Ciencia para Todos; 156), 1ª Edición 1987

Cueli, J., Reidil, L., Martí, C., Lartigue, T. y Michaca, P. (1997, 3ª.), ***Teorías de la Personalidad***, México, Ed. Trillas, 1ª Edición 1972

De La Fuente, R. (2002, 7ª.) ***Psicología Médica***, México: Fondo de Cultura Económica, 1ª Edición 1959

Durkheim, Emile (2004) ***El Suicidio***, México: Ed. Tomo, 1ª Ed. 1897

Fonnegra de Jaramillo, I. (2001, 12ª.) ***De Cara a la Muerte***, España: Editorial Andrés Bello, 1ª. Ed. 1999

Frankl, V. (2004, 9ª.), ***El hombre en busca de sentido***. España: Editorial Herder, 1ª Ed. 1946.

Fromm, E. (2001), ***El Arte de Amar***, México: Ed. Paidós, 1ª Ed. 1959

González-Crussi, F. (1996), ***Notas de un Anatomista***, México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y Fondo de Cultura Económica, 1ª Ed. 1986

González Núñez, J. de J. (1999), ***Psicoterapia de grupos***, Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas, México, El Manual Moderno

Kübler-Ross, E. (2006) ***Sobre la Muerte y los Moribundos***, Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados, México: De Bolsillo (Random House Mondadori)

Ortiz, F. (2002, 2ª.) ***Historia del Pensamiento Médico***, México: McGraw-Hill, 1ª Ed. 2000

Reyes Zubiría, L. A. (1996, 1ª) ***Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Terminal y a su Familia*** Curso Fundamental de Tanatología, Tomo III, México: Asociación Mexicana de Tanatología

Rimpoché, S. (2002) ***El Libro Tibetano de la Vida y de la Muerte***, España: Ediciones Urano, 1ª. Ed. 1992.

Rivara, K. G. (2003, 1ª) ***El Ser para la Muerte***, Una ontología de la finitud (Fragmentos para una reflexión sobre la muerte) México: Colección Seminarios, Ed. Itaca, Fac. Filosofía y Letras, UNAM

Sherr, L. (1992) ***Agonía, Muerte y Duelo***, México: Ed. El Manual Moderno

Tizón G. J. (2004), ***Pérdida, Pena, Duelo: Vivencias, Investigación y Asistencia***, Barcelona: Ed. Paidós

Vico, P.J. ***Dolor y Muerte Humana Digna, Bioética teológica***, España: Ed. San Pablo.

Zarauz, L. H. (2004), ***La Fiesta de la Muerte***, México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

REVISTAS DIGITALES

Bravo, M. M. (2006) “***¿Qué es Tanatología?***”, Revista Digital Universitaria, 10 de agosto 2006 • Volumen 7 Número 8 •, 10 páginas

<http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/art62.htm>

Bolaños S.S. (2003), **Genética de la Esperanza**, Actualidades en Psicología, volúmen19, número 106, Universidad de Costa Rica, Montes de Oca, Costa Rica, pp.155-163

www.redalyc.uaemex.mx

Córdova O. M., Rosales P. J.C., Eguiliz R. L.L. (2005), **La Didáctica Constructiva de una Escala de Desesperanza: Resultados Preliminares**, Enseñanza e Investigación en Psicología, Julio-Diciembre, 2005, volumen 10, número 002, Universidad Veracruzana, Xalapa, México, pp. 311-324

www.redalyc.uaemex.mx

Domínguez, T. B. (2007) **“La Búsqueda de una “Teoría útil” sobre el Funcionamiento Emocional Humano en Problemas de Dolor Crónico e Hipertensión”**, *Psicología y Salud*, enero-junio, vol. 17, número 001, Universidad Veracruzana, Xalapa, México,

Gamboa B. G. 2007, **El Reto de Apremiar La Vida Humana**, Redalyc, Persona y Bioética, julio-diciembre, año/vol. 11, número 029, 12 páginas, Universidad de la Sabana, Cundinamarca, Colombia

bioética@unisabana.edu.co

Gómez C. J. (2006) **La Familia y la Enfermedad en Fase Terminal** Revista Electrónica de Portales Médicos, Artículos Medicina Familiar y Atención Primaria, Página 6, ISSN 1886-8924

<http://www.portalesmedicos.com/monografias/familia/08.htm>

Masiá J., (2007), **Dignidad Humana y Situaciones Terminales**, Anales del Sistema Sanitario de Navarra, volumen 30 (Suplemento 3), pp. 39-55,

www.scielo.isciii.es

Novoa F. **La muerte cerebral y su significado**. Revista Chilena de Pediatría [online] 2007, v.78 n.4, Santiago, pp. 355-362.

