



UNIVERSIDAD ALHER ARAGON
INCORPPORADA A LA UNAM

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA
CLAVE DE INCORPORACION 895225

“PROCESO DE DUELO FAMILIAR DE PACIENTES EN FASE TERMINAL
POR CÁNCER; UNA PERSPECTIVA HUMANISTA”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

JOCELYN MARIANA CANO ALBA

ASESOR
LIC. MAURICIO ISMAEL CAMPOS CANO

CIUDAD NEZAHUALCÒYOTL, ESTADO DE MÈXICO, DICIEMBRE DEL 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Indicé

Resumen	1
Introducción	3
Planteamiento del problema	
Preguntas de investigación	6
Objetivo general	6
Objetivos particulares	6
Justificación	7
Capítulo 1 Cáncer	
1.1 Orígenes del estudio del cáncer	10
1.2 Definición de cáncer	11
1.3 Características del cáncer	12
1.3.1 Principales características de los tumores malignos	14
1.4 Sintomatología	16
1.5 Cáncer infantil	17
1.5.1 Leucemia	18
1.5.2 Causas del cáncer infantil	20
1.5.3 Tumores sólidos más frecuentes en niños	20
1.5.4 Curación en cáncer infantil	22
1.6 Consecuencia física y psicológica del cáncer	23
1.7 Etapa Final	24
1.7.1 Paciente terminal	26
1.7.2 Cuidados en enfermos terminales	27
1.7.3 Enfermo terminal y la muerte	28
1.7.4 Definición de enfermo terminal	28
Capítulo II Afrontamiento	
2.1 Definición de Afrontamiento	31
2.2 Funciones del Afrontamiento	34
2.3 Estrategias de Afrontamiento	37
2.3.1 Sufrimiento	38
2.3.2 Autonomía	40
2.3.3 Aspectos Organizativos	41

2.3.4 Necesidades de comunicación del enfermo y su familia	43
--	----

Capítulo III Duelo

3.1 Proceso de Duelo	46
3.2 Definición de Duelo	46
3.3 Duelo y Melancolía	48
3.4 Etapas de duelo	49
3.4.1 Negación	49
3.4.2 Ira	50
3.4.3 Negociación	51
3.4.4 Depresión	51
3.4.5 Aceptación	52
3.5 Etapas de duelo Sigmund Freud	53
3.6 Tipos de Duelo	54
3.6.1 Duelo Patológico	54
3.6.2 Duelo Normal	55
3.7 Alteraciones en las diversas esferas de la vida	56
3.8 Tanatología	58

Capítulo IV Humanismo y Proceso de Duelo

4.2 Modelo Fenomenológico	61
4.2.1 Postulados centrales de la filosofía existencialista	64
4.3 La logoterapia de Viktor Frankl	67
4.4 Terapia Gestalt	71
4.5 Terapia centrada en el cliente	75
4.6 Teoría de la Motivación Humana	78
4.7 Teoría de la personalidad de Allport	81
4.7.1 El propium	82
4.7.2 Madurez Psicológica	85

Capítulo V Experiencias de las personas que han pasado por la muerte de un hijo

5.1 Volver a vivir tras la pérdida de un hijo	87
---	----

5.2 En la tristeza pervive el amor	91
5.3 Aprender de la perdida	93
5.4 No temas continua la vida ellos siguen contigo	97
5.5 Para ti que has perdido un hijo	98
5.6 El camino de las lágrimas	100
Metodología	105
Conclusión y Discusión	106
Referencias	110
Anexos	115

Agradecimientos

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Angelina

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. Eres pieza fundamental en esta formación sin ti nada de esto sería posible gracias por los regaños ahora comprendo que eran para un futuro mejor

A mis hijos Vania e Iker

Gracias a Dios por mis hijos, esos hijos que más que el motor de mi vida fueron parte muy importante de lo que hoy puedo presentar como tesis, gracias a ellos por cada muestra de afecto, gracias por cada momento en familia sacrificado para ser invertido en el desarrollo de esta, gracias por entender que el éxito demanda algunos sacrificios y que el compartir tiempo con ellos, hacia parte de estos sacrificios.

A mis hijos dedico esta tesis, a ellos dedico todas las bendiciones que de parte de Dios vendrán a nuestras vidas como recompensa de tanta dedicación, tanto esfuerzo y fe en la causa misma, ustedes han sido mi impulso para no darme por vencida y demostrar que todo es posible que el querer es poder, que el ser madre a temprana edad no te corta las alas si no te da las herramientas necesarias para saber que debemos luchar por un mejor futuro , sin duda quiero que se sientan orgullosos de mí en un futuro ustedes siguen mis pasos.

A mis abuelos Micaela y Apolonio (Q E P D)

Sus canas son sinónimo de sabiduría. Me enseñaron cosas vitales para la vida y me supieron encaminar por buen camino

Saúl

Gracias por acompañar mi camino, por soportar mi mal humorado genio por acompañar mis veladas y por estar ahí en todo momento gracias a ti por tus palabras de aliento por acompañarme en todo momento.

A mis sobrinos Axel y Fernando

Desde que ustedes llegaron a mi vida fueron los niños más importantes er aquí les demuestro que no hay obstáculo para nada querer es poder, el obstáculo lo ponemos nosotros mismos es por eso que en futuro espero verlos realizados profesionalmente, los amo son mis cómplices número uno.

A mis tíos Leticia y Fernando

Fueron piezas claves en mi formación gracias por ser mis cómplices y siempre estar ahí para mi alegrarse de mis logros y estar en mis fracasos gracias por hacer el segundo rol de padres.

Jonathan

Hermano eres mi ejemplo a seguir siempre tan diferentes pero al final doy todo por ti, tus regaños en mi adolescencia sirvieron de mucho ahora agradezco tu inusual e impaciente forma de enseñarme las cosas.

A mis Asesor Profesor Mauricio

Sin duda alguna fue pieza clave en mi formación universitaria, gracias por apoyarme en este arduo camino de la titulación, por sus conocimientos compartidos su realismo y sus grandes aprendizajes. Siempre lo eh dicho es un gran ser humano.

Amigas

Gracias por tenerme paciencia por soportar mi mal humor incluso mi frustración pero aquí estamos lo logramos!

Gracias a mi Universidad Alher sin duda me dieron el arma más valiosa para enfrentarme en el mundo una gran profesión a todos mis profesores por compartir sus conocimientos y anécdotas, pero sobre todo compartir su amor por esta hermosa carrera la Psicología, gracias por los buenos amigos que aquí encontré

Resumen

La pérdida de un hijo es un hecho trágico y la muerte anticipada es un hecho aún más doloroso cuando el hijo padece cáncer, es un camino largo y cansado, se debe tener los cuidados necesarios, saber cómo preparar a los padres para poder afrontar esta pérdida.

El presente trabajo surge del interés de tratar de entender el proceso de duelo en las familias mexicanas tras el deceso de un paciente en etapa terminal con cáncer, así como, saber si existen las medidas necesarias para acompañar el afrontamiento de la enfermedad terminal y el proceso de duelo.

Me parece que un acontecimiento de pérdida puede marcar lo suficiente a una persona como para que aparezca sintomatología llamativa y pueda incluso derivar a un trastorno.

Este trabajo trata de reflejar de qué manera se conecta el duelo ante la pérdida de un hijo como es que se afronta el duelo en un paciente terminal, como lo sobrelleva la familia y cómo reaccionan al momento de la pérdida.

Se parte del concepto de duelo y sus tipos, así como todo lo relacionado al cáncer, se analizan las características del duelo y de qué manera los adultos pueden enfrentarlo, la manera correcta de comunicarle la noticia, el abordaje, tanto antes como después del fallecimiento, cómo detectar si el familiar pasa por un duelo patológico o normal, de esa forma saber si necesita atención especializada; así como, aquellos instrumentos y técnicas de intervención que el profesional tendrá a su disposición ante un posible duelo patológico.

Palabras clave: Cáncer, Duelo, Enfermedad Terminal

Abstract

The loss of a child is a tragic event and early death is an even more painful event when the child suffers from cancer, it is a long and tiring road, one must have the necessary care, know how to prepare the parents to face this loss.

The present work arises from the interest of trying to understand the process of mourning in Mexican families after the death of a terminally ill patient with cancer, as well as knowing if the necessary measures exist to accompany the coping of the terminal illness and the process mourning.

It seems to me that an event of loss can mark enough for a person to appear as striking symptomatology and may even lead to a disorder.

This work tries to reflect how grief is connected to the loss of a child, how dueling is dealt with in a terminal patient, how the family copes with it and how they react at the time of the loss.

Be part of the concept of mourning and its types, as well as everything related to cancer, analyze the characteristics of mourning and how adults can face it, the correct way to communicate the news, the approach, both before and after the death , how to detect if the relative goes through a pathological or normal grief, in this way to know if he needs specialized attention; as well as, those instruments and techniques of intervention that the professional will have at his disposal before a possible pathological mourning.

Keywords: Cancer, Grief, Terminal Illness

Introducción

A lo largo de la historia el ser humano ha padecido muchas enfermedades que han afectado su salud, provocando dolor, sufrimiento e incertidumbre lo cual limita a llevar su usual estilo de vida. Una de estas enfermedades es el cáncer que hoy en día se ha convertido en una enfermedad muy común debido al alto nivel de impacto que tiene en la población, es una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad. El cáncer en niños en México es uno de los problemas más importantes de salud pública, se ubica en el segundo lugar con más altos índices de mortalidad en esta población con un rango de edad de 5 a 14 (INEGI, 2018)

Dicha enfermedad es formada por un conjunto de células que dejan de ser controladas como en el tejido normal. Es decir, por células que pierden la capacidad de inhibición por contacto, término referido a la capacidad de dejar de dividirse cuando entran en contacto con células similares; estas son denominadas como células cancerosas las cuales se desarrollan muy rápido provocando que la persona pierda una gran lucha (Garza, 2014).

Las leucemias y tumores del sistema nervioso central son los tipos de cáncer más frecuentes en la infancia, por lo que el diagnóstico temprano permite mejorar la supervivencia; ya que, por lo general sus síntomas son confundidos y provoca que estas células avancen rápidamente y el diagnóstico no sea favorable para la salud del enfermo (Garza, 2014).

Este tipo de enfermedad se considera terminal; Para Gil y Cols (1988), la fase terminal, mejor enunciada como síndrome terminal de enfermedad, se define como el estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo, presentándose comúnmente como el proceso evolutivo final de las enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado los remedios disponibles (p. 44)

Dada la característica de terminal, Se considera importante saber cómo afronta las personas el diagnóstico donde se les informa que su familiar se encuentra en fase terminal, así mismo como es que se afronta el proceso de duelo al momento de la pérdida y cómo es que afecta a su contexto, bien el afrontamiento es un conjunto de respuestas ante una situación estresante ejecutadas para reducir de algún modo las cualidades aversivas de la situación. Todo esto será tratado en el capítulo número dos en donde el afrontamiento es un tipo de respuesta multidimensional y dinámica que se genera ante una situación que se percibe como estresante

Aquí es donde el afrontamiento, término que reconoce a cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación. (Lazarus & Folkman, 1984).

Por lo que se considera que la muerte de un ser querido es una de las circunstancias más terribles a las que debemos enfrentarnos a lo largo de la vida, se trata de una situación inevitable que todo ser humano debe de pasar, pero la muerte de un hijo suele ser una de las experiencias más desgarradoras tanto para los padres como para todo el contexto donde el niño se desenvuelve. Puede parecer que el dolor es insoportable tanto más en la medida en la que queremos a la persona fallecida

Recordemos que la elaboración de un duelo puede ser una experiencia fructífera y enriquecedora, pues se puede convertir en amor donde se demuestre la maduración y el crecimiento personal.

Una separación no mortal deja siempre abierta la esperanza del reencuentro; la muerte, jamás; de ahí que nos referiremos al proceso de duelo ante la muerte sin desestimar que otras pérdidas pueden desencadenar respuestas intensas e

impredecibles, pero la muerte de un ser querido es la forma paradigmática de pérdida (Meza 2008).

El duelo conlleva un estado de melancolía donde psíquicamente se está en un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones, y la disminución del amor propio. Sin embargo, cuando hablamos de la melancolía en concreto decimos que entramos a un estado donde la persona u objeto permanece presente durante el duelo y no solo recuerdos de la persona amada (Garza, 2014).

Cabe mencionar que la persona trata de evadir las causas excesivas que plantean tanto el duelo que esta por suceder como la etapa final en la que se encuentra el enfermo. El paso por el duelo ante la muerte de un hijo/a, constituye un problema prioritario de investigación para la salud, ya sea pública o privada (Amigo, Garza y Fernández 2014).

Un duelo es difícil de elaborar, debido a que conlleva diversos cambios fisiológicos, ante una pérdida inesperada. El tránsito por el duelo, es poder poner en palabras el dolor y darle sentido a lo acontecido, poder transformar aquello que no puede nombrarse, es fundamental para evitar la aparición de conflictos psíquicos, que deterioren la calidad de vida de la persona. Uno de los riesgos de no realizar la elaboración del duelo es enfermar. De aquí la relevancia de conocer sus características, para poder brindar recursos asistenciales en salud mental. Este conocimiento va a posibilitar la elaboración de estrategias para prevenir dichas enfermedades (Meza 2018).

Planteamiento del Problema

¿Conocer el proceso de duelo familiar de pacientes desahuciados por cáncer?

Preguntas de investigación

¿Cómo afrontan los padres la pérdida del infante con cáncer?

¿Cómo es la reacción de los padres ante la noticia de un infante desahuciado?

¿Es posible superar esta experiencia de pérdida?

¿Cómo es el proceso psicológico ante la muerte de un infante enfermo por cáncer?

Objetivos de la Investigación

Describir el afrontamiento de los padres después de la pérdida de un infante con cáncer.

Analizar la reacción que pasan los padres ante la situación de un infante desahuciado.

Conocer las etapas de duelo para superar la pérdida de un infante con cáncer.

Conocer los procesos psicológicos que influyen ante la muerte de un infante con cáncer.

Objetivo General

Conocer las formas de afrontamiento del duelo en pacientes terminales en las familias Mexicanas.

Justificación

Una de las necesidades más importantes para la postulación de esta tesis, radica en la investigación cualitativa sobre cómo la población de padres mexicanos que pasan por una situación con hijos enfermos de cáncer en etapa terminal afrontan el proceso de duelo y; las actitudes que conllevan al saber el diagnóstico sobre esta fase de la enfermedad en su hijo.

Para lograr el objetivo deseado es necesario conocer sobre temas específicos, saber las etapas del cáncer y cómo las personas llevan a cabo su proceso de duelo mediante su idiosincrasia.

Si bien la pérdida de un ser querido es complicada, la de un hijo se vuelve un suceso desgarrador pues se esperaría por antonomasia la muerte del padre antes del hijo. Sin embargo, cuando los factores que influyen en las diversas esferas de la vida como lo son la física, emocional y psicológica se confabulan ante la pérdida del infante, las respuestas de los padres se diversifican dado que, es una de las experiencias más desgarradoras y máxime para aquellos padres que se enfrentan ante la lucha de sobrellevar algún tipo de enfermedad terminal en un hijo.

Acaecido el evento de la pérdida, este causará un inmenso dolor en el núcleo familiar. Ante tal acontecimiento, las vivencias que cada miembro del núcleo familiar tendrá sobre el evento y la relación que existió con el fallecido, influirán sobre el desarrollo y la superación del duelo tanto a nivel individual como familiar (Meza 2008).

El fallecimiento de cualquier persona allegada al círculo social puede hacer parecer que el dolor sea insoportable. Como se mencionó, perder un hijo se vuelve una experiencia devastadora, más, cuando este muere por una enfermedad en etapa terminal; por lo que, se pretende saber cómo convertir esos últimos meses, años e incluso días en algo satisfactorio para la relación

del enfermo con sus padres. Pues, conviene recordar que la elaboración de un duelo puede convertirse en una experiencia enriquecedora, que suponga la maduración y el crecimiento personal; elaborar un duelo es transformar el dolor en amor.

Por lo tanto, convendría cuestionarse: ¿Cuál es el proceso de afrontamiento ante la enfermedad por parte de los padres durante la fase terminal y cómo se da el proceso de duelo para encaminar la intervención desde una perspectiva humanista?

Por esta razón, el abordaje debe ser personalizado y sensible a las necesidades de las distintas estructuras familiares que se dan en sociedad y, a través de la transformación que ahora empieza a tener la vida de cada miembro y como poder sobrellevar la pérdida.

CAPITULO I

CÁNCER

Hoy en día el cáncer es la segunda enfermedad con más altos índices de mortalidad, esto debido a la falta de detección a tiempo, descuido o un mal tratamiento, una de las enfermedades más comunes en los seres humanos que afecta tanto a niños como a personas mayores; dicha enfermedad es formada por un conjunto de células que dejan de ser controladas como en el tejido normal. Es decir, por células que pierden la capacidad de inhibición por contacto, término referido a la capacidad de dejar de dividirse cuando entran en contacto con células similares; estas son denominadas como células cancerosas las cuales se desarrollan muy rápido provocando que la persona pierda una gran lucha (Garza, 2014 p.85)

Dado sus altos índices de mortalidad, en la actualidad su estudio ha venido profundizándose. Sin embargo, los orígenes de su estudio datan de muchos años atrás. Por lo que, en aportación a la presente investigación, es importante rastrear estos para comprender la evolución en el conocimiento de la enfermedad.

1.1 Orígenes del estudio del cáncer

De acuerdo con Amigo, Garza y Fernández (2014) las pruebas más antiguas de las primeras manifestaciones del cáncer datan de comienzos del periodo pleistoceno, es decir, hace aproximadamente unos setecientos mil años.

Los mismos autores comentan que el origen de la palabra Cáncer (Karkinos o Kapkívoc, habitualmente denominado por su nombre en latín, Cáncer, o simplemente como el Cangrejo) se le adjudica a Hipócrates (460-370 a. C) que utilizó para designar a los procesos neoplásicos, que a simple vista se presentan como formaciones dotadas de prolongaciones o patas y que al igual que un cangrejo, hacen prensa en los tejidos que irrumpen (Amigo et. al. 2014).

1.2 Definición de cáncer

Hablar de cáncer en la actualidad ya que se ha vuelto algo cotidiano. Pues, en México es la segunda causa de muerte infantil (INEGI, 2018) se considera una enfermedad cara pues muchas personas no tienen los recursos para atenderla incluso desconocen los principales síntomas.

Esta enfermedad es provocada por un grupo de células que se multiplican sin control y de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos. Es una enfermedad tan antigua como el hombre y le ha acompañado muy probablemente desde su aparición. Según algunos informes, data de apenas unos tres o cuatro millones de años (Garza, 2014).

En la actualidad, la rama de la medicina que se dedica al estudio y tratamiento del cáncer se llama Oncología, englobando en el término a las ramas que son la Cirugía, la Radioterapia, y la Quimioterapia (incluidas en esta la hormonoterapia, la inmunoterapia y más recientemente la terapia molecular (Garza, 2014).

El término cáncer engloba a un grupo de más de 100 diferentes tipos de la enfermedad que tiene como característica principal el rápido y desordenado crecimiento de células anormales (Bustamante, Marín y Cardona, 2012).

(Garza 2014) En la mayoría de los casos se trata de padecimientos crónico-degenerativos, por lo tanto, sus incidencias y tasas de mortalidad tienden a incrementarse con la edad. Asimismo, se han identificado tipos de cáncer más comunes en mujeres que en hombres y viceversa, así como otros exclusivos por sexo. Ejemplo de esto son las neoplasias malignas que se desarrollan en el aparato reproductor. (p.119)

1.3 Características del Cáncer

Los procesos cancerígenos tienen, al menos, como elementos comunes una proliferación de células, la tendencia a invadir los tejidos vecinos y finalmente, la capacidad de metatizarse esto es de diseminarse por otras partes del organismo (Amigo, Garza y Fernández 2014).

En el cáncer se habla proliferación anormal de células porque, al contrario de lo que ocurre en los tejidos normales, que cuando crecen o se renuevan se produce una división celular controlada en virtud de la cual se van sustituyendo unas células por otras, en el caso del cáncer ese sistema de división incontrolada da lugar al crecimiento geométrico de una masa tumoral o neoplasia (Amigo, Garza y Fernández 2014).

Multiplicándose rápidamente, las células cancerosas pueden por ejemplo, infiltrarse en órganos como el riñón o el hígado sin dejar apenas tejido suficiente para que dicho órgano no funcione correctamente , pueden erosionar los pequeños vasos sanguíneos provocando una anemia grave como ocurre en el caso del estómago , incluso pueden bloquear debido a su propio volumen, el drenaje de los exudados llenos de bacterias y provocar así neumonía o insuficiencia respiratoria causas corrientes de muerte en el cáncer de pulmón (Amigo, Garza y Fernández 2014).

Este crecimiento celular incontrolado se le denomina en general neoplasia, etimológicamente “Nueva Formación “, existen neoplasias benignas o malignas y suelen dar lugar a la aparición de un bulto que es lo que se denomina comúnmente como tumor, se utiliza como sinónimo de cáncer, solo hablaremos de cáncer cuando se trate de un tumor maligno (Garza 2014).

Para poder crecer, las células cancerígenas requieren satisfacer su enorme voracidad. Necesitan oxígeno entre otros nutrientes que le llegan a través de la sangre. Es por ello que, en el seno de los tumores se observa la formación de una profusa red de capilares que se desarrolla gracias a una sustancia segregada por las propias células tumorales denominadas factor angiogénico

tumoral, lo que da lugar a un recorte en la aportación de los nutrientes que el organismo necesita para mantener su equilibrio (Garza 2014).

Las células cancerígenas a diferencia de las células normales, no permanecen unidas entre sí porque su membrana carece de puntos de adherencia, lo que favorece su tendencia a invadir los tejidos vecinos además de que tiene capacidades de desplazarse raptando entre las demás células y al mismo tiempo segregan enzimas y fermentos que destruyen la sustancia colágena del tejido conjuntivo que sirve de soporte a los tejidos (Amigo, Garza y Fernández 2014).

De acuerdo con Amigo, Garza y Fernández (2014) el cáncer tiene una conocida capacidad de metatizarse, esto es, de desplazarse a otras partes del organismo. Las células cancerosas desprendidas de la masa tumoral pueden propagarse, a través del sistema circulatorio y del énfasis linfático a otros puntos del organismo. En el lugar donde quedan anclas pueden dar lugar a otro cáncer idéntico del que procede que en ocasiones puede ser más grande que el inicial (p. 56).

Esto nos explica el por qué los tumores malignos son de crecimiento rápido; no inhiben su crecimiento por contacto, se propagan tempranamente a otros tejidos, recurren con frecuencia tras ser extirpados y provocan la muerte en un periodo variable de tiempo, si no se realiza tratamiento Sabemos que el cáncer es una enfermedad que se origina a partir de un grupo de células epiteliales o mesenquimatosas “anormales” que han escapado a los controles de replicación y diferenciación; se multiplican de manera autónoma, sin control y de manera irregular. Invaden localmente y a distancia otros órganos y tejidos. En general, dejando a su evolución natural (sin tratamiento) tienden a llevar a la muerte al corto plazo a la persona afectada. Actualmente, se conocen más de 200 tipos diferentes de cáncer dependiendo del tejido del que se deriven. Los más frecuentes son los de piel, pulmón, mama, colon y recto (Garza 2014).

