



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
MAESTRIA EN PSICOLOGIA EDUCATIVA
LA SANACIÓN TANATOLÓGICA: UNA ESTRATEGIA DE
AUTOAYUDA PARA QUIENES VIVEN UN PROCESO DE
DUELO.

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

PRESENTA

MARÍA SUSANA GREGORIA PÉREZ LÓPEZ

TUTORA

DRA. ROSA DEL CARMEN FLORES MACÍAS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ

DRA. MARÍA ESTELA JIMÉNEZ HERNÁNDEZ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTRA. CECILIA MORALES GARDUÑO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTRA. MARÍA ANTONIETA ROCÍO FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

MTRA. PSIC. T. F. IRMA ELOISA GÓMEZ GUERRERO

MÉXICO, D.F. HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO NOV. 2015



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.

Dedico este trabajo a todos los niños, personas y seres que caminan o han caminado a mi lado desde el momento en que nací, y me han ayudado a conocer y valorar la vida y la muerte.

¡Gracias por su presencia!

INDICE	
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEÓRICO	
1. DUELO	8
2. EL TRABAJO DE LA DRA. ELISABETH KÜBLER-ROSS	27
3. LA TANATOLOGÍA: ¿QUÉ HACE EL TANATÓLOGO? Y ¿CUÁL ES SU PERFIL?	37
4. CREENCIAS DEL MEXICANO EN RELACIÓN CON LA MUERTE	44
5. EL ACTO DE RESPIRAR	53
6. TERAPIAS COMPLEMENTARIAS O INTEGRATIVAS	57
7. LA SANACIÓN TANATOLÓGICA: UNA ESTRATEGIA DE AUTOAYUDA PARA QUIENES VIVEN UN PROCESO DE DUELO	60
8. LA CLÍNICA DE APOYO TANATOLÓGICO	65
PROPÓSITO DEL ESTUDIO	68
MÉTODO	68
PROCEDIMIENTO	69
DESARROLLO	70
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	75
CONCLUSIONES	85
BIBLIOGRAFÍA	89
ANEXOS	92

RESUMEN

Duelo es el nombre del proceso psicológico o reacción psicológica que se vive tras una pérdida significativa. Es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida.

El estudio del duelo ha sido considerado de manera interdisciplinaria. Los trabajos buscan describir las manifestaciones psicológicas del duelo o de las etapas por las que pasa una persona que pierde a un ser querido, y pretenden orientar para que este proceso sea vivido de manera mas adecuada y en el menor tiempo posible.

En el presente estudio, se describe el modelo de las cinco etapas del duelo presentado por la doctora Elisabeth Kübler-Ross pionera de la Tanatología moderna. Así mismo, se define la Tanatología y se plantea el perfil y el papel del tanatólogo. Se explican brevemente las creencias del mexicano en relación a la muerte.

El estudio se desarrolla en la Clínica de Apoyo Tanatológico del Hospital General de México. Se practicó y evaluó una estrategia de respiración consciente llamada Sanación Tanatológica con 30 personas de ambos sexos entre 20 y 68 años de edad, pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo y medio bajo, que estaban viviendo un proceso de duelo.

Los resultados de la evaluación son favorables e inspiradores. Se presentan en forma cuantitativa y cualitativa demostrando que la Sanación Tanatológica es una estrategia de autoayuda viable que genera bienestar físico, emocional y mental en personas que viven un duelo y pueden practicarla.

ABSTRACT

Mourning is the name of the psychological process or psychological reaction that a person goes through after a significant loss. It is the process of emotional adjustment following any kind of loss.

The study of mourning has been considered in an interdisciplinary way. This studies seek to describe the psychological manifestations of grief or the stages through which passes a person who loses a loved one, and aim to guide this process to be lived in the most appropriate way and in the possible shortest time.

The present study describes the model of the five stages of grief, as presented by Dr. Elisabeth Kubler-Ross, pioneer of modern Thanatology. Thanatology is defined as well, and the profile and role of thanatologist is presented. Also, Mexican beliefs regarding death are briefly explained.

During the study, a strategy of counscious breathing, called Thanatological Healing, was practiced and evaluated in the Thanatological Support Clinic at the General Hospital of Mexico Dr. Eduardo Liceaga, with 30 people of both sexes between 20 and 68 years old, belonging to low and half low socioeconomic status, who were going through a grieving process.

The evaluation results are favorable and inspiring. They are presented quantitatively and qualitatively, showing that Thanatological Healing is a viable self-help strategy that can generate physical, emotional and mental wellbeing in people living a mourning process who can practice it.

INTRODUCCIÓN

Durante la última década, mi experiencia profesional se ha caracterizado por el apoyo a personas adultas, hombres y mujeres, que piden ayuda porque se encuentran emocionalmente inquietas al haber sufrido algún tipo de pérdida, ya sea de salud, suya o de alguna persona de su familia o cercana, o por la muerte de algún ser querido.

El sufrimiento de estas personas surge por la pérdida pero se extiende a diferentes áreas de su vida y frecuentemente reviven experiencias del pasado, incluso de la etapa de su niñez. Convivir con esto me llevó a investigar con más detalle el proceso de duelo.

Existen una diversidad de trabajos que buscan describir las manifestaciones psicológicas del duelo o de las etapas por las que pasa una persona que pierde a un ser querido; así mismo, otros pretenden orientar para que este proceso sea vivido de manera más adecuada y en el menor tiempo posible.

El estudio del duelo ha sido considerado de manera interdisciplinaria. En el marco teórico menciono trabajos de psicólogos (Attig, 1996; Grecco, 2011; Kroen, 2002; O´Connor, 2007; Rando, 1993; Raphael, 1984; y Worden, 1993); al igual que de religiosos (Bermejo, 2003; y Pangrazzi, 2003); y psicopedagogos (Santamaría, 2010). Los primeros en incursionar en este tema fueron médicos psiquiatras (Lacan, citado en Elmiger, 2010; Freud, 1917; y Lindemann, 1944). Estos profesionales han dado continuidad al estudio del duelo, describen las características del sufrimiento humano durante el proceso de duelo y dan a conocer los resultados de sus experiencias clínicas y su relación con sus pacientes a lo largo de los años (Bowlby, 1993; Bucay, 2003; Frankl, 1991; Latiegui, 1999; y Parkes, 1973). Especialmente presento el modelo de la doctora

Elisabeth-Kübler Ross (2005) el cual es pionero de la Tanatología moderna y fundamental para el desarrollo del presente trabajo.

Más adelante considero el perfil y la labor del tanatólogo, al igual que las creencias del mexicano en relación con la muerte, que le son útiles para el desempeño de su intervención.

Por último, describo la importancia del acto de respirar que es fundamental para realizar una estrategia de autoayuda para quienes viven un proceso de duelo, a la que he llamado Sanación Tanatológica; y de la cual presento resultados de su aplicación. Este protocolo de intervención fue realizado en la Clínica de Apoyo Tanatológico del Hospital General de México “Doctor Eduardo Liceaga” (HGM), bajo la supervisión de la Maestra Ma. Antonieta Rocío Fernández Hernández, jefa de la Clínica.

1. DUELO

¿Qué es el duelo?

Duelo es el nombre del proceso psicológico o reacción psicológica que se vive tras una pérdida significativa. Es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida.

El texto que se suele tomar como punto de partida para estudiar el proceso de duelo es *Duelo y Melancolía* de Sigmund Freud (1917) de la escuela psicoanalítica.

El duelo es tanto la pérdida o muerte o abandono de una persona querida como de un ideal. Para que exista lo que se llama duelo, lo perdido debe tener un valor afectivo. Si no existen lazos afectivos, no se produce el estado de duelo. Cuanto más alto valor afectivo tenga lo perdido, será el tipo de duelo que se haga. Si no hay valor afectivo, si hay indiferencia con respecto a algo que se pierde, no tiene lugar el duelo.

El duelo es un proceso esperable que ocurre regularmente y tiende a evolucionar favorablemente por sí solo, en circunstancias comunes, sin requerir necesariamente intervención.

Freud establece dos objetivos en la elaboración del duelo: el retiro de la libido invertida en el objeto y su sana reinversión posterior en otro objeto.

Para Freud, un duelo normal ocurre cuando se acepta la realidad. Cuando se acepta que el objeto amado no existe más. Este proceso no es sencillo ni fácil porque cuesta trabajo abandonar la relación con el objeto amado. Lo esperado es que aceptando la realidad se recupere el bienestar.

Sin embargo, cuando se crea una resistencia intensa para abandonar lo perdido, surge la melancolía y el proceso se vuelve patológico, caracterizándose sobretodo por la disminución del amor propio y la autocrítica (reproches, acusaciones hacia sí mismo incluso esperando castigo); también puede manifestarse como una adicción hacia la comida, el alcohol, las drogas o los psicofármacos, entre otros.

Siguiendo el trabajo de Freud, Jaques Lacan (citado por Elmiger, 2010) psiquiatra, filósofo y psicoanalista, denomina el proceso de la pérdida como “función del duelo”, ya que representa un cambio de posición subjetiva en el que se presentan sentimientos de culpa.

Para Freud y Lacan el duelo deja siempre un hueco incurable que sólo se va cubriendo con los recursos simbólicos y los tiempos de cada deudo. El hueco, aunque se cubra, es con “algo distinto”; no obstante, es la única manera de mantener la relación de afecto a la que no se desea renunciar.

El duelo puede durar toda la vida pero eso no hace del deudo un desvalido. Los recuerdos, una música, un perfume, un color, una palabra, un gesto, un lugar, una persona, un evento, un aniversario, etc., hacen que se recupere la memoria de la persona fallecida y de esta manera, la relación de afecto nunca termina.

Erich Lindemann (1944), médico psiquiatra de Harvard, considerado por muchos el pionero de la investigación clínica del duelo, refuerza el modelo propuesto por Freud y, define el duelo por etapas con base a observaciones de personas que perdieron a sus familiares en forma trágica en un incendio.

Describe tres fases o etapas en el proceso de duelo:

1. Shock o incredulidad, con incapacidad para aceptar la pérdida. En ocasiones llega a presentarse una negación absoluta de que ésta haya ocurrido.
2. Duelo agudo, caracterizado por la aceptación de la pérdida, desinterés por el mundo que lo rodea, sollozos y llanto, sentimientos de soledad, insomnio y pérdida del apetito, acompañados por una intensa preocupación por la imagen del muerto.
3. Resolución del duelo con una gradual reconexión con los aspectos de la vida diaria.

Lindemann también agrega a la angustia emocional la producción de síntomas de origen psicosomático. Fue el primero en describir la sintomatología física y mental del duelo agudo.

Este autor describe seis características:

1. Sufrimiento somático – ahogo, debilidad, flacidez, disfagia, cefalea.
2. Pensamientos recurrentes relacionados con la persona fallecida.
3. Sentimientos de culpa.
4. Angustia y enfado dirigidos contra ellos mismos u otras personas, contra el mundo y contra un Dios (si se profesa una religión).
5. Dificultad para descansar, inquietud, falta de motivación con abandono de comportamientos y rutinas habituales.
6. Identificación con el fallecido, adopción de sus comportamientos y actitudes (sobre todo aquellos presentes al final de la enfermedad).

John Bowlby (1993), médico psicoanalista inglés y especialista en desarrollo socio emocional, propone su modelo sobre las etapas del duelo, basado en los trabajos de Freud y Lindemann, y desarrolla su

Teoría del Apego. Plantea que el apego tiene una función protectora y la separación es una causal muy grande de angustia. Explica que los niños pequeños forman desde temprano un lazo con la figura materna cuya ruptura lleva a la ansiedad de la separación. En este sentido, los mecanismos que se desarrollan ante la pérdida de la persona amada, serían los mismos tanto para un niño como para un adulto.

Bowlby define el duelo como una situación en la que todos los procesos psicológicos, conscientes o inconscientes, se ponen en marcha ante la pérdida de una persona significativa, cualquiera que sea su resultado. Es una reacción adaptativa natural ante la pérdida de un ser querido que conlleva en general, un largo y costoso proceso de elaboración y ajuste.

Bowlby, originalmente plantea la existencia de tres etapas en el proceso de duelo: añoranza y búsqueda de la persona perdida, desorganización y reorganización. Posteriormente incluye también la etapa de embotamiento. Así mismo, describe tres tipos de duelo: normal, patológico y crónico.

El duelo normal ocurre cuando se han atravesado las fases del duelo y se ha llegado a un mayor o menor grado de reorganización con la aceptación de la pérdida.

El duelo patológico se refiere a un bloqueo emocional que se puede extender por meses, años o toda la vida. Esto es más fácil observarlo en duelos que han tenido características muy traumáticas como por ejemplo, las muertes súbitas. Lo que hacen estas personas es bloquear la experiencia, como si nada hubiera ocurrido y eso les permite manejarse por la vida relativamente bien en una serie de actividades, pero están sujetas a un brusco quiebre.

En el duelo crónico es normal la ilusión de un reencuentro con la persona muerta (mantener los objetos del muerto, la ropa y el cuarto intocables hasta que vuelva). Hacer cambios (como tirar, no ver, no pensar, olvidar) significa renunciar al reencuentro.

Además de estas manifestaciones patológicas, también puede haber una evolución anormal cuando se “perpetúa” a la persona fallecida, por ejemplo, con la ubicación inapropiada. En nuestra cultura, el lugar usual del recuerdo es en el cementerio o en una fotografía, por ejemplo. Una ubicación inapropiada sería ponerle el nombre del muerto a una mascota o poner el nombre del fallecido a un recién nacido. Esto sería patológico en el sentido de que no se ha llegado a abandonar la esperanza del reencuentro y no se ha aceptado la pérdida.

Aquí, yo agregaría el hecho de mantener las cenizas del difunto por tiempo indefinido en un lugar de la casa, fenómeno que me ha tocado ver ya en muchas situaciones familiares de duelo, ya que se le hace partícipe en diferentes situaciones del cotidiano como si estuviera vivo.

Por otra parte, Bowlby menciona que, hay personas que tienen diálogo con los muertos, lo que dentro de ciertos límites del proceso de duelo sería normal (¿vendo o no vendo la casa?, ¿hago o no hago esto?, ¿qué le digo a los niños?, etc.). Se sienten acompañadas por la persona perdida. Pero, si pasan muchos años y sigue ocurriendo con características muy concretas y alucinatorias, ya se considera que estaría dentro del duelo patológico.

Para dicho autor una persona en duelo generalmente puede sufrir un alejamiento de la realidad y mostrar comportamientos inapropiados (rabia, ira, odio, acusar a personas como culpables de la muerte); sugiere que por más irracionales que parezcan los comportamientos, es

necesario aceptarlos como el esfuerzo de la persona por recuperar a la figura perdida. Una vez que sea aceptada la pérdida, entonces aparecerán las frustraciones, las desesperanzas y todo el proceso de dolor hasta poder volver al equilibrio.

En relación a las variables que determinan la calidad y la intensidad de la reacción del duelo, Parkes (1973), psiquiatra británico, las divide en tres grupos:

1. Antecedentes.- Experiencias infantiles, especialmente historia de pérdidas tempranas de personas significativas, experiencias posteriores con la muerte de seres queridos, enfermedad mental previa especialmente de tipo depresiva, crisis vitales anteriores, relación con quien murió o tipo de vínculo (hijo, esposo, madre, etc.), fortaleza del vínculo, seguridad del vínculo, grado de dependencia, compromiso, intensidad de la ambivalencia (amor-odio). Otros factores antecedentes son la modalidad de la muerte, el momento de la vida en el que ocurre, anticipación de la misma, preparación para el duelo, necesidad de ocultar los sentimientos, etc.
2. Concurrentes: Sexo, edad, personalidad, propensión a la depresión, inhibición de sentimientos, status socio-económico, religión (creencias y rituales), factores culturales y familiares que influyen la expresión de dolor.
3. Subsiguientes: Apoyo social o aislamiento, otros factores de crisis, oportunidades y opciones para emerger en la vida.

