



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

EL PERDÓN EN PACIENTES TERMINALES.

ESTUDIO DE CASO.

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Edgar Guillermo Calvillo Valencia

Asesor: Lic. Héctor Raúl Zalapa Ríos

Uruapan, Michoacán. A 28 de septiembre de 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes	1
Planteamiento del problema	7
Objetivos	8
Identificación de las variables del estudio	9
Justificación	12
Marco de referencia	13

Capítulo 1. Pacientes terminales.

1.1 Concepto pacientes terminales	14
1.2 Actitudes ante la muerte	18
1.3 El proceso de morir	28

Capítulo 2. El perdón.

2.1 Concepto de psicoespiritualidad	33
2.2 El perdón	44
2.3 La búsqueda del perdón	46

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodología	63
3.1.1 Enfoque cualitativo	65

3.1.2 Alcance descriptivo-fenomenológico	66
3.1.3 Diseño no experimental.	68
3.1.4 Estudio transversal.	69
3.1. 5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	69
3.2 Descripción estudio de caso	74
3.3 Descripción del proceso de investigación	76
3.4. Análisis e interpretación de resultados	79
3.4.1. Pacientes terminales	80
3.4.2. El Perdón	83
3.4.3. Esquematización	87
Conclusiones	93
Bibliografía	96
Mesografía	98
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, día a día es más común que de manera global se difunda una existencia orientada al paradigma del consumismo y materialismo como un estilo de vida y, en consecuencia, se va dejando en el olvido todo aquello que es intangible. Por ello, en la presente investigación se dará a conocer cómo se manifiesta la búsqueda del perdón en pacientes terminales en la ciudad de Uruapan, Michoacán, como una forma de abordar el área de la psicología profunda basada en experiencias de tipo vital, que sirva de evidencia en un estudio de orden cualitativo.

Antecedentes

Como planteamiento inicial, puede tomarse lo descrito por Rogers (2008) sobre los retos que se plantean para los psicólogos, quienes deben abordar su práctica más allá de una realidad única:

“Quizás en la próxima generación de psicólogos más jóvenes, es de esperar que libre de prohibiciones y resistencias universitarias, pueda haber unos pocos que se arriesguen a investigar la posibilidad de que exista una realidad auténtica que no está abierta a nuestros cinco sentidos; una realidad en la que el presente, el pasado y el futuro están entremezclados, en la que el espacio no es una barrera y en la que el tiempo ha desaparecido; una realidad que puede percibirse y conocerse solamente cuando somos receptivos pasivamente, en vez de cuando estamos activamente

resueltos a obtener conocimiento. Este es uno de los desafíos más apasionantes planteados a la psicología” (González; 2016: 16).

Lo anterior está relacionado con el perdón en la medida que el individuo pasa de plano pragmático a uno intangible. Cuando se habla del auténtico perdón, el investigador se adentra en un terreno profundo. Se considera una herida en el corazón, la causada por la libre actuación de otro (Burgraff; 2006). Todos los individuos sufren, de vez en cuando, injusticias, humillaciones y rechazos; algunos tienen que soportar diariamente torturas, no solamente en una cárcel, sino también en un puesto de trabajo o en la propia familia. Es cierto que nadie puede hacer tanto daño como lo que debieran amar. “El único dolor que destruye más que el hierro es la injusticia que procede de nuestros familiares,” aseveran los árabes (Burgraff; 2006: s/p).

Frente a las heridas que se puede recibir en el trato con los demás, es posible reaccionar de formas diferentes. Se puede pegar a los que han pegado, o hablar mal de los que han hablado mal. Es una pena gastar las energías en enfados, celos, rencores, o desesperación; quizá es más triste aun cuando una persona se endurece para no sufrir más. Solamente en el perdón brota nueva vida (Burgraff; 2006).

El perdón consiste en renunciar a la venganza y querer, a pesar de todo, lo mejor para el otro (Burgraff; 2006). La tradición cristiana ofrece testimonios impresionantes de esta actitud. No solamente se tiene el ejemplo famoso de San Esteban, el primer mártir, que murió rezando por los que le apedreaban. En la actualidad hay también muchos ejemplos.