El grado de malignidad del cáncer es variable, básicamente depende de la agresividad de sus células y características biológicas. Son capaces de diseminarse y provocar metástasis (anidarse) en órganos y tejidos distantes. Su velocidad de crecimiento va más allá de los límites normales y, sus vías de diseminación pueden ser a través del sistema linfático (diseminación linfática) o del circulatorio (diseminación hemática) o, por extensión e invasión directa a los tejidos vecinos (Amigo, Garza y Fernández 2014).

Con respecto a lo anterior nos interesa conocer cómo se desarrollan los tumores malignos que tan avanzados pueden llegar a estar y las consecuencias en la salud del individuo a largo plazo, pues bien sabemos que no siempre se detecta a tiempo.

1.3.1 Principales características de los tumores malignos

- Capacidad de formar nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis) por medio de la secreción de ciertas sustancias, como el factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF por sus siglas del inglés), responsables de la formación de extensas redes de capilares y vasos sanguíneos nuevos. Los nuevos vasos son indispensables para la nutrición de las células tumorales y de las metástasis. Esto, le permite al parénquima tumoral tener un gran aporte de oxígeno y nutrientes, lo cual favorecerá su crecimiento y proliferación a mayor velocidad y distancia (Amigo, Garza y Fernández 2014).
- Las células malignas producen proteasas (enzimas proteolíticas) que degradan la matriz extracelular favoreciendo la expansión y diseminación tumoral. Es decir, tienen la capacidad de infiltrarse al torrente sanguíneo o linfático, mediante la ruptura de moléculas de adhesión celular que sujetan a las células a la membrana basal. Esta característica la adquieren luego de sucesivas alteraciones en el material genético. Los órganos en los que se producen metástasis con mayor frecuencia son: huesos, pulmones, hígado y cerebro. No obstante, distintos tipos de cáncer muestran preferencias

individuales para propagarse a determinados órganos (Amigo, Garza y Fernández 2014).

El cáncer es una enfermedad producida por la mutación en determinados genes y que estos pueden ser de tres tipos (Romero, 2000):

- Oncogenes. Se han descrito más de 100 y son genes mutados que promueven la división celular. Proceden de otros genes llamados proto-oncogenes, encargados de la regulación del crecimiento celular. La herencia de estos oncogenes es autosómica dominante. Suelen ser receptores de membrana (hormonas y otros factores).
- Genes supresores tumorales: encargados de detener la división celular y provocar la apoptosis. Cuando se mutan estos genes la célula se divide sin control. Suelen ser factores de control transcripciones y tradicional. Cuando pierden su función normal (por delación, translocación, mutación puntual) se originan los tumores.
- Genes de reparación del ADN: Cuando el sistema de reparación es defectuoso resultado de una mutación adquirida o heredada, la tasa de acumulación de mutaciones en el genoma se eleva a medida que se producen divisiones celulares. Según el grado en que estas mutaciones afecten a oncogenes y genes supresores tumorales, aumentará la probabilidad de padecer neoplasias malignas. (p.159)

Por otra parte, algunas enfermedades hereditarias como las que se mencionan abajo predisponen a la aparición de diferentes tipos de cáncer: (Amigo, Fernández, Garza 2014)

- Síndrome de Lynch.
- Neoplasia endocrina múltiple. Aparecen frecuentemente tumores como insulinoma, feocromocitoma o cáncer de tiroides.

- Síndrome de Peutz-Jeghers. Los afectados presentan riesgo elevado de padecer cáncer gástrico e intestinal.
- Síndrome de Gorlin. Predisposición a la aparición de carcinoma baso celular de la piel.
- Neurofibromatosis, Los pacientes afectados por este síndrome pueden presentar gliomas, meduloblastoma, neurinoma y otros tumores.

1.4 Sintomatología

La carcinogénesis es un proceso silencioso del cual la persona no nota inicialmente síntoma alguno si exceptuamos, claro está los epitelomas o cánceres de piel que al ser externos son fácilmente descubiertos. Esto hace que muchos tipos de cánceres pasen desapercibidos hasta que se encuentran en una fase avanzada. Los síntomas que en este momento aparecen dependen tanto de la localización en la que se asientan (como abultamientos, dolor, hemorragia, etc.) como de la función del órgano que afectan y la de los órganos vecinos que son invadidos o comprimidos por el crecimiento neoplásico (Garza, 2014).

En cualquier caso, el cáncer puede advertir de su presencia a través de una serie de síntomas inespecíficos entre los que destacan: fatiga, debilidad, pérdida de peso, pérdida del apetito o fiebre junto a estos, los oncólogos han descrito siete signos de alarma que pueden ser síntoma de la presencia de un tumor maligno en un estado precoz (Garza, 2014).

La presencia de dichos signos no se relaciona directa y necesariamente con la presencia de un cáncer ya que pueden ser debido a otras alteraciones

- El cáncer de colon y recto o de las vías urinarias (en especial de próstata) puede dar lugar a una alteración inexplicable de los hábitos de evacuación intestinal y urinaria.
- Los tumores en el riñón, vejiga y recto pueden presentarse con la expulsión de sangre por el año o vías genitourinarias.
- El cáncer cutáneo se manifiesta a veces a través de una ulceración de la piel que tarda en cicatrizar.
- El cáncer de mamá o los ganglios afectos de metástasis dan lugar a la aparición de un bulto en el pecho o en otra parte del organismo.
- El melanoma se presenta a través del crecimiento súbito de una verruga, peca o lunar.
- El cáncer de pulmón o de laringe puede dar lugar a una tos persistente o cambio en la cualidad de la voz, especialmente ronquera
- El cáncer de estómago o esófago puede conllevar una pesadez gástrica persistente o la dificultad para tragar los alimentos (Garza ,2014 p.110).

Actualmente las estadísticas arrojan un alto índice en casos de cáncer en niños, pues sus síntomas suelen ser confusos lo que generan un diagnóstico a destiempo,

1.5 Cáncer Infantil

Una de las células cancerígenas más comunes en los niños son la leucemia Aguda donde predominan los glóbulos blancos y es más común que en adultos mayores, así mismo, en niños como en adultos se da los mismos tipos de células cancerígenas.

Los niños pueden tener cáncer en las mismas partes del cuerpo que los adultos, pero existen diferencias significativas. Los tumores malignos durante la infancia suelen ser de presentación repentina, sin síntomas previos, pero son altamente curables (Amigo, Garza y Fernández 2014).

El cáncer en los niños se desarrolla a raíz de mutaciones (o cambios) no heredados genéticamente. Una vez diagnosticado, es importante que los padres busquen ayuda en un centro médico especializado en oncología pediátrica. Los más frecuentes, además de las leucemias y los linfomas, son los Neuroblastomas, el Sarcoma de Ewing y el Sarcoma Osteogénico (Garza, 2014).

La leucemia infantil generalmente se cura con el tratamiento, el que puede incluir quimioterapia, radiación y otros medicamentos. En algunos casos, un trasplante de médula ósea y de células puede ayudar. Los tumores cerebrales y de la médula espinal infantiles pueden causar cefalea (dolor de cabeza) y otros síntomas como náusea y vómito, problemas visuales, pérdida del equilibrio, somnolencia, cambios de personalidad y convulsiones (Garza, 2014).

Las leucemias son más frecuentes en niños es un cáncer que se fabrica en la médula ósea, parte más suave del interior de ciertos huesos, es importante conocer sus orígenes y posibles tratamientos

1.5.1 Leucemia

Las leucemias son enfermedades malignas caracterizadas por la proliferación maligna de células de la médula ósea hematopoyética, en que por definición predominan los glóbulos blancos y sus precursores. Se caracteriza por infiltración difusa de la médula ósea hematopoyética por células tumorales, presencia de células tumorales circulantes en sangre (Amigo, Garza y Fernández 2014).

La etiología de las leucemias se desconoce, pero se citan como factores de riesgo la exposición prolongada a productos químicos como: el benceno, ciertos productos derivados del petróleo, los pesticidas y las radiaciones ionizantes. El uso de determinados fármacos en el tratamiento de otro tipo de cáncer se asocia también a un mayor riesgo de padecer leucemia para algunos pacientes. Un dato importante en la leucemia mieloide crónica (LMC) es la presencia del cromosoma Philadelphia hasta en el 95% de los casos; la presencia de este cromosoma tiene implicaciones de diagnóstico y de tratamiento (Romero, 2000)

Las manifestaciones clínicas en las leucemias se deben principalmente a la falta de leucocitos funcionalmente adecuados (anemia, sangrado e infecciones). Según su evolución clínica, las leucemias se dividen en agudas o crónicas: Las leucemias agudas dejadas a su evolución natural, la mayoría de los pacientes mueren en menos de 6 meses. Las células neoplásicas son en general anaplásicas. En las leucemias crónicas hay una mayor supervivencia y las células malignas son menos anaplásicas. Según el tipo de leucocito que prolifera en las leucemias, se dividen en dos grupos principales: leucemia mieloide (LM) y leucemia linfocítica (LL), y de acuerdo a su grado de diferenciación y evolución clínica, se dividen en agudas o crónicas (Romero, 2000).

La edad de presentación en estos casos es variable, por ejemplo, la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) es más frecuente en niños mientras que la Leucemia Mieloblástica Aguda (LMA) es rara entre la población infantil; no así la forma crónica que suele presentarse en sujetos mayores de 50 años de edad. Por otro lado, la Leucemia Mieloide Crónica (LMC) es frecuente antes de los 50 años de edad (Romero, 2000).

El trasplante de médula ósea tiene como función eliminar las células enfermas o defectuosas e introducir células madres que produzcan glóbulos y plaquetas sanos

1.5.2 Causas del cáncer infantil

Según la asociación española contra el cáncer dice que a pesar de muchas investigaciones, las causas del cáncer en los niños no se conocen. Hoy por hoy, siguen realizándose numerosos estudios y proyectos de investigación para tratar de determinar cuáles son los factores y razones que provocan esta enfermedad. Nada de lo que le haya pasado al niño es la razón de su enfermedad y nunca los padres son los culpables de ella (Semergen, 20015)

Muy pocos casos de cáncer en los niños se deben a factores genéticos. Sus otros hijos no tienen por qué tener más posibilidades de desarrollar esta enfermedad.

Por otra parte, el cáncer no es una enfermedad contagiosa. No pasa de una persona a otra como la gripe. Al niño no le han transmitido su enfermedad otras personas, ni animales, y a su vez, él tampoco puede contagiarlo, No existen métodos para prevenir ésta enfermedad pero se puede diagnosticar un gran número de pruebas para determinar tanto el tipo como su localización y su extensión (Garza, 2014).

Considerando que existen tumores tanto malignos como benignos es importante saber que afecta de la misma forma a niños, puede ocasionar diversos síntomas que den un diagnóstico exacto.

1.5.3 Tumores sólidos más frecuentes en niños

Tumores del sistema nervioso central Los tumores cerebrales se clasifican y denominan por el tipo de tejido en el cual se desarrollan. Constituyen el segundo tumor más frecuente en los niños. Pueden aparecer en cualquier edad en la infancia y en la adolescencia, aunque son más frecuentes entre los 5 y los 10 años de vida. Pueden producir convulsiones, cefaleas, vómitos, irritabilidad, alteraciones de la conducta, somnolencia, etc. (Garza, 2014).

- Neuroblastoma

Es un tumor que se origina en las células nerviosas de la glándula adrenal (es una glándula que se encuentra cerca de los riñones y el lugar más frecuente de estos tumores), del tórax, del cuello y de la médula espinal. Es un tumor que sólo se desarrolla en niños, generalmente por debajo de los 5 años. Uno de los síntomas más característicos es la presencia de una masa y dolor abdominal, pero además puede acompañarse de diarrea y dolor de huesos

- Tumor de Wilms

Es un tumor maligno que afecta a las células de los riñones. Ocurre generalmente en niños antes de los 10 años. Los síntomas más frecuentes son la presencia de una masa abdominal, fiebre, pérdida de apetito, presencia de sangre en la orina o dolor abdominal.

- Retinoblastoma

Es un tumor maligno de la retina. Lo más frecuente es que este tumor se desarrolle en niños menores de 5 años, aunque puede aparecer a cualquier edad.

- Rabdomiosarcoma

Es un tipo de sarcoma de partes blandas que afecta fundamentalmente a las células de los músculos. Aunque puede ocurrir en cualquier área muscular, las localizaciones más frecuentes son cabeza y cuello, pelvis y extremidades. Ocurre más frecuentemente en varones y en edades comprendidas entre los 2 y 6 años.

- Osteosarcoma

Es la forma de cáncer de hueso más frecuente en los niños. Generalmente aparecen en los huesos largos del brazo (húmero) y de la pierna (fémur y tibia). Ocurre entre los 10 y 25 años, y es más frecuente en varones.

- Sarcoma de Ewing

Es otra forma de cáncer de hueso. Afecta a una parte diferente del hueso (la diáfisis o parte central del hueso) y suele presentarse en huesos diferentes a los huesos largos y huesos planos. Al que el osteosarcoma, generalmente se presenta entre los 10 y los 25 años y afecta más a varones que a mujeres. (Garza, 2014, p.98)

1.5.4 Curación en cáncer infantil

Como previamente se ha señalado, gracias a los avances terapéuticos de los últimos años, la mayoría de los niños con cáncer se curan. En nuestro país, la curación de muchos de los niños enfermos de cáncer está siendo un hecho habitual en nuestros días. Uno de cada novecientos jóvenes que cumple los veinte años de edad es un superviviente de cáncer infantil (Romero, 2000).

El tratamiento del cáncer infantil es uno de los éxitos más espectaculares de la medicina de nuestros días. Esto ha sido posible gracias al desarrollo de las técnicas diagnósticas y terapéuticas para controlar esta enfermedad. Se recomienda que el tratamiento del cáncer en los niños se realice en los Servicios hospitalarios especializados en Oncohematología Pediátrica, ya que estas unidades cuentan con el personal y los medios adecuados para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad (Romero, 2000).

Los tratamientos más empleados son la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia, en ocasiones con trasplante de médula ósea. Dependiendo del tipo de cáncer que tenga el niño se empleará una modalidad u otra, aunque en la mayoría de los casos, el tratamiento combinará varias modalidades.

1.6 Consecuencias Fisicas y psicológicas del cáncer

La enfermedad puede conllevar muchos problemas para la vida cotidiana, para lo cual las personas que se encuentran dentro de su contexto deben de adaptarse.

Las limitaciones físicas se deben en general al dolor y el malestar que suelen aparecer en las etapas finales de la enfermedad. Los efectos sobre el sistema inmunológico pueden incrementar la vulnerabilidad a otros padecimientos e infecciones. Además, la fatiga asociada a la enfermedad y el tratamiento constituye una de las quejas más comunes de los pacientes de cáncer, todo lo cual compromete seriamente su calidad de vida (Amigo, Garza y Fernández 2014).

El paciente con cáncer en su mayor parte no tiene más tensión psicológica que las personas no enfermas, sí son susceptibles a depresión, debido especialmente a las limitaciones en las actividades de la vida cotidiana que sufren por la enfermedad y el tratamiento (Williamson.2000).

Un 20% de 100% tanto familiares como pacientes en fase terminal requieren un tratamiento psicológico (Amigo, Garza y Fernández 2014).

Un aspecto de gran influencia en el estado emocional de los pacientes e incluso en la propia evolución de la enfermedad, es el apoyo social. Sin embargo, este no siempre se proporciona de la manera adecuada.

Hagedoorn, et. al. (2000) encontraron que cuando la comunicación con el enfermo tiene como objetivo hallar métodos constructivos para solventar los problemas que van presentando, el apoyo social es benéfico, sin embargo, la sobreprotección y el ocultamiento de la preocupación no suelen ser tan positivos.

De igual modo el diagnóstico detectado a destiempo causa confusiones en los familiares de los pacientes terminales, pues desconocen cómo se debe de dar a conocer que están a punto de morir y que se debe hacer ante este suceso de igual forma que es lo que sucederá en la etapa terminal.

1.7 Etapa terminal

En estas personas, que se encuentran viviendo la experiencia del cáncer en fase terminal, sucede una transformación en su ser existencial, queriendo decir con esto que las personas cambian algunos puntos de vista con respecto a la vida, comenzando a priorizar unas cosas sobre otras, eligen sólo lo que desean hacer, sienten que tienen tiempo para vivir la vida con mayor intensidad (Bayes, 2005, p.185).

Bayes (2005) Al hablar de los cambios en el ser hay que hacer referencia al sentido de vida, el cual hace énfasis en la cuestión del significado de vida, es decir, a la búsqueda de algo de manera coherente. (p.56).

La persona que posee un sentido del significado vive la vida como algo que tiene un propósito o función que cumplir, también puede ser una meta a la que se dedica el ser humano, algo por lo que la persona desea luchar, teniendo un propósito personal, una razón para vivir y teniendo en cuenta que el significado hace que muchas cosas se vuelvan tolerables (Bayes, Arranz, Barbero, & Barreto, 1996).

Esto se evidenció en las personas con las cuales se realizó esta investigación; lo cual concuerda con el planteamiento que hace (Yalom1985) en su trabajo con pacientes cancerosos en fase terminal, se ha dado cuenta de la importancia que tienen los significados en la existencia humana, las personas que tienen un sentido profundo del significado viven plenamente y se enfrentan a la muerte con menos desesperación que aquellos que carecen de significados” (p.52).

Las personas experimentan diversos tipos de significados: religiosos, de creatividad, altruistas, la creencia de la bondad del dar, la creencia de la bondad del servir a las personas, de la consagración; devoción a una causa y entre las cuales estarían: la familia, el estado y la religión (Yalom1985).

Lo importante de estas causas es dar sentido a la vida, es decir, elevan al individuo por encima de su nivel original; lo cual posibilitó en las personas una mayor conciencia y cercanía con lo espiritual y con la familia, y se convirtió en un referente que les permitió aferrarse de algo para poder seguir viviendo y también darse cuenta de que aun en las condiciones en que se encontraban, tenían algo que dar, recibir y enseñar a los demás.

(Frankl, 1946) Una vez desarrollados los significados, dan origen a los valores, definidos por como “un conjunto de principios que indican acerca de cómo vivir, los cuales actúan para aumentar la fuerza de aquellos” (p.95).

Las necesidades humanas de poseer un marco de referencia perceptivo general y un sistema de valores para basar nuestras acciones comunes constituyen las razones por las cuales buscamos un significado en la vida, éste permite trascender la muerte, dejando atrás una huella de nuestro paso por la vida, dejando una estela en el planeta donde se vive, se crece, se ha trabajado, se ha sufrido, se ha muerto, es decir, la idea es reflexionar sobre la experiencia que se ha vivido y adquirido en cada uno de los años de la existencia (Bayes, & Limonero, 2005)

El significado a la existencia a través del sufrimiento también hace parte de los cambios en el ser que se dieron en las personas, el cual posibilita que la vida tenga sentido, apareciendo en ellas actitudes que se refieren a la posición, a las maneras de enfrentar su situación, es decir, la experiencia por la que están pasando, permitiendo soportar un dolor y un sufrimiento. Lo anterior hace referencia entonces a la aceptación del destino cuando ya no se tiene poder para evitarlo, es decir, cuando ya no existen alternativas de cambiar el destino,

entonces es necesario salir al encuentro de éste con la actitud acertada, permitiendo a las personas que valoren más la vida (Bayes, & Limonero, 2005).

La responsabilidad se extiende más allá de la simple responsabilidad por el propio estado psicológico; este concepto se aplica actualmente en el tratamiento de algunas enfermedades como el cáncer y ha tenido un prototipo basado en factores externos; se manifiesta sin aviso previo y el paciente no puede hacer nada para modificar su aparición y desarrollo, el cáncer fomenta un desarrollo de desamparo, las personas sienten que no pueden tener control sobre él y sienten que lo único que pueden hacer es esperar (Yalom, 1985)

Lo anterior se articula con lo que plantea Yalom (1985) acerca de su experiencia con pacientes con cáncer; él señala “que independiente de las circunstancias físicas de una persona, es responsable siempre de la actitud que asume ante su problema, particularmente las diferencias existentes entre las diversas actitudes de los individuos hacia su enfermedad, algunos se entregan a la desesperación experimentando una muerte prematura psicológica y también sufren muerte prematura física, otros trascienden su enfermedad” (p.115)

Este es el caso de las personas con las que se desarrolló este trabajo; ellos trascendieron su enfermedad y utilizaron su conciencia de muerte inminente como catalizador, para mejorar su calidad de vida, realizando de esta manera cambios en su ser, que se evidenciaron en la responsabilidad y la posición desde la cual se contemplan los propios sentimientos (Bayes, & Limonero, 2005).

1.7.1 Paciente terminal

El concepto de paciente terminal surge de la atención a personas con cáncer en fase avanzada y posteriormente se extendió a otras enfermedades que comparten algunas características similares. Es un término que hace referencia a una situación del paciente más que a una patología. Según la definición de la OMS y de la Sociedad española de cuidados paliativos, enfermedad en fase

terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente (OMS, 2008).

En las situaciones terminales el objetivo de la atención médica no es “el curar” sino el de “cuidar” al paciente, a pesar de la persistencia y progresión irreversible de la enfermedad. Se trata de proporcionar la máxima calidad de vida hasta que acontezca la muerte (Bayes, & Limonero, 2005).

Con esta finalidad surgió una nueva forma de atención médica integral que se denominó cuidados paliativos (Garza, 2014).

1.7.2 Cuidados en enfermos terminales.

Los cuidados paliativos inicialmente se desarrollaron en Inglaterra como filosofía hospice, y en 1990 la OMS asume la denominación general de cuidados paliativos como, el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objeto de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físico-psíquicos y las necesidades espirituales y sociales de los pacientes” (Barbero, 2005).

La medicina paliativa no tiene relación alguna con la eutanasia, ya que ninguna actividad desarrollada se realiza con la finalidad de acabar con la vida del paciente. Aunque inicialmente los cuidados paliativos se desarrollaron para asistir a los pacientes con enfermedades terminales neoplásicas, existen numerosos enfermos con patologías crónicas no cancerosas en situación avanzada que pueden beneficiarse de la aplicación de cuidados paliativos (Barbero, 2005).

Aunque las características y terapias específicas varían en cada una de estas enfermedades, los objetivos generales del tratamiento son comunes. Para

considerar a una enfermedad como terminal nos basaremos en unos parámetros objetivos y en la propia situación del enfermo (nivel de autonomía, síntomas, capacidad de relación) más que en la posibilidad de fallecimiento a corto plazo (Barbero,2005).