Así, Parkes y Bowlby, al final de los años 60's, basándose en entrevistas con viudas, identificaron cuatro etapas del duelo: insensibilidad, búsqueda y anhelo, desorganización y desesperanza, y reorganización.

Afirmaron que las fases sólo son una guía general y que las personas fluctuarán entre las fases en lugar de seguir una secuencia fija.

Posteriormente, la doctora Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra suiza, en su libro *Sobre la muerte y los moribundos* (1970) propone las cinco etapas del proceso de la muerte que han sido ampliamente aceptadas y que actualmente son las más conocidas: negación, enojo o ira, pacto o negociación, tristeza o depresión, y aceptación. Más adelante describiremos con detalle este trabajo y sus implicaciones.

Más recientemente, Worden (1993), psicólogo americano, menciona que el duelo no patológico abarca un amplio rango de sentimientos y conductas después de una pérdida, por lo que clasifica estas manifestaciones en adultos de la siguiente manera: fisiológicas, conductuales, afectivas y cognitivas.

Las fisiológicas se presentan sobretodo en la fase aguda: vacío en el estómago, opresión en el pecho y garganta, hipersensibilidad al ruido, falta de aire, palpitaciones, debilidad muscular, falta de energía, dolor de cabeza y sequedad de la boca.

Las conductuales se expresan como trastornos del sueño y en la alimentación, distracción, aislamiento social, soñar con el fallecido, evitar recuerdos del fallecido, llorar y/o suspirar, buscar y llamar en voz alta a la persona muerta, llevar consigo y/o atesorar objetos del difunto, visitar lugares que frecuentaba el fallecido y presentar hipo o hiperactividad.

Las afectivas son los sentimientos, las manifestaciones emocionales, que pueden ser: tristeza, apatía, abatimiento, angustia, ira, frustración, enfado, culpa, auto-reproche, ansiedad, soledad, abandono, fatiga, alivio, impotencia, indefensión, shock, anhelo e insensibilidad.

Las cognitivas son cambios a nivel de creencias y conceptos como: incredulidad, irrealidad, confusión, preocupación, sentido de presencia, alucinaciones (visuales y/o auditivas) fugaces y breves, dificultades de concentración, atención y memoria (“lagunas” de memoria como mecanismos de defensa ante hechos dolorosos), pensamientos e imágenes recurrentes y repetitivos, obsesión por recuperar la pérdida, distorsiones cognitivas.

Por otra parte, el doctor Viktor Frankl (1991), psiquiatra austriaco que durante la segunda guerra mundial estuvo en campos de concentración, considera también las manifestaciones espirituales: búsqueda de sentido, conciencia de la propia mortalidad y replanteamiento de creencias. Como resultado de su trabajo, crea una nueva escuela llamada Logoterapia en la que, a través del diálogo, ayuda a las personas a descubrir lo que da sentido o significado a su existencia, mediante su humanización y personalización. Es decir, despierta en la persona su papel protagónico en la historia, en su vida, en la consecución de su felicidad y también en los logros que llegue a alcanzar. La esperanza es la clave de la Logoterapia. Y es que la búsqueda del futuro, de alcanzar los sueños, y de ser feliz con lo que se tiene, son cuestiones que están en manos de cada persona, siendo protagonista de su vida y debe entenderlo como tal. La Logoterapia contribuye a esclarecer el porqué del sufrir y del morir, y ayuda a tener motivos para trabajar, luchar y amar.

Es interesante hacer notar que los investigadores del duelo se clasifican en dos categorías; unos han descrito este proceso por etapas o fases y otros, como tareas que necesita realizar la persona que está sufriendo la pérdida.

En el primer caso, el doliente debe pasar a través de las etapas y por lo tanto, el proceso es un tanto pasivo, incluso no vivir una de las etapas

se considera como que algo no es correcto en el proceso de duelo de la persona.

Por otra parte, hablar de tareas del duelo es un concepto que es más acorde con el concepto de Freud de “trabajo de duelo”, pues implica que el doliente necesita tomar acción y hacer algo; es decir, el duelo puede ser influido mediante intervenciones externas y se convierte en un proceso activo. Esta participación del doliente crea en él la esperanza de lograr superar en algún momento la pérdida.

Freud (1917), Parkes (1973), Raphael (1984) y Worden (1993) definen la recuperación en el duelo como un periodo en el que se trabajan los pensamientos, los recuerdos y las emociones asociadas a los mismos. Aquí entonces podría surgir la pregunta de ¿cuándo se da por terminado o resuelto un duelo?

¿Cuándo termina el duelo?

La respuesta a esta pregunta depende de muchas circunstancias. No existe un punto final claro del duelo. Se sugieren de seis meses a dos años para concluir el proceso de un duelo adecuado y no patológico.

Para Latiegui (1999), la superación del duelo se da cuando la persona recupera el interés por la vida, experimenta satisfacciones en la vida cotidiana y es capaz de pensar en el fallecido sin sentirse abrumado por el recuerdo, prestando atención a las vivencias positivas compartidas y dejándose llevar por un recuerdo sereno.

Worden (1993) menciona que una guía para establecer el final del duelo sería el momento en que la persona es capaz de recordar sin dolor el evento que ha vivido.

Para Freud (1917), Raphael (1984) y Rando (1993), el final del duelo sería en el momento en que la persona puede reinvertir la energía emocional liberada en el proceso y volver a mostrar interés en la vida.

Attig (1996) considera la resolución del duelo en el momento en que la persona es capaz de reaprender y reconstruir su mundo con experiencias nuevas, satisfactorias y exitosas.

Como la reacción ante las pérdidas de la vida varía para cada persona en intensidad y tiempo, la experiencia clínica ha mostrado que el duelo es un proceso lento, doloroso y largo, y que el trabajo de duelo es un compromiso activo por parte del doliente para salir adelante y aceptar ayuda en caso necesario (Pangrazzi, 2003).

La idea de “el tiempo todo lo cura” resulta ser una actitud pasiva que a muchas personas les ha llevado a vivir situaciones de duelo no resueltas. El tiempo ayuda pero no siempre resuelve en forma saludable todas las situaciones en el proceso de duelo, por lo que el doliente necesita participar en forma activa para completar el proceso favorablemente.

Al respecto, Worden (1993) menciona cuatro tareas para resolver el proceso de duelo adecuadamente; cada una es prerequisite de la siguiente:

- Aceptar la realidad de la pérdida. Esto significa que no es posible la re-uniión. Se logra: viendo el cadáver, asistiendo al entierro, conociendo los detalles de la muerte, hablando de lo ocurrido, deshaciéndose gradualmente de las pertenencias del muerto, no evitando los recuerdos y en general, todas aquellas conductas que disminuyan la negación como defensa inicial.
- Experimentar el dolor de la pérdida. En esta tarea se trata de trabajar las emociones y experimentar el dolor de la pérdida.

- Adaptarse a un medio en el que está ausente la persona fallecida.
- Recolocarse emocionalmente en el medio en que se vive y sencillamente, continuar viviendo.

También Raphael (1984) menciona que para estar activo en el proceso de duelo, las personas que han tenido una pérdida:

- Hablen de las circunstancias que condujeron a la misma, de su reacción y del papel que consideran desempeñaron.
- Hablen de la persona perdida y su historia relacional con ella, con todos sus altibajos, para lo que aconseja el empleo de fotografías y otros recuerdos.
- A medida que vaya cediendo la idealización de la relación, las personas puedan examinar las situaciones relacionales que produjeron cólera, culpa, anhelo o tristeza inhibida, para introducir alternativas a su conceptualización.

Por su parte, Rando (1993) considera que para la superación del duelo es necesario:

- Aceptar la realidad de la pérdida.
- Compartir el dolor y la pena.
- Reorganizar el sistema familiar en cuanto a las actividades que realizaba el difunto.
- Establecer nuevas relaciones y metas en la vida.

¿Qué nos prepara para vivir el duelo?

La pérdida

Pangrazzi (2003), psicólogo italiano religioso de la Orden de San Camilo, menciona que, lo que nos prepara para vivir el duelo es saber afrontar la pérdida. Recordemos que la vida, desde el nacimiento hasta la tumba, está marcada por experiencias de pérdida que nos preparan a hacer frente a la muerte.

Este autor nos ofrece una clasificación de las pérdidas en la vida de la siguiente manera:

- Primera pérdida: El nacimiento, esta es la primera y más dolorosa separación, que equivale a una expulsión del paraíso.
- Las pérdidas del crecimiento. Ocurren en las diferentes etapas del desarrollo como serían: el dejar de ser amamantado, el dejar de gatear para caminar, perder los dientes de leche, cambios en la adolescencia, pérdida de la juventud en la edad madura y dificultades disminuidas de la vejez.
- Pérdidas de bienes materiales. En general, las personas están inclinadas a apearse a objetos externos que absorben las energías emotivas como son las casas, vestidos, libros, carros, dinero, animales, joyas y todo tipo de propiedades materiales.
- Pérdidas afectivas. Diferentes situaciones de la vida causan que las personas se separen y con ello se pierdan los lazos afectivos que las unían.
- Pérdida de la confianza personal. Cuando la persona pierde la confianza en sí misma, su autoestima se va devaluando hasta llegar a perderse nulificándola.

- Pérdida de una mascota. Tanto los niños como los ancianos llegan a sentir más la pérdida de una mascota ya que en muchas ocasiones son sus amigos inseparables que no volverán jamás a hacerles compañía.
- Pérdida de la salud. El cuerpo humano al mismo tiempo que es maravilloso es sumamente vulnerable. Los descuidos en la alimentación, hábitos y cuidado personal hacen que se desarrollen trastornos que condicionan la salud.
- Pérdida de lo que no se ha tenido. Estas pérdidas se refieren a aquellos deseos que nunca se lograron obtener como por ejemplo: una pareja, un hijo, un viaje, un carro nuevo, una fiesta, un título, etc.
- La última pérdida: La muerte, de todas las separaciones, la muerte es la más temida, ya sea la propia o la de algún ser querido.

La elaboración del duelo

Pangrazzi (2003) también menciona un factor importante a considerar en la elaboración del duelo y que tiene que ver con la causa de la muerte, ya que el modo en que sucede tiene que ver con el dolor de los sobrevivientes:

- Muerte en edad avanzada. Esta causa de muerte es generalmente bien aceptada ya que se piensa que la persona vivió su vida en un ciclo completo.
- Muerte de un niño. Contrario a la muerte por edad avanzada, la muerte de un niño se considera algo no natural e injusto, por lo que tanto los padres como los abuelos y los demás miembros de la familia sufren mucho dolor.

- Muerte después de una enfermedad grave. En este tipo de situaciones se considera que las personas se pueden preparar para la pérdida y por lo tanto pueden vivir lo que se denomina un duelo anticipado, es decir, se preparan para el acontecimiento final; pero es necesario aclarar que esto no significa que las personas estén listas para aceptar la pérdida.
- Muertes inesperadas. Este tipo de muertes generan reacciones más fuertes y prolongadas, incluso traumáticas, sobretodo porque no hay tiempo para programar o anticipar la despedida, todo es una sorpresa (Grecco, 2011). En este tipo de muertes están: los infartos, los derrames cerebrales, los abortos espontáneos, los accidentes vacacionales o deportivos, de trabajo o automovilísticos, la caída de un avión o choque de un tren y los suicidios. En este tipo de muertes quedan muchas interrogantes sin respuestas y sentimientos de culpa por no haber podido prevenir la muerte.
- Muertes por violencia. Este tipo de muertes crean un gran sentimiento de indignación en los familiares y personas involucradas. Los asesinatos, el terrorismo, las violaciones y los secuestros. Los deudos se preguntan cómo habrán sido los últimos momentos de su ser querido.
- Muertes por desastres naturales. Esto sucede cuando familias enteras se ven afectadas por una inundación, un terremoto, un incendio, una explosión, un derrumbe, etc. Los sobrevivientes viven duelos colectivos marcados por la pérdida de todo, necesitando reconstruir nuevamente su identidad histórica y geográfica.

Hasta aquí se ha hablado de las manifestaciones del duelo en las personas en general, pero hay que entender que la forma como se manifieste también es influenciada por la forma como se ha vivido la pérdida desde la infancia.

¿Cómo viven los niños el duelo?

Es importante notar que cuando hablamos de pérdidas y de procesos de duelo, generalmente pensamos que es algo que le sucede a los adultos y que los niños están fuera de este tipo de experiencias. Sin embargo, sería un error aceptar esto, ya que los niños también viven procesos de duelo y muchas veces no se les toma en cuenta y los sufren en silencio (Santamaría, 2010).

Como las pérdidas y la muerte forman parte de la vida, los niños en algún momento acabarán topándose con ellas; aunque por lo general, los adultos tratarán de evitarles experiencias de dolor y sufrimiento.

Mencioné al principio que a los adultos a los que he apoyado en sus experiencias de duelo, el dolor los ha llevado también a recordar sus pérdidas de la infancia. Por esta razón creo conveniente mencionar lo planteado por Kroen (2002) para dar un panorama general en relación a cómo los niños viven las pérdidas por muerte en las diferentes edades y qué es posible hacer para ayudarlos a vivir sus duelos en forma apropiada.

De 0 a 2 años

Aunque puede ser que el niño no sea consciente de la muerte, las personas a su alrededor si lo son. Ante una situación de pérdida el niño

puede sentir las emociones y los estados de ánimo de los demás que están en duelo. Esto se refleja en sus formas de comportarse: llora a menudo, se enoja, deja de comer y de dormir, se sobresalta con facilidad, etc.

¿Qué hacer?

El mantener rutinas en la dinámica diaria del niño le va a permitir sentirse seguro: hora de bañarse, dormir, levantarse. Respetar horarios de comida y alimentación lo más que sea posible para evitar que se enferme.

Protegerlos de un excesivo contacto con personas desconocidas (voces, sonidos, aromas), ya que de lo contrario se vuelven irritables, nerviosos, inquietos, llorones, inseguros, etc.

De 2 a 5 años

En esta edad, el niño percibe la muerte como un estado temporal, es decir, como si la persona estuviera durmiendo. Para él, la persona que ha muerto sigue comiendo, respirando y existiendo, por lo que en algún momento se puede despertar y continuar viviendo. Tiene un pensamiento mágico.

¿Qué hacer?

Aceptar la tristeza de los adultos y compartirla con los niños es mejor que fingir que no está presente, ya que aceptarla ayuda a curarse. “Nuestra sociedad es muy ocultadora, negadora del sufrimiento, lo que definitivamente no ayuda a superarlo” (Roccatagliata, 2006, p. 30).

Compartir las emociones es más sano que ocultarlas. Se vale decir “se murió”, se vale llorar y estar enojado.

Contestar sus preguntas con palabras sencillas. Evitar decir: “se fue y no va a volver”, “se lo llevó Dios”, “está en el cielo”, “lo hemos perdido”, “se durmió y no va a despertar”, “se fue a un largo viaje”, “se volvió una estrella”, “se convirtió en un ángel” etc. Este tipo de respuestas crean confusión, miedo, enojo contra Dios, inquietud, etc.

De 6 a 9 años

El niño ya distingue la fantasía de la realidad, es decir, entiende que la muerte existe y que los seres vivos pueden morir en algún momento.

Puede experimentar sentimientos de culpa, pensando que algo que él hizo o dejó de hacer fue la causa de la muerte, como desobedecer, pelearse, etc.

Puede entender el carácter definitivo de la muerte, aunque esto no significa que esté preparado para aceptarla.

¿Qué hacer?

Necesita saber la causa de la muerte con palabras sencillas y que escuchen sus dudas y temores sin ser aconsejado o reprendido. Es necesario tranquilizarlos para que no se culpen de la muerte.

Tendrán muchas preguntas sobre creencias religiosas, culturales, cambios en la familia, en las rutinas, dudas sobre su propia muerte, miedos y preocupaciones.

Es necesario tenerles paciencia porque podrán repetir muchas veces las mismas preguntas antes de sentirse seguros.