Señala Burgraff (2010: 149) a forma de ejemplo que:

“En 1994 un monje trapense llamado Christian fue matado en Argelia junto a otros monjes que habían permanecido en su monasterio, pese a estar situado en una región peligrosa. Christian dejó una carta a su familia para que la leyera después de su muerte. En ella daba gracias a todos los que había conocido y señalaba: ‘En esta oración por supuesto os incluyo a vosotros, amigos de ayer y de hoy. . . Y también a ti, amigo de última hora, que no habrás sabido lo que hiciste. Sí, también por ti digo gracias y ese adiós cara a cara contigo. Que se nos conceda volvernos a ver, ladrones felices, en el paraíso, si le place a Dios nuestro Padre”’.

Por otra parte, se tiene que analizar el proceso del ciclo de vida del ser humano cuenta con cuatro etapas fundamentales que son: nacer, crecer, reproducirse y morir, pero siempre la población se ha enfocado y preocupado por las primeras tres etapas, dejando en el olvido la cuarta; a pesar de ello, ningún individuo se encuentra exento de morir.

Según Román (2006: 6) la muerte es un tema inherente a la existencia humana y, por lo tanto, “resulta importante para el trabajo del psicólogo tanto en el nivel de intervención como de prevención, conocer cómo las actitudes hacia la muerte pueden influir sobre el estilo de vida de las personas, así como en sus estados afectivos”.

Para Fonnegra (2001) la reacción actual ante la muerte es negarla, señalando incluso cómo, socialmente, el abordar el tema de la muerte en conversaciones corrientes resulta incómodo y hasta grosero.

Por su parte, Blanck y Cereijido (1989) retratan cómo la sociedad deja de participar en los protocolos funerarios y de interesarse por el moribundo, quien además es usualmente dejado por la familia al cuidado de un hospital en sus últimos días de vida.

Todo ser humano experimenta ciertas actitudes ante la muerte y desarrolla ciertas creencias cuando examina los pensamientos ante la muerte; involucrando la religión, la cultura, la educación, la familia, el nivel económico y su inteligencia emocional, sin descartar la historia de vida junto con todo el contexto que llevan al sujeto a reflexionar acerca de su vida y de lo que les pasará después de su muerte (Blanck y Cereijido; 1989).

De acuerdo con Meyer (referido por Blanck y Cereijido; 1989) la concepción de la muerte propia se desarrolla entre los cinco y los diez años de edad y solo hasta entonces se comprende como una extinción corporal permanente.

Blanck y Cereijido (1989: 89) exponen que una visión de la muerte propia e inherente a la vida hace su aparición entre los treinta y cinco a los cuarenta años de edad y citan a Jaques, quien afirmó que:

“la concepción de la muerte cambia de ser una simple idea del pensamiento abstracto, a ser un problema real. De esta forma, el adulto comienza a ver su vida en cuanto al tiempo que le queda por vivir, además de experimentar un creciente miedo a envejecer y enfermarse”.

Los ancianos, por su parte, ya no ven la muerte como ajena, sino como propia, lo que implica una mayor conciencia del hecho. Para ellos, cada referencia a la muerte implica una referencia a su propia muerte.

De acuerdo con Román (2013: 134), “las actitudes ante la muerte en la ciudad de Uruapan, Michoacán, son de esencia multidimensional puesto que, aunque puedan tender hacia a una u otra dimensión al momento de la medición con un instrumento diseñado para ello, en realidad esta actitud se encontrará determinada y podrá variar de un momento a otro, y de una situación a otra, de acuerdo con la experiencia previa, la situación de vida actual, así como las creencias que el marco social sostenga al respecto”.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, en su reporte técnico serie 804, Ginebra; 1990 define al paciente terminal como “aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con la falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes y pronóstico de vida no mayor a seis meses”.

El miedo a la muerte conlleva la búsqueda de mecanismos de defensa ante la misma, lo cual da señales de un afrontamiento emocional, cognitivo y conductual, tal como lo implica la formación de actitudes.

Dixon y Kinlaw (citados por Posada y Herazo; 2009) describen la aceptación neutral como aquella donde la muerte es vista como una parte del proceso integral de la vida, por lo tanto, no se muestra temor ante la muerte, de la misma manera que no se le da la bienvenida. Dicha fase es vista como un hecho inalterable e inevitable, el cual todo ser viviente tiene que experimentar. Se caracteriza por una posición no positiva ni negativa ante la visión de la muerte propia o la de los demás, se le considera como un suceso puramente natural.

La muerte y la proximidad de la misma generan en el enfermero un conjunto de actitudes y emociones de variada intensidad que todavía es un reto para la psicología (Posada y Herazo: 2009).