1.7.3 Enfermo terminal y la muerte

La muerte forma parte de la vida de cada uno y constituye un momento personal y único. Vivir y morir forman parte de lo mismo; morir es uno de los parámetros del vivir. Se considera a la muerte como una situación límite íntimamente relacionada con la personal trayectoria biográfica y las actitudes ante la vida que se hayan tenido (Gil y Cols. 1988).

Estas actitudes marcarán sus vivencias y orientarán el comportamiento que se manifiesta en la denominada fase terminal, cuando la hay, que no siempre así acontece (Gil y cols. 1988).

La atención al enfermo en esta fase terminal constituye una de las funciones más importantes e ineludibles del personal sanitario, que inician un nuevo tipo de asistencia, cuya meta ya no es liberar al paciente de su enfermedad, sino ayudarlo a morir en paz o, más bien, a vivir dignamente hasta que le llegue la muerte (Gil y Cols, 1988).

Los cuidados paliativos se desarrollaron para asistir a los pacientes con enfermedades terminales, la confortabilidad del paciente es el objetivo de todo el proceso asistencial. No se trata de alargar, sino de mejorar la calidad de vida

1.7.4 Definición de enfermo terminal

Calman (1980), establece que la fase terminal en los pacientes cancerosos se da cuando se les ha diagnosticado con exactitud, la muerte no parece demasiado lejana y el esfuerzo médico ha pasado de ser curativo a paliativo. Para Gil y cols. (1988), la fase terminal, mejor enunciada como síndrome

terminal de enfermedad, se define como el estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo, presentándose comúnmente como el proceso evolutivo final de las enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado los remedios disponibles. (p.145)

Las enfermedades más frecuentes que conducen al síndrome terminal son las siguientes:

1. Cáncer.
2. Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central.
3. Cirrosis hepática.
4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
5. Arteriosclerosis (HTA, miocardiopatía, diabetes, senilidad).

Capitulo II

Afrontamiento

Es importante conocer cómo afronta las personas el diagnóstico donde se informa que su familiar se encuentra en fase terminal, así mismo, cómo es que se afronta el proceso de duelo al momento de la pérdida y su contexto, El afrontamiento es un conjunto de respuestas ante una situación estresante ejecutadas para reducir de algún modo las cualidades aversivas de la situación. La persona trata de evadir las causas excesivas que plantean tanto el duelo que esta por suceder como la etapa final en la que se encuentra el enfermo.

2.1 Definición de Afrontamiento

El afrontamiento es un tipo de respuesta multidimensional y dinámica que se genera ante una situación que se percibe como estresante. Las respuestas ante el estrés son fruto de una interacción, que es continua entre cada persona y su medio. En dicha interacción a cada situación será percibida como estresante o no por el individuo en función de diferentes factores psíquicos del mismo más que de las características objetivas del suceso (Lazarus y Folkman, 1986).

La reacción ante el estrés de una situación que estaría mediada según Lazarus (1974) por evaluaciones cognitivas que hace el sujeto de la misma y que tratarían de contribuir a la autorregulación en dicha situación.

En dichas evaluaciones cognitivas se evalúa el significado de una transacción para el bienestar personal y evalúa su valor potencial de cara al manejo del ambiente; estas evaluaciones se realizan en un cambio constante.

Para Lazarus (1974) la autorregulación se realizaría mediante dos tipos de procesos:

- acciones directas para manejar o cambiar el problema,
- acciones de tipo paliativo (para cuando se siente que no se puede hacer nada para cambiar la situación), entre las que estarían procesos

intrapsíquicos para manejar las emociones (como la negación, evitación o retirada de atención de lo que sucede) y actividades dirigidas al manejo de los síntomas somáticos del estrés (tomando tranquilizantes, mediante técnicas de relajación, etc. (p.87)

Según estos planteamientos, el estrés sería en gran medida un constructo mental, pues el estrés de la situación depende de la medida en que se valore como tal y no algo que sucede independientemente de la acción del individuo (Snyder 1999).

Para Lazarus y Folkman (1986) las respuestas de afrontamiento tienen un efecto modulador de las consecuencias que para la adaptación del sujeto tenga una determinada situación. Como consecuencia, las respuestas de afrontamiento se convertirán en mediadoras y condicionarán la respuesta al estrés.

En dichas respuestas también influirán los recursos personales para llevarlas a cabo y las restricciones que uno experimenta ante la posibilidad de usar dichos recursos. La evaluación cognitiva sería el proceso mediante el que, según estos autores, el sujeto categoriza una interacción concreta con su ambiente en términos de relevancia para su bienestar. Lazarus y Folkman (1986) distinguen tres tipos:

- Evaluación primaria: en la que se evalúa la importancia de la interacción con el medio como benigna-positiva, irrelevante o estresante, que a su vez se clasifica en pérdida, amenaza o reto. Dichas categorías no son excluyentes entre sí.
- Evaluación secundaria: mediante la que el sujeto evalúa que opciones de reacción están disponibles; estima cuál es la mejor, qué probabilidad hay de que dé resultado y qué consecuencias traerá. Tiene que ver con la probabilidad subjetiva de que una determinada opción de afrontamiento o respuesta ante la situación lleve al resultado deseado.

- Reevaluación: consiste en los cambios sobre las evaluaciones previas que se basan en nueva información sobre el ambiente o sobre las propias reacciones y que permite saber si la estrategia de afrontamiento que se está siguiendo es o no adecuada. (p.120)

La evaluación primaria y la secundaria interactúan entre sí, influyendo en el nivel de estrés de la situación, la cualidad y calidad del estado emocional y las estrategias de afrontamiento que se pondrán en juego.

La evaluación cognitiva, se verá influenciada tanto por factores personales (motivos y metas y creencias, que determinan qué es importante para el bienestar en un momento dado) como por factores situacionales.

(Lazarus y Folkman 1986) destacan algunos aspectos de su definición:

- Está orientada al proceso y se refiere a cada interacción persona-ambiente específica.
- El afrontamiento se entiende como contextual, determinado tanto por la persona y como por el ambiente.
- No hacen ninguna suposición a priori sobre lo que constituye un buen o mal afrontamiento, pues consideran que el tipo de afrontamiento es distinto de su resultado.
- Se distingue el afrontamiento de la conducta automática, ya que sólo se puede hablar de afrontamiento si hay estrés y cuando el sujeto ve desbordados sus recursos y es consciente de ello.

El término afrontamiento se basa en el modelo animal que agrupa todos los actos que intentan controlar las condiciones adversas del entorno, y que disminuyen el grado de perturbación psicofisiológica producida por estas condiciones (Lazarus & Folkman 1984).

2.2 Funciones del afrontamiento

Regular las emociones que desencadena la evaluación cognitiva de la situación. Este sería el afrontamiento enfocado o dirigido a las emociones.

En este se utilizan las siguientes estrategias cognitivas: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparación positiva, ver la parte positiva de las circunstancias.

Dichas estrategias toman habitualmente la forma de reevaluaciones cognitivas defensivas. Las que no son estrictamente cognitivas son: conducta emocional (reír, llorar, etc.), comer, beber, buscar apoyo emocional, etc.; actuando como distractores (Lazarus y Folkman 1986).

Estas estrategias centradas en las emociones incluyen varias categorías:

- El apoyo social emocional, el cual se centra en la búsqueda de soporte moral, simpatía y comprensión. La aceptación de la respuesta funcional de afrontamiento, ocurre cuando en la primera aproximación, la persona tiende a aceptar la realidad de la situación estresante e intenta afrontar o tratar la situación.
- El apoyo en la religión, es visto como una estrategia al servir como apoyo emocional para muchas personas lo que facilita el logro posterior de una reinterpretación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento (Lazarus y Folkman 1986).
- De tal manera que en un estudio denominado afrontamiento religioso y ajuste psicológico para el estrés, llego a la conclusión que personas que buscan apoyo espiritual, realizan obras de beneficencia y se integran a grupos de crecimiento espiritual, disminuyen la tensión causada por los diferentes estresores y

aumentan su autoestima, además se adaptan de manera más adecuada a las circunstancias (Vasconcelles, 2005). Por otra parte, en un estudio acerca de los significados se encontró que la religión fue definida por las personas entrevistadas como otra dimensión desde donde se construye sentido de vida, se identificó como un aspecto humano que atraviesa la vida de todas las personas, otorgándole un carácter divino. La confianza y la fe en un ser supremo es fuente de esperanza ya que, partiendo de una doctrina basada en el amor, se cree fielmente en que nunca, a pesar de los hechos, estarán desprotegidos (Sacipa, 2003).

- La reinterpretación positiva y crecimiento cuyo objetivo es manejar especialmente el estrés emocional en vez de tratar con el estresor; mediante esta interpretación se puede construir una transacción menos estresante en términos de que debería llevar a la persona a intentar acciones de afrontamiento más centradas en el problema (Lazarus y Folkman 1986).
- La concentración y desahogo de las emociones significa la tendencia a centrarse en todas las experiencias negativas y exteriorizar esos sentimientos. Este comportamiento puede resultar adecuado en un momento específico de mucha tensión, pero centrarse en esas emociones por largos periodos de tiempo, puede impedir la adecuada adaptación o ajuste pues distrae a los individuos de los esfuerzos de afrontamiento activo (Lazarus y Folkman 1986).
- La liberación cognitiva, generalmente ocurre de forma previa a la liberación conductual. Consiste en hacer un conjunto de actividades para distraerse y evitar pensar en la dimensión conductual o en la meta con la cual el estresor interfiere (Lazarus y Folkman 1986).

- La negación, la cual implica ignorar el estresor puede en ocasiones reducir el estrés y favorecer el afrontamiento y ser útil en un periodo de transición, sin embargo, si se mantiene puede impedir una aproximación activa. (Lazarus y Folkman, 1986)
- En un estudio realizado a personas en proceso de hemodiálisis se encontró que la negación explica el manejo menos efectivo de la enfermedad y una participación más pasiva, con manifestaciones elevadas de ansiedad, depresión y bajo nivel de ajuste psicosocial (Lazarus y Folkman ,1986).
- Por último, se encuentra la liberación hacia las drogas, lo que implica el uso de alcohol o drogas para evitar pensar en el estresor (Lazarus & Folkman, 1986).

Los estudios demuestran que las últimas cinco estrategias de la lista son las menos funcionales, mientras que las centradas en el problema son más efectivas en la mayoría de las áreas y circunstancias de la vida (Lazarus y Folkman 1986).

Sin embargo, el apoyo social da a los sujetos, medios para poder expresar sus sentimientos, lograr la identificación con otras personas en crisis similares, poder recibir material que pueda ayudarlos, desarrollo de metas reales, proporcionar información y retroalimentarse. Estas personas que cuentan con apoyo social tienen mejor salud mental y afrontan adecuadamente los eventos estresantes (Lazarus & Folkman 1986).

Las estrategias de afrontamiento son eficaces solo si contribuyen al bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona. La eficacia de las estrategias de afrontamiento descansa en su habilidad para manejar y reducir el malestar inmediato, así como en sus efectos a largo plazo, en términos de bienestar psicológico y en el estado de salud (Vázquez, 1996).

Cambiar la relación persona-ambiente problemática; sería el afrontamiento enfocado o dirigido al problema que consiste en estrategias de resolución de problemas (definir el problema, generar alternativas, sopesarlas en términos de costes-beneficios y ponerlas en práctica) que pueden operar sobre uno mismo (adquirir determinadas destrezas, disminuir el nivel de aspiraciones, etc.) o sobre el ambiente (Lazarus y Folkman 1986).

Muchas circunstancias estresantes desencadenan ambos tipos de respuestas de afrontamiento, aunque el afrontamiento dirigido al problema tiende a predominar cuando la persona siente que se puede hacer algo constructivo y el afrontamiento dirigido a la emoción tiende a predominar cuando la persona siente que el estresor es algo que no se puede cambiar (Folkman & Lazarus, 1980).

Es importante destacar que existen diversas estrategias donde se aprende a controlar los impulsos, cuando una persona se enfrenta a una situación que le puede producir estrés o ansiedad pone en marcha las estrategias de afrontamiento, que son de carácter intencional, deliberado e involuntario.

2.3 Estrategias de Afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986) señalan varias estrategias de afrontamiento como fundamentales. Dichas estrategias serían:

- **Confrontación:** esfuerzos agresivos para cambiar la situación, conllevan hostilidad y asunción de riesgos.
- **Distanciamiento:** esfuerzos por alejarse del problema y por ignorarlo.
- **Auto-control - Búsqueda de apoyo social**
- **Aceptación de la responsabilidad**
- **Escape-evitación:** pensamiento desiderativo y esfuerzos conductuales dirigidos a escapar de la situación (comer, beber, dormir, etc.)

- Solución planificada de problemas: esfuerzos dirigidos al problema para alterar la situación junto con un acercamiento analítico para solucionar el problema.
- Reevaluación positiva. Esfuerzos por dar un significado positivo a la situación, enfocándola por ejemplo hacia el crecimiento personal. A veces puede tener un sentido religioso (Lazarus y Folkman 1986).

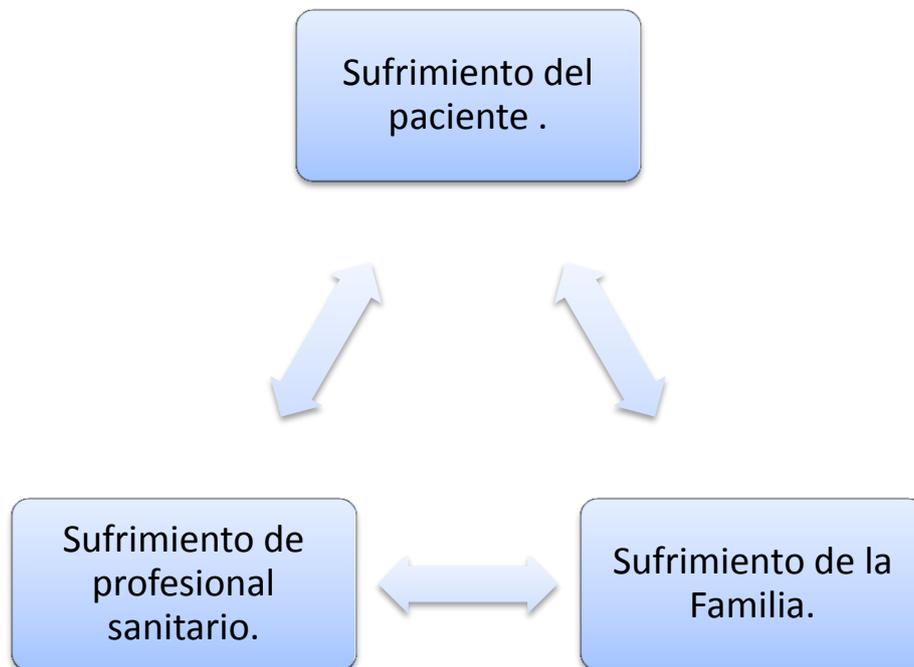
Las consecuencias del afrontamiento se centran en tres grandes áreas: la del funcionamiento social, la de la adaptación psicológica y la de la salud, que en conjunto constituyen la calidad de vida. Las consecuencias pueden ser diferentes a corto y a largo plazo (Lazarus y Folkman, 1986).

2.3.1 Sufrimiento

El encuentro con la enfermedad terminal es una causa de sufrimiento tanto para el paciente como para sus familiares y para los profesionales sanitarios que les atienden. La formulación de una respuesta terapéutica requiere la comprensión del fenómeno del sufrimiento y de los factores que contribuyen al mismo. No resulta extraño que los profesionales sanitarios vinculen los síntomas físicos al sufrimiento y, aunque la presencia de dichos síntomas suele ser un antecedente importante, no son la única fuente de sufrimiento. (Vázquez, 1996)

(Calvanese, 2004) Menciona que el sufrimiento ha sido definido por como un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla (P.76)

Los elementos interrelacionados del sufrimiento en la enfermedad terminal (enfermos, familiares y cuidadores sanitarios) han sido conceptualizados a través del modelo triangular del sufrimiento propuesto por (Bayes, 2005)



De acuerdo con este modelo, el sufrimiento de cada uno de ellos puede amplificar el sufrimiento de los otros. Son fuente de sufrimiento:

- En el paciente: los síntomas físicos (como el dolor), los síntomas psicológicos y el sufrimiento existencial (la desesperanza, el sinsentido, la decepción, el remordimiento, la ansiedad ante la muerte y la alteración de la identidad personal), el sufrimiento de los familiares y de los amigos, así como la percepción de ser una carga para sí mismo y para los demás.
- En la familia, amigos y cuidadores: los factores psicosociales, la tensión emocional, la incertidumbre, el sentimiento de impotencia, el miedo a la muerte del enfermo, la alteración de los roles y estilos de vida, los problemas económicos, la percepción de que los servicios son inadecuados, la pena y el

pesar por el deterioro del enfermo (anticipación de la pérdida), la carga de los cuidadores (trabajo físico, carga emocional, cansancio), el esfuerzo económico que se debe realizar por los costes que genera el cuidado del enfermo, y los conflictos que pueden crearse en los cuidadores (entre el deseo de proveer unos cuidados adecuados y al mismo tiempo el deseo de que se acelere la muerte).

- En los profesionales sanitarios: la exposición constante al sufrimiento y a la pérdida, la frustración, la impotencia y el sentimiento de fracaso, la excesiva presión laboral con la percepción de carencia de recursos (materiales, humanos, tiempo), la dificultad en la toma de decisiones terapéuticas, las dificultades en la comunicación y en la relación con el enfermo y con sus familiares, las altas expectativas de éstos, etc. Todos ellos son factores que pueden contribuir al agotamiento y al burnout.

2.4.2 Autonomía

Autonomía se entiende a la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y en ausencia de coacción interna y externa.

La calidad de vida, el sufrimiento y el balance entre beneficios e inconvenientes de las intervenciones provocan juicios de valor que pueden tener significados muy diferentes entre las distintas personas. Por lo tanto, a la hora de comunicarse con el enfermo y con su familia para informarlos o proponerles distintas alternativas terapéuticas, resulta básico conocer sus deseos (Calvanese, 2004).

El derecho de autonomía de los pacientes está recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Dicha ley reconoce que la persona enferma tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Reconoce también que todo paciente o usuario tiene derecho a

negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley (Clayton, 1985)

2.3.3 Aspectos organizativos

El enfermo tiene derecho a recibir CP (Cuidados paliativos) en diversos ámbitos y servicios: domiciliario, hospitalario o centros socio sanitarios.

Los objetivos organizativos consisten en asegurar que los servicios cumplen los siguientes requisitos:

- Están disponibles para todos los pacientes que los necesiten y cuando los necesiten.
- Son de calidad y sensibles a las necesidades de los pacientes.
- Trabajan de forma coordinada para asegurar que las necesidades de los pacientes y de los cuidadores sean atendidas sin pérdida de continuidad y se establezcan competencias y criterios claros de derivación.

Tanto en el ámbito domiciliario, como hospitalario y en unidades de CP, existe evidencia de los beneficios de los CP. Los estudios muestran un consistente beneficio en la satisfacción de los cuidadores y un efecto modesto a nivel de resultados sobre los pacientes (dolor, control de síntomas, disminución de la ansiedad). Existe también evidencia de los beneficios de la coordinación con equipos de CP en enfermos con necesidades de atención más complejas (Figuroa, 2005).

La Estrategia Nacional sobre Cuidados Paliativos formula la siguiente recomendación.

- Establecer un sistema organizativo que garantice la coordinación entre los diferentes recursos sanitarios y sociales y promueva acciones integradas.

- En nuestro medio, los enfermos y cuidadores perciben la falta de continuidad como una barrera que repercute negativamente en sus experiencias. (Figueroa,2005)

Si bien no hay evidencias claras de cuál es el mejor modelo organizativo, la mayoría de los programas contemplan varios niveles de atención, dependiendo del volumen y de la complejidad de los problemas del paciente. (Figueroa, 2005)

- El nivel de CP básicos, primarios, generales o enfoque paliativo hace referencia a los cuidados que deben proporcionarse a todos los pacientes que lo precisen en cualquier ámbito de atención.
- El nivel de CP específicos, secundarios, especializados o avanzados contempla intervenciones complejas que requieren técnicas o procedimientos especializados.
- Algunos autores denominan tercer nivel a la atención hospitalaria en unidades de CP. (p.235)

Nivel básico

El nivel básico debería:

- Evaluar las necesidades de los pacientes en los distintos momentos y en las distintas áreas de los cuidados.
- Responder a estas necesidades, de acuerdo con sus propias capacidades en cuanto a conocimientos, habilidades, competencias y recursos.
- Saber cuándo derivar a los pacientes a otros servicios (Figueroa, 2005).

Nivel avanzado debería:

- Proporcionar la atención a pacientes con necesidades asistenciales más complejas e intensivas.
- Realizar pruebas diagnósticas complementarias o tratamientos muy específicos que precisan realizarse en el ámbito hospitalario o tratamientos ante síntomas de difícil control.
- Atender determinadas necesidades que no tienen por qué ser clínicamente complejas, sino de tipo social o familiar (Figueroa,2005).

En nuestro medio las unidades de atención especializada pueden ser:

Equipos de soporte de cuidados paliativos. Pueden intervenir en el ámbito domiciliario u hospitalario, con distintos patrones, desde asesoramiento a intervenciones puntuales, intermitentes o con responsabilidad compartida en la atención directa. También puede optarse por fórmulas mixtas con equipos que intervienen en los ámbitos domiciliario y hospitalario. Unidades de Cuidados Paliativos son unidades de hospitalización específicas de CP, atendidas por un equipo interdisciplinar. Pueden ubicarse en hospitales de agudos, específicos o de tipo socio sanitario. Con frecuencia las unidades realizan también labores de equipo de soporte hospitalario y consulta externa (Figueroa, 2005).

2.3.4 Necesidades de comunicación del enfermo y su familia

Los pacientes y los familiares destacan que la información debe ser sincera, sensible y con margen de esperanza; que desean sentirse escuchados de una manera activa por profesionales que muestren empatía, utilicen un lenguaje claro y suministren la información en pequeñas cantidades.

Se debe proporcionar la información necesaria para comunicarle al enfermo los resultados sobre el diagnóstico final, saber cómo llevar un buen acompañamiento para este complicado proceso. Los enfermos consideran que entre los atributos esenciales que debe poseer un profesional de la salud se halla la voluntad de escuchar y explicar. Otros estudios destacan la importancia

que los cuidadores de los pacientes como sugieren que la toma de decisiones sea compartida y a que la relación del enfermo con el profesional sanitario se establezca en condiciones horizontales y participativas

Por el contrario, la comunicación ineficaz se ha asociado a incumplimiento terapéutico y a un aumento del estrés de los pacientes, y a la insatisfacción. Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización. con el trabajo y el desgaste emocional de los profesionales sanitarios.

Además, la falta de información, la mentira o la ocultación de información relevante con un propósito protector pueden desencadenar otro tipo de problemas: que el enfermo reciba mensajes contradictorios de distintos profesionales o que se vea privado de la oportunidad de expresar sus temores y preocupaciones. No se debería perder de vista que las necesidades de información del enfermo y sus preferencias en la toma de decisiones pueden modificarse a medida que progresa la enfermedad, por lo que se recomienda una valoración periódica (Figuroa.2005).