De 10 a 12 años, preadolescentes

Saben que la muerte es permanente y piensan sobre su propia muerte.

Entienden el significado de los rituales, la defunción, el impacto sobre ellos y la familia.

Pueden decir que “no sienten nada” o “no les importa” y después mostrar mucho enojo y/o conductas violentas.

¿Qué hacer?

Respetar su espacio, dejarlos solos, pero ofrecerles la oportunidad de platicar.

Hablar del futuro y tranquilizar sus preocupaciones.

Ayudarlos a que la vida continúe, evitando enojos excesivos o conductas desagradables o violentas.

Conclusiones

Después de realizar esta revisión sobre el proceso de duelo, podemos concluir que el duelo:

- Es individual, cada persona lo afronta de acuerdo con sus características personales y sociales. Por ejemplo, al morir un padre de familia, cada hijo vivirá su duelo de manera individual dependiendo de la relación y experiencias que haya tenido con él.
- Es único, si una persona vive varios duelos, cada uno será procesado de manera diferente, por ejemplo, si muere la madre y después muere la esposa o un amigo.

- Es temporal, un duelo tiene un tiempo de duración, un inicio y un final.
- Es activo, significa que no es un estado, sino que va cambiando, es dinámico, está en movimiento y transformación.
- Es un proceso, hay una serie de reacciones que suelen darse en todas las personas en duelo, por lo que se pueden generalizar ciertas manifestaciones del mismo.
- Deja una marca, aunque el duelo sea resuelto, siempre existirá un recuerdo de haber experimentado la pérdida.

2. EL TRABAJO DE LA DRA. ELISABETH KÜBLER-ROSS.

Mencioné en el capítulo anterior el trabajo de la doctora Elisabeth Kübler-Ross, considero valioso para esta presentación profundizar un poco más sobre lo que este representa, ya que fue la primera persona en estudiar nuestra relación con la muerte, trabajando directamente con enfermos terminales y moribundos, tanto adultos como niños y con pacientes declarados clínicamente muertos y que han regresado a la vida en forma natural o reanimada.

Lo primero de lo que la doctora pudo darse cuenta fue del miedo a hablar de la muerte. Sí, hablar de la muerte es difícil porque nos da miedo; sin embargo, el miedo es una emoción natural para preservar la vida.

Cuando un niño nace trae consigo sólo dos miedos: miedo a los ruidos fuertes y repentinos, y miedo a caer de lugares elevados. Sólo conforme va creciendo va teniendo miedo a la separación, porque sabe que necesita que alguien lo cuide, pero no le teme a la muerte. A diferencia de los adultos que tienen muchos miedos y se los transmiten a los niños de diversas formas (Kübler-Ross, 2003).

Es por esto importante tener una preparación gradual en relación a la muerte, especialmente cuando se es niño, la cual nos permita verla como parte de la vida. Si aceptamos que los niños estén presentes cuando alguien enferma o muere, esto hará que se les facilite aprender a compartir el proceso de duelo por la muerte de un ser querido y les evitará considerar este momento como terrible o misterioso (Kübler-Ross, 2005).

La doctora Kübler-Ross menciona que: “El miedo a la muerte es un miedo universal. Lo que cambia es nuestra manera de hacer frente a la muerte,

al hecho de morir y al trato de los pacientes moribundos” (Kübler-Ross, 2005, p.18).

Cuando podemos identificar y comprender los sentimientos de la persona enferma, moribunda o en duelo, al igual que de los familiares y equipo de trabajo, es posible controlar y transformar tanto las emociones como las actitudes para aliviar el sufrimiento psicológico en relación a la muerte.

El trabajo de la Dra. Kübler-Ross, descrito en su libro *Sobre la muerte y los moribundos* (2005), permite una preparación psicológica indispensable para enfrentar la muerte con responsabilidad, ya sea la de otras personas o la propia, evitando así la negación de este hecho.

Sucede que los adelantos médicos han permitido que cada vez haya menos situaciones críticas de vida o muerte producidas por epidemias, infecciones o enfermedades. Sin embargo, cada vez hay más pacientes con enfermedades psicosomáticas y problemas de adaptación y conducta, problemas emocionales que les generan trastornos físicos.

De la misma manera, gracias a los adelantos médicos y a la tecnología, la vida se ha hecho más longeva, por lo que hay un gran número de ancianos viviendo en soledad y aislamiento al mismo tiempo que enfrentan sus limitaciones y facultades físicas disminuidas.

Una de las razones por las que se le tiene miedo a la muerte es que el morir se vuelve algo impersonal, solitario, mecánico y deshumanizado desde el momento que el paciente es sacado de su ambiente familiar para ser internado en un hospital. No significa que los pacientes no vayan a los hospitales a ser atendidos, sino que es necesario concentrar la atención en la experiencia del paciente, en sus necesidades y en sus reacciones. Aunque dos pacientes estén diagnosticados con la misma

enfermedad, cada uno tendrá problemas y conflictos diferentes para resolver.

Los pacientes tienen derecho a ser escuchados, opinar, expresar sus sentimientos, sus preocupaciones, sus miedos, temores y fantasías, sus arrepentimientos, culpas, sentimientos de soledad, toma de decisiones sobre su tratamiento, etc. Ser tratados como humanos. Ser comprendidos antes que juzgados.

La Dra. Kübler-Ross insiste en que para que se de un cambio en relación a la idea de la muerte, cada hombre tendrá que ser capaz de concebir su propia muerte. Si todos hiciéramos eso, lograríamos alcanzar la paz, no sólo la nuestra, sino también la de nuestras familias, de los enfermos y de otras personas. Enfrentarnos a la realidad de la muerte *aceptándola*.

Para realizar su trabajo, la Dra. Kübler-Ross se interesó en hablar con enfermos y/o con pacientes moribundos haciendo que el paciente fuera el maestro, para conseguir comprenderlos un poco más. De esta manera, podía enseñar al personal del hospital cómo ayudarlos mejor y también, cómo apoyar a los familiares de estos pacientes.

Diseñó un seminario en el que participaban estudiantes de medicina, pacientes, y también sacerdotes; ya que cuando una persona va a morir se acostumbra más llamar a un sacerdote que a un psicólogo o psiquiatra para ayudarla.

Durante el seminario realizaba entrevistas individuales a los enfermos y a los pacientes moribundos para conocerlos mejor, y observaba las reacciones verbales o no verbales a sus preguntas, permitiendo al paciente detener la sesión en cualquier momento que quisiera y por cualquier razón. También analizaba las reacciones emocionales e

intelectuales tanto del entrevistador como de los estudiantes presentes en la entrevista.

Conforme se hablaba de los diferentes temas poco a poco se fueron haciendo a un lado los tabús y los estudiantes se expresaban con más franqueza. Los pacientes no se dieron cuenta del impacto y de los profundos efectos que tuvieron algunas de sus revelaciones.

De esta manera, la Dra. Kübler-Ross concluye que para hablar de la muerte o dar un diagnóstico de enfermedad terminal intervienen dos factores:

- a) La propia actitud y capacidad para afrontar la enfermedad mortal y la muerte, de tal manera que sea menor la ansiedad para poder hablar de estas cuestiones.
- b) La personalidad y estilo de vida que haya tenido el paciente o persona involucrada. La mayoría de los pacientes se enteran de un modo u otro de su enfermedad. Lo notan en el trato que se les da, en las expresiones faciales de los familiares, tono de voz, caras llorosas, disminución de las visitas, el silencio, etc.

Como resultado de las entrevistas y del seminario resume los mecanismos de reacción de las personas en cinco fases principales:

Primera fase: **Negación y Aislamiento** “No, no es verdad”

La *negación* funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite al paciente recobrase y con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales.

Generalmente la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial. Existe más al principio de un evento que hacia el final de la vida. Luego la necesidad va y viene.

El *aislamiento* surge más tarde, cuando se puede hablar de la enfermedad y la salud, de la vida y de la muerte, pero conservando la esperanza.

En este momento es cuando el terapeuta trata de investigar las necesidades de la persona, tanto reales como sentidas, sus puntos débiles y sus fortalezas para saber hasta qué punto el paciente está preparado para enfrentar la realidad en un momento dado. Recordando que las reacciones del terapeuta siempre se reflejarán en el comportamiento del paciente y pueden contribuir mucho para su bienestar o malestar.

Segunda fase: Ira o Enojo “¿Por qué yo? ¿Por qué a mí?”

Al no poder seguir negando, surgen sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Esta fase de ira es difícil de afrontar tanto para las personas cercanas, la familia, como para el personal médico y terapeutas. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar. A donde quiera que mire el paciente en esos momentos, encontrará motivos de queja.

Es necesario buscar las razones del enojo y no tomarlo personal, porque esto provocaría reacciones agresivas en consecuencia. Es decir, tener tolerancia ante la indignación racional o irracional del paciente o los familiares.

Es importante notar que la persona que ha ejercido el mando durante toda su vida reaccionará con rabia e indignación cuando se vea obligada a cederlo.

Tercera fase: **Pacto o Negociación “Hago esto a cambio de...”**

Esta fase es poco conocida, breve, pero útil al paciente. Negociar consigo mismo o con el entorno para encontrar los pros y los contras de la pérdida intentando encontrar una solución, aún sabiendo que esto es imposible.

Una vez vividas las primeras dos etapas, se trata de llegar a un acuerdo que posponga lo inevitable, un aplazamiento, una prórroga. Es algo así como pedir por favor algo en lugar de exigirlo, como hacen los niños.

La mayoría de los pactos se hacen con un Dios y generalmente se guardan en secreto. Son como un premio “a la buena conducta” de un niño. Lo que más se suele pedir es la prolongación de la vida, pasar días sin dolor o molestias físicas, poder realizar un último deseo y/o posponer los hechos.

Psicológicamente, menciona la Dra. Kübler-Ross, las promesas que se hacen en esta etapa pueden relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta. Es por esto importante escuchar al paciente y ayudarlo a soltar sus temores o sus deseos de castigo que se aumentan con el pacto y las promesas incumplidas.

Cuarta fase: Tristeza o Depresión – Dolor Emocional

Cuando ya no es posible negar la pérdida, surge la tristeza, que a su vez se acompaña con sentimientos de culpa o vergüenza.

Permitir que el paciente exprese su dolor, en lugar de tratar de ver el lado amable de las cosas, le ayudará mucho más a aceptar el final, cuando el final es la muerte.

La Dra. Ross menciona dos tipos de depresión:

a) Depresión reactiva. Ocurre cuando el paciente siente la pérdida de algo y necesita expresarse, verbalizar lo que siente, sus preocupaciones. En este caso, la ayuda de otras personas es muy importante, por ejemplo, para cuidar a sus hijos, traer el sustento a casa, cuidar a sus mascotas o a sus plantas, etc.

b) Depresión preparatoria. Sucede cuando el paciente se prepara para perder la vida y todos los objetos de amor; cuando se empieza a ocupar de lo que le espera, más que de lo que deja atrás.

Durante esta depresión, tratar de animar a la persona dificulta su preparación psicológica para recibir la muerte, ya que esta depresión ayuda a que el paciente muera en una fase de aceptación y paz. Sólo los pacientes que han podido superar sus angustias y sus ansiedades serán capaces de llegar a esta fase.

En este aspecto, la Dra. Kübler-Ross hace hincapié en la importancia de la preparación tanto del personal profesional como de la familia, ya que se podrían ahorrar muchos momentos de angustia y sufrimiento innecesarios.

Quinta fase: **Aceptación**

En esta etapa se presenta la necesidad más frecuente de dormir, hay cansancio, pero no es un sueño evasivo como en la depresión.

Tampoco hay que pensar que la etapa de aceptación es una etapa fácil y feliz. Más bien, es una etapa desprovista de sentimientos, como si el dolor hubiera desaparecido y la lucha hubiera terminado.

Cuando se trata de enfermos terminales o moribundos, en esta etapa es cuando la familia necesita más apoyo y comprensión. Hay más momentos de silencio, comunicaciones más mudas que orales (con señas por ejemplo). La sola presencia y compañía de alguien se vuelve valiosa y gratificante.

Cuando ya no hay conversación, cuando ya no hay palabras: una presión de la mano, una mirada, una caricia, un pensamiento de agradecimiento, el contacto físico o recostarse junto a la persona, puede ser la mayor comunicación.

En el caso de moribundos es necesario saber diferenciar esta fase de aceptación con la de depresión, para no querer prolongar la vida cuando el paciente lo que quiere es descansar y morir en paz.

Llegar a esta etapa requiere un gran esfuerzo. El paciente viejo la conseguirá más fácil con una comprensión silenciosa del significado de su vida y la satisfacción de haberla vivido. Otros, necesitarán tiempo para prepararse y pasar por todas las etapas anteriores. También necesitarán ayuda y comprensión, para morir sin miedo ni desesperación.

Aunque estas fases se refieren a los moribundos, por carecer de una mejor denominación; muchas personas viven fases similares en el momento que un amigo los abandona, pierden un empleo, abandonan su casa para ir a un asilo, pierden su mascota, etc.

Para la doctora, todos los sufrimientos y pruebas son siempre regalos para crecer psíquicamente, aceptando el sufrimiento e intentando comprenderlo. No son castigos ni maldiciones, ya que, nada que nos ocurre es debido a la casualidad.

En cuanto a las etapas descritas anteriormente, estas se pueden vivir en ese orden, pero no siempre ocurre así. La persona puede ir y venir de una etapa a otra antes de llegar a la aceptación final. Incluso hay personas que mueren en una etapa de no aceptación, por sentir que no han podido resolver algo en su vida y querer seguir viviendo para lograrlo.

Por último, la Dra. Kübler-Ross hace hincapié en el amor incondicional como un elemento necesario para cualquier intervención con una persona, ya que este permitirá dejar claro un mensaje de esperanza, afirmando que, el conocimiento solo no ayudará a nadie si no se utiliza además el amor.

Podemos concluir que el modelo presentado por la doctora Kübler-Ross conocido como las **cinco etapas del duelo**, habla por primera vez sobre el arte de acompañar a los enfermos terminales ofreciéndoles un mejor tratamiento antes de morir.

Es necesario mencionar que la doctora aclara que aunque su modelo habla de las cinco etapas, no todas son experimentadas por todos los pacientes, afirmando que una persona al menos sufrirá dos de estas etapas pasando por ellas una o varias veces antes de finalizar.

Por último, aunque este modelo se aplicó originalmente con enfermos terminales, posteriormente se generalizó a cualquier pérdida catastrófica (empleo, ingresos, libertad) y eventos significativos en la vida de una persona (divorcio, infertilidad, drogodependencia).

3. LA TANATOLOGÍA: ¿QUÉ HACE EL TANATÓLOGO? Y ¿CUÁL ES SU PERFIL?.

La tanatología aborda el fenómeno de la muerte, el proceso de morir y la muerte misma. La palabra viene del griego *thanatos* = muerte y *logos* = estudio, discurso, tratado.

El trabajo de la doctora Elisabeth Kübler-Ross ha sido considerado como pionero en el estudio de la Tanatología moderna y al mismo tiempo un gran apoyo en lo relacionado a los Cuidados Paliativos con enfermos terminales.

La Tanatología es una disciplina que fue aceptada como ciencia a partir de los años 50's, y se ha tratado de manera interdisciplinaria (medicina, psicología, sociología, antropología, filosofía, derecho, desarrollo humano y espiritualidad).

Antecedentes Históricos (Instituto Mexicano de Tanatología, A. C. 2011):

Antiguamente, en la época medieval, los enfermos antes de morir y durante la muerte misma, eran asistidos por órdenes religiosas que con mucho amor los acompañaban para que las personas murieran en paz.

Durante el siglo XVI se crearon los primeros hospicios que ayudaban a los viajeros necesitados y enfermos incluso hasta la hora de su muerte.