La dimensión de aceptación de acercamiento a la muerte implica una fuerte creencia de una vida feliz después de la muerte, de esta manera, es probable que se reporte en aquellos sujetos con fuertes creencias religiosas. Así, el pensamiento de una vida después del fallecimiento funciona para que las personas muestren menos miedo a la muerte (Posada y Herazo; 2009).

Una actitud de aceptación de acercamiento se evidencia, según Posada y Herazo (2009), en sujetos que se expresan con libertad sobre el tema de la muerte,

puesto que consideran que, al morir, se encontrarán con otra vida donde se reunirán con sus seres queridos y donde, además, podrán vivir sin preocupaciones, temores, dolores u obligaciones.

Teilhard de Chardin (citado por Aguilera y cols.; 2012: 17) sostiene que “la muerte es una nueva forma de existir, donde el espíritu es liberado de su soporte material, es un paso más de la evolución del hombre”. No obstante, en la esfera individual el hombre ve la muerte como un oscuro paso hacia lo desconocido, que provoca temor e incertidumbre, un paso que evitaría dar de ser posible alguna negociación, como ocurre en una de las fases del duelo normal.

Por último, Heidegger (referido por Aguilera y cols.; 2012: 16), afirma que “el Ser es la libertad hacia la muerte el hecho de estar consciente de la incapacidad de convertirse en un ser pleno provoca ansiedad. La muerte es la que libera a un paciente terminal del sufrimiento y así lo entiende aquel que está al lado del moribundo cuidándolo permanentemente. La muerte se ve como un alivio y el fin del sufrimiento”.

Planteamiento del problema

El ser humano, en su vida cotidiana, experimenta situaciones y circunstancias que lo retan a dedicar su tiempo a resolver los problemas que se le presenten, sean del hogar, del trabajo o de otro tipo; difícilmente llega una situación que lo lleve a reflexionar sobre su parte espiritual, concretamente la búsqueda del perdón. No es hasta que sucede en su persona algún contratiempo que merme su salud de manera

que su condición sea crítica o terminal, cuando comienza un proceso interior de búsqueda del perdón.

La persona que padece una enfermedad terminal toma consciencia de que en cualquier momento puede perder la vida y, al estar rodeado de personas que lo acompañaron en diferentes etapas donde pudo haber tenido dificultad para afrontar alguna situación, queda en él la necesidad despedirse y pedir perdón por todo aquello que le altere la conciencia, para así lograr encontrar su paz interior.

Siendo un tema relativamente nuevo, no se sabe el proceso que una persona con enfermedad en etapa terminal lleva a cabo para pedir el perdón; por ello, se define la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se manifiesta la búsqueda del perdón en pacientes terminales en la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Objetivos

Las diferentes tareas teóricas y metodológicas del presente trabajo, conservaron su carácter sistemático en función de los lineamientos siguientes.

Objetivo general

Describir la necesidad de la búsqueda de perdón en pacientes terminales en la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Conceptualizar el término pacientes terminales.
2. Conceptualizar teóricamente la muerte.
3. Determinar el término psicoespiritualidad.
4. Analizar el concepto del perdón.
5. Analizar el fenómeno de la búsqueda del perdón.
6. Identificar la necesidad del perdón en el paciente terminal.
7. Señalar el proceso de la búsqueda del perdón en el paciente terminal.
8. Establecer la relación entre psicoespiritualidad y la búsqueda del perdón en pacientes terminales de la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Identificación de las variables del estudio

La entrevista es una forma específica de interacción social que tiene por objeto recolectar datos para una indagación (Ander Egg; 2006).

El investigador formula preguntas a las personas capaces de aportarle datos de interés, estableciendo un diálogo donde una de las partes busca recoger informaciones, mientras que la otra es la fuente de esas informaciones.

La ventaja esencial de la entrevista reside en que son los mismos actores sociales quienes proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones, deseos,

actitudes y expectativas. Nadie mejor que la misma persona involucrada para hablar acerca de aquello que piensa y siente, de lo que ha experimentado o piensa hacer (Ander Egg; 2006).

Pero existe un importante inconveniente que limita sus alcances: cualquier persona entrevistada podrá hablar de aquello que le pregunten, pero siempre dará la imagen que tiene de las situaciones, lo que cree que son, a través de su carga subjetiva de intereses, prejuicios y estereotipos.

La propia imagen que el entrevistado tiene de sí mismo podrá ser radicalmente falsa y, en todo caso, estará siempre idealizada, distorsionada, mejorada o retocada (Ander Egg; 2006).