Capítulo III

Duelo

3.1 Proceso de Duelo

Todos pensamos que el duelo se debe a la pérdida física de un familiar o un ser querido, sin embargo, no en todos los casos es así, pues, este se puede vivir a partir de la pérdida no necesariamente física de una amistad o bien de una relación que implique sentimientos; este puede experimentarse no forzosamente la pérdida de un ser querido, sino muchas veces el duelo se da por pérdidas de trabajo, amigos familiares e incluso parejas sentimentales ante una pérdida, por esta razón el duelo muchas veces se ha confundido con la melancolía, pues, estos dos términos son de carácter similar en cuanto a sus manifestaciones.

Es por ello que, el delimitar cada uno de los términos nos clarifica el papel que juegan en el desarrollo de la persona ante una pérdida.

3.2 Definición de Duelo

Partiendo de lo anterior tenemos que el término duelo (del latín *dolium*, dolor, aflicción) de acuerdo con Meza.M. (2008) es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo o también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluyendo componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida.

Del mismo modo, este término es aplicable a aquellos procesos psicológicos y psicosociales que se ponen en marcha ante eventos que suponen una pérdida, por ejemplo: los fracasos escolares, las situaciones de abandono: divorcio, separación, rechazo de los padres; los problemas familiares, los cambios de domicilio, los problemas económicos, la pérdida de empleo, el diagnóstico de una enfermedad grave o invalidante etc. Todos estos factores estresantes pueden originar igualmente reacciones des adaptativas con manifestaciones de

índole depresiva y emocional como tristeza, llanto, desesperanza, impotencia, rabia y culpa, además de disfunción importante a nivel social y laboral (García, 2008).

No obstante, según Meza (2008), la muerte imprime al duelo un carácter particular en razón de su radicalidad, de su irreversibilidad, de su universalidad y de su implacabilidad. De acuerdo a sus palabras una separación no mortal deja siempre abierta la esperanza del reencuentro; la muerte, jamás; de ahí que al proceso de duelo ante la muerte de un ser querido lo acuñamos como la forma paradigmática de pérdida.

Como se comentó anteriormente el duelo tiene invariablemente una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. Sin embargo, la intensidad del duelo no depende de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye. Algunos estudios refieren que 16% de las personas que pierde un familiar sufre una depresión durante el año siguiente, cifra que se incrementa hasta aproximadamente 85% en la población mayor de 60 años de edad (estudio de la Sociedad de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN 2015).

Por su parte cuando nos referimos a la melancolía, estamos hablando de una psicosis caracterizada por depresión profunda, dolor moral, sentimientos de culpabilidad, de desmoronamiento, de auto depresión, estas afecciones se acompañan por inhibición psicomotriz, lentitud del pensamiento y malestar corporal de tipo hipocondriaco, lo cual colocaba al paciente al borde del suicidio

Psíquicamente la melancolía es un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones, y la disminución del amor propio.

Por otro lado, el duelo es la reacción a la pérdida de un ser amado, integra el mismo estado de ánimo doloroso, pérdida de interés por el mundo exterior, pues todo le recuerda a la persona fallecida, pérdida de la capacidad de elegir

un nuevo objeto amoroso lo que equivaldría a sustituir al desaparecido, y el apartamiento de toda función no relacionada con la memoria del ser querido.

Ambos están ligados en sentimientos de pérdida y diversos cambios en el estado de ánimo.

3.3 Duelo y melancolía:

Entre el duelo y la melancolía existe una gran diferencia, en el estado de duelo sabes que esa persona que fue importante para ti ya no está y jamás la volverás a ver. Lo contrario a la melancolía pues este es un estado de ánimo el cual presenta diversos cambios radicales, en este estado la persona u objeto se fue, pero podrá ser remplazado o en su defecto en el caso de una relación al terminar con la pareja se tiene la esperanza que algún día se volverá a ver (Freud 1992).

Freud compara lo que es duelo y melancolía, diciendo que ambos son referidos a una pérdida de la persona. En ambos casos existe un estado de ánimo doloroso, pudiese ser la desatención del mundo exterior, una pérdida de la capacidad de amar y una inhibición general de todas las funciones psíquicas como por ejemplo malestares anímicos (Freud 1992).

El duelo es el afecto normal paralelo a la melancolía. Es la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente (libertad, ideales) Al cabo de algún tiempo desaparece por sí solo y es perjudicial perturbarlo. Bajo estas mismas influencias, en la persona con una predisposición morbosa surge la melancolía en lugar del duelo.

La melancolía es el estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de las funciones y disminución del amor propio (Freud 1992).

La melancolía en algunos casos constituye la reacción a la pérdida de un objeto amado. Pero la pérdida es de naturaleza más ideal. El sujeto no ha

muerto, pero queda perdido como objeto erótico. En otras ocasiones no se distingue claramente que es lo que el sujeto ha perdido. En la melancolía existe una pérdida de objeto distraída a la persona. En el duelo, nada de la pérdida es Inconsciente.

A comparación de la melancolía las personas que afrontan una pérdida deben de pasar una serie de etapas en donde al final aceptan que la persona amada ya no regresara, aprenden a vivir con el recuerdo.

3.4 Etapas del Duelo

Estas etapas no suceden en orden, sino que vamos y venimos de ellas hasta finalmente aceptar la muerte como un hecho inevitable de la vida, la clave de estas etapas es comprender cómo se produce este proceso de duelo y en qué etapa se encuentra el doliente.

La psiquiatra Kúbler (2005) basada en su trabajo con pacientes en fase terminal, afirma que luego de la muerte se inicia un proceso por el cual la gente lidia con esta pérdida.

Describe 5 etapas, donde dice que los dolientes no atravesarán por ellas en un orden prescrito, sino que se trata de un marco que nos permite iniciar un proceso de aprendizaje donde finalmente comprenderemos que es posible convivir con esta pérdida y continuar en una realidad en la que este familiar ya no estará.

Las etapas no siempre van en el mismo proceso como se mencionan a continuación, depende de la perspectiva de cada persona como la lleva y trata de superarla.

3.4.1 Negación

La negación consiste en el rechazo consciente o inconsciente de los hechos o la realidad de la situación. Este mecanismo de defensa busca amortiguar el shock que produce la nueva realidad para sólo dejar entrar en nosotros el dolor

que estamos preparados para soportar. Se trata de una respuesta temporal que nos paraliza y nos hace escondernos de los hechos. La frase que podría resumir la esencia de esta etapa es “Esto no me puede estar pasando a mí”.

En este primer momento, el mundo pierde sentido y nos abrumea. Nos preguntamos cómo podemos seguir adelante. No es que estemos negando que la muerte o la pérdida se hayan producido, sino que nos invade un sentimiento de incredulidad de que la persona que amamos no la veremos nunca más. Los sentimientos de esta etapa nos protegen brindando a nuestro cuerpo y mente un poco de tiempo para adaptarse a esta nueva realidad sin la persona fallecida.

.

3.4.2 Ira

Sucede cuando ya no es posible ocultar o negar la muerte de algún familiar o ser cercano, comienza a surgir la realidad de pérdida y el dolor aumenta.

Si bien los sentimientos de enojo estarán presentes con distinta intensidad durante todo el proceso de duelo, es en esta etapa donde la ira toma el protagonismo dirigiéndose este enojo al ser querido fallecido, a nosotros mismos, a amigos, familiares, objetos inanimados e inclusive a personas extrañas. Se siente un resentimiento hacia la persona que nos ha dejado causando un inmenso dolor en nosotros, pero este enojo se vive con culpa haciéndonos sentir más enojados aún.

La frase que podría contener la esencia de esta etapa es “¿Por qué yo? ¡No es justo!”, “¿Cómo puede sucederme esto a mí?” Esta comprensión del “por qué” de las cosas puede ayudarte a encontrar una cierta paz.

Puedes preguntarte, “¿Dónde ha estado Dios cuando me sucedía esto?”. De acuerdo a la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, es importante que los familiares y amigos del doliente dejen que éste exprese libremente su ira sin juzgarlo o reprimirlo ya que este enojo no sólo es temporal, sino que, principalmente, necesario. Debajo de esta ira ilimitada se encuentra el dolor producido por esta pérdida. Si somos capaces de identificar esta ira y expresarla sin temores podremos comprender que ella es parte del proceso de curación.

3.4.3 Negociación

En esta etapa surge la esperanza de que se puede posponer o retrasar la muerte de la persona moribunda.

La etapa de negociación puede ocurrir antes de la pérdida, en caso de tener a una familiar con enfermedad terminal, o bien después de la muerte para intentar negociar el dolor que produce esta distancia.

En secreto el doliente busca hacer un trato con Dios u otro poder superior para que su ser querido fallecido regrese a cambio de un estilo de vida reformado. Este mecanismo de defensa para protegerse de la dolorosa realidad no suele ofrecer una solución sostenible en el tiempo y puede conducir al remordimiento y la culpa interfiriendo con la curación.

Se desea volver a la vida que se tenía antes de que muriera el ser querido y que éste vuelva a nosotros. Se concentra gran parte del tiempo en lo que el doliente u otras personas podrían haber hecho diferente para evitar esta muerte.

3.4.4 Depresión

El doliente comienza a comprender la certeza de la muerte y expresa un aislamiento social en el que se rechaza la visita de seres queridos.

Se siente tristeza, miedo e incertidumbre ante lo que vendrá. Sentimos que nos preocupamos mucho por cosas que no tienen demasiada importancia mientras que levantarse cada día de la cama se siente como una tarea realmente complicada. Estos sentimientos muestran que el doliente ha comenzado a aceptar la situación. La frase que contiene la esencia de esta etapa es “Extraño a mi ser querido, ¿por qué seguir?”

En esta etapa la atención del doliente se vuelve al presente surgiendo sentimientos de vacío y profundo dolor. Se suele mostrar impaciente ante tanto sufrimiento sintiendo un agotamiento físico y mental que lo lleva a dormir largas

horas. Además, la irritabilidad y la impotencia toman un gran protagonismo ya que durante esta etapa se enfrenta a la irreversibilidad de la muerte.

Si bien el doliente siente que esta etapa durará por siempre es importante considerar que la depresión de este proceso de duelo no es sinónimo de enfermedad mental, sino que se trata de una respuesta adecuada a una gran pérdida por lo que las emociones de la depresión deben ser experimentadas para sanar.

3.4.5 Aceptación

Es el momento en donde hacemos las paces con esta pérdida permitiéndonos una oportunidad de vivir a pesar de la ausencia del ser querido.

El doliente llega a un acuerdo con este acontecimiento trágico gracias a la experiencia de la depresión. Esta etapa no significa que estamos de acuerdo con esta muerte, sino que la pérdida siempre será una parte de nosotros. Este proceso nos permite reflexionar sobre el sentido de la vida, así como lo que queremos de la vida a partir de ahora. La frase que resume la esencia de esta etapa es “Todo va a estar bien”.

La rutina diaria toma un mayor protagonismo en la vida del doliente mientras que ya no se invocan los recuerdos del ser querido con sentimientos de culpa. Esta introspección permitirá realizar una evaluación de la vida y analizar cuál es el crecimiento obtenido durante este proceso a partir del cumplimiento de asuntos irresueltos. Esto se debe a que se puede observar que las cosas malas le suceden a la gente buena y a la gente mala también, por lo que la muerte no es percibida como un “castigo” sino como parte de la vida. (Kúbler, 2005, p.45)

Recordemos que no todos los seres humanos pasan por un patrón específico en el momento de afrontar un duelo, pues bien, esto va de acuerdo a las idiosincrasias que tiene la gente, sin embargo, sabemos que el duelo va acompañado de un gran sentimiento de melancolía.

3.5 Etapas del duelo: Sigmund Freud

Aquí se expone desde una perspectiva psicológica y fenomenológica sus siguientes etapas:

1ª etapa: Consiste en el reconocimiento de la pérdida; cuya aceptación es imprescindible, pues "la negación de la pérdida, conlleva la imposibilidad de todo desarrollo siguiente y puede llegar a afectar gravemente el contacto y el reconocimiento de la realidad".

2ª etapa: Consiste en el paulatino desligamiento libidinal del objeto perdido. "Este proceso consiste en la sobrecarga de los recuerdos y vínculos tenidos con el muerto, alternando con momentos de retiro de estas cargas".

3ª etapa: En esta tercera etapa Freud (1992) describe en Duelo melancolía, el objeto perdido que es incorporado al Yo y se mantiene allí mediante una identificación.

4ª etapa: Es la fase de resolución del trabajo de duelo, cuando se produce "la reconexión con el mundo objetal y la reaparición de las posibilidades de investir nuevos objetos", quedando el Yo libre y exento de inhibiciones.

Freud la caracteriza así: "El duelo normal vence sin duda la Perdida del objeto...la realidad pronuncia su veredicto: el objeto ya no existe más, y el Yo se deja llevar por la suma de satisfacciones narcisistas que le da el estar con vida y desata su ligazón con el objeto perdido" (Freud, 1992)

Con respecto al tema del "Duelo Patológico" en Freud, que, aunque éste no lo sistematizó, "resulta evidente que lo asemejaba a la melancolía, aunque los diferenciaba que también aquí la pérdida era conocida".

Por lo consiguiente al momento de pasar estas etapas es difícil destacar como vivimos el duelo, ya que cada persona lo vive desde su propia experiencia, por

lo que es importante conocer sus diferentes tipos y que conlleva a un mal manejo del duelo.

3.6 Tipos de Duelo

Al momento de perder un ser querido se empieza un proceso de duelo para aceptar la pérdida de la persona querida, en ocasiones omitimos ese proceso o no se es capaz finalizarlo correctamente lo que lleva a enfrentar un duelo complicado, sin embargo, existen personas que no llevan este proceso, incluso su vida sigue sus mismas cotidianidades.

Es por eso que abarcaremos los tipos de duelo y qué conlleva cada uno pues la mayoría de las personas al momento de afrontar el duelo desconocen que les pasa después de la pérdida.

3.6.1 Duelo patológico

Este se da cuando el duelo no se procesa adecuadamente la pérdida, existe un tipo de duelo intenso y de larga duración, donde el dolor de la persona fallecida se apodera de nuestras vidas por un gran largo tiempo no dejando seguir con la vida cotidiana las personas se estancan en ese inmenso dolor

En el duelo patológico o complicado los sentimientos predominantes en general son de soledad y de mucha tristeza. También la ira, la vergüenza y la culpa pueden ser intensas a pesar del paso de meses o incluso años. Estos sentimientos comienzan a ser un obstáculo cuando la persona siente que si empieza a sentirlos no va a poder controlarlos. Por esa razón, empieza a evitar todo aquello que le recuerde a la persona fallecida como por ejemplo acomodar la ropa, fotos o bien incluso hablar sobre él/ella.

En otros casos, hay personas que se mantienen en silencio porque piensan que los demás podrían sentirse muy incómodos y no comparten sus sentimientos de dolor (Latiegui, 1999).

Lo que diferencia la tristeza patológica de la tristeza normal es la intensidad de los síntomas, la duración de la reacción más allá de 1 año y la aparición de síntomas que no tienen las personas normales (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

La tristeza patológica puede complicarse con otros síntomas, como aislamiento social, consumo abusivo de alcohol o de psicofármacos, etcétera. Y a nivel físico, a veces presentan alteraciones de la salud: somatizaciones (alteraciones del sueño y del apetito, vómitos, mareos, etcétera), dolores musculares, estreñimiento, cefaleas, etcétera, que les hacen consultar con mucha mayor frecuencia de lo habitual al médico de cabecera. En general, el apetito tiende a recuperarse antes que la readquisición de un sueño reparador. Incluso a veces manifiestan síntomas de la enfermedad del fallecido (Alario, 1996).

3.6.2 Duelo normal

La tristeza y la ansiedad en segundo lugar es el sentimiento más común tras la muerte de un ser querido, junto con el temor a afrontar la soledad. A veces pueden aparecer también sentimientos de culpa, por no haber realizado todo lo posible para evitar el fallecimiento, por no haber hecho al difunto lo suficientemente feliz en vida o incluso por experimentar una sensación de alivio tras la muerte (especialmente, después de una enfermedad prolongada que ha requerido de una asistencia constante o de la desaparición de una persona que ha ejercido un dominio despótico sobre el superviviente (Latiegui, 1999).

Algunas personas, en las primeras semanas, tienen una respuesta emocional ligera y, sin embargo, experimentan una intensificación y cronificación del duelo posterior. Otras, en cambio, se expresan con un sufrimiento intenso inicial, para luego ir superando el duelo más fácilmente, lo que suele ser la reacción más frecuente (Echeburúa, 2004).

La figura del duelo, no alcanzar la catarsis del dolor, especialmente durante la infancia y la adolescencia, puede dejar una pena reprimida que crea en ocasiones daños emocionales irreparables (Morganett, 1995).

3.7 Alteraciones en las diversas esferas de la vida

Psicológicas, Sociales, Fisiológicas

Si bien es cierto, como ya se ha mencionado anteriormente, el duelo se caracteriza por un gran conjunto de pensamientos, emociones y comportamientos causados por la muerte del ser querido. Cada persona vive el duelo de una forma distinta, se trata de una experiencia personal, en la que cada uno se ve afectado de forma diferente.

No obstante, se puede destacar una serie de vivencias que podemos considerar comunes a la mayoría de nosotros, aunque en cada uno prevalezca una serie de emociones por encima de las demás (Latiegui, 1999).

Sentimientos a nivel físico

Al principio vivimos momentos de confusión en los que sentimos gran angustia. Entre las sensaciones corporales que podemos sentir están

- Sequedad de boca
- Dolor u opresión en el pecho y en la garganta
- Palpitaciones
- Sensación de ahogo o de falta de aire
- Tensión muscular
- Inquietud
- Insomnio
- Pesadillas
- Despertares frecuentes
- Mareos
- Pérdida del apetito
- Falta de energía, fatiga, pérdida de fuerza, oleadas de calor, temblores

.
Van disminuyendo en frecuencia e intensidad a medida que pasa el tiempo. Es el llamado duelo del cuerpo., Se puede estar muy susceptible, nos irritan determinadas cosas a las que en otros momentos no daríamos importancia. Podemos pensar que nadie puede entender por lo que estamos pasando.

A nivel espiritual, es posible que nos replanteemos nuestras creencias y nos formulemos preguntas acerca del sentido de la vida y de la muerte que en ocasiones nos abrumen.

Secuelas sociales

Según las circunstancias y el momento en el que nos encontremos, experimentaremos un estado de ánimo determinado. Recuerda que el duelo ocurre en un momento concreto donde tenemos una situación personal, familiar y laboral determinada, que influirá en nuestra manera de afrontar la pérdida con mayor o menor dificultad.

- Aislamiento social
- Miedo de enfrentar la vida cotidiana (Latiegui, 1999)

Secuelas psicológicas

Latiegui (1999) Recoge una serie de secuelas psicológicas que se producen tras la muerte de un familiar

- Tristeza y rabia

Durante la fase de incredulidad aparece también la tristeza, aunada a algunos síntomas físicos, tales como dolores precordiales, hipersensibilidad, sentimientos de irrealidad, trastornos del apetito y del sueño. Después llegará la fase de rabia, que puede ir dirigida hacia uno mismo, por no haber sabido o no haber podido evitar el suicidio; hacia los médicos, por no haber sido capaces de impedir la decisión del familiar; hacia el suicida, por haberse dado

por vencido y haber rechazado la ayuda que se le prestó o se hubiera estado en disposición de prestarle

.

- Fracaso de rol

Este sentimiento está ligado a la culpa, sobre todo en el caso de las madres quienes, por su rol de protectoras y cuidadoras, sienten haber fracasado y encuentran muy difícil comprender por qué, a pesar de sus desvelos, sus cuidados, sus intentos de protección y sus esfuerzos de contención, hayan sido inútiles para evitar la tragedia. (p.123)

3.8 Tanatología

La meta del tanatólogo es orientar al enfermo hacia la aceptación de su realidad, aceptación que se traduce en esperanza sobre la situación real. Esto incluye una mejor calidad de vida, una muerte digna y en paz.

La palabra deriva de los vocablos griegos: thanatos - muerte y logos - tratado. El Instituto Mexicano de Tanatología la define así: “Es el estudio interdisciplinario del moribundo y de la muerte. Especialmente de las medidas para minimizar el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, así como la aprehensión y los sentimientos de culpa o pérdida de los familiares y amigos, al igual que evitar la frustración del personal médico” (Rebolledo, 1996).

La Tanatología, es una disciplina que se orienta al entendimiento de las vivencias de las personas y de su entorno familiar, ante las pérdidas que se van generando cada día y por consiguiente ante la cercanía de la muerte (Rebolledo, 1996).

Las pérdidas en la persona siempre implican un dolor, de aquí se desprende la palabra duelo, que representa la aflicción por la pérdida de un ser querido, de un sistema de vida, de un objeto, inclusive de aquello que se imaginó tener y

no se tiene, por ejemplo, la salud, un viaje, el simple hecho de asistir a un evento, cualquiera que este sea (Rebolledo,1996).

La Tanatología representa hoy en día, frente a un mundo en el que sus pobladores están inmersos en una carrera de avances tecnológicos, científicos e incluso hasta de autodestrucción, la opción de rescatar los valores perdidos o casi olvidados, que subliman al ser humano, y hacen de éste, el fin único y principal de la creación. El aquí y ahora es la esencia de la Tanatología (Rebolledo, 1996).

El concepto de Tanatología lo establecemos como la disciplina que estudia y analiza las pérdidas de las personas, dando el apoyo para elaborar los duelos que resultan de las carencias que han producido, y así aceptar un nuevo sistema de vida aun con las pérdidas que se hayan tenido (Rebolledo,1996).

La tanatología es una herramienta para analizar de manera más objetiva los aspectos relacionados con la enfermedad, la desesperanza y la muerte, alternativas para ayudar a que el paciente maneje su dolor, su enojo, su frustración, es el uso de diferentes técnicas pertenecientes a la terapia Gestalt, al enfoque humanista existencial o al enfoque centrado en la persona entre otros (Dávila, 2016).

Para esto es necesario:

1° Alentar al paciente a que hable de las circunstancias que condujeron a la pérdida, su reacción a ésta y el papel que cree que desempeñó en la misma, (atribuciones).

2° Alentar al paciente a que hable de la persona perdida y su historia de relación que haya tenido con esta persona, con todos sus altibajos. Se puede utilizar apoyos físicos para esta labor.

3° Se pueden examinar las situaciones que en esta relación produjeron cólera, culpa, anhelo, o tristeza

Capitulo IV
Humanismo y el proceso de duelo

La Psicología Humanista es el fruto de una revolución en el pensamiento filosófico y psicológico a la luz del quiebre occidental de la filosofía clásica y de una ciencia psicológica que, para inicios del siglo XX, resultaba empobrecida por las limitaciones propias de un paradigma racionalista y con predominio del contenido para comprender los fenómenos psicológicos y humanos, conocidos y desconocidos para la época (Quitmann, 1985).