Pero fue en el siglo XX, gracias al trabajo realizado por Cicely Saunders, que se crearon en Inglaterra los centros de atención al enfermo terminal con el nombre de hospicios (hospices). Estos centros se crearon buscando un acercamiento positivo y humano con los enfermos terminales y sus familiares, atendiendo el dolor físico y ayudando a los

pacientes a encontrar una muerte serena y en paz. El primer centro llamado “St. Christopher’s Hospice” se inauguró en Londres en 1967.

La diferencia entre un hospital y un hospicio radica en que el primero fue creado para curar y restablecer la salud del enfermo agudo y una vez lograda regresarlo a su casa para su recuperación. En el segundo, además del cuidado de la salud, también se ofrecen cuidados paliativos y el acompañamiento para una muerte digna.

¿Qué es la Tanatología?

La Tanatología es una disciplina humanista que enfoca su atención en el enfermo de una manera holística, integral, buscando establecer lazos afectivos y de confianza entre el enfermo, su familia y el personal de médicos y enfermeras que lo atienden, con el propósito de reducir el nivel de angustia y estrés que representa el saber que la muerte está próxima, procurando así una muerte digna y en paz.

También estudia el fenómeno de la muerte tanto en forma humanista como religiosa y espiritual, es decir, lo que significa la muerte y lo que hay después de la vida. Todo esto con el propósito de eliminar el miedo a la muerte y de lograr plenitud a la vida.

El objetivo principal de la Tanatología es desmitificar la muerte aprendiendo a vivir con ella. Educar para la vida y la muerte, aprender a morir con dignidad y dar apoyo a los que sufren pérdidas y viven un duelo (Kübler-Ross, 2005). Es por esto que se habla de mantener la calidad de vida y lograr una muerte digna.

Calidad de Vida

Al hablar de calidad de vida para el enfermo terminal, la Tanatología se refiere a evitar la prolongación innecesaria de la vida, así como su acortamiento prematuro, propiciando una muerte adecuada que se caracteriza por las siguientes acciones :

- Atención al dolor físico.
- Atención a las relaciones significativas del enfermo.
- Atención al sufrimiento psicológico.
- Atención al sufrimiento espiritual.
- Atención a las últimas voluntades.
- Atención a los aspectos legales.

Calidad de vida se refiere a vivir lo mejor que se pueda con los recursos que se tengan en ese momento (Elizari Basterra, 2007).

Muerte digna

Una muerte digna, se refiere a (D'Hyver y Kraus, 2006):

- La calidad de vida durante la etapa final.
- Atención adecuada.
- Morir rodeado de gente cariñosa.
- No ser objeto de experimentos.
- Respetar y darle gusto al paciente.
- Presentar situaciones reales para su situación actual.
- No dar expectativas falsas.
- Autonomía para que el paciente tome sus propias decisiones relacionadas con el proceso de morir.
- Ayudar a las personas a resolver pendientes.

La Tanatología también atiende casos de: adultos mayores, discapacitados, separación, divorcio, aborto, donación de órganos, amputaciones, enfermedades crónicas y terminales, accidentes, desastres naturales, muerte súbita, suicidio, secuestro, etc...

¿Qué hace un Tanatólogo?

El papel del tanatólogo consiste en ayudar al bien morir, es decir, lograr una muerte digna. Esto es particular a cada caso, dependiendo de las necesidades de las personas y de las circunstancias en las que se encuentren. Se logra mediante un acompañamiento profesional, sin juicios ni evaluaciones, tanto al enfermo, sea terminal o no, como a sus familiares, amigos, empleados, cuidadores; se orienta a conseguir una mejor calidad de vida, superar las etapas de duelo por las pérdidas y aceptar la muerte como parte de la vida. Al mismo tiempo se brinda información a las personas y se les enseña qué hacer y qué no hacer.

Las tres actividades principales que realizan los tanatólogos (Instituto Mexicano de Tanatología, A. C., 2011) son:
a) Apoyo, b) Acompañamiento y c) Consejería

a) El Apoyo consiste en realizar actividades que ayuden a tranquilizar y dar bienestar a las personas ya sea físico o emocional.

b) El Acompañamiento es la presencia misma del tanatólogo, aun cuando no se realice actividad alguna, que le permita al paciente no sentirse solo.

c) En la Consejería se permite intercambiar ideas, experiencias y emociones que ayuden a entender lo que está sucediendo, creando una mayor conciencia del evento. La intención es que el consejero escuche y

al mismo tiempo cuestione a las personas ayudándolas a encontrar sus propias respuestas.

De esta forma las personas pueden plantear sus dudas, resolver sus necesidades, recibir orientación en aspectos médicos, económicos, legales, religiosos y espirituales, y sobre todo, cerrar círculos o asuntos inconclusos de tipo emocional; optimizando su vida que ha sido afectada por las pérdidas o la enfermedad, logrando así aceptación y paz.

El tanatólogo es sólo un facilitador del potencial interno de las personas, para guiarlas a la aceptación de las pérdidas donde cada una, a su ritmo y paso, reconstruye un nuevo sentido de la vida y aprende dentro de lo posible a tener una vida de plenitud.

El perfil del tanatólogo, es decir, las cualidades profesionales consideradas en la Clínica de Apoyo Tanatológico del Hospital General de México, son:

- Inspirar confianza. Pedir permiso para estar presente y poder acompañar al paciente. Presentarse con su nombre y explicar la razón por la que está presente.
- Ser generoso. Permitirse estar con el paciente todo el tiempo que sea necesario sin prisas.
- Saber escuchar. Una escucha activa con contacto visual y evitando juicios y críticas.
- Dar amor. Puede ser a través del contacto físico: una mano en el hombro, una caricia en la cabeza, un abrazo o tomarlo de la mano.
- Tener conocimiento de la disciplina. Discernir el tipo de duelo y las etapas del proceso que está viviendo el paciente para poder ayudarlo.

- Empatía. Ser capaz de compartir los sentimientos y emociones del paciente y respetarlos.
- Habilidad para identificar las necesidades de las personas. Poder detectar las necesidades reales y/o sentidas del paciente o familiar.
- Desarrollar relaciones interpersonales. Lograr que en ese momento el paciente sea la persona más importante con la que uno se está relacionando.
- Honestidad. Poder hablar con la verdad en la medida que sea posible, cuidando no lastimar con las palabras a la otra persona.
- Discreción. Respetar lo que la persona le confíe, evitando hablar de ello con otras personas.

El apoyo tanatológico puede ser dado por un profesional de preferencia, pero en algunos casos también la familia y los amigos, al igual que los médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y ministros religiosos, pueden ser de gran ayuda para apoyar a las personas a recuperar la paz.

El trabajo tanatológico no termina con la muerte de alguien o con la pérdida de algo, sino que continúa hasta que las personas involucradas terminan su trabajo de duelo y llega la verdadera aceptación.

Podemos concluir que en esta disciplina, el profesional necesita una actitud de humildad para servir a los demás con amor y para estar continuamente aprendiendo de ellos, actualizándose en el área de la salud, incluyendo como algo muy necesario, su propia salud.

Podemos afirmar que como la muerte es inevitable y generalmente un proceso misterioso y doloroso al que todos nos enfrentamos, el apoyo

tanatológico es valioso para entender la muerte y elaborar el duelo especialmente en el último momento de la vida.

El trabajo del tanatólogo debe adecuarse al contexto cultural en el que las personas perciben y viven la muerte; por esta razón, es relevante considerar algunos aspectos idiosincráticos de la cultura mexicana y que presento en el siguiente apartado.

4. CREENCIAS DEL MEXICANO EN RELACIÓN CON LA MUERTE

Tratar el tema de la muerte resulta ser una tarea ardua ya que al leer y escribir sobre él, uno va identificando sus propias experiencias en relación a las pérdidas y los duelos que ha vivido y se va cuestionando en mayor o menor medida si ha logrado resolverlos o si aún necesita realizar alguna tarea o terminar de vivir el proceso para estar completamente en paz, especialmente cuando se trata de los seres queridos: los padres, los hijos, la pareja, los hermanos o los amigos (O'Connor, 2007).

También se hacen presentes las creencias que por educación uno mantiene como ciertas, y entonces surgen las preguntas: ¿serán las correctas?, ¿de dónde viene este aprendizaje?, ¿será sólo familiar o es cultural, religioso y social?

Es por estas razones mi interés de conocer un poco más, aunque brevemente, sobre las creencias del mexicano en relación con la muerte y sus orígenes, ya que tenerlas presentes, le permiten al tanatólogo desarrollar de una manera más certera su intervención frente a las personas que lo necesiten.

Origen de las creencias sobre la muerte

Las creencias de los mexicanos ante la muerte se ven influenciadas por las tradiciones antiguas de los pobladores de Mesoamérica (mayas, aztecas, mexicas, etc.) y también por las enseñanzas de la religión judeo-cristiana introducida durante la época de la conquista (Gómez y Delgado, 2000).

Para las civilizaciones antiguas existía un equilibrio en el universo entre la vida y la muerte y se pensaba que al derramar sangre, ésta ayudaba a

que se mantuviera este equilibrio, por eso ofrecían a sus dioses rituales de muerte con sacrificios humanos o de animales.

Estas culturas creían en la inmortalidad del alma y en la vida después de la muerte. Se creía que el que fallecía viajaba al Mictlán o Lugar de los Muertos donde viviría eternamente. Es por esto que enterraban a sus muertos con comida y sus pertenencias y a las altas jerarquías, incluso con sus sirvientes. Morir era una virtud ya que las personas se transformaban en dioses.

En el México antiguo no se le temía a la muerte. Los dioses de la muerte eran representados por cráneos y calaveras. De hecho, en la cultura mexica los guerreros estaban fuertemente ligados al acto de morir y sus vidas eran entregadas como ofrendas a los dioses. Al dios que le temían era a Tezcatlipoca ya que era considerado el dios de la fatalidad y la maldad, el dios de la noche.

Por otro lado, en lo que se refiere a la influencia de la religión judeo-cristiana, la muerte ha estado relacionada a las acciones morales de los seres humanos. En esta religión, la salvación de las almas depende de las buenas acciones que realicen las personas y que les darán la posibilidad de alcanzar un estado de paz y tranquilidad o de lo contrario, sufrirán el fuego eterno por llevar una vida negativa; también depende de la búsqueda del perdón de los pecados cometidos o malas acciones, ya que gracias a la oración se evitará llegar al infierno.

Los modelos de muerte

Los modelos de muerte a lo largo de la historia se definieron en relación a lo bueno o malo de ésta (Montoya, 2008). Así, se consideraba una buena muerte: el suicidio en caso de enfermedad, una muerte lenta y

asistida, una agonía dolorosa, una muerte preparada espiritualmente y con testamento, una muerte en la ignorancia de la misma y/o una muerte repentina e imprevista.

Mientras que una mala muerte sería: una vida consumida por la enfermedad, muerte sin sepultura, muerte clandestina, la muerte del no preparado o muerte sorpresiva, muerte sin testamento, morir consciente de que se está muriendo y/o una muerte llena de sufrimiento y dolor consciente.

En un sentido biológico se puede decir que la muerte es la detención completa y definitiva de las funciones vitales. Aunque con los adelantos científicos es más difícil decir en qué momento exactamente se termina la vida de una persona, ya que existen casos en los que los órganos vitales continúan trabajando por medio de máquinas a las que el cuerpo se mantiene conectado o cuando un paciente es diagnosticado con muerte cerebral.

Independientemente de cómo se defina la muerte, la concepción de ésta es diferente según la cultura. Para los pueblos orientales, la vida y la muerte no se consideran eventos contrarios, sino como una identidad, son parte de lo mismo. Para los pueblos occidentales, la vida y la muerte son eventos que se niegan uno al otro.

También es importante tomar en cuenta que cada cultura posee un lenguaje verbal y no verbal que le permite expresar lo que desea; determinando así lo que es bueno y lo que es malo para comunicarse y manifestar emociones como el amor, el odio, el miedo, el dolor, el sufrimiento, etc.

Todas estas creencias y pensamientos en relación a la muerte son resultado de nuestro aprendizaje en el grupo social en el que crecemos y al que pertenecemos.

Bucay (2003) menciona que las creencias condicionan la manera en la que las personas enfrentan las dificultades.

Rituales de muerte

En todas las culturas existen rituales de muerte que son necesarios socialmente para ayudar a las personas a superar las pérdidas de una manera más sana y vivir sus duelos en relación a sus creencias (Montoya, 2008).

Los rituales funerarios son:

- Un medio para certificar la muerte del difunto.
- Una forma de facilitarle al muerto el camino de regreso y arribo a su lugar de destino.
- Una forma de alejar y espantar a los malos espíritus y a las almas en pena.
- Desde la antigüedad se cree que los difuntos son mediadores entre los dioses y los seres vivos.
- Una forma de facilitar el proceso de adaptación de los que quedan vivos, para que estén más tranquilos, acepten la realidad de la muerte y obtengan apoyo de la comunidad.
- Útiles para cumplir con una tradición.
- Útiles para cumplir con la sociedad y no negar la muerte.
- Necesarios como una actividad económica (aún el más pobre es enterrado o ahorra para que al final de su vida tenga un entierro digno).

Un ritual funerario bien planeado puede facilitar el proceso de recuperación tras la pérdida de un ser querido y ayudar a disminuir la probabilidad de un duelo patológico.

Los rituales funerarios son más que un ritual de despedida y ponen en juego una serie de símbolos que otorgan elementos de integración al grupo social.

Entre los rituales de carácter dramático y violento más frecuentes se encuentran: el llanto intenso, desvanecimientos, rasgado de vestiduras, gemidos agudos, golpes en la cabeza, heridas en el rostro por arañazos, arrastrarse por el suelo, golpear la tierra con las manos, patear y arrojar objetos, etc.

Actualmente, en general, el duelo se expresa en forma más moderada teniendo un llanto menos dramático visible a los demás; sin embargo, en la soledad el doliente puede manifestar un llanto intenso sin reconocimiento social del dolor que está sintiendo.

Los elementos que componen los rituales funerarios son:

a) En relación con el cuerpo

- Lavado y preparación del cuerpo
- Presentes y ofrendas
- Perfumado
- Ropaje
- Mortajas (como el hábito de San Francisco)
- Toques de campana
- Velas
- Flores
- Crucifijos, escapularios y rosarios
- Quemado de ropa del difunto

- Conclamatio (comprobación de la muerte llamando al difunto por su nombre para asegurarse que está clínicamente muerto)

b) En relación con la ceremonia

- Entierro o cremación
- Elogio o sermón fúnebre
- Recepción de los asistentes a la puerta de la iglesia
- Cortejo: viable según los tiempos, la cultura y el poder económico del difunto
- Máscaras
- Recordatorios
- Bulas (distintivos a manera de medallas, sellos o documentos que conceden privilegios, indulgencias o gracias al difunto)
- Fotos con el difunto
- Carrozas, coches y carros fúnebres
- Saludo al final de la misa
- Música fúnebre
- Oración fúnebre
- Esquelas
- Prohibición de nombrar el nombre del difunto
- Plañideras (mujeres llamadas para llorar en los funerales)
- Testamento (instrumento legal de transmisión de bienes)
- Ayunos (por razones higiénicas y religiosas que consideran impuros los cadáveres, se prohíbe comer hasta después del entierro)

c) En relación con el duelo

- Visitas de pésame o condolencia
- Misas de aniversario

- Cartas de condolencia
- Sufragios (son ayudas o favores a los dolientes)
- Avisos de agradecimiento

Negando la muerte

En nuestra cultura es común huir del sufrimiento, evitar el llanto y las manifestaciones de dolor. En muchas situaciones de pérdida por muerte se acostumbra dar calmantes a las personas afectadas, evitar que los niños participen en el funeral, evitar estar cerca del difunto o ver el cuerpo sin vida, impedir asistir a los velorios y entierros a las personas más sensibles, el llanto exagerado es mal visto al igual que las manifestaciones de desesperación de los dolientes.