Este problema obliga a dejar fuera de esta técnica a problemas y temas que son mejor explorados por medio de otros procedimientos. Por otra parte, también obliga a utilizar, a veces, caminos indirectos, mediante preguntas que alcancen el objetivo elípticamente, utilizando rodeos.

Es clásico el ejemplo de que las personas nunca contestan la verdad respecto de sus ingresos personales en dinero, ya sea porque los disminuyen (ante el temor de estar frente a algún inspector de impuestos) o porque los aumentan (con fines de ostentación social o para reforzar su autoestima).

Para que una entrevista tenga éxito, es preciso prestar atención a una serie de factores: es importante que la apariencia exterior del entrevistador resulte adecuada al medio social donde habrá de formular sus preguntas (Ander Egg; 2006).

El entrevistador habrá de ser una persona de, por lo menos, una cultura media, que comprenda el valor y la importancia de cada dato recogido y la función que su trabajo desempeña en el conjunto de la investigación. Tendrá que ser mentalmente ágil, no tener prejuicios marcados frente a ninguna categoría de personas y, sobre todo, ser capaz de dejar hablar libremente a los demás, eliminando por completo todo intento de convencerlos, apresurarlos o agredirlos con sus opiniones (Ander Egg; 2006).

La entrevista habrá de realizarse a las horas más apropiadas para las personas que responden, teniendo en cuenta que su posible duración no afecte la confiabilidad de los datos.

Lo que vulgarmente se llama entrevista es una técnica que en realidad se denomina entrevista no estructurada (Murillo y cols.; 1999). Las entrevistas más estructuradas serán aquellas que predeterminen en una mayor medida las respuestas por obtener, que fijan de antemano sus elementos con más rigidez, mientras que las entrevistas informales serán las que transcurran de un modo más espontáneo y libre, sin sujetarse a ningún canon establecido (Ander Egg; 2006).

Justificación

En el contexto del perdón, es fundamental conocer la conceptualización de la psicoespiritualidad. En la formación de la psicología profesional, las exigencias laborales son cada día más profundas por todas las ideologías encarnadas en la personalidad de los sujetos, con alguna postura espiritual.

De alguna manera, insospechada a la razón, no se puede separar la espiritualidad de la experiencia humana. La espiritualidad es propia de la experiencia humana e inherente a la misma la espiritualidad puede convertirse en una poderosa fuente de fortaleza promoviendo la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad (Navas y Villegas; 2007).

Schopenhauer (1984) sostiene que la muerte es en sí misma un alivio para el hombre, el cese de todo sufrimiento humano por su misma naturaleza, pero que esta existencia individual no se extingue del todo, ya que se ve perpetuada en la humanidad.

En los pacientes terminales se puede observar la necesidad del sujeto de despedirse para ir dejando todo en calma y preparado el proceso para el inicio de su nueva etapa, la cual también está incluida en el campo laboral para el psicólogo como acompañante del proceso del sujeto y de la familia.

Marco de referencia

El lugar donde se llevó a cabo la investigación fue en el Hospital General Regional de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez”, un hospital para pacientes de todo tipo. Cuenta con diferentes áreas muy completas como consultorios, quirófano, cuartos, jardines, estacionamiento, farmacia, lavandería, cafetería y diferentes zonas de almacenamiento.

El Hospital General Regional de Uruapan, “Dr. Pedro Daniel Martínez”, está ubicado en la ciudad de Uruapan, Michoacán en donde se desarrolló la investigación acerca de los pacientes en su etapa terminal, se encuentra en la calle Camino a Tejerías s/n, Km 1. 5, Col. San Francisco, C. P. 60157, de Uruapan, Michoacán.

CAPÍTULO 1

PACIENTES TERMINALES

En este capítulo se hablará acerca del concepto del paciente en fase terminal, si es de índole biológica o terapéutica; también la sintomatología, características que presenta y algunos de los cuidados que se debe tener con el paciente en fase terminal.

1.1 Concepto pacientes terminales

En la definición de paciente con enfermedad terminal, es importante distinguir entre fase terminal biológica y fase terminal terapéutica (Sanz, citado por Barreto y Bayés; 1990). La primera se refiere al momento en que las constantes vitales de la persona (pulso, presión arterial, temperatura, respiración y consciencia) están por debajo de los límites normales y son irrecuperables por las vías terapéuticas disponibles; la segunda, al momento en que la enfermedad ha progresado hasta tal punto que los tratamientos se han agotado o son ineficaces. Según Holland (citado por Barreto y Bayés; 1990), el enfermo terminal es aquel no susceptible de tratamiento activo sino paliativo.