Una revolución en el pensamiento generada en un siglo donde la civilización occidental queda cuestionada históricamente por las guerras mundiales del siglo XX y una nueva filosofía que aparece con nuevos horizontes conceptuales procedentes de la fenomenología de Edmund Husserl, y por el existencialismo de Sören Kierkegaard y Friedrich Nietzsche (Quitmann, 1985).

4.1 Psicología Humanista

La Psicología humanista es una revolución cultural que obedece a una época de postguerra donde resurgió el ímpetu por vivir plenamente la vida ya que, literalmente estábamos amenazados de muerte por la era nuclear. Habíamos llegado a un mundo con una paz en interdicto. Einstein había declarado que una tercera guerra mundial sería nuclear y que en una cuarta guerra mundial se usarían de nuevo sólo el arco y la flecha (Quitmann, 1985).

Llegamos a un mundo tecnificado, que había enfrentado el holocausto, con una nueva esperanza de vida, con una fe racional en la paz mundial. En la segunda mitad del siglo XX, aconteció el resurgimiento mítico de una nueva humanidad que debía venir, una humanidad que asegurara la paz mundial y el desarrollo humano hacia la plenitud y la igualdad. (Quitmann, 1985).

Todos los seres humanos éramos iguales e igualmente libres, sin importar la raza ni el credo religioso ni político. Se había abierto un espacio iluminado en el pensamiento y en la cultura mundial, llegábamos a la década de los sesenta, una década marcada por la agitación político-cultural, una agitación intelectual marcado por la antropología que nos enseñaba de culturas diversas; la palabra

cambio se erigió como una gran esperanza para transformar un mundo convulso (las revoluciones se habían diseminado en el extremo oriente, en África, en América Latina, es asesinado el presidente John F. Kennedy en Dallas, Estados Unidos y la Unión Soviética entran en la crisis de los misiles en Cuba, la Guerra de Vietnam se intensifica con la participación de Estados Unidos, Francia se convierte en potencia nuclear y comienzan sus pruebas en el Pacífico Sur, el Che Guevara es ultimado en Bolivia, la música de los Beatles se hace un fenómeno mundial, surge la Revolución de Mayo en Francia, la URSS invade Checoslovaquia, etc.)

La pretensión era concebir una disciplina que estudiara al hombre como un ser total, es decir, que la dimensión mental estuviese integrada a la conducta, así como a la espiritual. Estudiando a este ser como un todo no fragmentado (percepción, lenguaje, pensamiento etc.) La aspiración era trascender las dicotomías que habían caracterizado a la psicología tradicional (sujeto-objeto, sujeto y contexto, razón y emoción, razón e intuición, razón e inconsciente, mente y cuerpo, cuerpo y espíritu) (Quitmann, 1985).

Dicho en breves palabras, era concebir al ser humano como una sola unidad con su ambiente, tener presente que el ser humano es también una unidad en sí misma, es decir, somos biológicos y espirituales a la vez, somos estéticos y primitivos a la vez, somos proactivos y reactivos a la vez. Recobrar la subjetividad de la persona humana en el estudio de la Psicología era el gran sueño.

Quitmann (1985) menciona que al final de esta discusión se revisará cómo se ha logrado esta pretensión durante los 50 años de desarrollo, a la luz de una sociedad globalizada como la actual y que no es ideológicamente sectaria como lo fue durante la guerra fría. Este primer aspecto se refería a qué conocer, y qué descubrir. El objeto de estudio de la Psicología Humanista fue entonces la Persona Holística, libre y total, sin reduccionismos ni fragmentaciones. (p.154)

Es por eso que esta investigación se base en las aproximaciones fenomenológicas ya que la conducta que los fenómenos de percepción sobre sí mismo y sobre la realidad condicionan la conducta humana. Entre los autores más representativos del modelo humanista destacan Rogers y Maslow con sus diversas teorías, que abordaremos en los siguientes puntos.

4.2 Modelo Fenomenológico

El modelo fenomenológico indistintamente se le refiere como humanista, existencialista, etc. a pesar de sus diferentes raíces filosóficas representa una ruptura con los dos modelos anteriores (psicodinámico y aprendizaje social) e incluso aparece como reacción a ellos en tanto ofrecen una visión poco optimista y creadora del hombre: En la oposición a estos modelos, que considera al ser humano gobernado desde adentro por sus pulsiones o desde fuera por la hostil sociedad, los principales representantes del heterodoxo movimiento fenomenológico (Rogers, Maslow, Allport), también conocido como Tercera Fuerza, sostienen que el ser humano es mucho más autónomo y autogobernado de lo que ambos modelos postulan (Rogers, 1995).

En consecuencia con lo anterior, la Psicología fenomenológica resalta el hecho de la unicidad e irrepetibilidad de cada persona, que actúa de acuerdo a la forma en que percibe su mundo (la realidad tal-cual-es-percibida es la expresión que utiliza Rogers en "Psicoterapia Centrada en el Cliente"), y que por lo tanto es diferente a la perspectiva de los demás, a la vez que cambiante a lo largo de la vida (Rogers, 1995).

Siguiendo a Moreira (2001), la inserción constitucional del ser humano en el mundo de la vida, es un hecho existencial que hace inevitable la implementación de esta especie de artificio para poder trascender la actitud natural y llegar al fenómeno mismo -en este contexto, volver a las cosas mismas significa volver al mundo tal como se nos presenta con anterioridad a nuestro conocimiento de él y a toda determinación científica, abstracta y simbólica de sus características (p.177)

4.2.1 Postulados centrales de la filosofía existencialista y fenomenología

La filosofía existencial y la fenomenología constituyen el fondo más importante para los conceptos de la psicología humanista y de la Terapia Gestalt. Hacia mitad del siglo XX, concluye un largo período de guerras, donde el ser humano puso su saber al servicio de la destrucción.

Según (Giannini, 1985), en este clima de beligerancia meramente suspendida (guerra fría), algunos filósofos retoman como centro de su meditación el viejo tema de la vida humana y su sentido. Vuelven a interesar Pascal, Jacobi y Kierkegaard, con lo que nace así el existencialismo.

La vida humana es percibida como breve y transitoria, lo que implica que la vida en sí adquiere un valor intrínseco.

El existencialismo está en contra de la posición racionalista del hombre, concretamente, contra el cartesianismo. A su vez, hace frente al idealismo hegeliano que afirma que en la historia ocurre lo que es necesario que ocurra. Para el existencialismo, el desarrollo de la filosofía desde Platón y Aristóteles, hasta Hegel es desacertado, por lo que al descartarla se trata de empezar completamente de nuevo (Quitmann, 1985).

La tesis fundamental del existencialismo es que la existencia precede a la esencia, es decir, el hombre no posee una esencia como algo determinado, sino que la va construyendo durante su existencia a través de su libertad.

El existencialismo pone énfasis en cómo los seres humanos viven sus vidas, en la libertad, en la contemplación y exploración del ser humano. Su planteamiento va en contra de las especulaciones abstractas y el cientificismo racionalista, esto implica que el ser humano no se puede reducir a una entidad cualquiera, sea esta la de animal racional, ser social, ente psíquico o biológico

La verdad es la subjetividad y que ser individuo es lo más propio e íntimo del hombre, de ahí su valor absoluto. Un siglo más tarde, Martín Heidegger retoma los planteamientos de Kierkegaard.

El filósofo esboza que el ser humano se encuentra existencialmente en el acto de decidir o elegir: el ser humano se encuentra en cuanto tiene un margen de libertad de movimientos que lo posibilitan, y a su vez el ser humano se encuentra en cuanto él tiene que ser, tiene que decidir y elegir. Martín Buber contribuye al existencialismo con su visión de dualidad del ser humano, donde el individuo tiende a polarizarse hacia el individualismo o hacia el colectivismo. Le da un valor especial a la relación dialogal en un encuentro existencial.

Esta relación se entiende como un diálogo existencial, donde dos individuos se encuentran como personas, donde cada una es impactada por y responde a la otra, una relación Yo-Tú.

En la misma línea, Jean Paúl Sartre plantea su supuesto fundamental: la libertad humana. Desde el punto de vista del pensador, ser libre no es sinónimo de tener éxito, sino de poder elegir, la relación con el no ser es la condición más importante de la libertad, el ser humano debe luchar constantemente por que en la libertad tiene que elegir.

Adopta la concepción del tiempo de Heidegger, que se determina desde el futuro: el comportamiento presente del ser humano está determinado por un propósito, una meta, una intención, elementos situados en el futuro. La visión Sartriana plantea que solo el ser humano está en situación de establecer una vinculación entre lo inexistente y sus acciones momentáneas; ésta comprensión de tiempo corresponde al pasado un significado que se determina a partir de un futuro, es decir, los sucesos del pasado son hechos y no pueden cambiar, pero al significado resulta el proyecto del instante sobre el futuro (Giannini, 1985).

La visión del hombre en el mundo del existencialismo nos entrega varios conceptos clave para el modelo humanista y por ende para la TG: libertad y miedo, elección y decisión, responsabilidad, estar en el mundo, condición de presente. "Son aspectos del ser humano que se condicionan mutuamente, la posibilidad y también la necesidad de la elección, la decisión y la responsabilidad que de ella resulta, la equivalencia e intencionalidad, así como estar en el mundo, son aspectos que aparecen con diferente intensidad en los presupuestos de la psicología humanista" ((Quitmann, 1985, p. 286).

El método científico tiene por objeto de estudio los hechos mismos que se manifiestan en la realidad. Es una metodología para llegar al conocimiento de la esencia, despojando al fenómeno de los elementos extraños que proceden del exterior o del sujeto que conoce. Busca descubrir lo que es dado en la experiencia, acercarse a los contenidos de la conciencia sin prejuicios ni teorías preconcebidas por parte del observador.

La conciencia se hace asequible al observador a través de su intencionalidad... Para lograr captar, describir e investigar la intencionalidad de la conciencia, se hace necesaria la reducción fenomenológica, que consiste en ser simple espectador que ingenuamente contempla y vive su realidad, sin detenerse a reflexionar" (Capponi, 1987, p.44). Husserl se opuso tanto al intelectualismo idealista como al empirismo naturalista; describió el psiquismo humano como una relación con el mundo y planteó una psicología fundamentada en lo intencional e intersubjetivo.

La fenomenología, según Husserl, no es conocimiento en sentido verdadero, sino un mirar espiritual, una intuición (Quitmann, 1985) sostiene que la intuición inmediata es necesaria para alcanzar la certeza, la cual a su vez sería de naturaleza distinta a la analítica; es una certeza sin garantías donde el objeto simplemente es tal y como se nos presenta. (p.345)

El mismo autor se opone a una psicología puramente empírica y propone una psicología eidética, que en lugar de describir los fenómenos tal como se nos

dan empíricamente y quedarnos en ellos, propone llegar hasta la esencia o "eidos" de los mismos, donde se halla el fundamento de la verdad.

La fenomenología es un enfoque u orientación en psicología que consiste en una exploración imparcial de la conciencia y la experiencia. "Los fenómenos son intuitos, analizados, y descritos tal como aparecen en la conciencia sin ninguna idea preconcebida. Una visión fenomenológica de la realidad implica una mirada en el aquí-ahora; es una observación atenta sobre el fenómeno (donde el fenómeno observado es inseparable del observador).

Es una observación descriptiva, no interpretativa, como lo sería el psicoanálisis y por tanto tampoco no es causa lista ni pretende explicar el pasado.

Es un modo diferente al que usaría el método científico natural, que creía que el sujeto que investiga puede ser objetivo respecto al objeto de estudio.

(Giannini, 1985) sostiene que la fenomenología es una disciplina que insta a las personas a distanciarse de su forma usual de pensar, para poder apreciar la diferencia entre lo que se está percibiendo y sintiendo realmente en el momento, y lo que es residuo del pasado. Es la búsqueda de la comprensión basada en lo que es obvio o revelado por la situación.

4.3 La logoterapia de Viktor Frankl

Hay veces que nos es fácil encontrar el sentido a lo vivido, cuando el momento es placentero, es sencillo decir que vale la pena esto que estamos viviendo; pero ¿qué pasa cuando nos vemos atravesados por el dolor?

Es allí cuando aparecen cuestionamientos existenciales como ¿Para qué estoy vivo?, ¿qué sentido tiene mi vida?, ¿por qué me pasa esto?, qué sentido tiene vivir así (mutilado, enfermo, sin esa persona que tanto amaba). Cuestionamos a la vida cuando es ella en realidad la que nos está cuestionando a nosotros, preguntándonos: ¿Cuál es la actitud que debes tomar frente a esto que te está

pasando?” por lo que es importante darle sentido a la vida al aquí y al ahora de acuerdo a Frankl en la logoterapia es la terapia adecuada.

Por eso a pesar de los problemas que podamos tener, toda vida vale la pena ser vivida y más aún cuando el hombre pone en práctica la fuerza de oposición del espíritu frente al destino, o sea frente a aquello con lo que me encuentro en la vida sin haberlo elegido; pero ante lo cual sigo siendo libre de actuar, de un modo o de otro.

La logoterapia es la tercera escuela vienesa de psicoterapia desarrollada por el neurólogo y psiquiatra, Viktor Frankl. “Logo” en griego significa sentido-significado, y “terapia” significa tratamiento.

La Logoterapia es la terapia en base al sentido, es la propuesta definida por Frankl como “Sanar a través del sentido”. Sanar, cuidar, acompañar, guiando a la persona que consulta a que descubra el sentido en su vida, lo que implica también el sentido en cada momento de su vida.

Frankl consolida un sistema propio de Estudio y Terapia del Ser-Humano denominado Logoterapia y Análisis Existencial integrando elementos científicos, médicos, psicológicos, psicoanalíticos, terapéuticos y antropológicos. Él decía que el ser humano está en permanente búsqueda de sentido y que el mismo es encontrado a través de los valores, a través del dar, del recibir y del aprender de las situaciones límite, por las que muchas veces nos vemos sorprendidos

Dentro de sus conceptos, Frankl incluye, a diferencia del resto de los teóricos de la psicología, incluso los humanistas, el aspecto doloroso de la existencia como algo intrínseco a nuestra naturaleza humana y como oportunidad de desarrollo, aprendizaje y sentido. Para comprender un poco más... en un principio escribe acerca del ser humano y el sentido.

El sentido está siempre cambiando, pero jamás falta. En caso de no verlo, habrá que dotar a la vida de sentido aún en las situaciones más difíciles, donde

lo que importa es dar testimonio de la mejor y exclusiva potencialidad humana: la de transformar la tragedia, la enfermedad y el fracaso en un triunfo personal, en un logro humano.

Según Frankl: La vida cobra más sentido cuanto más difícil se hace. Tan solo existe un problema auténticamente serio y es el de juzgar si la vida vale o no la pena de ser vivida. Y la vida vale la pena porque hay razones, hay muchos motivos por los cuales vivir, y esto es lo que le da sentido a la existencia humana.

Pero el sentido de la vida no puede ser dado, sino que debe ser hallado por uno mismo. Frankl también habla del supra sentido, el cual es trascendente al hombre y es el sentido que excede la capacidad intelectual del hombre, accedemos a él por la fe. La cual es una fuerza terapéutica y propiciatoria del desarrollo humano.

Esta fe fortalece al ser humano y hace que en el fondo nada carezca de sentido ni nada suceda en vano.

La logoterapia mira más bien al futuro es decir a los cometidos y sentidos que el paciente tiene que realizar en el futuro por eso Frankl afirma que "el hombre es hijo de su pasado, pero no esclavo de su pasado y es padre de su porvenir". Al aplicar la logoterapia, la persona ha de enfrentarse con el sentido de su propia vida para a continuación rectificar la orientación de su conducta en post de tal sentido.

La logoterapia es obvia porque es connatural al hombre el cual por naturaleza está orientado a los valores y quizás más de uno vive según una escala de valores. De aquí que aún sin saberlo la gente común vive logoterapéuticamente sólo que le falta ponerle nombre a esa postura ante la vida, a ese modo habitual de actuar. Lo obvio en logoterapia es la capacidad de auto trascendencia y auto distanciamiento, ambos son aspectos fundamentales de la espiritualidad.

Todo lo que la logoterapia exige es una manera auténtica de vivir. En definitiva, el rol del logoterapeuta es el mismo que desempeñaba Sócrates quien se consideraba a sí mismo como un partero que ayudaba a los otros a tener que parirse. Ser despertador de algo que existe, pero está adormecido.

La logoterapia despierta a la persona en su rol de protagonista de su propia historia, de su felicidad, de sus logros y en su rol de constructor de su persona dado que el hombre es un ser llamado a elegir un proyecto de vida en conformidad con su propio ser, por lo tanto, artífice de su destino. Proyecto de vida no son las ocurrencias antojadizas con las que llenamos el tiempo de la vida, sino la orientación organizada de los esfuerzos para dar vida a la vida.

La logoterapia es obvia porque es sentido de vida, libertad responsable, práctica de valores, auto trascendencia, sobre todo espíritu de renuncia, de sacrificio, son entre otros conceptos los que tienen que ver con el hacerse cada día más humano.

El hombre solo llega a ser tal en la medida en que descubre el sentido de la vida el por qué y el para qué existir. La propuesta logoterapéutica es desarrollar la actitud de búsqueda de los para qué de las situaciones tanto del fracaso como del éxito, de visualizar el futuro no como una utopía o como algo que hay que saltar velozmente; sino como una posibilidad esperanzadora, la de asumir el compromiso de la búsqueda de la misión en la vida y de ser capaz de hacerse preguntas filosóficas tales como

- ¿Qué espera de mí la vida?
- ¿Siendo finito no es mi responsabilidad que la vida no me pase, sino que esté en cada situación (con distintos grados de conciencia y responsabilidad) pero que al fin y al cabo la viva?

Como dice Frankl, no basta con preguntarse por el sentido de la vida, sino que hay que responder a él respondiendo ante la vida misma. Para quienes no han podido desplegar el sentido de sus vidas, el pasado se convierte en una carga que se arrastra, el presente en un problema y el futuro es una amenaza. Sin sentido la existencia no vive plenamente y la vida no existe sanamente.

Por eso la logoterapia contribuye a esclarecer el porqué del sufrir y del morir y ayuda a tener motivos para trabajar, luchar y amar. Amor del cual Frankl expresó: Puedo amar y mi amor por ti puede sobrevivir y no solo sobrevivir, sino vivir y mantenerse con una fuerza mayor que la fuerza del tiempo y de la muerte por que el amor es meta temporal y no sujeto al perecer.

4.4 Terapia Gestalt

En su origen el término Gestalt se refería a las conclusiones de una serie de experiencias referentes a la percepción que dieron origen a la Psicología de la Gestalt o Teoría de la forma. Autores como Wertheimer (1880-1943), Köler (1887-1967) y Koffka (1886-1941) construyeron un sin fin de leyes acerca de la percepción visual y auditiva.

La palabra Gestalt se continúa utilizando en alemán. En castellano se traduce como "forma" o "configuración" y alude a esos fenómenos de percepción estudiados por los autores antes referidos que demostraron el carácter global de la percepción como una totalidad que integra figura y fondo. Este concepto trata de explicar que lo que percibimos conscientemente no nos aparece como una suma de las partes, sino que nos viene dado como un todo, es decir, en configuraciones de significado (gestalten) y que ese todo es más que la suma de las partes.

Así, por ejemplo, cuando escuchamos una melodía no percibimos una serie de notas sino un sonido unitario que es algo más que la suma total de las notas que la componen. De este modo es como la persona recibe la experiencia: en

todos estructurados de significado. Y este significado dependerá tanto de las necesidades de la persona como de las experiencias previas.

Para la teoría gestáltica las unidades organizadas, tanto en la percepción como en el comportamiento, tienen características propias que no pueden reducirse a las propiedades de las partes de que se compone, es decir, el todo es más que la suma de las partes.

Cuando miramos un cuadro lo primero que vemos es el cuadro sin más, es decir, un paisaje, un bodegón, etc. y después vemos las partes de que se compone: un bodegón con frutas, un paisaje con flores, etc. Aunque también pudiera ocurrir, al contrario: fijarnos en el detalle y no en lo global. De este modo, la percepción depende de la forma en que la persona organiza su campo perceptivo de acuerdo a sus necesidades.

Si entran varias personas en una sala, el decorador se fijará en la decoración, la pintora en el color de las paredes, la modista en la caída de las cortinas, la persona que tiene sed buscará si hay agua, etc. Dicho de otro modo, nuestra mirada irá dirigida a aquello que esté más en contacto con nuestras motivaciones y/o necesidades.

Este ejemplo sirve para introducir otro de los conceptos básicos de este abordaje terapéutico que es la relación entre la figura y el fondo de una Gestalt.

La figura es aquello que se percibe como sobresaliente en el campo perceptual, y que tiene una forma definida; mientras que el fondo es algo indefinido, cuya función es servir de base envolvente a la figura. Por ejemplo, una charla en un bar que podemos mantener con otra persona a pesar del ruido reinante. En cuanto a la percepción visual hay muchas imágenes que indican que si se ve una no se ve la otra.

Wertheimer, Köhler y Koffka, comenzaron con sus experimentos sobre la percepción en la Universidad de Berlín. Entre los tres llamaron la atención a la psicología de la época sobre la necesidad de revisar los paradigmas

psicológicos existentes, concretamente la psicología atomista experimental de Wilhelm Wundt, el asociacionismo y el conductismo de Watson.

Su idea principal consiste en que resulta improductivo tratar de comprender los fenómenos analizando los elementos que lo constituyen. En vez de buscar elementos mentales prefirieron estudiar las configuraciones y los patrones naturales que aparecen en la experiencia directa. Se opusieron a estudiar algo tan complejo como la conducta analizándola en forma de elementos, ya que consideraban que esto destruye la unidad de los fenómenos que están siendo estudiados.

Una sintética expresión, que se convirtió en carta de presentación de la Gestalt, permite resumir la posición que adoptan: El todo es más que la suma de las partes Wertheimer, Köhler y Koffka desarrollaron principios dentro del marco de la psicología de la Gestalt como la "tendencia hacia una buena figura", "fenómeno de figura y fondo", "campo psicofísico" y las "leyes de la Gestalt". Estos psicólogos defendían la concepción de un campo de percepción unitario del ser humano y diferenciaban en este campo la figura y el fondo; sobre esta base investigaron las propiedades correspondientes a la figura y el fondo, y su dependencia mutua (Quitmann, 1985). "El campo psicofísico determina la conducta, significa lo que por naturaleza es tanto psicológico como físico.

Dentro del campo psicofísico se encuentran /os determinantes de las conductas que constituyen el yo y los determinantes externos compuestos del medio ambiente conductual. Del yo forma parte mi ropa, mi familia, mi país.

El medio ambiente conductual se refiere a todo lo que es experiencia o conocimientos conscientes; se determina por la distribución de fuerzas en el medio físico o geográfico" (Castañedo, 1983, p.44). Los psicólogos de la Gestalt proponen el siguiente axioma: La percepción humana no es la suma de los datos sensoriales, sino que pasa por un proceso de reestructuración, que configura a partir de esa información una forma, una Gestalt, que se destruye cuando se intenta analizar.