Es importante recordar que la magnitud del duelo ante la pérdida por muerte depende de diferentes situaciones (Pangrazzi, 2003):

- Tipo de muerte de la persona
- Temperamento de las personas que reciben la noticia
- El rol que tenía en la familia la persona fallecida
- Los valores
- Las creencias
- El tipo de relaciones familiares
- Las redes de apoyo o amistad entre las personas involucradas como lazos de solidaridad
- Permitir las manifestaciones de las emociones sin reprimirlas para evitar se posponga el duelo o se presenten conductas sintomáticas
- El nivel económico

El papel del tanatólogo en estas situaciones es ayudar a que se permitan las manifestaciones de sentimientos y emociones sin dañar a nadie, de tal manera que las personas puedan vivir su proceso de duelo sanamente.

El tiempo que una persona demore en la superación de su duelo depende de sí misma, pero las creencias y los rituales que se realicen tienen que ver para determinar el luto que deberá llevar la persona y la duración de éste.

La presencia alegre de la muerte

En México también se puede hablar de la muerte riéndose y jugando (Gómez y Delgado, 2000). A partir del siglo XX se empiezan a realizar caricaturas de la muerte, Posada inicia este movimiento, las realiza con tintes políticos y crea la tradición de hacer calaveritas como forma de criticar o incluso de denunciar y burlarse de las personas que están en el poder, recordándoles que al final, todos estarán muertos y la muerte establece la igualdad entre las personas.

Esto también permitió hacer sobresalir el arte popular y regresar a las tradiciones precolombinas celebrando el Día de Muertos. La celebración más importante en nuestro país dedicada a los muertos es resultado de la unión de las culturas indígena y española. El primero de noviembre se celebran Todos los Santos o Día de los Angelitos, en recuerdo de los niños; y el dos de noviembre se dedica a los adultos o Fieles Difuntos. Esta celebración se realiza con ofrendas para los muertos (comida, flores, veladoras, incienso, agua, tequila, fotografías, fruta, dulces, etc.), y se visitan los panteones y se adornan las tumbas.

Estas tradiciones permiten que los familiares y amigos se reúnan para recordar a sus difuntos y sirven de apoyo para superar las etapas del duelo en los dolientes, ya que el impacto de la muerte es diferente en cada persona.

Tener un momento y un lugar para expresar el dolor facilita la elaboración del duelo. Celebrar de manera alegre un evento doloroso, incluso con música de mariachis, resulta terapéutico para las personas.

Se puede resumir que los rituales de muerte son muy importantes ya que permiten expresar socialmente las emociones provocadas por la muerte de una persona cercana. De hecho, cuando el doliente tiene redes de apoyo, es decir, está cerca de amigos y familiares, le será más fácil enfrentar el duelo. Esto principalmente sucede cuando se pueden expresar los sentimientos de enojo, tristeza o coraje.

Finalmente, podemos afirmar que, el tanatólogo que se encuentre acompañando a una familia en un proceso de duelo necesitará estar atento a las creencias, costumbres y tradiciones de la misma, para respetarlas y apoyar con sensibilidad la experiencia de cada uno de los individuos participantes durante el velorio, el funeral y posteriormente, para ayudarla a recuperar la salud emocional. Es en este último aspecto que el acto de respirar se vuelve central.

5. EL ACTO DE RESPIRAR.

Aunque la respiración es una función mecánica inconsciente, es a la vez la única que puede controlarse a voluntad. También puede parecer un acto demasiado simple en si mismo como para modificar el estado de salud individual. Sin embargo, desde hace miles de años, en oriente se ha considerado la respiración como una práctica poderosa en el control de la energía vital y en la creación de estados psíquicos específicos. Por esto, es importante hacer notar que, el mundo científico cada vez le está dando mayor importancia a la función respiratoria como puente de unión entre los procesos fisiológicos y los psíquicos.

En la medicina conductual de los últimos años ha ido creciendo el interés por la aplicación de técnicas respiratorias para controlar estados psíquicos alterados, ya sea por falta de respiración (apnea) o por respiración agitada. De hecho, en los programas para reducir el estrés, enseñar a los pacientes a respirar adecuadamente constituye un componente importante (Labiano, 1996).

Recordemos que la vida depende en absoluto del acto de respirar. Respirar es vivir y no hay vida sin respiración, incluso las plantas deben al aire su existencia.

Al momento de nacer, un niño hace una larga respiración, la retiene un momento para extraer de ella las propiedades vitales, y la exhala en un lento vagido o en un fuerte llanto; y así principia su vida en la tierra. Por su parte, un anciano da un débil suspiro, cesa de respirar y así acaba su vida.

Desde la primera respiración del niño hasta el último suspiro del moribundo, se desarrolla una larga historia de continuas respiraciones. La

respiración puede considerarse como la más importante función del cuerpo, porque de ella dependen indudablemente todas las demás.

No solamente el hombre depende de la respiración para vivir, sino también de los correctos hábitos de respirar, que son los que le han de dar vitalidad perfecta e inmunidad contra las enfermedades. El saber respirar genera mayor resistencia y fortaleza.

El hombre en estado natural no tuvo necesidad de que le dieran instrucciones de cómo respirar, sin embargo, en la actualidad el porcentaje de personas civilizadas que respiran correctamente es muy reducido, y el resultado puede observarse en los pechos hundidos, en los hombros caídos y en el aumento de enfermedades respiratorias, desde gripas frecuentes hasta situaciones más complejas por tener un sistema inmunológico debilitado por la falta de oxigenación adecuada.

Existen dos aspectos importantes a considerar en la respiración: lo que se refiere al mecanismo biológico (inspirar, retener y exhalar); y lo que se refiere al mecanismo fisiológico (fijación del oxígeno, eliminación del bióxido de carbono y equilibrio ácido-base) al que puede llamarse respiración celular, que continúa produciéndose aunque la respiración externa se retenga (apnea) como cuando uno se sumerge en el agua.

La respiración aumenta por ejercicio físico o esfuerzos realizados, y también por emociones o pensamientos que a su vez generen miedo, angustia, excitación, etc. (Labiano, 1996).

Entre los aportes psicoterapéuticos que ha proporcionado el uso de estrategias respiratorias se encuentran los relacionados con diversas alteraciones psicósomáticas: reducción de ansiedad, control de ataques de pánico, relajación, entrenamiento para una respiración tranquila y lenta, disminución del estrés, etc. Estas estrategias respiratorias han

sido utilizadas ya sea como un componente principal o como complementarias de otros procedimientos (Labiano, 1996).

El entrenamiento respiratorio tiene la ventaja de estar accesible en cualquier circunstancia de la vida cotidiana y se puede practicar en cualquier momento del día. Como cualquier otra actividad que se quiera desarrollar, el incremento de la práctica se traducirá en un aumento en el dominio de la misma (Labiano, 1996).

La respiración puede ser torácica o abdominal, ya que está comprobado (Grossman, 1983) que la respiración abdominal o diafragmática, al ser lenta, permite mayor volumen de gas inspirado o exhalado y estados de relajación; y está asociada psicológicamente con la estabilidad emocional, el sentido de control sobre el ambiente, la calma, un alto nivel de actividad mental y física y ausencia relativa de estresores; mientras que la torácica se relaciona más con estados de estrés, ansiedad, neurosis y depresión.

Los pensamientos

Torregrosa (2014) plantea ideas importantes para entender el papel de los pensamientos y su vínculo con la respiración:

Los pensamientos son el flujo de actividad eléctrica que se desarrolla en el cerebro y que permite que se comuniquen las neuronas. Es decir, las conexiones eléctricas inter-neuronales son las que dan lugar a lo que conocemos como pensamientos (imágenes, recuerdos, memorias, ideas, etc.). Están relacionados con la bioquímica del organismo y se convierten directamente en parte de la salud creando mejoría y bienestar o enfermedades y patologías.

Cuando el cerebro crea pensamientos de algún tipo en forma frecuente (alegres, destructivos, de crítica, creativos, etc.), el hipotálamo (el gran laboratorio químico del organismo) se activa produciendo hormonas (péptidos) directamente vinculadas con los pensamientos que nuestro cerebro está teniendo. Crea combinaciones químicas de la misma tipología que los pensamientos que el cerebro está produciendo y llena el torrente sanguíneo con esas hormonas que llegan a todas las células del organismo.

El hipotálamo puede crear una sustancia química para cada proceso mental que esté en ese momento en marcha. Así, puede producir péptidos que nos hagan reaccionar de prisa ante situaciones de estrés o de otra manera, segregar hormonas placenteras para hacernos sentir bien.

El estrés, la ansiedad, la prisa, la urgencia o la preocupación, hacen que el cerebro cree situaciones inexistentes de peligro y por tanto el hipotálamo segregará las sustancias químicas que colocarán nuestro organismo en modo de “ataque/huida”, que es la respuesta interna ante el peligro y por ello, frente a una situación de vida o muerte. Sin embargo, esto envenena el cuerpo por intoxicación bioquímica y debilita nuestro sistema inmunológico, ya que ningún organismo puede vivir permanentemente en estado de shock, de peligro o de estrés/miedo continuo.

Si se descuidan los pensamientos y procesos mentales, la bioquímica del organismo seguirá un patrón equivocado llenándose de toxinas, debilitándose primero emocionalmente y después orgánicamente. Así, un pensamiento puede convertirse en una toxina afectando al organismo y enfermándolo; o todo lo contrario, sanándolo.

6. TERAPIAS COMPLEMENTARIAS O INTEGRATIVAS.

De la misma manera que las técnicas de respiración han llamado la atención de los científicos como un recurso disponible para el beneficio y bienestar de los pacientes, existen también las llamadas Terapias Complementarias o Integrativas que facilitan la recuperación tanto de la salud física (que en muchos casos se ve deteriorada por el dolor de la pérdida), como de la salud emocional (ayudando a eliminar el estrés y creando mayor estabilidad), y fortalecen la salud mental (ayudando a aceptar la pérdida). Estas terapias consideran al paciente en su totalidad: hábitos de vida no saludables, factores psicoemocionales no resueltos y la alimentación.

Es importante aclarar que las Terapias Complementarias o Integrativas en ningún momento tratan de reemplazar a las prácticas médicas o psicológicas convencionales para conseguir salud, por el contrario, tratan de complementarlas como su nombre lo indica, para beneficio del paciente.

El objetivo principal de estas terapias es involucrar de manera responsable y activa a las personas en el cuidado de su salud física, emocional y mental, fortaleciendo y vigorizando a su vez el sistema inmunológico.

Entre las Terapias Complementarias más conocidas se encuentran: la Homeopatía, la Acupuntura y el Reiki (Geddes & Grosset, 1997), la Fitomedicina (Alonso, J. 1998 y Font Quer, P. 1978), la Medicina Ayurveda (Vyas, B. y Warren, J. 2002), la Musicoterapia (Benenzon, R. O. 1972) y las Flores de Bach (Scheffer, M. 1997 y La Torre, 2006).

Para realizar la Sanación Tanatológica es recomendable utilizar una esencia de Flores de Bach para ayudar a los pacientes a recuperar parte

del equilibrio emocional que han perdido al estar viviendo un duelo. Por este motivo, creo oportuno hablar a continuación un poco más, aunque brevemente, sobre esta práctica terapéutica.

Las Flores de Bach

La Torre (2006) refiere que Las Flores de Bach son una forma de medicina complementaria desarrollada en 1930's por el Doctor Edward Bach en Inglaterra.

El doctor Bach se enfocó en el desequilibrio emocional de sus pacientes ya que pensaba que era el causante de las enfermedades físicas de las personas y no tanto una causa física en sí misma.

Para tratar el desarrollo del desequilibrio emocional, se apoyó en sus conocimientos previos de homeopatía y en la observación de la naturaleza. De esta manera creó 38 tinturas de flores, concentradas por si mismas o con otros medicamentos, preparadas especialmente para neutralizar y como antídotos de estados emocionales negativos.

Con estos remedios, Bach consideró que abarcaba todos los aspectos de los pensamientos negativos que surgen en el camino de la recuperación de un paciente. Estas tinturas interactúan en un nivel de energía sutil con el individuo, rebalanceando el consciente y el inconsciente, al mismo tiempo que disuelven patrones antiguos. Estas tinturas son seguras, no tóxicas y pueden ser utilizadas por todas las personas, desde niños pequeños hasta adultos mayores.

Los remedios florales se enfocan en la creencia de que las plantas tienen una energía que les da la vida y que puede ser un patrón más positivo de

salud mental. Son remedios o esencias florales obtenidas de flores silvestres que actúan por acción física o vibracional, no química.

A través de los años, estos remedios de flores han sido redescubiertos y ha incrementado su popularidad entre profesionales al cuidado de la salud que las han integrado en diferentes ambientes médicos, con resultados favorables: Campanini, (1997); Cram, (202); Sheffer, (1997); y La Torre, (2006).

Entender cómo pueden utilizarse las Flores de Bach en el ambiente terapéutico puede agregar un componente de salud a la psicoterapia. Parecen no tener efecto y tampoco son afectadas por otros medicamentos por lo que pueden ser utilizadas independientemente o con otro tipo de tratamientos.

7. LA SANACIÓN TANATOLÓGICA: UNA ESTRATEGIA DE AUTOAYUDA PARA QUIENES VIVEN UN PROCESO DE DUELO.

Mi interés por conocer la Tanatología surgió por el hecho de haber vivido una experiencia de duelo por una muerte inesperada en un accidente automovilístico. Las investigaciones indican que en estos casos la tristeza es mayor que en aquellos en los que la muerte es prolongada y/o natural (Brown, 1995; Grecco, 2011).

El deseo de superar esta tristeza me dio la oportunidad de experimentar, durante los últimos veinte años, diferentes estrategias de autoayuda para mi propio beneficio, unas mejores que otras.

Este tiempo a su vez, me ha permitido estar cerca de personas que también necesitan ayuda para recuperar su bienestar emocional, mental o físico. Sin embargo, algunas prefieren mantenerse “con las rodillas sangrando” a pesar de tener necesidades muy específicas que podrían tener solución.

Pero lo que realmente me motivó a ofrecerle a las personas una estrategia de autoayuda que facilitara el proceso de duelo ante diferentes tipos de pérdidas, fueron aquellas personas que teniendo problemas, desconocían que pueden pedir ayuda para resolverlos.

He estado en varias ciudades del país dando conferencias, talleres y consultas individuales; a muchas de estas personas no las volveré a ver. Por esta razón era importante para mi ofrecerles algo que estuviera a su alcance y siempre pudieran utilizar, sin tener necesariamente que depender de un profesional o de asistir a un centro especializado en terapias, o incluso, de necesitar tener un presupuesto para pagar la ayuda. Sin embargo, es muy importante para mi aclarar que la intención no es sustituir o eliminar la necesidad o la práctica de otro tipo de

intervención o de ayuda terapéutica por parte de un profesional; sino de facilitar el equilibrio emocional de la persona que ha vivido una pérdida, para que pueda tomar decisiones incluso de asistir a una terapia si la necesita, y sea capaz de realizar las tareas correspondientes para pasar a través de su proceso de duelo con mayor tranquilidad.

Mi deseo es ofrecer algo “complicadamente sencillo”, que ayude a las personas a transformar en tiempo breve sus emociones, sentimientos y pensamientos de dolor y sufrimiento, creando un estado de tranquilidad, bienestar y paz, que les facilite continuar con las actividades de su vida diaria.

Como resultado de esta inquietud surge lo que he llamado “Sanación Tanatológica”, un resumen integrado de mis conocimientos y experiencias. La llamé así, porque todos queremos estar sanos y sabemos hoy en día, que la salud no es sólo física, sino también emocional, mental y sobretodo energética (energía vital); considero que, nuestro desequilibrio ocurre principalmente como resultado de las pérdidas que vamos viviendo desde el momento de nuestro nacimiento y a lo largo de nuestra existencia, y que se van acumulando y nos van debilitando; algunas de forma consciente, aunque la mayoría, de manera inconsciente.