Es interesante señalar que la frecuencia de los síntomas no siempre coincide con el grado de preocupación que implican para el paciente (Comas y cols., citados por Barreto y Bayés; 1990) y tal como resaltan Gómez-Batiste y Roca (referidos por

Barreto y Bayés; 1990), en ellos siempre hay diferentes componentes a tratar (físicos, emocionales, sociales y espirituales).

Proponen Jones y cols. (mencionados por Barreto y Bayés; 1990) haciendo especial hincapié en la incidencia que sobre la muerte tiene el funcionamiento psicológico del individuo terminal como la fase final de un proceso frecuentemente largo, cuya expresión física se complica y a la personalidad, actitudes y modo de vida del paciente.

Smithy Stedeford (citados por Barreto y Bayés; 1990) comentan desde la óptica psicológica otros aspectos que complican el cuadro, los cuales se refieren a la privación estimular que afecta al enfermo. La hospitalización en muchos casos y la escasa posibilidad de movimiento en otros, implican una gran disminución de la interacción social, facilitando, por tanto, una mayor propensión a estados depresivos. Junto a esto, es importante también considerar los sentimientos de inutilidad e incapacidad que se producen en estas personas, en muchas ocasiones involuntariamente fomentados por los comportamientos verbales y no verbales de los familiares o personas relevantes encargadas de su cuidado.

El exceso de celo puede producir, además del mencionado aumento de la sensación de inutilidad, sentimientos de incomunicación ocasionados por la retroalimentación negativa que se ha dado en llamar “conspiración del silencio. A saber, el paciente no comunica sus preocupaciones por no molestar o ser malinterpretado y las personas que le cuidan tampoco permiten que las quejas se

manifiesten, en el intento de restar importancia a la gravedad de la situación, queriendo dar la impresión de que “no ocurre nada” o bien, con el fin no siempre consciente de huir de los propios miedos, legítimos, pero en ningún caso beneficiosos para el paciente, a afrontar la realidad aversiva de la muerte.

Por otra parte, la sensación real, de cierto grado de incertidumbre, en muchas ocasiones compartida por el equipo terapéutico, debido al gran desconocimiento existente aún en el tema, pueden acentuar los sentimientos de dependencia excesiva y la percepción de falta de control presente en gran medida en estos pacientes (Barreto y Bayés; 1990).

Si a lo que se acaba de comentar se añade la frecuencia de cuadros psicopatológicos observados con cierta frecuencia en estos individuos (angustia, depresión, crisis de llanto o estados de confusión), en muchos casos con un componente funcional importante y en la mayoría de ellos con una base orgánica indudable (metástasis cerebrales, alteraciones metabólicas o efectos secundarios de la medicación, por ejemplo), parece fuera de toda duda la necesidad de una acción psicológica eficaz, dirigida, como ya se apuntó antes, a todos los elementos implicados en situación terminal (paciente, familia o personas relevantes y profesionales de la salud).

Visto el estado de la cuestión, queda claro que el objetivo que ha de plantearse el equipo terapéutico en estos pacientes no es la curación o remisión de la enfermedad, puesto que ello es imposible, sino más bien conseguir para el enfermo la máxima

comodidad (Gómez-Batiste y Roca, 1990; Holland, 1982; Saunders; 1967, entre otros, citados por Barreto y Bayés; 1990).

Gómez-Batiste y Roca (citados por Barreto y Bayés; 1990) señalan que las características fundamentales de la situación terminal son las siguientes:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
2. Aparición de numerosos y diversos síntomas, multifactoriales, cambiantes y a menudo intensos, siendo algunos de los más frecuentes: debilidad, dolor, anorexia, ansiedad y depresión. Es interesante señalar que la frecuencia de los síntomas no siempre coincide con el grado de preocupación que implican para el paciente (Comas, mencionado por Barreto y Bayés; 1990).
3. Un gran impacto emocional sobre el enfermo, sus familiares y el equipo que lo asiste.
4. Muerte previsible en un periodo corto de tiempo. Se habla de una media de vida de 3 meses, aproximadamente.
5. Presencia explícita o no de la muerte como causa fundamental de dicho impacto.

Todos los factores mencionados implican una gran demanda de atención y soporte al enfermo, familia y equipo terapéutico, por lo cual se debe considerar el papel del psicólogo en esos momentos no solo para el paciente, sino para los seres que lo rodean.