En esencia, no percibimos conjuntos de elementos, sino unidades de sentido estructuradas, o formas (Guillaume, 1973).

Frente a la interrogante sobre cómo se organiza la percepción, el mismo, autor sostiene que la experiencia perceptiva es una totalidad en la cual la relación entre las partes que la componen tiene significado a partir de las leyes de composición de la estructura total de esa experiencia. Partiendo de este principio de organización o estructura, los primeros gestaltistas deducen que el valor de cada elemento que compone el campo perceptual depende de la totalidad en la cual se halla incluido y que el mismo puede variar cuando forma parte de otro contexto perceptivo al lograr un nuevo equilibrio.

Lo percibido, desde el inicio posee organización y significación. Una hipótesis determinante para la comprensión de los fenómenos estudiados por la Gestalt es la del isomorfismo, del griego (iso: aproximadamente igual y morfismo: forma),

Intenta dar cuenta de una identidad estructural entre el plano de la experiencia consciente directa y los procesos fisiológicos subyacentes a la misma. Köhler plantea sobre el principio del isomorfismo que "las unidades de la experiencia corresponden a unidades funcionales en los procesos fisiológicos subyacentes.

Así, pues, también a este respecto se supone que el orden experimentado constituye una fiel representación de un orden correspondiente en cuanto a los procesos (fisiológicos) de los que depende la experiencia" (Költkó, 1990, p. 62). Esto quiere decir que los procesos de excitación neurofisiológica que se encuentran en la base de los fenómenos psíquicos tienen el mismo carácter estructural que éstos últimos, es decir, hay una correspondencia o isomorfismo entre lo fisiológico y lo psíquico.

4.5 Terapia centrada en el cliente Carl Rogers

Rogers se tornó muy reflexivo con respecto a su propio trabajo y empezó a grabar las entrevistas con sus pacientes. A partir de esta experiencia, ocurrieron dos cosas, primero que Rogers se sorprendió muchísimo de cuán fría y monótona podía ser una conversación con sus pacientes, y segundo; que con el simple hecho de haber grabado sus entrevistas, Rogers instauró una nueva forma de manejo clínico, que se basaba en grabar las conversaciones terapeuta paciente; no sólo con el fin de dejar registro de todo lo que se decía, sino que además, el paciente podía obtener una copia y escuchar repetidas veces las sesiones con el terapeuta, hecho que revestía de un valor psicoterapéutico muy importante, ya que era como tener al terapeuta en casa. Fue de entre todas estas fuentes, que Rogers obtuvo suficiente material para escribir su primer libro: “El tratamiento clínico de los niños problema”, que fue publicado en 1939.

Rogers se dedica a describir los métodos de terapia infantil que tenían mayor relevancia para la época, pero dos cuestiones ameritan un pequeño comentario: primero que Rogers aboga por estudios experimentales sobre temas relacionados con el tratamiento de los pacientes; de hecho, Rogers ha sido uno de los pocos terapeutas que ha puesto atención a estos temas desde una perspectiva experimental. En segundo lugar, Rogers plantea que es el propio paciente quién dentro de un contexto de interinfluencia con el terapeuta, conoce mejor sus problemas, lo que le lastima, y lo que le ayudaría a solucionar sus conflictos.

La terapia consiste básicamente en experimentar la inadecuación de viejas maneras de percibir de manera más exacta y adecuada, y en reconocer las relaciones significativas existentes entre las percepciones. En un sentido preciso y significativo, la terapia es el diagnóstico, y éste es un proceso que se desarrolla en la experiencia del cliente, más que en el intelecto del clínico. (Rogers, 1997, p. 197)

En ese sentido, las ideas de Rogers toman como eje central el concepto de estimación positiva incondicional; que no se refiere sino al hecho de que el terapeuta debe brindarle comprensión, apoyo y estimación al paciente, en lugar de darle críticas, sermones y reprobación. Rogers argumentaba también que el hombre enferma justamente cuando se detiene su crecimiento, ya que para Rogers el hombre busca en todo momento su autorrealización.

Este enfermar, del que nos habla Rogers, contiene empero, varios elementos que se entrelazan unos con otros. La estimación positiva incondicional es un elemento crucial, pero también lo es, la empatía. Rogers apunta con este concepto a la necesidad de ponerse en el lugar del paciente para poder entenderle.

Aunque la experiencia del paciente es en esencia subjetiva, el clínico debe intentar en todo momento abrirse al paciente para guiarle en el proceso de autoexploración terapéutica. Ha sido evidente, tanto por nuestra experiencia clínica como por nuestra investigación, que cuando el consejero percibe y acepta al cliente tal cual es, cuando deja de lado toda evaluación y entra en el marco de referencia perceptual del mismo, lo libera para que explore nuevamente su vida y su experiencia, lo libera para percibir en esa experiencia nuevos significados y nuevas metas. (Rogers, 1997, p. 55) Finalmente, la congruencia, es el tercer elemento que contribuye a la mejoría o deterioro del paciente.

Con este nuevo concepto, Rogers sugiere que en el ser humano debe existir la congruencia entre su yo real y su yo ideal; ya que mientras más alejados estén entre sí el yo real del yo ideal, la persona estará mucho más propensa a vivenciar desequilibrios psicológicos y por ende a enfermar psíquicamente.

El trabajo del terapeuta será entonces propiciar la congruencia a partir de experiencias que acontecen en un clima de confianza y de mutua comprensión, para que de esta manera, el paciente estructure una nueva visión de sí mismo que lo conduce a la congruencia y la salud.

A medida que transcurre el proceso, se va construyendo una configuración del sí mismo nueva y revisada. Contiene percepciones anteriormente rechazadas, Implica una reorganización de los valores, reconociendo claramente la propia experiencia del organismo como fuente de datos para las evaluaciones. Lentamente comienza a emerger un nuevo sí mismo que al cliente le parece mucho más “verdadero”, porque se basa, en mucho mayor grado, en la totalidad de su experiencia, percibida sin distorsiones. (Rogers, 1997, p. 173)

Para la comprensión de los procesos de la personalidad es más fructífero considerar toda conducta como el intento significativo del organismo de adaptarse a sí mismo y a su ambiente, que categorizar algunas conductas como anormales, o como elementos de entidades nosológicas. (Rogers, 1997, p. 113)

Podemos decir que Carl Rogers ha sido un hombre talentoso, valiente y también muy querido por quienes le conocieron. Aunque ha sido duramente criticado porque la abstracción de sus conceptos, dificulta el estudio científico de sus propuestas, su preocupación se ha dirigido siempre al desarrollo de la psicoterapia en los términos más objetivos posibles. La visión que Rogers desarrolla de la psicoterapia, nos devuelve a la psicología que se ocupa del hombre como ser humano, enfoque que ha sido retomado por la psicología positiva.

En ese sentido, la psicología positiva promueve los valores y las potencialidades humanas (Arias, 2013); de manera similar a como lo hicieron los psicólogos humanistas como Rogers. Comparten la visión de hombre y de una psicología centrada en las emociones positivas, pero difieren en el hecho de que los métodos de la psicología positiva son científicos, tomando como base la metodología experimental, la investigación de campo y la psicometría; mientras que los psicólogos humanistas desarrollaron sus aportes a partir de la psicoterapia (Maslow, 1965), bajo una visión optimista del hombre en tanto busca su autorrealización (Maslow, 1965).

Por eso es correcto decir que la psicología humanista es un antecedente de la psicología positiva (Arias, 2013).

4.6 Teoría de la Motivación Humana

Abraham Maslow, se asocia tradicionalmente con la psicología humanista, con un trabajo pionero en el área de la motivación, la personalidad y el desarrollo humano. En 1943, Maslow propone su “Teoría de la Motivación Humana” la cual tiene sus raíces en las ciencias sociales y fue ampliamente utilizada en el campo de la psicología clínica; a su vez, se ha convertido en una de las principales teorías en el campo de la motivación, la gestión empresarial y el desarrollo y comportamiento organizacional (Reid, 2008).

La “Teoría de la Motivación Humana”, propone una jerarquía de necesidades y factores que motivan a las personas; esta jerarquía se modela identificando cinco categorías de necesidades y se construye considerando un orden jerárquico ascendente de acuerdo a su importancia para la supervivencia y la capacidad de motivación.

De acuerdo a este modelo, a medida que el hombre satisface sus necesidades surgen otras que cambian o modifican el comportamiento del mismo; considerando que solo cuando una necesidad está “razonablemente” satisfecha, se disparará una nueva necesidad (Colvin y Rutland 2008).

Las cinco categorías de necesidades son: fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima y de auto-realización; siendo las necesidades fisiológicas las de más bajo nivel. Maslow también distingue estas necesidades en “deficitarias” (fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima) y de “desarrollo del ser” (auto-realización).

Koltko (2006) sugiere que la diferencia distintiva entre una y otra se debe a que las “deficitarias” se refieren a una carencia, mientras que las de “desarrollo del ser” hacen referencia al quehacer del individuo. Asimismo propone; sin ser

exhaustivo, que la caracterización de la jerarquía de necesidades propuesta por Maslow es la siguiente:

- Necesidades fisiológicas: son de origen biológico y están orientadas hacia la supervivencia del hombre; se consideran las necesidades básicas e incluyen cosas como: necesidad de respirar, de beber agua, de dormir, de comer, de sexo, de refugio. • Necesidades de seguridad: cuando las necesidades fisiológicas están en su gran parte satisfechas, surge un segundo escalón de necesidades orientadas hacia la seguridad personal, el orden, la estabilidad y la protección. Dentro de estas necesidades se encuentran cosas como: seguridad física, de empleo, de ingresos y recursos, familiar, de salud y contra el crimen de la propiedad personal.
- Necesidades de amor, afecto y pertenencia: cuando las necesidades de seguridad y de bienestar fisiológico están medianamente satisfechas, la siguiente clase de necesidades contiene el amor, el afecto y la pertenencia o afiliación a un cierto grupo social y están orientadas, a superar los sentimientos de soledad y alienación. En la vida diaria, estas necesidades se presentan continuamente cuando el ser humano muestra deseos de casarse, de tener una familia, de ser parte de una comunidad, ser miembro de una iglesia o simplemente asistir a un club social.
- Necesidades de estima: cuando las tres primeras clases de necesidades están medianamente satisfechas, surgen las llamadas necesidades de estima orientadas hacia la autoestima, el reconocimiento hacia la persona, el logro particular y el respeto hacia los demás; al satisfacer estas necesidades, las personas se sienten seguras de sí misma y valiosas dentro de una sociedad; cuando estas necesidades no son satisfechas, las personas se sienten inferiores y sin valor. En este particular, Maslow señaló dos necesidades de estima: una inferior que incluye el respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, gloria, reconocimiento, atención, reputación, y dignidad; y otra superior, que

determina la necesidad de respeto de sí mismo, incluyendo sentimientos como confianza, competencia, logro, maestría, independencia y libertad.

- Necesidades de auto-realización: son las más elevadas y se hallan en la cima de la jerarquía; Maslow describe la auto-realización como la necesidad de una persona para ser y hacer lo que la persona "nació para hacer", es decir, es el cumplimiento del potencial personal a través de una actividad específica; de esta forma una persona que está inspirada para la música debe hacer música, un artista debe pintar, y un poeta debe escribir.
- Aunque el apoyo a la investigación de la teoría de Maslow está aún en desarrollo, los conceptos formulados por él, han proporcionado un marco para la psicología positiva y se han utilizado para conceptualizar la política, la práctica y teoría en las ciencias sociales durante más de 60 años. Además de las cinco necesidades antes descritas, Maslow también identificó otras tres categorías de necesidades: las estéticas, las cognitivas y las de auto trascendencia (Ballestester 1998), lo que dio origen a una rectificación de la jerarquía de necesidades. La caracterización de estas tres nuevas necesidades es:
- Necesidades estéticas: no son universales, pero al menos ciertos grupos de personas en todas las culturas parecen estar motivadas por la necesidad de belleza exterior y de experiencias estéticas gratificantes.
- Necesidades cognitivas: están asociadas al deseo de conocer que tiene la gran mayoría de las personas; cosas como resolver misterios, ser curioso e investigar actividades diversas fueron llamadas por Maslow como necesidades cognitivas, destacando que este tipo de necesidad es muy importante para adaptarse a las cinco necesidades antes descritas.
- Necesidades de auto-trascendencia: tienen como objetivo promover una causa más allá de sí mismo y experimentar una comunión fuera de los límites del yo; esto puede implicar el servicio hacia otras personas o

grupos, la devoción a un ideal o a una causa, la fe religiosa, la búsqueda de la ciencia y la unión con lo divino.

Según Koltko (2006), la versión rectificada de la jerarquía de necesidades de Maslow tiene varias implicaciones importantes para la teoría y la investigación en la personalidad y la psicología social; estas consecuencias incluyen enfoques más amplios para:

- Las concepciones personales y culturales de la finalidad de la vida.
- Las bases motivacionales de la conducta altruista, el progreso social, y la sabiduría.
- El terrorismo suicida y la violencia religiosa.

La integración de la psicología con la religión y la espiritualidad en la personalidad y la psicología social. Finalmente, es necesario destacar que la “Teoría de la Motivación Humana”, con su jerarquía de necesidades y factores motivacionales, así como las siguientes investigaciones de Maslow en el área de las necesidades humanas, es parte del paradigma educativo humanista, para el cual el logro máximo de la auto-realización de los estudiantes en todos los aspectos de la personalidad es parte fundamental, procurando, proporcionar una educación con formación y crecimiento personal.

4.7 Teoría de la personalidad de Allport

Una de las cosas que motiva a los seres humanos es la tendencia a satisfacer necesidades biológicas de supervivencia, lo cual Allport llama funcionamiento oportunista. Señala que este funcionamiento se caracteriza por su reactividad, orientación al pasado y por supuesto, tiene una connotación biológica.

Pero Allport creía que el funcionamiento oportunista era algo relativamente poco importante para entender la mayoría de los comportamientos humanos.

La mayoría de los comportamientos humanos, decía, están motivados por algo bastante diferente funcionamiento como forma expresiva del self, lo cual

llamó funcionamiento propio proprium- La mayoría de las cosas que hacemos en la vida es una cuestión de ser lo que somos. El funcionamiento propio se caracteriza por su tendencia a la actividad, su orientación al futuro y que es psicológico.

Proprium es la base del término que Allport escogió después de revisar cientos de definiciones para llamar de una forma más científica a ese concepto popular pero esencial conocido como Self. De todas formas, para bien o para mal, el nuevo término nunca llegó a calar.

Para acercarnos de una forma más intuitiva a lo que se ha llamado funcionamiento proprium, piense en la última vez que quiso actuar de una determinada forma o ser de una manera concreta porque verdaderamente sentía que estos actos serían una expresión directa de aquello más importante de usted mismo. Recuerde, por ejemplo, la última vez que usted hizo algo para expresar su sí mismo; aquella vez donde se dijo “¡esto es lo que realmente soy!”. Hacer aquellas cosas que son coherentes con lo que somos; esto es funcionamiento proprium.

4.7.1 El Propium

Ya que Allport puso tanto énfasis en el Self o Proprium, tenía que ser lo más preciso posible con su definición. Lo hizo desde dos direcciones, fenomenológica y funcionalmente.

Primero, desde una perspectiva fenomenológica, sería el Self como algo que se experimenta, que se siente. Allport sugirió que el Self está compuesto por aquellos aspectos de la experiencia que percibimos como esenciales (algo opuesto a lo incidental o accidental), cálido (o “querido”, opuesto a emocionalmente frío) y central (como opuesto a periférico).

Su definición funcional se convirtió en una teoría del desarrollo por sí misma. El Self tiene 7 funciones, las cuales tienen a surgir en ciertos momentos de la vida:

- Sensación del cuerpo
- Identidad propia

- Autoestima
- Extensión de uno mismo
- Auto imagen
- Adaptación racional
- Esfuerzo o lucha propia (Propriate)

La Sensación corporal se desarrolla en los primeros dos años de vida. Tenemos un cuerpo, sentimos su cercanía y su calidez. Tiene sus propios límites que nos alertan de su existencia a través del dolor y la injuria, el tacto o el movimiento.

Allport hacía gala de una demostración en este aspecto del Self: imaginemos que escupimos dentro de un vaso y ¡luego nos lo bebemos! ¿Qué pasa; ¿dónde está el problema? ¡Desde luego es la misma cosa que nos tragamos todos los días! Pero, por supuesto ha salido de dentro de nuestro cuerpo y se ha vuelto algo extraño, y por tanto, ajeno a nosotros.

La Identidad Propia (del Self; de uno mismo) también se desarrolla en los primeros dos años de vida. Hay un momento en nuestra vida donde nos consideramos como entes continuos; como poseedores de un pasado, un presente y un futuro. Nos vemos como entes individuales, separados y diferenciados de los demás. ¡Fíjense que incluso hasta tenemos un nombre! ¿Serás la misma persona cuando te levantes mañana? Claro que sí. Desde luego, asumimos esta cuestión.

La Autoestima se desarrolla entre los dos y los cuatro años de edad. También llega un momento donde nos reconocemos como seres valiosos para otros y para nosotros mismos. Esta circunstancia está íntimamente ligada al desarrollo continuo de nuestras competencias. Para Allport, ¡esto es realmente el estadio Anal!

La Extensión de uno mismo (extensión del Self) se desarrolla entre los cuatro y seis años de edad. Algunas cosas, personas y eventos a nuestro alrededor también pasan a ser centrales y cálidos; esenciales para nuestra existencia. "Mío" es algo muy cercano a "Mi" ("yo") Algunas personas se definen a sí mismas en virtud de sus padres, esposas o hijos; de su clan, pandilla,

comunidad, institución o nación. Otros hallan su identidad en una actividad: soy un psicólogo, un estudiante o un obrero. Algunos en un lugar: mi casa, mi ciudad. ¿Por qué cuando mi hijo hace algo malo, me siento culpable? Si alguien raya mi coche, ¿por qué siento como si me lo hubieran hecho a mí?

La Auto imagen (imagen de uno mismo) también se desarrolla entre los cuatro y seis años. Este sería “el reflejo de mí”; aquel que los demás ven. Esta sería la impresión que proyecta en los demás, mi “tipo”, mi estima social o estatus, incluyendo mi identidad sexual. Es el principio de la conciencia; del Yo Ideal y de la “persona”.

La Adaptación racional se aprende predominantemente entre los seis y doce años. El niño empieza a desarrollar sus habilidades para lidiar con los problemas de la vida de forma racional y efectiva. Este concepto sería un análogo a la “industria” o “industriosidad” de Erickson.

El Esfuerzo o Lucha propia usualmente no empieza hasta después de los doce años. Sería la expresión de mi Self en términos de metas, ideales, planes, vocaciones, demandas, sentido de dirección o de propósito. La culminación de la lucha propia sería, según Allport, la habilidad de decir que soy el propietario de mi vida; el dueño y operador.

(¡No podemos evitar la observación de que los períodos evolutivos que usa Allport son muy cercanos a los períodos de desarrollo que utiliza Freud en sus estadios! Pero, es importante que precisemos que el esquema de Allport no es una teoría de estadios evolutivos; es sólo una descripción de la forma en que las personas generalmente se desarrollan.)

4.7.2 Madurez psicológica

Si posees *proprium* bien desarrollado y un rico y adaptativo grupo de disposiciones, has logrado una madurez psicológica, término de Allport para la salud mental. Establece siete características:

- Extensiones del Self específicas y duraderas como el compromiso.

- Técnicas de relacionarse cálidamente, orientadas a la dependencia de los demás (confianza, empatía, sinceridad, tolerancia...)
- Seguridad emocional y aceptación propia.
- Hábitos encaminados hacia una percepción realista (contrario a defensividad)
- Centramiento en los problemas y desarrollo de habilidades centradas en la solución de problemas.
- Objetivación del Self o lo que es lo mismo, desarrollar la introspección; reírse de uno mismo, etc.
- Una filosofía unificada de la vida, que incluya una particular orientación hacia la valoración; sentimientos religiosos diferenciados y una conciencia personal.

Capítulo V
Experiencias de la persona que han pasado por la
muerte de un hijo

En este último capítulo se considera importante revisar algunos libros escritos por personas que han pasado por la muerte de un hijo, no específicamente por cáncer por alguna otra enfermedad o algún accidente. Las personas narran como ha sido su vida desde la partida de ese infante, que tan complicado ha sido acostumbrarse a que ya no está y cómo han logrado salir adelante, vivir con el recuerdo para una paz interior.

5.1 Volver a vivir tras la pérdida de un hijo

Es una guía de apoyo para duelo tras la pérdida de un hijo guiada por psicólogas de la fundación Menudos Corazones, donde mediante talleres llegan a la conclusión de retomar importantes momentos vividos, situaciones, sensaciones que se han vivido los familiares durante el primer año después de la pérdida.

Cada una de las personas cuenta sus propias experiencias sus propios tiempos es por ello que a través de esta guía muestran sus vivencias. Por ello se ha realizado esta guía con los mejores deseos que todo el esfuerzo de día a día y sus propias experiencias ayudan avanzar en su propio proceso. Relatan que su camino está lleno de recuerdos de sus hijos fallecidos y en el camino reviven cada día con la esperanza de vivir con todo lo que aprendieron junto a ellos.

Uno de sus principales objetivos es destacar el impacto emocional que causa la muerte de un hijo en los primeros momentos mencionan: “Que los hace sentir como en otro lugar, viviendo un dolor enorme alejado o ajeno a la realidad que encuentra alrededor viviendo la pérdida tan intensamente que las sensaciones son desgarradoras, un estado de shock emocional. Teníamos la sensación de que era como vivir en un sueño o una película donde no te permite enterarte de lo que está ocurriendo, donde el tiempo se paraliza y cobra otra dimensión”

Esos primeros días es tanto el dolor el cuerpo muestra sensaciones como la de la falta de aire, la impotencia, la sensación de fracaso, la culpa algunas de las que se viven. Pasando los primeros días, semanas nos sentimos hundidos por

el dolor y paralizados, nos encontramos con que la vida sigue y nosotros tenemos que seguir en nuestra nueva realidad y así es como se comienza el difícil camino del duelo. Menciona una de las participantes.

Después de un año los sentimientos y sensaciones resultan difíciles , el impacto emocional de dolor y de negación se fue encontrando con esas personas que atraviesan el duelo , las sensaciones van cambiando y aunque muchas emociones continúan se van despertando poco a poco de esa anestesia , se comienza a vivir la realidad de la pérdida y a sentir la ausencia que ha dejado su hijo día a día . pues si ha pasado , pero el dolor es otro dolor diferente , menos desgarrador pero profundamente intenso “

Al principio de este dolor duele todo como dice Montoya (1998) “En ninguna otra situación como el duelo, el dolor producido es total, es un dolor biológico (duele el cuerpo) psicológico (duele la personalidad), social (duele la sociedad o su forma de ser), familiar (nos duele el dolor de los otros) y espiritual (duele el alma). En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro. Toda la vida en su conjunto duele. (p.8)

Cuando se regresa al día a día y caen en lo ocurrido, mencionan que su corazón empieza a comprender lo que la razón ya sabía lo que provoca que los padres se sientan tremendamente desolados y extrañen demasiado a su hijo.