En muchas ocasiones este desequilibrio pone en riesgo no sólo la relación con nosotros mismos, sino también con los demás: nuestros padres, nuestra pareja, los hermanos, los hijos, los familiares, las personas con las que laboramos, las personas desconocidas con las que tratamos, los amigos, nuestros pacientes, etc.

El proceso psicológico implicado en la Sanación Tanatológica es el duelo. Es la reacción psicológica tras una pérdida significativa. Es el proceso de

adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida. En el se manifiesta la tristeza, el dolor, el sufrimiento, la aflicción, la desesperanza, la añoranza, el enojo, la culpa, etc.

La Sanación Tanatológica es un ejercicio de *respiración consciente a partir del cual podemos ayudarnos a entender cómo lidiar con la pérdida*. La práctica de este ejercicio crea un estado de relajación física, emocional y mental, que permite recuperar la fortaleza y el bienestar interno de quien lo practica. Es una forma sencilla de volver a sentirse en paz. Mientras más oportunidades tenga la persona de realizar esta respiración, sentirá mayores beneficios y creará mayor bienestar.

Esta técnica podría insertarse dentro del movimiento de la Psicología Humanista, ya que: se centra en la persona en forma integral, ayudándola a ser consciente de su proceso de duelo con una gran capacidad de elegir sus cambios, de darle intencionalidad a sus pensamientos en forma creativa y con la capacidad de valorar su bienestar. Todo esto vivido como una experiencia individual y única. También toma en cuenta al terapeuta, sus actitudes y cualidades (empatía, autenticidad, congruencia) para el buen resultado de la terapia, ya que, hay un cambio importante en el paciente cuando se siente comprendido y aceptado por el terapeuta: se relajan sus sentimientos, cambia su relación con los problemas al igual que su modo de relacionarse con los demás y consigo mismo, y logra centrarse en el presente con la ayuda de su respiración consciente.

Puede realizar este ejercicio de respiración cualquier persona que esté viviendo un proceso de duelo y/o que se sienta: triste, enojada, estresada, enferma, culpable, agotada, angustiada, dolida, con remordimientos, asustada, con miedo, preocupada, infeliz, insatisfecha,

con insomnio, invalidada, sola, intolerante, arrepentida, insuficiente, nostálgica, confundida, desanimada, desesperanzada, impotente, incomprendida, desesperada, cansada, desilusionada, inquieta, traicionada, deprimida, etc.

Esta respiración se realiza con los ojos cerrados para facilitar la concentración y evitar distracciones y mareos, ***respirando y soplando***. De esta manera, al **respirar** se aumenta la oxigenación del cuerpo y al **soplar**, se eliminan los residuos de bióxido de carbono que se van quedando en la base de los pulmones e intoxican al organismo enfermándolo física y emocionalmente, haciéndolo perder su equilibrio. La fuerza del soplido permite que la respiración poco a poco, en forma gradual, pase de ser torácica a abdominal. Se sugiere incrementar en forma gradual de 10 a 30 minutos diarios.

Al poner atención en el aire que entra por la nariz, pasa por la garganta y llega al pecho llenando los pulmones, la persona deja de pensar en otras cosas, lo que relaja sus pensamientos (ya que los pensamientos pueden generar emociones de miedo, angustia, confusión, excitación, desesperación, infelicidad, etc.) y le permite dirigir su poder mental a su cuerpo para crear salud en su organismo, sanándolo.

Es recomendable hacer este tipo de respiración al final del día ya que al generar un estado de relajación y tranquilidad, permitirá un sueño reparador y este a su vez un despertar sintiéndose fortalecido para iniciar las actividades diarias. Sin embargo, una vez que se reconoce en uno mismo el beneficio de esta forma de respirar, se podrá realizar en diferentes momentos a lo largo del día conforme se vaya necesitando y en menores lapsos de tiempo, e incluso, con los ojos abiertos.

Este apoyo terapéutico ante el duelo que describo a continuación, lo he estado brindando en un hospital público de la Ciudad de México en el que poco a poco ha ido cobrando mayor fuerza la participación, apoyo y servicio de la Clínica de Tanatología.

8. LA CLÍNICA DE APOYO TANATOLÓGICO

El Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” ofrece los servicios de asistencia tanatológica a través de su Clínica de Apoyo Tanatológico. La misión de este servicio es:

“Proporcionar una asistencia tanatológica personal e individualizada con un sentido ético y humanístico, sin enjuiciamiento, con amor y empatía al individuo y su familia que sufre física, psíquica y espiritualmente, con el propósito de aliviar el proceso de crisis ante una enfermedad o pérdida, basada en principios de profesionalismo y responsabilidad, en un ámbito de respeto y honestidad” (Manual de Bienvenida, 2014).

Los servicios que integran la Clínica de Tanatología son: Enfermería, Salud Mental, Psicología y Trabajo Social. Se trabaja con un equipo multidisciplinario de: médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras y trabajadoras sociales. Este equipo sirve de apoyo al personal de enfermería adscrito a la Clínica y que realiza la terapia tanatológica que se proporciona a los pacientes hospitalizados y a los pacientes de consulta externa, que se encuentran cursando un proceso de duelo.

El Hospital cuenta con Manuales de Procedimientos de todas las especialidades y sin duda alguna, la Clínica de Tanatología también cuenta con el propio, en el cual se especifica cómo solicitar el servicio de Tanatología para pacientes externos u hospitalizados. Los manuales son actualizados cada cinco años y actualmente están en reestructuración para su autorización.

El Hospital ha sido una fuente de oportunidades para desarrollar la actividad tanatológica y para ofrecer la Sanación Tanatológica como una técnica más de intervención con los pacientes en duelo.

En el caso de pacientes externos, el médico del equipo de salud de Consulta Externa lo valora y solicita la intervención tanatológica a través de una Hoja de Interconsulta en la cual indica los datos del paciente y el motivo de la consulta. Cuando el paciente llega a la Clínica, esta información le permite al personal de la Clínica de Tanatología conocer si se trata de un duelo anticipado o de un duelo no resuelto, sea del paciente o relacionado con algún familiar. De esta manera se le puede ofrecer la terapia de apoyo tanatológico.

Se platica con la persona y si acepta la terapia de apoyo se identifica el proceso de duelo que manifiesta el paciente en tres momentos: a) saludo; b) identificación de la emoción o necesidad a trabajar, dentro de la cual se pueden realizar ejercicios de relajación, visualización guiada, y el manejo de la técnica de Sanación Tanatológica; c) Se realiza una retroalimentación preguntando al paciente de qué se dio cuenta, y se cierra con la despedida y programación de otra cita si el paciente y las circunstancias lo permiten. Al finalizar se realizan los registros de la intervención tanatológica.

En el caso de pacientes hospitalizados, la Clínica atiende a pacientes con enfermedades crónico degenerativas y que están viviendo un proceso de duelo o a sus familiares que necesiten apoyo. En estos casos, el médico o la enfermera identifican el estado emocional del paciente enfermo o en estado agónico registrándolo en el Expediente Clínico Único (ECU), o en la Hoja de Enfermería y, solicitan la intervención tanatológica a través de una Hoja de Interconsulta que es llevada a la Clínica. El personal de terapia tanatológica de la Clínica acude al Servicio correspondiente, revisa el expediente clínico, identifica y visita al paciente para ofrecer la asistencia tanatológica. Si el paciente la acepta, se realiza la intervención en ese momento; en caso negativo, se respeta la decisión del paciente y

se le invita a solicitar la asistencia cuando la necesite. En ambos casos se marca el resultado en el expediente clínico. También se toma en cuenta si se realizó el apoyo a algún familiar. Finalmente, se elabora un Registro de Intervención Tanatológica.

El personal de la Clínica de Apoyo Tanatológico a su vez, puede remitir pacientes a otros servicios por medio de Hojas de Interconsulta, cuando lo considere necesario para la seguridad y el bienestar del paciente.

La Clínica realiza un Reporte de Productividad mensual, trimestral y anual del trabajo realizado tanto por el personal adscrito a la Clínica, como del personal que asiste como voluntario. De esta manera se da a conocer a las autoridades el número de pacientes atendidos.

La Clínica tiene un Programa de Capacitación con temas relacionados con Tanatología, mismos que se dan en los diferentes servicios y turnos, dirigidos para el equipo multidisciplinario y familiares.

Cuenta también con el Curso-Taller de Tanatología para el equipo multidisciplinario del hospital, y de forma anual participa en la organización del Congreso Nacional de Tanatología, para dar a conocer aspectos generales de Tanatología tanto a profesionales de la salud como al público en general.

Dentro de la Clínica se han realizado tres protocolos de investigación de corte cuantitativo relacionados con la actitud del profesional ante el momento de la muerte. Es en este contexto que se lleva a cabo el presente estudio.

PROPOSITO DEL ESTUDIO

El propósito de este estudio es evaluar una propuesta de enseñanza para personas que han tenido una pérdida y están pasando por un duelo. La propuesta ayuda a las personas a entender cómo se vive el proceso de acuerdo al modelo de las cinco etapas del duelo propuesto por la doctora Elisabeth Kübler-Ross; y les ofrece una estrategia de autoayuda llamada Sanación Tanatológica, que les apoya para recuperar el equilibrio emocional y mental necesario en la toma de decisiones durante este proceso.

MÉTODO

Participantes

Treinta personas de ambos sexos, hombres y mujeres, cuyas edades fluctuaron entre 20 y 68 años, pertenecientes a un nivel socio-económico bajo y medio-bajo.

Tipo de estudio

Exploratorio, ofrece una visión general y aproximada al objeto de estudio (la Sanación Tanatológica) que antes no ha sido abordado. Permite obtener indicadores que pueden conducir a formular con mayor precisión subsiguientes estudios.

Escenario

Clínica de Apoyo Tanatológico del Hospital General de México Doctor Eduardo Liceaga. Se atendió a las personas en horario matutino en un cubículo privado con adecuada ventilación e iluminación, en el que se contaba con un escritorio y dos sillas.

Instrumentos

- Bitácora personal para llevar el registro de: edad, sexo, motivo de la intervención, y la evaluación cuantitativa y cualitativa de lo que hicieron y dijeron las personas al final de la sesión.
- Un atomizador para el ambiente con una esencia de Flores de Bach que ayude a relajar y equilibrar las emociones.
- Guía orientadora para Sanación Tanatológica (anexo 1).
- Cuestionario para evaluar el resultado del procedimiento (ver anexo 2).
- Una caja de pañuelos desechables.

PROCEDIMIENTO

Cada sesión se inicia con una entrevista escuchando a la persona en forma activa, para conocer la razón por la que pide la ayuda y para identificar el tipo de duelo que esta viviendo. El tiempo disponible es de 20 a 30 minutos.

A continuación se le explica que está viviendo un duelo y cómo se vive el proceso, de acuerdo al modelo de las cinco etapas propuesto por la doctora Elizabeth Kübler-Ross, dándole a conocer las emociones involucradas que crean desequilibrio en las personas.

Posteriormente, se le propone realizar un ejercicio de respiración consciente llamado Sanación Tanatológica para recuperar la estabilidad emocional y se le enseña cómo hacerlo. Esto dura aproximadamente 10 minutos.

Finalmente, se le pide a la persona que evalúe tanto en forma cuantitativa como cualitativa su estado de bienestar emocional antes y después de realizado el ejercicio de respiración.

Se termina la sesión dándole por escrito (ver anexo) la explicación de la Sanación Tanatológica para que pueda posteriormente repetir por su cuenta, en forma individual y sin que nadie la interrumpa, el ejercicio de respiración. Por último, se le pide permiso para despedirla con un abrazo.

DESARROLLO

Cuando una persona llega a la Clínica solicitando ayuda, el primer paso es escucharla hablar sobre la situación de duelo que está viviendo y la razón por la que está pidiendo la ayuda. La invito a tomar asiento y procuro sentarme frente a ella a una distancia no mayor de dos metros para escucharla y observarla, procurando siempre el contacto visual.

Prestar atención a las palabras con las que describe su problema es muy importante para mí, ya que posteriormente me serán útiles al hacer la Sanación; por ejemplo: *siento mucha rabia, odio lo que me está pasando, no es justo, nunca pude decirle, no me despedí, tengo muchas cosas que resolver, no descanso ni duermo, me desespero con facilidad, no quería venir, no quiero dar molestias, me quiero morir, no supe cuidarlo, siento algo que me oprime el pecho, cómo le digo a mis hijos, etc.* (bitácora personal)

Hay personas que hablan sin parar, otras lloran mientras hablan y describen su problema, y se apenan y disculpan por esto; a otras, es necesario guiarles preguntando qué es lo más difícil de lo que están viviendo y qué esperan que suceda al pedir ayuda.

El tiempo disponible para que expongan su situación de duelo es de 20 a 30 minutos aproximadamente.

Una vez que la persona termina de hablar de su problema, le comento que está viviendo un duelo, y el duelo duele; pero el sufrimiento lo crea uno con los pensamientos. Le explico como es que se vive un proceso de duelo y sus etapas (de acuerdo al modelo de la doctora Kübler-Ross); concluyendo con el hecho de que todo lo que me ha dicho, al igual que sus pensamientos, emociones y sentimientos están creando desequilibrio en su organismo y es necesario recuperar el equilibrio para que pueda volver a sentirse bien.

Entonces le propongo un ejercicio que puede ayudar a mejorar su estado anímico, es un ejercicio muy sencillo que facilita la recuperación del equilibrio.

Para realizar el ejercicio es importante tomar conciencia de su respiración, permitiendo la entrada del aire por su nariz y soplándolo por la boca, por lo tanto, le indico que es necesario estar sentado con la espalda derecha, los pies sin cruzar y las manos sobre las piernas con las palmas hacia arriba, lo que le permite que los hombros estén relajados.

Para poner atención en la respiración sin que se distraiga o se maree ya que va a estar oxigenándose, le pido cerrar los ojos y empezar a ser consciente de su respiración: sentir el aire que entra por la nariz, pasa por la garganta y llega al pecho.

Una vez que sienta que llegó al pecho, le pido que lo sople, logrando con esto que se salga el bióxido de carbono que está en la base de los pulmones, lo cual permitirá que en la siguiente respiración entre más oxígeno y sea más profunda. Esto se logra en forma gradual hasta llegar a respirar así durante 10 minutos.

El bióxido de carbono que se queda en la base de los pulmones va intoxicando al organismo enfermándolo por la falta de oxigenación adecuada de las células, lo cual va evitando y debilitando el buen funcionamiento de los diferentes órganos del cuerpo. Esto crea desequilibrio y enfermedad física y emocional.

Al poner atención en el aire que entra por la nariz, pasa por la garganta y llega al pecho llenando los pulmones, la persona deja de pensar en otras cosas, lo que permite que su mente se tranquilice y se ocupe en crear salud en su organismo, dándole intencionalidad a sus pensamientos, oxigenándolo, sanándolo, logrando así que la mente y el cuerpo estén en armonía en el presente. Si en algún momento sus pensamientos la distraen, al darse cuenta, sólo tiene que volver a poner atención en su respiración y continuar con el ejercicio.

Conforme la persona respira, verbalmente y en forma pausada la voy guiando: *“el aire entra por la nariz... pasa por la garganta... llega al pecho... lo sopla... y...vuelve a respirar. Cada vez la respiración es más profunda... y entra más oxígeno”*. Después de tres o cuatro respiraciones, le pido que ponga atención en el aire que una vez que llega a su pecho llega al corazón, donde están lo que yo llamo, “las heridas del alma”: todo aquello que en su vida le ha causado dolor, miedo, enojo, tristeza, desconfianza, desesperación, etc.; luego, le pido que lo sople, que saque de su cuerpo esa información que ya no necesita y que hoy no le permite estar en paz y ser feliz, sin importar desde cuando esté ahí o qué tipo de información sea.