<http://www.scielo.cl>

Núñez De Arco J. (2005), **Proceso Evolutivo de Muerte**, Capítulo 7 del libro La Autopsia, Ed. GTZ Cooperación Técnica Alemana, Sucre, Bolivia

Quintanilla M. R., Haro J. L. P., Flores V. M. E., Celis R. A. y Valencia A. S. (2003), **Desesperanza y Tentativa Suicida** Investigación en Salud (Redalyc), Agosto 2003, volumen V, número 002, Universidad de Guadalajara, México

Reyes Zubiría, L. A. (2003), **Persona Humana, Espiritualidad y Tanatología**, NOTIHEM VOL 10 No. 1 Septiembre

Rivera, L. A. y Montero L. M.L. (2007), **Ejercicio Clínico y Espiritualidad**, Anales de Psicología, junio, año/vol. 23, número 001, Universidad de Murcia, España

Rodríguez C. M.L. y Frías, M. L. (2005). **Algunos Factores Psicológicos y su Papel en la Enfermedad: Una Revisión.**, Psicología y Salud, julio-diciembre, año/vol. 15, número 002, Universidad Veracruzana, Xalapa, México, pp. 169-185

Tezanos, P. M. (2003), **Diferenciación entre Enfermedad Aguda, la Crónica y la Terminal**, ¿Qué experimenta la persona al ser identificada como paciente agudo, crónico o terminal?, Quinta Jornada de Bioética, Argentina, Revista Electrónica de Portales Médicos

<http://www.portalesmedicos.com/monografias/familia/08.htm>

Vásquez, R. A. (2007), **Sloterdijk; Espacio Tanatológico, Duelo Esférico y Disposición Melancólica**, La Lámpara de Diógenes, enero-diciembre, año/vol. 8, número 015, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México, pp. 179-188

REVISTAS IMPRESAS

Bonfil O.M.(2004), **La Vida no existe**, ¿Cómo Ves?, Año 6, Número 64, Revista de Divulgación de la Ciencia de la Universidad Nacional Autónoma de México, p.7

Ramírez, E. (1999), **El Muerto al Hoyo y el vivo al Pollo**, Arqueología Mexicana, Volumen VII, Número 40, Editorial Raíces, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, p. 62

CITA DE INTERNET

Machado C. C., et al. (1996), ***Lineamientos para el Diagnóstico de la Muerte en Cuba***, p.5

Martínez A. R. (s.f.) ***El Cadáver***, (Bajo La Dirección Del Dr. Manuel Cobas), Capítulo II de la Materia de Seminario II de la Facultad de Ciencias Jurídicas de la Universidad del Salvador, Argentina

www.salvador.edu.ar.

Martínez U. K. (2009), ***Esperanza y Dignidad en el Paciente Oncológico***, Capítulo s/n, Manejo del Cáncer en Atención Primaria, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos

www.sovpal.org

Montoya, C. J. (2002) ***El Arte del Bien Morir***, Sobre el cómo Ayudar a otros a bien morir, Abordaje Psicoterapéutico del Enfermo Terminal. Biblioteca Básica de Tanatología

<http://montedeoya.homestead.com/duelos.html>

<http://artemorir.homestead.com/index.html>

<http://necrosales.homestead.com/index.html>

Nahle, N. (2004). ***Definición de Vida***. Obtenido el (día) de Septiembre de 2009 de <http://www.biocab.org/Definicion-de-Vida.html>.

TÉSIS

Alonso y Coronado, M. del C. (2009) ***PROPUESTA DE UN TALLER: “DEL DOLOR Y DESESPERANZA ANTE LA MUERTE***, en Prensa, Facultad de Psicología, UNAM

MANUAL

Manual Merck de Información Médica, Varios autores, España, 1997