Culpan a Dios por quitarles lo que más querían en la vida, se culpan a ellos por no pasar más tiempo por darle cuenta muy tarde en el caso de algunos de cualquier enfermedad, esa ausencia produce mucha angustia y tristeza. Buscan entonces tener más cerca a su hijo es cuando se aferran a cosas, olores y lugares. Ellos necesitan percibir porque si no la desolación resulta muy angustiada.

En ese largo camino de desolación se tienen muchos momentos de incomprensión ¡Que difícil nos resulta que la vida de nuestros hijos haya parado! ¿Por qué? En esa incomprensión, nos enfadamos y nos irritamos. Nos descubrimos impacientes e irritables con las personas que los rodean (los la pareja, con los familiares, con las personas del trabajo) Lo que ocurre es que

se necesita exteriorizar ese enfado y rabia que produce en algunos casos esa pérdida.

En algunos casos tratan de evadir ese dolor por lo que canalizan sus energías en múltiples actividades que abarcan gran parte del día, buscando continuamente quehaceres, para no parar para no sentir la sensación de que si paran, no puedan volver a levantarse, esto hacen con la intención de no preguntarse “ si hubiera hecho” “ si hubiera ido” “ porque a mí” esta actividad tan exagerada ayuda a continuar a saber que pueden seguir adelante y que pueden continuar con sus cotidianas vidas, no permite tener los momentos de desahogo que se necesitan para superar la pérdida las consecuencias no son favorables hacen que las personas se vuelvan autónomas y que las emociones se disparen cuando ya no se puede más porque inevitablemente las emociones necesitan salida.

La ausencia y el vacío de la pérdida es inevitable nos rodea todo aquello que recuerda la vida de aquel hijo que ya no está, que nos conecta directamente con esa sensación de vacío. Esta es tal vez una de las peores sensaciones que todos recordamos y con la que se aprende a vivir poco a poco, transformando la ausencia física en recuerdos maravillosos con lo compartido con su hijo. Esto se va construyendo con los años y con todo lo que se hace en esos años para aprender a vivir sin sus hijos, pero con su recuerdo siempre en el corazón.

El primer año es el más difícil pues la ausencia duele demasiado, las fechas se hacen significativas y se rememora cada día, cada lugar lo que había sido o lo que se podría haber sido con ellos y lo que es ahora sin ellos. Se van dando cuenta de la realidad sin ellos. La ausencia física se vive en lo más profundo del corazón mencionan que es como si les faltara algo del cuerpo, como si les amputaran un brazo o una pierna existe dolor físico, emocional y la sensación fantasma de esa parte que está, pero no está. Se necesita tocar y sentir el vacío es percibido constantemente y duele cuando uno se va haciendo consciente de ello.

Se tiene miedo a recordar por que duele, sobre todo al principio que las imágenes que más se recuerdan son la de los últimos momentos, lo más difícil. En ocasiones tanto dolor genera un rechazo a ver fotos a recordar y compartir recuerdos y ese rechazo a su vez genera angustia por el miedo a olvidarlo. Existe el miedo de olvidarse de ese hijo tan amado por sus padres, de lo vivido a su lado y todos los detalles que se compartieron con ellos, de su cara sus gestos y el miedo a que nuestro entorno, seres queridos o los más allegados lo olviden.

Por lo que no se quiere perder ningún detalle de todo lo vivido es el tesoro más importante para esas personas que han perdido a su hijo, por lo que el primer año cada detalle duele enormemente y puede que se intente alejar para sentirse mejor, se necesita un tiempo para ir dando paso a los recuerdos.

Por miedo a olvidar y sentir que aún sigue vivo se sienten en la necesidad de hablar constantemente de ese hijo fallecido, aunque provoque que las personas se desgaren en llanto al hablar de él. El llanto es el reflejo y la exteriorización del dolor, pero no es dolor mismo, se necesita llorar para sacar ese dolor se necesita que el tema de ese hijo fallecido se convierta en un tabú, necesitan poder hablar de él con naturalidad ayuda mucho hablar de el sobre lo que ocurrió y como era ese hijo.

Por lo cual, en el transcurso de ese primer año y con la ayuda de grandes terapeutas se ha logrado que los padre que pasaron por el duelo de un hijo aprendieran de ellos mismos, son un conjunto de personas que unidas por una misma causa han compartido vivencias, emociones y sensaciones con un sentimiento en común, con un espíritu de equipo que los ha mantenido unidos en este espacio de gran importancia para cada uno de ellos Javier un padre de familia menciona: "Para el la importancia de esta guía, la importancia del hijo en la vida que sigue me ha sugerido estas ramas donde estuvo la flor y donde ahora quedan las hojas (los recuerdos las cosas, las rutinas cotidianas). Las hojas van cayendo a lo largo de la guía (el desprenderse de lo que duele) quedando en algún momento la rama desnuda. Hacia el final otros brotes pueblan de nuevo las ramas y a de brotar una flor. Los pájaros que en la otra

guía representaban a los padres, están enredando las ramas en ilustraciones más concretas”.

El objetivo principal de esta guía es respetar los tiempos de cada persona que atraviesa un duelo por la muerte de un hijo, ofrecer un espacio, hacer saber que no son los únicos que han pasado por algo similar y que la vida sigue, recordar a esa persona amada con amor mediante vivencias de personas que al final el sentimiento es uno mismo. Esta fundación cuenta con una plataforma web privada en la que comparten y recogen todo lo que han hecho en estos años, cada mes existen reuniones donde cada vez se van uniendo más padres que sufren lo mismo, compartiendo sentimientos y emociones con personas con las cuales se identifican donde se demuestran así mismos que la vida es bella que nadie es culpable de nada, así lo quiso el destino ahora aprender a vivir con un recuerdo sin llantos un recuerdo bello de aquella persona amada.

5.2 En la tristeza pervive el amor

Este libro es el fruto del duelo de una madre, en su duelo pervive el amor por su hija fallecida por ello escribe este libro a todas las madres que han perdido un hijo. El duelo no es única y exclusivamente un sentimiento, ni siquiera un sentimiento miserable. Los sentimientos se pueden crear artificialmente utilizando drogas o psicofármacos, por ejemplo, o estimulando eléctricamente determinadas zonas cerebrales.

También se pueden atenuar e, incluso, suprimir mediante la costumbre, la instrucción militar, la manipulación o seccionando fibras nerviosas. Los sentimientos son estados interiores pasajeros, a veces ajustados a una situación externa y a veces no.

Ciertos experimentos con animales demuestran que un gallo enjaulado, por ejemplo, puede sentirse furioso, sexualmente satisfecho o amodorrado en un espacio de quince minutos según los impulsos desencadenantes que se le apliquen. Los seres humanos reaccionarían de un modo parecido.

Pero con el duelo ocurre algo distinto. Se halla en lo más profundo del corazón, en el centro espiritual y mental de la persona, y no existe magia o encantamiento que lo pueda extraer de allí. Es mucho más que un sentimiento, es el conocimiento de una pérdida valiosa. No hay nada que pueda borrar ese conocimiento. Ni siquiera los narcóticos pueden impedir que vuelva a aparecer cada vez que despertamos. De la misma manera, no hay nada que pueda deshacer esa pérdida.

El doliente es, en muchos aspectos, un conocedor, pero un conocedor singular, porque el conocimiento ineludible de la pérdida le ayuda a dominar su sufrimiento. Es como si le abriera las puertas a la comprensión. Si las traspasa, se transformará, y con él se transformarán también sus sentimientos. El doliente madura desde el duelo hacia una forma nueva y más clarividente de su ser.

Elisabeth Kúbler-Ross legó a sus lectores y lectoras el consejo de vivir para decir adiós. Su recomendación no se limita a sondear la ruptura con el tabú de la muerte, sino que exhorta a tratar con delicadeza los bienes que nos han sido prestados y las personas que nos han sido confiadas.

Un ejercicio saludable a este respecto consiste en caminar por la casa como si tuviéramos que despedirnos de ella (por ejemplo, porque nos trasladamos a una residencia de ancianos). Ponemos la mano sobre este o aquel mueble y recordamos cuándo y con quién lo adquirimos.

Acariciamos un regalo de cumpleaños, la vajilla de boda, un libro particularmente estimado o las teclas de un piano que solíamos tocar. Observamos la alfombra persa pagada a plazos, la cortina bordada, el joyero. No nos podemos llevar nada, pero qué bonito ha sido que estas cosas hayan estado aquí, contribuyendo al desarrollo de la propia personalidad. ¡Maravilloso!

Entonces dejamos conscientemente todas las cosas, las entregamos en la imaginación a otras personas, quizá desconocidas, que podrían necesitarlas; y notamos una ligereza y una agradable felicidad interior.

Llegados a este punto, podemos despertar del ejercicio y volver a retomar el orden del día. De forma análoga, también podemos hablar con una persona próxima como si fuera la última conversación que mantuviéramos con ella. Nos sorprenderemos de la conmovedora intensidad que genera esta imaginación.

Existe una metáfora aplicable a estos ejercicios según la cual, cuando nacemos, recibimos un cesto con el que podemos pasear por un jardín para recoger fruta. Podemos recolectar libremente todo lo que haya en el suelo y los árboles. Hay quien no tiene fortuna y reúne frutos verdes o agusanados, y hay quien tiene suerte con la cosecha. Pero lo que es importante es que el cesto está concebido para recolectar y repartir.

Lo llenamos de manzanas coloradas, nos alimentamos de ellas y regalamos la mitad para hacer sitio a las peras. Cuando las peras están en el cesto, volvemos a dar una parte a los indigentes, con lo cual podremos añadir ciruelas y nueces... Al final del paseo, cuando se ha aprovechado cada una de las frutas, dejamos definitivamente a un lado el cesto vacío. En realidad, la verdadera cosecha no se halla en el cesto, sino depositada en los graneros de la eternidad, con el esfuerzo de la recolección y la bondad del reparto.

Vivir para decir adiós significa vivir sin miedo a la muerte, sin desesperación ni colapsos mentales. Es decir, vivir con alegría y duelo, tal como venga, permanentemente conscientes de que, en este mundo transitorio, podemos ser partícipes de unos valores que la muerte es incapaz de destruir porque proceden de un mundo superior. Vivir para decir adiós significa no querer agarrarse, aferrarse, no sobrecargar el cesto. Con frecuencia escuchamos a gente decir que tomaría decisiones muy distintas si volviera a nacer. Por ello, vivir para decir adiós significa también ser ya desde el primer y único momento de nuestra vida tan amables y magnánimos como nos gustaría ser desde la perspectiva de la despedida.

5.3 Aprender de la pérdida

La redacción de este libro sobre la pérdida me ha recordado los muchos tesoros que poseemos, familiares y amigos, compañeros y clientes que han ayudado andar forma a este proyecto. En cierto modo, la idea original del libro surgió en las conversaciones que mantuve hace algunos años con Carl

Anderson, de la Aid Association for Lutherans (AAL), cuando me planteó la posibilidad de escribir algo sobre el duelo que llegara a un público que no perteneciera exclusivamente a un entorno profesional y académico.

Lo que surgió a partir de esas conversaciones fue el plan de presentar, además de un resumen de los conocimientos básicos sobre los síntomas del duelo y las diferentes formas de pérdida, los límites en desarrollo de nuestros conocimientos sobre el duelo, algunos de los cuales están empezando a cuestionar las ideas tradicionales sobre el tema. Se considera importante plantear cosas que se deben hacer y otras que ante la pérdida.

Este libro fue una inspiración propia de Robert ¿Cómo comprender qué sentido tiene la pérdida? En nuestras conversaciones cotidianas, solemos relacionarla con la privación de algo que hemos tenido (como cuando perdemos a un amigo), con el fracaso para conservar o conseguir algo que tiene valor para nosotros (como cuando nos roban), con una disminución mensurable en alguna sustancia o proceso (como cuando perdemos alguna capacidad) y con la destrucción o la ruina (como en las pérdidas que provoca la guerra).

Es evidente que la pérdida puede tener muchos significados, que van desde los acordados a partir de las definiciones generalizadas que hemos señalado, que hacen referencia a la privación, el fracaso, la disminución y la destrucción, hasta los significados más personales y difícilmente expresables asociados con pérdidas pasadas y presentes en nuestras propias vidas.

Este libro habla de esas pérdidas, de cómo reaccionamos ante ellas y de cómo podemos adaptarnos a ellas. Reconoce las múltiples formas de pérdida presentes en la vida humana, las provocadas por la muerte, la enfermedad y la discapacidad; las que provoca la destrucción del hogar, las propiedades o la carrera profesional; y las generadas por la disolución de matrimonios, amistades y otras relaciones íntimas. A pesar de las grandes diferencias existentes entre estos tipos de pérdidas, hay algunas semejanzas en la forma en que las personas que las sufren elaboran su duelo.

En este texto exploraremos los desafíos comunes que caracterizan la experiencia humana de la pérdida y los problemas especiales que plantea cada pérdida particular en función de la forma, el momento y el lugar de su ocurrencia. Aunque el dolor por la pérdida de algo que amamos y ya no tenemos es una parte natural del viaje de la vida, puede poner en tela de juicio nuestra forma de vida, haciéndonos sentir confusos e inseguros, sin saber cómo avanzar en el territorio desconocido en el que nos ha dejado la pérdida.

El principal objetivo es describir el perfil general del duelo, no sólo en términos de cómo afecta a las personas, sino también en términos de su impacto sobre las relaciones. También desarrollo algunas formas de afrontar pérdidas importantes que nos transforman para siempre, incluyendo recursos que pueden ayudarnos a encontrar un sentido más profundo a nuestras vidas, a nuestros yo y a nuestras filosofías de la vida.

Hacer una lectura más enriquecedora por eso la solución a este dilema ha sido la de intentar situar este texto en un lugar intermedio, redactándolo de un modo que espero que lo haga útil tanto para los profesionales de la ayuda como para los lectores profanos. Como tanatólogo, o persona que estudia la muerte y el acto de morir, como psicólogo que atiende a personas que se han visto afectadas por alguna pérdida y como persona que reconoce el papel de la pérdida en su propia vida, me he basado por igual en la investigación y la erudición, en la experiencia clínica y en el contacto personal con la pérdida, en un esfuerzo por entender los matices del duelo en la mente y el corazón.

Este libro es el resultado de este esfuerzo por extraer algunas pautas y herramientas prácticas para afrontar la pérdida sin negar su impacto. El autor pretende que a personas que han pasado recientemente por un duelo puedan darle una leída a este libro centrándose en aquellos capítulos, temas u orientaciones que signifiquen algo para ellos y avanzando por el resto del libro a medida que el tiempo y la concentración se lo vayan permitiendo. Para una ayuda su persona ya que en los momentos de duelo es difícil aceptar la pérdida.

De las diversas dimensiones de la experiencia humana que contribuyen a la diversidad presente en la reconstrucción de significados que se realiza tras la pérdida, la cultura quizá sea la más amplia. Sin embargo, los efectos que tiene sobre nuestro duelo suelen ser imperceptibles, al menos para quienes vivimos dentro del marco de presuposiciones que proporciona, ya que nos rodea como una atmósfera, proporcionando todo un repertorio de interpretaciones, comportamientos y roles sociales de los que no somos conscientes. Esta inclusividad también dificulta la «separación» de sus contribuciones de aquellas que aporta la espiritualidad, el género y las otras dimensiones que dirigen nuestra adaptación a la pérdida.

De hecho, la propia cultura incluye estas otras dimensiones, hasta el punto de que los aspectos relacionados con el género pueden diferir marcadamente en diferentes entornos culturales y de que en una misma cultura se puede institucionalizar diversas religiones que den interpretaciones contradictorias del sentido de la vida humana.

Además de reconocer el papel que tienen los factores étnicos y sub culturales en todos los aspectos relacionados con la muerte y el duelo, debemos reconocer también la influencia de la cultura popular, que da forma a nuestro duelo privado y a la respuesta colectiva que damos a las pérdidas públicas.

Podemos encontrar un ejemplo de este tipo de respuesta colectiva en la increíble manifestación de dolor público que tuvo lugar tras la pérdida de la princesa Diana de Gales, cuya trágica muerte en un accidente de tráfico en septiembre de 1997 despertó la conmoción, indignación y tristeza de millones de personas de todo el mundo. El funeral, las ceremonias conmemorativas, los discursos y la cobertura que dieron los medios de comunicación a estos acontecimientos también constituyen un ejemplo del poder curativo del reconocimiento público del dolor e hicieron que fuéramos más conscientes de nuestra necesidad compartida de dar sentido a una muerte sin sentido y de recordar la vida a la que puso fin.

Es un libro muy complejo ya que abarca el duelo desde perspectivas muy diferentes a través de experiencias de personas de diferentes culturas y razas sociales.

5.4 No temas continua la vida ellos siguen contigo

La muerte se lleva el futuro, nunca el pasado esta es una tesis para obtener el título en licenciadas en tanatología que como se sabe son las especialistas para abordar un duelo en clínicas oncológicas.

Todos y cada uno de nosotros somos seres únicos e irrepetibles. Cada uno de nosotros tenemos en nuestro interior un don divino que se nos ha dado desde que nacimos.

Tenemos una finalidad y un propósito, tenemos un talento o talentos únicos, que por mínima variación entre una y otra persona, nos hace únicos. Vivir es una responsabilidad y decisión personal. Llenarnos de culpa por cada cosa que realicemos, nos hace esclavos de nosotros mismos.

Es imposible vivir la vida de ese ser que partió, si ella murió y tú no has muerto, existe una razón y un por qué, no era tu tiempo y era su tiempo. Vivir su vida es imposible, dejarte morir, si se puede, es una opción que tú tomas, morirte con tus muertos, la otra opción es tomarte el tiempo necesario para poder recuperarte y continuar viviendo sin culpa, sin remordimiento, sin auto reproches, ¿por qué esa persona y tú no?, la respuesta no la sabrás, torturarte preguntándote la razón te llenará de amargura y tristeza. Debemos asegurarnos de no hacer un daño irreparable para que podamos vivir en paz con nosotros mismos.

No te dejes presionar, ni te pongas plazos para poder asumir que esa persona murió, la muerte es irreversible, simplemente llega, amarlos no es demostrarles nuestra fidelidad y nuestro amor a través de nuestra propia muerte. Vivir nuestro tiempo y nuestra vida, si es una manera de honrar su recuerdo.

Mientras sigas recordándolo esa persona seguirá viva, la segunda muerte llega con el olvido. ¿Se te olvidó encender la vela? Perdónate, es solo un olvido, no es falta de amor, ni deslealtad, ni eres una mala persona, ella sigue en ti. ¿Olvidaste mandar a hacer la misa?, perdónate, es también un olvido, reza en tu casa, en tu trabajo, en el baño, en donde puedas. ¿Tienes planes para vacacionar y eso te llena de tristeza y de culpa porque eres egoísta?, no eres egoísta, estás vivo. Sientes culpa porque tú tienes oportunidad de estar al lado de tu familia, no eres culpable de nada, tu no la mataste. Puedo agregar un etcétera muy largo a cada culpa que sientes y la respuesta seguirá siendo la misma, no era tu tiempo.

La culpa y el remordimiento está en tu imaginación, tu lealtad no la mostrarás muriendo o no disfrutando lo que tienes frente a ti, permitiéndote disfrutar del momento actual, no te hace traicionar tu amor hacia ella, ella no te quitará su amor, porque ya no está, ya murió. Subirte al tren de la vida no es dejarla atrás, es llevarla contigo, en tu recuerdo, en tu historia de vida.

No temas continuar, ellos siguen contigo porque ellos están en tu memoria. Somos lo que hemos amado, somos nuestras relaciones, somos nuestra historia, él o ella están ahí y aquí presente en tu vida, mientras vivas y mientras los recuerdes, ellos continúan a tu lado, convierte su recuerdo en tu esperanza y en tu aliento para honrar su vida con tu vida.

5.5 Para ti que has perdido un Hijo

Tras un tiempo de luchas y esperanzas. tu hijo nos ha dejado con el tiempo todo tu mundo se ha resquebrajado, tus sueños se han roto y te preguntas cómo es posible que pueda permitirse tanto dolor, cómo es posible que pueda morir un niño, cuando se pierde un hijo se pierde la vida, pierdes tu vida.

Ante esto no existe consuelo alguno. Nada de lo que dicen, nada de lo que oyes te ayuda. Solo quieres estar junto a él, sentirlo junto a ti. Su ausencia se convierte en la única presencia que deseas.

Han quedado tantas cosas sin acabar, Su vida acaba de empezar, con él se han ido los juegos compartidos, las confianzas al borde de la cama, las peleas a la hora de comer, los sueños y pesadillas, así como las ilusiones y esperanzas para un futuro.

Hay tantas cosas que deseabas compartir todavía con él. No importa cuánto tiempo haya pasado desde que no está, no importa que haya mucha gente que te quiere, que haya sido hijo único o tengas más hijos. La muerte de un niño representa la pérdida del presente, del futuro y de experiencias de las que no habéis podido disfrutar

Pero en este proceso tal vez él o ella te ha enseñado a luchar por la vida, por tu derecho a vivirla y a sentirla. Te ha demostrado el amor la importancia de luchar por lo que queremos, lo importante y necesario que eres y que continúes aquí.

Podrás encerrarte en tu dolor o seguir adelante viviendo con él. La muerte te ofrece siempre dos alternativas, Te puede conducir al borde del abismo, permaneciendo retenido en los recuerdos o puedes construir un puente que se extienda sobre ese abismo y te permita seguir adelante.

Ese abismo donde el puente es seguir adelante va implicar dolor, pero la única manera de enfrentarse con él es el sufrimiento. La única manera de superar el dolor, es pasado por él, mirándole y entendiéndole. Tu vida ya nunca volverá hacer la misma, pero la vida continua. Tu vida continúa.

El tiempo ira pasando y en ese paso es donde estará el verdadero proceso de duelo. En este caminar podrás encontrar y sentir la presencia de seres queridos que te ayudaran y te necesitaran. Sera un largo proceso de avances y retrocesos, en lo que darás pasos de siego para avanzar en un camino desconocido.

La finalidad de este libro es que pueda ayudar a padres que pasan por la muerte de un hijo a encontrar el equilibrio entre el pasado que siempre será recordado y el futuro que tiene que crear. Tu hijo siempre estará contigo.

Repasa los buenos momentos que pasaste con tu hijo habla en voz alta de él o ella es bueno, Al principio dolerá mucho, pero te acostumbras.

La tristeza te acompañará durante mucho tiempo, inicialmente no hay consuelo, No la evites no la escondas, no la ignores si lo haces, tarde o temprano aparecerá. No temas a la tristeza.

Sin duda nada ni nadie podrá evitarte el sufrimiento, pero hay formas de hacer frente al dolor, de intentar mitigarlo.