Me pongo de pie y rocío un poco de esencia de Flores de Bach alrededor de su cuerpo y sobre su cabeza para estimular el olfato con un aroma agradable y ayudar a generar un cambio sutil en su energía a nivel vibracional; a la par, me paro a su lado. Le digo que la voy a acompañar

a respirar y le aviso que voy a tocarla. Pongo una mano a la mitad de su espalda y otra sobre su pecho, fortaleciendo con esto el acompañamiento gracias al contacto físico (Bermejo,2003); inhalo y exhalo procurando que mi respiración la escuche y tratando de seguir el mismo ritmo que la suya.

A partir de este momento y en forma pausada, es cuando guío su respiración utilizando las palabras con las que describió al inicio su problema: *sopla la rabia, sopla el odio, sopla la injusticia, sopla la impotencia, sopla la tristeza, sopla el cansancio, sopla lo que no te permite dormir, sopla la desesperación, sopla la resistencia, sopla la falta de autoestima, sopla el miedo a la muerte, sopla lo que te oprime el pecho, etc.*, según haya descrito su problema. Este momento es diferente para cada persona dependiendo de la manera en que haya descrito el duelo que esta viviendo.

La duración de este ejercicio de respiración es aproximadamente de 10 minutos. Algunas veces, al escuchar mis palabras, el llanto interrumpe momentáneamente el ritmo de su respiración. Yo continúo inhalando y exhalando para apoyar a que la persona poco a poco se tranquilice y vuelva a poner atención en su respiración y siga haciendo el ejercicio.

Retiro mis manos y le pido haga una última respiración. Antes de que abra los ojos, me regreso a mi lugar y le pido que mantenga los ojos cerrados y frote las palmas de sus manos y las ponga sobre su pecho, primero la mano izquierda y encima la mano derecha, y sienta los latidos de su corazón y se de cuenta que está con vida y por esto damos gracias, y que cuando se sienta lista abra sus ojos y mueva su cuerpo. Ahora guardo silencio y espero su respuesta.

Finalmente, y ya con los ojos abiertos, le pregunto: “*¿Cómo se siente?*”, “*¿Hay alguna diferencia entre antes y después de realizar la respiración?*”, “*¿Le fue fácil respirar desde el principio?*”.

También le pregunto: “*Si pudiera calificar su grado de bienestar del uno al diez en este momento, ¿qué calificación le pondría?*”, luego pregunto “*Si pudiera dar una calificación antes de hacer el ejercicio, ¿cuál sería?*” Finalmente le indico: “*Diga una sola palabra que describa su estado emocional en este momento una vez realizado el ejercicio de respiración*”.

Al terminar la sesión le pregunto “*¿Podrá repetir este tipo de respiración cuando esté sola en su casa?*”, y le doy por escrito la descripción del ejercicio para que recuerde qué fue lo que hizo y pueda realizarlo de nuevo. Le sugiero que lo realice antes de dormir y que al soplar simplemente piense que se sale de su cuerpo “*todo aquello que ese día no le permitió ser feliz y estar en paz, sea lo que sea*”. De esta manera será más fácil descansar y tener un sueño reparador que le permita al día siguiente sentirse mejor para iniciar sus actividades y tomar decisiones.

Este ejercicio permite que la persona tome parte activa en la recuperación de su salud, haciéndose más consciente del proceso de duelo que está viviendo y de las limitaciones por las que está pasando. También se vuelve más responsable, ya que nadie puede respirar por ella para mejorar su estado físico, emocional y/o mental.

Aunque este ejercicio de respiración consciente o Sanación Tanatológica lo he podido ofrecer durante diez años en diferentes escenarios fuera del ambiente hospitalario, y ocho años en el Hospital General de México; en el siguiente apartado presento los resultados obtenidos del registro

tomado durante el último año con personas que han asistido a la Clínica de Apoyo Tanatológico solicitando apoyo para superar su duelo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Durante el año próximo pasado (2014) se llevó a cabo el registro de una muestra de las personas que asistieron a la Clínica de Apoyo Tanatológico del Hospital General de México “Eduardo Liceaga” (HGM) solicitando ayuda para resolver su proceso de duelo. La población considerada correspondió al universo de pacientes que pidieron o aceptaron su cita los días miércoles, que es cuando yo asisto como voluntaria en el turno matutino.

El número de personas atendidas con la ayuda de la Sanación Tanatológica y evaluadas después de realizada ésta, fue de un total de 30, de las cuales 26 (86.6%) fueron mujeres y 4 (13.3%) fueron hombres. Sus edades se ubicaron entre 20 y 68 años.

I. Personas con sesión única

La Sanación Tanatológica se realizó durante una sesión individual con 26 personas (86.6%); además, 4 personas (13.3%) tuvieron la oportunidad de recibir más de una sesión. Estas cuatro personas fueron mujeres.

Ante la pregunta: *“¿Fue fácil respirar desde el principio?”*, la respuesta inmediata de 28 personas indicó que no era fácil, por ejemplo expresaron *“no fue fácil”, “como si el aire no pasara”*. Worden (1993) menciona que una de las manifestaciones fisiológicas normales en adultos que están viviendo un duelo es la falta de aire; pero conforme fueron inhalando y exhalando, poco a poco pudieron respirar cada vez más profundo y con más fuerza.

Se utilizó la escala análoga numérica del uno al diez para evaluar las siguientes preguntas: “Si pudiera calificar su grado de bienestar del uno al diez en este momento ¿Qué calificación le pondría?” y “Si pudiera dar una calificación antes de hacer el ejercicio ¿Cuál sería?”. 28 personas indicaron una variación en sus puntajes en la primera sesión individual de Sanación Tanatológica de la siguiente manera (ver tabla 1):

Tabla 1. Puntajes de la evaluación cuantitativa de la Sanación Tanatológica utilizando la escala análoga numérica del uno al diez en relación al bienestar que se experimentó antes y después del ejercicio.

Persona	Edad	Sexo	Antes	Después
1	30	F	3	8
2	40	F	6	10
3	60	F	0	10
4	66	F	3	7
5	20	M	6	9
6	35	M	6	10.5
7	66	F	0	7
8	54	F	0	10
9	48	F	0	10
10	62	F	0	10
11	40	F	2	10
12	60	F	2	10
13	68	F	0	9
14	20	F	1	8
15	48	F	2	10
16	40	F	0	10
17	60	F	0	10
18	60	F	2	9
19	61	F	8	10
20	52	F	0	9
21	43	F	0	10
22	48	F	4	9
23	32	M	6	8

24	25	M	-3	9.5
25	43	F	6	9
26	52	F	6	9
27	48	F	6	9
28	53	F	5	9
29	48	F	Duelo agudo	
30	56	F	Estado de negación	

El promedio obtenido como resultado de las evaluaciones antes de realizar la primera Sanación Tanatológica da un puntaje de 2.36. El promedio obtenido como resultado de las evaluaciones después de realizar la primera Sanación Tanatológica da un puntaje de 8.63. La prueba de Wilcoxon indica que estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < .001$).

En relación a la evaluación cualitativa, las personas reportaron diferentes estados de bienestar al concluir la sanación (ver figura 1 y tabla 2). El 68% reportó alguna forma de sensación positiva (por ejemplo: *“me siento más tranquila”*, *“me siento muy bien”*, *“mejoré, venía muy mal”*).

El 39% reportó alguna forma de mejoría física (por ejemplo: *“se me quitó el dolor de espalda que traía desde hace varios días”*, *“sentía el pecho apretado”*, *“sentía un hueco en el estómago”*, *“traía dolor de cabeza”*, *“me dolían las piernas”*). Worden (1993) considera correctas estas manifestaciones fisiológicas en adultos que están viviendo un duelo.

El 32% agradeció haber soltado emociones negativas (por ejemplo: *“liberé el enojo”*, *“saqué la angustia que llevaba dentro”*, *“saqué el odio, la rabia y el rencor”*). El 14% solicitaron mayor ayuda y pidieron volver.

Figura 1. Evaluación cualitativa de las personas después de realizar la primera sesión de Sanación Tanatológica.

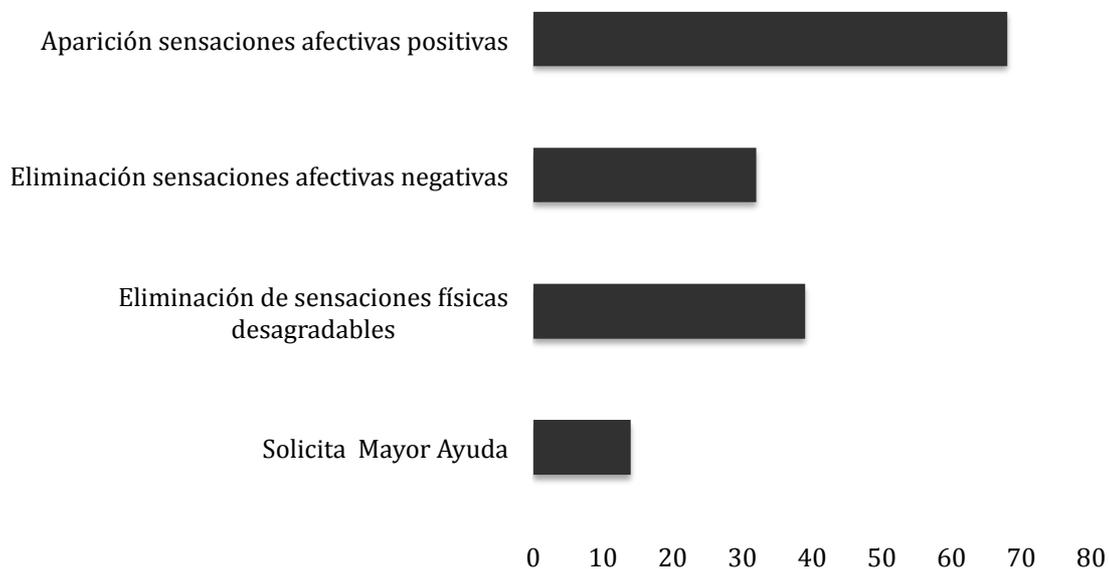


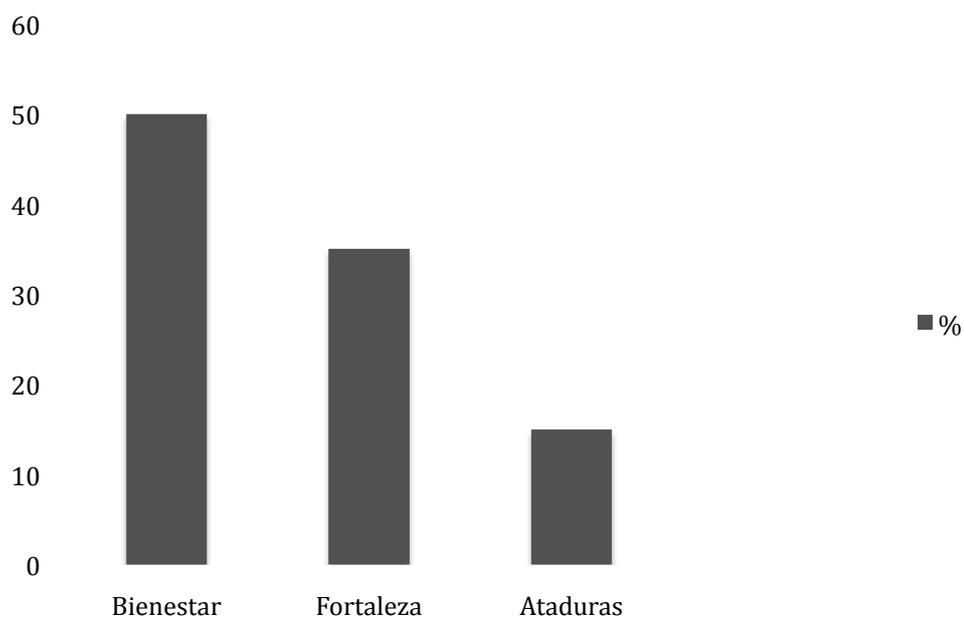
Tabla 2. Puntajes de la evaluación cualitativa después de realizada la Sanación Tanatológica.

Resultados reportados	No. Personas	%
Aparición sensaciones afectivas positivas	19	68%
Eliminación sensaciones afectivas negativas	9	32%
Eliminación de sensaciones físicas desagradables	11	39%
Solicita mayor ayuda	4	14%

Por último, presento los resultados obtenidos ante la indicación: *“Diga una sola palabra que describa su estado emocional en este momento una vez realizado el ejercicio de respiración”* (ver figura 2).

El 50% de las personas utilizaron palabras para expresar bienestar (ejemplo: relajada, tranquila, confortable, agradecida, en paz). El 35% manifestaron tener mayor fortaleza interna (ejemplo: confianza, equilibrio, seguridad, más conciencia). El 15% mencionó haber superado ataduras (ejemplo: liberada, libre, aliviada).

Figura 2. Resultados cualitativos del estado emocional final.



II. Personas con varias sesiones

Los siguientes resultados corresponden a personas que al asistir en un horario de miércoles en la mañana a la Clínica, pudieron tener más de una sesión de Sanación Tanatológica. Cada uno es un caso complicado pero

sus palabras explican el valor del ejercicio de respiración consciente en su proceso para elaborar el duelo.

Personas 2 y 3.

Hija y Madre respectivamente, fueron enviadas a la Clínica de Tanatología por el Servicio de Psicología a través de una Hoja de Interconsulta. El problema de salud se manifestaba en la hija al estar perdiendo movilidad en las piernas para caminar.

Después del trabajo en la Clínica, en la cual dos sesiones fueron de Sanación Tanatológica, la hija reportó que su problema era emocional y que ya sólo sería atendida en el Servicio de Psicología.

Por su parte, la madre explicó después de haber experimentado el ejercicio de respiración consciente durante dos sesiones:

“Ahora utilizo la respiración cuando estoy muy desesperada durante el día, a cualquier hora. La hago un momento y como que se me olvida”, “Pero todas las noches la hago y duermo tranquila”, “Sacar lo malo del día ayuda a descansar”, “Antes era muy negativa. Es la misma preocupación pero ya duele menos, la Sanación me ayudó a separar las cosas”, “La enfermedad de mi hija ya no me duele físicamente, pero me duele en el alma. Ahora es más fácil sobrellevarla” (bitácora personal).

Aquí vale la pena recordar que Worden (1993) menciona el trastorno del sueño como una de las manifestaciones conductuales en adultos que están viviendo un proceso de duelo, es por eso que, la respiración consciente se recomienda en un principio realizarla antes de dormir para poder conciliar un sueño reparador y despertar al día siguiente con más fuerzas y en un estado emocional más equilibrado. En caso de pasar una

noche intranquila, se recomienda iniciar el día haciendo la respiración, soplando todo aquello que no le permitió a la persona dormir en paz.

Persona 9.

Esta mujer recibió un tratamiento estético y sufría las consecuencias físicas de las sustancias que le inyectaron. Esto había creado también inestabilidad emocional en su persona.

Participó en seis sesiones de Sanación Tanatológica en las que después de exponer su situación tanto física como emocional, realizó el ejercicio de respiración consciente expresando agradecimiento y bienestar al final. Sin embargo, en la última sesión ella estaba en crisis, cansada y desesperada por el proceso que estaba viviendo. Ella reportó en las diferentes sesiones que:

“He tomado muchas decisiones, cada vez me es más fácil, incluso ya no acepto que me estén medicando con diferentes tratamientos”, “Ya hice mi testamento y hablé con mis hermanos, no quiero nada”, “Se que me voy a morir, pero ahora acepto que yo quise que me hicieran el tratamiento, nadie me obligó” (bitácora personal).

Recordemos que Viktor Frankl (1946) considera también que las manifestaciones espirituales están presentes en el proceso de duelo de un adulto, entre las que menciona la conciencia de la propia mortalidad.

Persona 20.