1.2 Actitudes ante la muerte

Tan pronto como un hombre nace a la vida, está de inmediato suficientemente viejo para morir, una condición que se establece cuando la vida ha satisfecho su función de convertir lo inestructurado en estructurado Heidegger (1952, citado por Aguilera y cols.; 2012).

Desde el punto de vista estrictamente fisiológico, puede decirse que el ser vivo comienza a envejecer y, por lo tanto, a morir desde el momento de su nacimiento. La compleja organización celular experimenta durante su desarrollo embriológico la más intensa de las actividades de crecimiento y desarrollo. Al cabo de un tiempo, la renovación de las células se hace más lenta y después cesa totalmente.

La muerte de los animales superiores es un proceso gradual que se desencadena por la interrupción del funcionamiento de algunas células y desde luego, lo que se entiende por muerte natural es un proceso particularmente lento y solo aplicable a la gente anciana.

Toda muerte, cualquiera que sea la causa que se considere, es siempre una vicisitud que viene a interrumpir el curso del ciclo de vida en cualquiera de sus puntos, impidiendo su normal declinación hacia la muerte natural en la vejez.

Ningún ser humano escapa al temor a la muerte. Es sorprendente, en todo caso, que un individuo que desee vivir, encuentre doloroso morir y, no obstante, acepte su muerte como una parte integral de su vida.

Existe un temor social hacia la muerte y todo lo relacionado con ella: cadáveres, esqueletos y cementerios, por ejemplo. Es de notar que, al mismo tiempo, las películas de terror fascinan a muchas personas, probablemente porque, a la vez las ponen en contacto con la muerte, les permiten evitarla. En la vida real, en cambio, se reacciona ante la muerte como si fuera contagiosa y, de esta manera, se alejan de los viejos, porque están cerca de ella (Lama; 2009).

Lo que es más grave aún es que los propios ancianos puedan sentirse marginados al estar convencidos, ellos también, que el viejo y el moribundo son sinónimos. No cabe duda que esta analogía no solo es errónea, sino nefasta, no es posible soslayar que, al envejecer, el individuo se aproxima cada vez, más a su muerte y se lo recuerdan cada vez más, además, la desaparición de familiares, lidiar con sus propias enfermedades y la disminución de las diferentes funciones. Por ello, no es de extrañarse que los ancianos piensen con frecuencia en su muerte. Así lo demuestran estudios y la observación clínica.

Jeffers y Verwoerd (citados por Dallal y Castillo; 2002) encontraron que casi la mitad de viejos interrogados al respecto reconocieron que piensan frecuentemente en la muerte; solo 7% reconocieron que piensan con frecuencia en la muerte. Estos pensamientos son más frecuentes en los que están más viejos y enfermos.

Con respecto al significado de la muerte “al hecho de morir”, algunos, en general creyentes, lo presentan como el acceso a otra vida mejor, en tanto que otros lo plantean como el final definitivo de la vida. Otra posibilidad es darle el sentido de un reencuentro con seres queridos ya fallecidos, o bien, la separación irreparable de los que sobrevivirán. Algunos ancianos apuntan que la muerte significa enfrentarse con algo desconocido.

En el mismo estudio se encontró que solo 10% de los ancianos reconoce tener miedo a la muerte, lo que contradice la idea tan difundida de que todos los viejos temen a la muerte. En realidad, ese temor es más frecuente en los jóvenes, quienes pueden sentir además ira o rabia, que son mucho más raras en la senectud.

Retomando una frase de Butler (referido por Dallal y Castillo; 2002: 54) “si los ancianos no expresan abiertamente su miedo a la muerte, no significa que no sea esta un problema para ellos”.

Más que a la muerte, estas personas temen a una enfermedad prolongada, el encierro en una institución, el sufrimiento, la violencia y la muerte del cónyuge (Mishara y Riedel; Jeffers y Verwoerd; Brink, mencionados por Krassoievitch; 2000)

La mayoría de los ancianos preferirían morir tranquilamente, sin sufrimiento, “quedarse dormido y no despertar” como decía un paciente de 80 años. El lugar de preferencia debería ser la propia casa y la cama. Muchas veces se teme a la muerte solitaria; el mismo paciente decía “no quisiera morir solo, me puede llegar tan rápido que ni tiempo tendría para hablar por teléfono”. Para algunos pacientes ancianos sería importante, como el caso referido, despedirse de los suyos, aunque en general prefieren una muerte rápida.