5.6 El camino de las lágrimas

El camino de las lágrimas comienza cuando nos conectamos con lo doloroso; con la pérdida de alguien, (ya sea muerte o alejamiento) o algún objeto; debido a la cultura en la que vivimos, en donde nos han enseñado a sufrir por la muerte de un ser querido, a depender de alguien para realizar ciertas actividades, a tener una muleta para seguir adelante y si no la tenemos, no podemos continuar y nos enfrentaremos a caminar por el oscuro camino de las lágrimas aunque este alejamiento o pérdida de objeto sea para mejorar o crecer, no evita la pena; el dolor que ocasiona él fue, él ya no estará, él se perdió. Bucay (2011) menciona: compensa, pero no evita, aplaca, pero no cancela, anima a seguir, pero no anula la pena y es así como inevitablemente nos sumergimos en el camino de las lágrimas; el cual tiene trazado los mapas, que si los conocemos ayudaran a llegar “más enteros” al final de camino.

Estos mapas son nuestras percepciones, la forma en que vemos al mundo, como lo enfrentamos y asumimos, sin embargo, estos mapas son nuestros mapas, no son el territorio; y es precisamente como hemos trazado nuestros mapas como enfrentaremos el dolor de la pérdida.

Este camino inicia cuando se produce la pérdida y termina cuando se supera

esta. Sin embargo, habrá que pasar por procesos (largos o cortos, de acuerdo a nuestro mapa) para llegar al final de forma satisfactoria.

En este camino interviene, obvio y necesariamente, la elaboración del duelo, que es un trabajo para enfrentarnos a la nueva realidad.

Aunque es un trabajo difícil, es un trabajo al que nos hemos enfrentado durante toda nuestra vida, en grandes o pequeñas proporciones, al crecer vamos perdiendo un sin número de cosas y personas, desde los amigos y maestros de la infancia, las escuelas, los empleos, etc.; incluso las personas y objetos que aún están con nosotros han cambiado, y por ende, hemos perdido a esa persona, que fue y que ahora conocemos, convivimos y aceptamos a la que es.

Sin embargo, en nuestra educación hemos aprendido que no podemos vivir sin el otro, pero solo en muy pocas ocasiones, o nunca, nos damos cuenta que no podemos vivir sin nosotros mismos.

Y aunque suena incongruente toda pérdida, otorga una ganancia, que es “un pasaporte para vivir mejor”, un análisis para reestructurar nuestras percepciones erróneas y poder mejorarlas; como el vivir día a día, con el compromiso visto así: día a día; aprender a desarrollar la habilidad de desear sin quedarme pegado a este deseo, en aceptar la conexión y la desconexión con las cosas.

“Elaborar un duelo es aprender a soltar lo anterior. Sin embargo, si tengo miedo de las cosas que vienen y me agarro de las cosas que hay, si me quedo centrado en las cosas que tengo porque no me animo a vivir lo que sigue, si creo que no voy a soportar el dolor que significa que esto se vaya, si voy a aferrarme a todo lo anterior. Entonces no podré conocer, ni disfrutar, ni vivir lo que sigue. Y es precisamente como al aprender a aceptar la pérdida y aceptar lo nuevo, lo que nos proporciona un crecimiento personal, lo que nos enseña a madurar, lo que nos abre un panorama para nuevas experiencias, para vivir.

Pero en este camino, existen senderos, que nos alejan del final. Uno es un supuesto atajo, otro un desvío que conduce a una vía muerta Negación.

El proceso de duelo siempre nos deja solos, impotentes, descentrados y responsables, pero sobre todo tristes. La tristeza es normal y saludable, aunque displacentera, porque significa extrañar lo perdido. Aunque puede generar una crisis, permite luego que uno vuelva a estar completo, que suceda el cambio, que la vida continúe en todo su esplendor. Cada tipo de pérdida implica experimentar algún tipo de privación y las reacciones suelen ser en varias áreas: psicológicas, físicas, sociales, emocionales, espirituales.

El duelo es el doloroso proceso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad.

Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia.

Existen algunas recomendaciones para recorrer el camino de las lágrimas y Sobrevivir a este:

- Permitiste estar de duelo.
- Abre tu corazón al dolor:
- Recorrer el camino requiere tiempo.
- Sé amable contigo.
- No tengas miedo de volverte loco.
- Aplaza algunas decisiones importantes.
- No descuides tu salud.
- Agradece las pequeñas cosas.
- Anímate a pedir ayuda.
- Procura ser paciente con los demás.
- Mucho descanso, algo de disfrute y una pizca de diversión.
- Confía en tus recursos para salir adelante.

- Acepta lo irreversible de la pérdida.
- Elaborar un duelo no es olvidar.
- Aprende a vivir de "nuevo".
- Céntrate en la vida y en los vivos.
- Define tu postura frente a la muerte.
- Vuelve a tu fe.
- Busca las puertas abiertas.
- Cuando tengas una buena parte del camino ya recorrida

Dentro del proceso de la elaboración del duelo nos enfrentamos con distintas etapas como el enojo con la persona que se fue y la culpa, por enojarnos, por no haber hecho tal cosa o dejar de hacerla, con la desolación, que es la verdadera tristeza.

Después de recorrer todo este camino, tenemos que retraernos, darnos cuenta de esta sensación, la sensación de eternidad de su ausencia. Nos damos cuenta de que las cosas no van a volver a ser como eran y no sabemos con certeza pronosticar de qué manera van a ser. Y tomo absoluta conciencia... y siento la sensación de ruina...como si algo hubiera sido arrasado dentro de mí... Así me siento... como si de mi interior sólo hubieran quedado escombros. Aunque este debe ser el proceso normal, existen como anteriormente se mencionó, atajos y otros senderos, que nos obstaculizan la superación de este camino, y es ahí cuando aparecen los duelos patológicos.

Es importante que la persona que vive un duelo tenga ayuda de personas cercanas, lo difícil es saber cómo ayudarlas, la manera más adecuada es escuchar a la persona, aunque llore, esa persona lo que necesita en esos momentos la cercanía, la compañía y el afecto. Lo que más necesita el que está de duelo, es una oreja para poder hablar, un espacio para sentirse débil y un hombro para llorar.

La psicoterapia es una herramienta muy importante e imprescindible para la superación de un duelo. Pero lo más significativo del acompañamiento es,

como su nombre lo indica, la presencia, estar cerca en los, muchas veces difíciles, momentos finales.

Metodología

La presente investigación representa un análisis documental del proceso de duelo en pacientes terminales por cáncer es puramente documental con enfoque cualitativo y de profundidad descriptiva

Diseño de Investigación

Investigación documental, descriptiva de enfoque cualitativo y de naturaleza no experimental. La evidencia de este trabajo es una investigación documental de literatura acerca de cómo la población mexicana afronta el duelo y la enfermedad del cáncer

Método de Investigación

Documental, reflexiva y propositiva

Procedimiento

Investigación profunda documental.

Se desarrolla un análisis teórico documental del Duelo en la población mexicana a consecuencia de enfermos terminales por cáncer, centrándonos en el afrontamiento antes y después de la pérdida

Se realizó una investigación centrada en padres que han perdido algún hijo y sus propias experiencias esta investigación es documental lo cual la mayoría de las experiencias han sido narradas en diversos libros.

Conclusión y Discusión

Mediante la información recabada llegamos a entender la convergencia de los tres aspectos determinados en nuestras preguntas de investigación. A decir de ellos y de manera de recordatorio tenemos: 1) cómo afrontan los padres la pérdida del infante con cáncer, 2) Cómo es la reacción de los padres ante la noticia de un infante desahuciado, 3) Es posible superar esta experiencia de pérdida, 4) Cómo es el proceso psicológico ante la muerte de un infante enfermo por cáncer, esta convergencia nos lleva a tener en cuenta que el principal objetivo de investigación se ha cubierto.

Para hablar de ellos comencemos entonces con la primera interrogante, por antonomasia se pretende que la muerte llegue en la vejez y no en la niñez pues en un adulto se puede decir que ya vivió lo que tenía que vivir, sin embargo, en el niño aún le faltaba mucho por conocer, es una situación dolorosa pues la mayor parte de los niños que mueren a causa de cáncer va en un rango de edad de los 5 a los 14 años por lo cual hablamos de niños que han convivido con ellos la mayor parte de su vida han compartido risas, juegos, travesuras, enojos y tristezas por lo que este hecho puede ocasionar en ellos una gran cesación por el mundo exterior el no saber qué hacer , existe el miedo que si tienen más hijos les pueda llegar a pasar incluso se vuelven padres sobreprotectores por miedo a perder al único hijo que aún les queda. Hablamos que es un proceso difícil pero no imposible abordando las etapas de duelo todo ser humano que atraviesa por una perdida al final llega a la aceptación unos antes otros después pero el final siempre es el mismo, por lo regular padres que pierdes algún familiar por esta enfermedad tienen un gran sentimiento de culpa .

Como segunda interrogante podemos decir que al momento de la noticia entran en un gran shock emocional pues desconocen lo que llega a pasar en un futuro , sin el seguro cubrirá todos los gastos, pues recordemos que todo el tratamiento de esta enfermedad es caro y muchas veces los nosocomios mediante su seguro no cubre todo esto hace que tengan un gran desequilibrio

físico , emocional donde atraviesan por la difícil tarea de darle a conocer a su hijo que ya no hay nada más que hacer que los medios se han agotado y ahora solo queda esperar que su cuerpo deje de funcionar, en ese momento para los padres entra la interrogante de no saber que palabras utilizar es por eso que los cuidados paliativos que existen en los hospitales de salud deben de contar con gente profesional para ayudarlos en ese proceso, como afrontar la noticia y seguir siendo el pilar más fuerte.

En la tercer interrogante si es posible superar la perdida cada persona lo hace a su manera y de acuerdo al tiempo que ellos necesitan y su propia experiencia, aquí recordemos mediante las situaciones que vivieron con la persona fallecida cada quien le da su propio significado a la muerte, vivimos en una sociedad donde desgraciadamente la cultura aun ve mal diversas cosas que nosotros consideramos estable

El proceso psicológico tras la pérdida sólo se logrará aceptar lo que sucede enfrentándose a la situación, mas no huyendo de la misma. Es así como se encuentra la verdadera paz interior, recordemos que muchos papas tratan de mantenerse ocupados la mayor parte del día esto con el objetivo de evadir sus emociones

Como psicóloga considero que la mejor corriente humanista donde se puede tratar este tipo de sucesos es la logoterapia pues trata de encontrarle sentido y significado a la vida que retomando las lecturas hay una en especial de una fundación donde muchos padre refieren haber perdido el sentido a la vida , vivir para que si ya no tienen un motivo , todo lo ven perdido sin darme cuenta que la vida en bella y ahora tienen un gran motivo por el cual echarle más ganas pues su principal objetivo de la logoterapia buscarle sentido a la vida , pues esta búsqueda se convierte en una herramienta valiosa para poner luz en situaciones de dolor. Es decir, todo aquel sufrimiento que tiene un sentido no solo es menos doloroso, sino que, además, aporta crecimiento interior.

La Logoterapia parte del valor del ser humano como un ser único e irrepetible Considere importante proponer una intervención en terapia humanista basándonos en la logoterapia, pues revisando la literatura y sus firmas

corrientes humanista no concuerdo con Maslow pues él en su teoría trata de llegar a la autorrealización mediante su pirámide de necesidades humanas pues, considera importante llevar este proceso de necesidades para una autorrealización a comparación de Roger donde su principal objetivo se ocupa de las formas en que las personas se perciben a sí mismas conscientemente en lugar de cómo el terapeuta puede interpretar sus pensamientos o ideas inconscientes lo contrario a la logoterapia esta terapia tiene que valorar positivamente el cliente como persona en todos los aspectos

Fue enriquecedor leer literatura sobre experiencias en dónde compartían sus historias ante la pérdida de un hijo , pues considerando que cada padre lleva el proceso de duelo desde su perspectiva pude comparar la teoría con la práctica pues hay papas que pasan un duelo patológico este sucede cuando al ver el cuarto , fotos , juguetes , ropa , lugar alguna fecha importante de ese hijo fallecido causa aún un inmenso dolor provocando una cesación por el mundo exterior donde siente todo está perdido y que nada ni nadie tiene sentido, lo contrario al duelo normal dónde sabes que el infante fallecido ya no sufre y aceptas la pérdida al momento de recordarlo lo hacen con amor más no con una lágrima

Es por eso que considero importante que de los hospitales oncológicos cuenten con un psicólogo el cual tenga los conocimientos necesarios para ayudar a la familia afrontar este difícil proceso el diagnóstico de etapa final, así como el apoyo necesario para el enfermo terminal.

Hoy en día se están desarrollando en hospitales oncológicos un área especial de cuidados paliativos donde los profesionales están capacitados para atender éste tipo de casos y ofrecer la ayuda necesaria tanto a los familiares como a los pacientes, es una muy buena propuesta ya que los psicólogos somos los profesionales mejor capacitados en comprender la salud mental.

Por lo tanto, se puede decir que el cáncer es una enfermedad que logra esparcirse en todo el cuerpo en cuestión de días si se logra detectar a tiempo

se puede llevar un tratamiento adecuado a su caso y hacer el periodo de vida más largo

Una recomendación importante consiste en hacer ver a los padres que su hijo está en etapa final, pero aún está vivo por lo tanto podría pasar un rato ameno, a que nos referimos con este que logre disfrutarlo sus últimos, días, meses incluso horas, para que cuando el niño fallezca no exista tanto sentimiento de culpa.

Aprender a valorar lo que tenemos, darse cuenta que nunca es tarde que él se fue, pero la vida sigue nuestra principal función como psicólogo es que las personas aprendan a canalizar su dolor.

Referencias

- Alario, S. (1996). Pena mórbida en muerte y neurosis. Valencia, Promolibro.
- Amigo, I. Fernández, C. y Garza, M. (2014). Manual de psicología de la salud. Tercera edición: Madrid, pirámide
- Arias, W. (2013). Psicología clínica y psicoterapia: Revisión epistemológica y aportes de la psicología positiva. Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social,
- Barbero .J. (2005) Sufrimiento, cuidados paliativos y responsabilidad moral. Ética en Cuidados Paliativos. Madrid. Editorial Triacastela
- Ballesllester, R. (1998). Introducción a la psicología de la salud. Valencia, Promolibro
- Bayes, R. (2005). Psicológica y Cuidados paliativos. Medicina paliativa, Valencia, Promolibro
- Bayes, R., Arranz, P. Barbero, J., & Barreto, P. (1996). Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa, medicina paliativa,
- Bayes, R., Limonero, J. (2005). Influencia de la proximidad de la muerte en los factores que pueden ayudar a morir en paz. Medicina clínica, Madrid: Paidós
- Bustamante I. M., S. Cardona, D. (2012). Mortalidad por cáncer: segunda causa de muerte del adulto mayor en Medellín, 2002-2006. Revista facultad nacional de salud pública.
- Recuperado el 18 de septiembre de 2017, de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a03.pdf>
- Bucay. J. (2011). El camino de las lágrimas
Recuperado de
<http://www.ignaciodarnaude.com/espiritualismo/Bucay,El%20Camino%20de%20las%20Lagrimas.pdf>
- Capponi. (1987). La Esquizofrenia Incipiente, España, Ed. Alhambra
- Castañedo, C. (1983) Terapia Gestalt, Enfoque centrado en el aquí y ahora. Barcelona: Herder.
- Colvin. J. Ruttand. M. (2008) El proceso creativo en la terapia Gestáltica. Barcelona: Ed. Paidós
- Calvanese, N. & Cols. (2004). Estilos de afrontamiento y adaptación al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis. Revista de nefrología latinoamericana,

- Clayton, J. (1985). Duelo. En paykel Psicopatología de los trastornos afectivos. Madrid. Editorial Pirámide.
- Davila. L.(2016). La Tanatología y el dolor . Mèxico. Editorial Arco
- Calman. M. (1980). El enfermo terminal y la muerte. España. promolibro
- Echeburúa, E. Corral, P. (1997). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático. Ansiedad y estrés, 3, Barcelona, Ariel
- Echeburúa, E. (2004). Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Frankl, V. (1946). Psicoanálisis y existencialismo: De la psicoterapia a la logoterapia. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fernández. B Montessinos. F. (2015) Para ti que has perdido un hijo
Recuperado de <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/documentos/paratiquelhasperdidounhijo.pdf>
- Fernández. M, J. Echeburúa, E. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la pena mórbida en un caso de ruptura de pareja. Análisis y modificación de conducta, Barcelona. Ariel.
- Folkman & Lazarus, (1980).. Psicología de la Personalidad. Manual de Prácticas. Barcelona: Ariel Practicum.
- Figuroa, M. & Cols. (2005). Los estilos de afrontamiento y su relación con el bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socio económico bajo. Anales de Psicología.
- Gil. R. y Cols, M. (1988). Acerca de la psicología clínica y de la salud, su delimitación conciencia y diversidad y algunas reflexiones al hilo. Madrid: Eudema
- Garza. Salazar. J. (2014). Cáncer
Recuperado de: http://eprints.uanl.mx/3465/1/el_cancer.pdf
- Guillaume, P. (1973). Psicología de la forma. Buenos Aires: Psique
- Giannini, H. (1985). Breve historia de la filosofía. Santiago de Chile: Universitaria

- Hagedoorn, M. Kuijer, R. Buunk, B. Dejong, G. Woobes, T, Sanderman, R. (2000) Satisfacción matrimonial en pacientes con cáncer: ¿apoya a los participantes íntimos beneficio de los que necesitan más?, España: Paidós
- Hernández, J., Fernández, R. & Baptista, I. (1998). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill
- INEGI. (2018), ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL... DÍA MUNDIAL CONTRA EL CÁNCER (4 DE FEBRERO)
Recuperado de http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_Nal.pdf
- Koltko, J (1990) Corrientes fundamentales en Psicoterapia. Buenos Aires: Amorrortu
- Koltko M. (2006). Rediscovering the Later Version of Maslow's Hierarchy of Needs: Self-Transcendence and Opportunities for Theory, Research, and Unification. Review of General Psychology by the American Psychological.
- kübler-ross, (1998), Elisabeth. La rueda de la vida. México. Bilbao.
- Latiegui, a. (1999). Prevención y tratamiento del duelo patológico. Valencia, Prolibro
- Lazarus, R & Folkman, S. (1984). El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez roca.
- lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez roca
- Lazarus, R. Folkman. S. (1974). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca
- Lukas. E. (2002). En la tristeza pervive el amor.
Recuperado de <http://www.saberser.com.mx/wp-content/uploads/2017/12/En-la-tristeza-pervive-el-amor.pdf>
- Maslow, A. (1965). Metas y naturaleza de la psicoterapia. En Colección biblioteca del hombre contemporáneo, Métodos psicoterapéuticos. Buenos Aires: Paidós.
- Meza. M. (2008) Diagnóstico y Manejo de Cáncer. España. Paidós
- Moreira, V. (2001). Más allá de la persona: Hacia una psicoterapia fenomenológica mundana. Santiago de Chile: Editorial Universidad de Santiago.

Morganett, R. (1995). Afrontar la aflicción y pérdida de los seres queridos. Barcelona. Martínez Roca

Neimeyer. R. (1996). Aprender de la perdida
Recuperado de:
http://www.ignaciodarnaude.com/masalla_experienciaspostmortem/Neimeyer,Aprender%20de%20la%20Perdida,el%20duelo.pdf

OMS (2008), Organización Mundial de la Salud.
Recuperado
<http://www.who.int/whr/2008/es/>

Quitmann, H. (1985). Psicología humanística: Conceptos fundamentales y trasfondo filosófico. Barcelona: Herder.

Reid-Cunningham A. (2008). Maslow's Theory of Motivation and Hierarchy of Human Needs: A Critical Analysis. PhD Qualifying Examination School of Social Welfare University of California, Berkeley

Rebolledo, Mota F. (1996). Aprender a morir. Fundamentos de tanatología médica. Edición Reg. 97217, México. 21:191.

Rogers, C. R. (1995). Libertad y creatividad en la Educación. Barcelona: Paidós.

Rogers, C. (1997). Psicoterapia centrada en el cliente. Biblioteca de psicología, psiquiatría y psicoterapia, Barcelona: Paidós.

Romero, R. Ibáñez, E. Monsalve, V. (2000). La terapia Psico oncológica adyuvante en enfermos con cáncer. Manual de psico oncolología. Madrid: Nova Sidomia

Sacipa, S. (2003). Lectura de los significados en historias del desplazamiento y de una organización comunitaria por la paz. México, Universidad de Psicología.

Semergen. (2015). Asociación Española de Médicos de Atención Primaria .
Recuperado de
<https://www.semergen.es/>

Kúbler. E. (2005). Etapas de Duelo. México. Editorial Bilbao

Sigmund, F. (1992). Obras Completas. Tomo XIV (1914-16). Duelo y Melancolía. Buenos Aires. Amorrortu editoriales S.A.

Snyder, C. (1999). Coping. The psychology of what works. New York: Oxford University Press

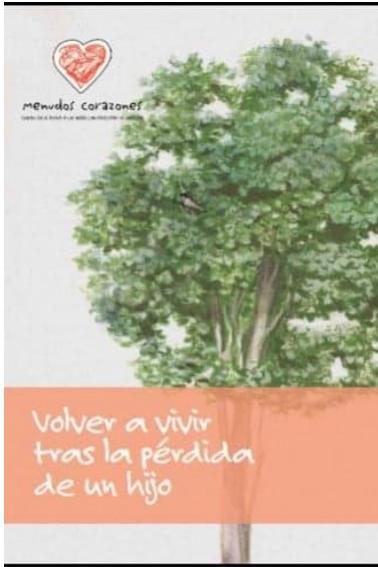
Vasconcelles, E. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta analysis. journal of clinical psychology.

Vázquez C, Ring C. (1996). Estrategias de afrontamiento ante la depresión: Un análisis de su frecuencia y utilidad mediante el Coping Inventory of Depression (CID). Psicología Conductual

Williamson, G. (2000). Extendiendo el modelo de restricción de actividad del afecto deprimido: evidencia de una muestra de pacientes con cáncer de mama. España, Paidós

Yalom, I. (1985). Psicoterapia existencial. Bogotá Colombia, Empecé.

Anexos



Notas desde y desde la tierra que se pierden cuando se pierden a un hijo.

El espacio cotidiano de la vida que se transforma cuando se pierde a un hijo. Desde la familiaridad de objetos y momentos, recuerdos, hábitos y costumbres, se va perdiendo la continuidad de la vida.

Se pierden los hábitos, se pierden los rituales, se pierden los momentos que se van perdiendo y que se pierden.

Desde el espacio de la vida que se pierde, se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden.

En este espacio, se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden.

Se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden.

Se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden.

Desde el espacio de la vida que se pierde, se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden.

Se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden.

Se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden.

Se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden.

Se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden.

Se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden.

Se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden.



El camino de las lágrimas

Desde el espacio de la vida que se pierde, se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden.

Desde el espacio de la vida que se pierde, se pierden los momentos que se pierden, se pierden los momentos que se pierden.

JORGE BUCAY