Esta mujer se preparaba para una intervención quirúrgica. Necesitaba bajar de peso para poder hacer la intervención pero comía con ansiedad. Se sentía muy enojada con su familia. Participó en tres sesiones de Sanación Tanatológica. Después de la primera sesión ella reportó al final

“liberé el enojo”. En la última sesión ella mencionó que: *“Ya uso la respiración más seguido”, “Respiro cuando me siento incómoda con mi familia y me calmo”, “Soy muy impulsiva pero ya me enojo menos”, “He bajado de peso”, “Me siento muy agradecida”* (bitácora personal).

Worden (1993) también menciona que el trastorno de alimentación es una de las manifestaciones conductuales esperada en adultos que están viviendo un proceso de duelo, por lo que hacer la respiración consciente le permitió a esta persona relajarse y dejar de comer con ansiedad, lo que le ayudó a bajar de peso.

Los puntajes que dieron después de la Sanación Tanatológica las cuatro personas (mujeres) que recibieron más de una sesión son los siguientes (ver tabla 3):

Tabla 3. Puntajes de evaluación cuantitativa de las personas que recibieron más de una Sanación Tanatológica.

Persona	Sesión	Antes	Después
2	2	6	10
	3	2	10
3	2	0	10
	3	2	10
9	2	0	10
	3	2	10
	4	4	9
	5	6	9
20	6	Intervención en crisis	
	2	0	9
	3	6	9
	4	4	9

Al final, presento los resultados de la persona 29 y de la persona 30 que aparecen en la tabla 1. Recibieron sólo una sesión de Sanación

Tanatológica y se reportan como “duelo agudo” y “estado de negación” respectivamente:

Persona 29.

Esta persona estaba viviendo un duelo agudo debido a que su esposo recientemente se había suicidado. Habló muy poco para explicar su situación de duelo y lloró intensa pero silenciosamente todo el tiempo. Se le explicó el proceso de duelo y se le ofreció la Sanación Tanatológica como un acompañamiento ya que ella no podía hacer la respiración ni soplar. Bajo estas circunstancias, le pedí que cerrara sus ojos, rocié la esencia de Flores de Bach sobre su cabeza y a su alrededor, y me paré a su lado. Le avisé que la iba a tocar. Puse una mano a la mitad de su espalda y otra al frente sobre su pecho, para fortalecer el contacto físico, e inicié mi respiración para que ella la escuchara. Después de los soplos fui dando cada uno de los siguientes mensajes: “*recupero la tranquilidad*”, “*recupero la paz*”, “*recupero la fortaleza*”, “*puedo descansar*”; esto lo hice mientras sus lágrimas caían sobre mi mano. Después de 10 minutos me retiré, le pedí que mantuviera sus ojos cerrados y frotara sus manos y las pusiera sobre su pecho, una sobre otra sintiendo el latido de su corazón, “*ella estaba viva*” y por eso dimos gracias. Al final la despedí con un abrazo.

Persona 30.

En este caso se reportan los resultados como “estado de negación”.

Esta señora, era madre de una hija joven que en ese momento estaba hospitalizada y tenía un diagnóstico de cáncer avanzado. Su relato fue de no aceptación de lo que estaba sucediendo con la salud de su hija, por lo que la forma de apoyarla en ese momento no incluyó la Sanación Tanatológica, sino Consejería Tanatológica para que entendiera el

proceso que estaban viviendo ella y su hija, la seriedad de la enfermedad, y las decisiones y cuidados que podría realizar a partir de ese momento.

CONCLUSIONES

Cada vez hay más familias viviendo las experiencias de duelo ya que en el día a día se experimentan mas homicidios, secuestros, accidentes, violencia y enfermedades crónico degenerativas. Existen más personas en duelo que personas muertas, ya que por cada persona que muere hay un grupo mayor de personas que sufren su ausencia.

La idea de compartir y dar a conocer este trabajo es la de ampliar los horizontes en el manejo del duelo ofreciendo nuevas posibilidades; sin embargo, el trabajo realizado con pacientes en duelo aún ofrece un campo muy amplio de investigación.

La experiencia de Sanación Tanatológica ha demostrado que se trata de una alternativa viable y que trae resultados favorables e inspiradores para ayudar a generar bienestar en las personas (dolientes), sin importar su edad y su sexo. Se aprecia que incide en su estado físico y emocional.

El sufrimiento que trae el duelo a cada persona puede ser el inicio de un desarrollo emocional más estable y maduro. La Sanación Tanatológica puede ser una experiencia de autoayuda que facilita la construcción de esta nueva realidad.

Sin embargo, aunque esta estrategia de autoayuda se le puede ofrecer a la mayoría de las personas, no todas la aceptan como algo útil para su mejoramiento emocional y tranquilidad mental.

Aún no se puede afirmar en forma definitiva que los cambios voluntarios en los patrones respiratorios constituyan por si mismos una forma de afectar nuestros pensamientos, sentimientos y estados psíquicos. Se necesita mayor experiencia experimental para demostrar la potencialidad del proceso respiratorio (Labiano, 1996); no obstante, si se puede asegurar que las técnicas respiratorias son instrumentos terapéuticos

útiles para la diversidad de alteraciones psicosomáticas (Davis, Eschelman, Mc Kay, 1986).

Se puede decir que el tiempo es algo que puede ayudar en la elaboración del duelo, y aunque esto va a depender mucho más de la subjetividad de la historia de vida y de la red de apoyo de la persona, la Sanación Tanatológica resultó ser una experiencia que en el momento favorece el proceso de concientización de la persona que sufre el duelo ayudándola a sentirse tranquila y en paz, de tal manera que, esto permite tomar decisiones más adecuadas ante las pérdidas facilitando la elaboración del duelo en un tiempo más breve.

En relación con los estados propuestos por la doctora Kübler-Ross, se hizo patente su manifestación durante las intervenciones, en las palabras utilizadas por los pacientes para describir su problema de duelo; así mismo, una vez realizado el ejercicio de Sanación Tanatológica, por su agradecimiento al haber liberado las emociones tóxicas que les causaban problema en ese momento.

Los pacientes han sido mis maestros, como diría la doctora Kübler-Ross, para conseguir comprenderlos un poco más y para aprender de sus reacciones emocionales. En cada sesión se crea una relación entre dos personas, una relación interpersonal, donde la propia actitud y capacidad del tanatólogo para hablar sobre la enfermedad y la muerte sin ansiedad facilita la comunicación con la persona involucrada. Además, hay muchas cosas que no se comunican verbalmente, son sentidas, experimentadas, vistas y son muy difíciles de expresar en palabras, como el abrazo de despedida al final de la sesión entre el paciente y el tanatólogo, que "...quizá sea una de las experiencias más intensas de trascendencia y de vida en la que se da y recibe..." (Bermejo, 2003, p. 193).

Es importante hacer notar que explicar a las personas cómo es que sucede un proceso de duelo y sus etapas, generó calma y serenidad. Así, lo que ellas entendían como algo anormal que provocaba culpa y vergüenza, les permitió aceptar que se vale llorar y que es normal por ejemplo sentir rabia, enojo y desesperación cuando se está viviendo un duelo. Esto les facilita llegar a la fase de aceptación que para algunas personas parecía ser una meta muy lejana o hasta casi imposible de alcanzar.

También fue necesario recordarles que los estados o etapas del duelo se pueden repetir una y otra vez, pero que al final se logran superar, recuperando así seguridad y confianza.

Por mi experiencia se que la Sanación Tanatológica puede ser realizada no sólo en forma individual sino también en grupos pequeños (familias) o en grupos grandes (auditorios). Gracias a que he podido regresar a diferentes lugares donde la ofrecí como una estrategia de autoayuda, he podido conocer el testimonio de algunas personas que me han compartido la forma en que la han integrado a su vida diaria y el bienestar que esto les ha generado. Pienso por eso que es probable que en algún momento pueda llegar a ser una ayuda para calmar a grupos de personas en situaciones de tragedias mayores, para que puedan recuperar la estabilidad emocional y autoconfianza.

Para terminar, me gustaría concluir la presentación de este trabajo tomando en cuenta las palabras de la doctora Kübler-Ross cuando menciona en su obra *La muerte un amanecer* (1989):

“El conocimiento solo, no ayudará a nadie. Si no utilizáis además de la cabeza, vuestro corazón y el alma, no ayudareis a nadie” (p. 50).

“Sólo abriéndonos a la espiritualidad y perdiendo el miedo podremos comprender y llegar a revelaciones superiores. Una manera de no volver a tener miedo es saber que la muerte no existe y que todo lo que nos sucede en esta vida sirve para un fin positivo” (p. 69).

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, J. (1998). *Tratado de Fitomedicina. Bases clínicas y farmacológicas*. Buenos Aires: Isis Ediciones.
- Attig, T. (1996). *How we grieve. Relearning the world*. New York: Oxford University Press.
- Benenzon, R. O. (1972). *Musicoterapia en psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bermejo, J. C. (2003). *La muerte enseña a vivir. Vivir sanamente el duelo*. Madrid. Ed. San Pablo.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. México: Ed. Paidós.
- Brown, F. H. (1995). O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. En B. Carter, & M. Mcgoldrick (Org.) *As mudanzas no ciclo de vida familiar* (M.A.V. Veronese, Trad.) p. 393-407. Porto Alegre; Artmed.
- Bucay, J. (2003). *Hojas de Ruta*. Colección completa. México: Editorial Océano.
- Campanini, M. (1997). Bach Flower Therapy: Results of a monitored study of 115 patients. *La Medicina Biológica*, 15: 1-13.
- Cram, JR. (2002). Flower essence in the treatment of mayor depression. *CAM Complementary and Alternative Medicine*, January: 8-15.
- Clínica de Apoyo Tanatológico del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga (2014). *Manual de Bienvenida*. Elaborado por: Mtra. María Antonieta Rocío Fernández Hernández; autorizado por la Subdirección de Enfermería: Mtra. Martha García Flores.
- Davis, M., Eschelman, E. & Mc Kay, M. (1986) *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Ed. Martínez Roca
- D'Hyver, D. C. & Kraus, A. W. (2006). *Tanatología*. En D'Hyver C y Gutiérrez-Robledo, L. M. *Geriatría* (pp 615-626). México: El Manual Moderno
- Elizari Basterra, F. J. (2007). *10 palabras clave ante el final de la vida*. Navarra, España: Editorial Verbo Divino.
- Elmiger, M. E. (2010). La subjetivación del duelo en Freud y Lacán. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, Vol. 10 No. 1, p.p. 13-33.

- Frankl, Viktor E. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Editorial Herder.
- Font Quer, P. (1978). *Las plantas medicinales*. Barcelona: Ed. Labor , 4^a. Edición
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud , Vol. 14* Nueva York: Macmillan Co.
- Geddes & Grosset (1997). *Alternative Therapies*, Scotland: David Dale House
- Gómez, M. A. & Delgado, J. A. (2000). *Ritos y Mitos de la Muerte en México y Otras Culturas*. México: Grupo Editorial Tomo, S. A. de C. V.
- Grecco, E. H. (2011). *Muertes inesperadas. Manual de autoayuda para los que quedamos vivos*. México, Editorial Pax.
- Grossman, P. (1983). Respiration, stress and cardiovascular function. *Psychophysiology*, 20(3), 284-300.
- Guzmán, C. (2013). *Muerte, duelo y trascendencia en la obra de Bach*. IV Congreso Sedibac de Terapia Floral. Barcelona, España.
- Instituto Mexicano de Tanatología, A. C. (IMT, A. C.) (2011). *¿Cómo enfrentar la muerte? Tanatología*. México: Editorial Trillas.
- Kroen, W. C. (2002). *Cómo ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido*. España: Ediciones Oniro, S. A.
- Kübler-Ross, E. (1989). *La muerte un amanecer*. Barcelona: Editorial Luciérnaga.
- Kübler-Ross, E. (1995). *La rueda de la vida*. España: Ediciones B, S. A.
- Kübler-Ross, E. (2003). *Los niños y la muerte*. Barcelona, España: Editorial Luciérnaga.
- Kübler-Ross, E. (2005). *Sobre la muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados*. Barcelona: Grijalbo.
- Labiano, L. M. (1996). La técnica de respiración: Aportes psicoterapéuticos. *Salud Mental*, 19(4), 31 -35.
- Latiegui, A. (1999). Prevención y tratamiento del duelo patológico. En W. Astudillo, C. Arrieta, C. Mendinueta y I. Vega de Seoane (Eds.) *La familia en la terminalidad* (297 – 313) Bilbao. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- La Torre, M. A., RN, MA, CCNS (2006). Integrative perspectives: Integrating Bach flower remedies into a therapeutic practice. *Perspectives in Psychiatric Care* 42(2), 140-143.

- Lindemann, E. (1944). Syntomatology and Management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 101, 141-148.
- Montoya Carrasquilla, J. (2008). *Pérdida, aflicción y luto. Cuidados al final de la vida*. México: Ed. Trillas.
- O'Connor, N. (2007). *Déjalos ir con amor*. México: Ed. Trillas.
- Pangrazzi, A. (2003). *El Duelo. Cómo elaborar positivamente las pérdidas humanas*. Buenos Aires: Editorial San Pablo.
- Parkes, C. M. (1973). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York: International Universities Press.
- Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press.
- Raphael, B. (1984). *The anatomy of bereavement*. London: Hutchinson.
- Roccatagliata, S. (2006). *Un hijo no puede morir. La experiencia de seguir viviendo*. México: Debolsillo.
- Santamaría, C. (2010). *El duelo y los niños*. Santander: Editorial Sal Terrae.
- Scheffer, M. (1997). *Manual práctico de la terapia floral de Bach*. México: Ediciones Urano.
- Torregrosa, I. (2014). *Periodismo alternativo*. Consultado en: periodismo-alternativo.com/2014/09/03como-los-pensamientos-se-convierten-en-enfermedades/
- Vyas, B. & Warren, J. (2002). *Ayurveda esencial*. Barcelona: Ediciones Oniro.
- Worden, J.W. (1993). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

ANEXO 1

Sanación Tanatológica

La sanación tanatológica es un ejercicio de **RESPIRACIÓN CONSCIENTE** que crea un estado de relajación física, emocional y mental, que permite recuperar la fortaleza y el bienestar interno de quien la practica. Es una forma sencilla de volver a sentirse en PAZ, *pase lo que pase*.

Mientras más oportunidad tenga la persona de realizar esta respiración, sentirá mayores beneficios y creará mayor bienestar en su persona.

Puede realizar esta respiración cualquier persona que se sienta: triste, enojada, estresada, enferma, culpable, agotada, angustiada, dolida, con remordimientos, asustada, con miedo, preocupada, infeliz, insatisfecha, con insomnio, invalidada, sola, etc.

Esta respiración se realiza con los ojos cerrados, **RESPIRANDO Y SOPLANDO** de 10 a 30 minutos diarios. De esta manera, al RESPIRAR el cuerpo se oxigena y al SOPLAR elimina los residuos de bióxido de carbono que se quedan en la base de los pulmones e intoxican al organismo enfermándolo física y emocionalmente, haciéndolo perder su equilibrio.

Al poner atención en el aire que entra por la nariz, pasa por la garganta y llega al pecho llenando los pulmones, la persona deja de pensar en otras cosas, lo que permite que su poder mental se dirija para **CREAR SALUD** en su organismo, **SANÁNDOLO**.

ANEXO 2

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA DE LA SANACIÓN TANATOLÓGICA UNA VEZ REALIZADO EL EJERCICIO DE RESPIRACIÓN:

- ¿Cómo se siente?
- ¿Hay alguna diferencia entre antes y después de realizar la respiración?
- ¿Le fue fácil respirar desde el principio?

Evaluación cuantitativa

- Si pudiera calificar su grado de bienestar del uno al diez en este momento ¿Qué calificación le pondría?
- Si pudiera dar una calificación antes de hacer el ejercicio ¿Cuál sería?

Evaluación cualitativa

- Diga una sola palabra que describa su estado emocional en este momento una vez realizado el ejercicio de respiración.
- ¿Podría repetir otra vez este tipo de respiración cuando esté sol@ en su casa?