En la aceptación del final cercano de la existencia parecen influir factores como el nivel educativo (cuanto más elevado, mayor aceptación), la adaptación adecuada a las crisis previas de la existencia y el entorno que rodea al anciano. Así, en un entorno muy diferente, la soledad influye negativamente, en tanto que tiene una influencia positiva la relación estrecha, sin mucha ambivalencia, con los hijos y los nietos, la cual, por otra parte, satisface en una gran medida la necesidad de trascendencia (Dallal y Castillo; 2002)

El deseo de “poner en orden sus cosas” (testamento, asuntos financieros, sociales y personales o el destino de los restos) indica habitualmente una actitud madura, de aceptación de la muerte y, sin embargo, se enfrenta casi siempre con una respuesta evasiva o de oposición por parte de los familiares.

El paciente ya referido, por ejemplo, deseaba que sus restos fueran incinerados, pero su familia insistía en que era preferible la inhumación, aduciendo que a él no le

importaba porque ya estaría muerto, en tanto que ellos sufrirían al saber que se estaba quemando.

En lo que se refiere al papel de las creencias religiosas en la aceptación de la muerte, la opinión es diferente de acuerdo con el tipo de religión. Algunos autores como Mishara y Riedel informan que la religión no tiene ningún efecto sobre los sentimientos provocados por la muerte, en tanto que Feifelha encontrado que los ancianos que practican la religión manifiestan más temor a la muerte (citados por Dallal y Castillo; 2002).

Rojas Bustillos (citado por Krassoievitch; 2000: 176), ha encontrado que los ancianos genuinamente religiosos, no importa la denominación a que pertenezcan, evolucionan para alcanzar una aceptación final sin amargura ni angustia. A lo que añade este autor “las personas que son poco religiosas con frecuencia experimentan culpa y remordimiento”

Los ancianos creyentes que son católicos encuentran en la religión el apoyo necesario para la aceptación de la cercanía de la muerte. Esto es más evidente en las mujeres y es expresado con frases como: “le pido a, Dios diariamente que me perdone y estar allí con él, eso es lo que deseo”; o bien, “sea lo que nuestro Señor mande”.

También suelen utilizarse los mecanismos de defensa con la finalidad de tener una adaptabilidad o afrontar una conducta desadaptativa. A continuación, se mencionarán algunos que han sido descritos en la situación específica de la

confrontación con la muerte, se ha insistido en la en la frecuente utilización de la negación.

Otras defensas no tienen como finalidad la exclusión de la conciencia de la amenaza representada por la cercanía de la muerte, sino el alejamiento de la fuente de ansiedad. Aquí se incluye la regresión y el retraimiento (o retiro). En este último caso, el anciano se aísla y así se pone a salvo de los recordatorios que se le aproxima la muerte. El aislamiento se puede manifestar mediante preocupaciones hipocondriacas, las cuales, en muchas ocasiones, son al mismo tiempo solicitudes de atención y apoyo.

La muerte como todo acto humano acontece en un determinado contexto sociocultural que le otorga formas y contenidos específicos, los cuales a su vez van cambiando a lo largo de la historia de la humanidad.

En la sociedad occidental contemporánea, se observa una actitud ambigua hacia la muerte. Esto se debe a tres tipos de factores: En primer lugar, la muerte esta profusamente presente en los medios masivos de comunicación que transmiten en las noticias de guerra, accidentes, catástrofes, y crímenes; el cine y la televisión presentan, además, películas e historias en las que abundan las muertes violentas.

En segundo término, la muerte de los individuos ocurre en general en los hospitales, donde es ocultada, ya que la mitología moderna asigna al médico el papel de salvador de vidas y nunca de acompañante de los moribundos; y al hospital, el de

un lugar donde los enfermos se curan y no donde pueden morir. El tercer factor reside en el desvanecimiento, más o menos importante, de acuerdo con la religión o ideología imperante, de los ritos utilizados durante las ceremonias fúnebres.

La conjunción de estos factores da por resultado que la muerte como imagen o noticia esté muy presente, pero mediatizada, alejada y anónima; al mismo tiempo, la confrontación con la muerte como fenómeno natural y como vivencia personal es evitada y aun negada, porque es un tabú social.

En el nivel individual, el concepto de muerte depende de la estructura u orientación de la personalidad. Para las personas narcisistas, la vejez y la muerte son situaciones que producen graves sentimientos de impotencia. En ellas, la advertencia de la muerte produce reacciones de humillación y de rabia.

Cuando los mecanismos defensivos no logran mantener la negación de la muerte, ante la advertencia de esta suele aparecer una depresión severa con un alto riesgo de suicidio.

Con frecuencia, el suicidio es un intento de recuperar el poder perdido: el narcisista decide el momento y las circunstancias de su muerte.

En la personalidad obsesivo-compulsiva, la muerte se asocia con culpa y pérdida de control sobre la agresividad. La propia muerte es concebida como un

castigo y las preocupaciones giran en torno a los pecados o errores cometidos en el pasado (Buigues y cols.; 2006)

El obsesivo-compulsivo siente, además, que puede ser culpado de la muerte del objeto y sus rumiaciones se refieren entonces a la forma con la que podría haber contribuido a la misma.

Para las personas con una personalidad histérica, la muerte consiste en algo feo y desagradable, ya que les impedirá disfrutar de la atención y de la admiración de los demás.

Tienden a negar la muerte los sujetos infantiles y dependientes y continúan su búsqueda ansiosa para relacionarse con objetos poderosos.

Muchos individuos que tienen una personalidad masoquista parecen considerar la muerte como una bendición. Suelen enorgullecerse de la admiración de otros hacia su capacidad para tolerar el sufrimiento.

La muerte física, desde un punto de vista legal, ya no está evidenciada por el cese de los latidos cardiacos, de la respiración y de los reflejos pupilares. En la actualidad se considera muerto a un individuo cuando desaparecen las ondas cerebrales en su registro electroencefaloeléctrico, aun en presencia de otras funciones (Mishara y Riedel; 2000).

En el caso de los sobrevivientes de grandes catástrofes, como los bombardeos de Hiroshima y Nagasaki, y de los cataclismos, como las erupciones volcánicas y los terremotos, experimentan una muerte psicológica. En ellos, la repercusión de la muerte de otros ha sido tal que los ha impregnado y ha pasado a formar parte de su identidad.

Toynbee y cols. (1971) enlistan varias actitudes por medio de las cuales el hombre intenta reconciliarse con la muerte como hecho innegable a la vida humana.

Estas actitudes son:

- Hedonista: goce y satisfacción de cuanto desean la vida como forma de aceptación y preparación para la muerte, con la finalidad de aprovechar al máximo el tiempo vital antes de que la llegada de la muerte se los impida.
- Pesimista: se presenta cuando las personas concluyen que la realidad es que la vida está llena de desgracias, razón por la cual la muerte no les resulta un mal, sino una forma de descanso eterno ante tanta miseria.
- Intentos de derrotar la muerte por medio de contramedidas físicas: se refiere a la búsqueda por prolongar la vida, ya sea por medio de cuidados médicos o de medios “mágicos”; se traduce también en el miedo actual a envejecer.
- Intentos de vencer a la muerte por medio de la fama: corresponde a la búsqueda de transcendencia en la historia de la humanidad por parte del hombre por cualquier medio que le confiera el reconocimiento de los otros, a fin de ser recordado por generaciones.

- Creencia en la inmortalidad del alma: la anulación de la cualidad permanente de la muerte por medio de la vida eterna del alma humana, aun cuando el cuerpo que la contenía sea destruido.
- La creencia en la resurrección del cuerpo humano: relacionada con la actitud anterior, puesto que, si el alma humana es eterna, reencarnará en un nuevo cuerpo.
- La esperanza del cielo y el miedo al infierno: se refiere a la creencia personal de la vida del alma después de la muerte, en un lugar asignado de acuerdo con su comportamiento en vida. Al respecto, Toynbee y cols. (1971) mencionan que esa respuesta ante la muerte es la que mayor influencia tiene sobre el comportamiento.

Blanck y Cerejido (1989) retratan levemente la postura ante la muerte del mexicano prehispánico, el cual, debido principalmente a sus creencias religiosas, no temía a la muerte, sino al hecho de vivir. La muerte traía consigo la existencia cercana a los dioses, es decir, que, para los mexicanos antiguos, la muerte era el inicio de la verdadera trascendencia.

El autor Paz (2006) reverencia a la muerte, la festeja, pero esta actitud de veneración implica tanto temor ante ella como para cualquier hombre de otra parte del mundo; incluso la intrascendencia que el mexicano percibe en la muerte, proviene de la falta de significado que encuentra para la vida.

1.3 El proceso de morir

Cuando una persona está en proceso de morir, sus temores incluyen los diversos significados que la muerte ha adquirido para ella en el curso de su vida. Los elementos infantiles del temor a la muerte son reactivados por la regresión provocada por la enfermedad y por los cuidados que se requiere en esa situación. De los conflictos infantiles destacan los temores vinculados con la separación y el abandono, así como aquellos concernientes al castigo que se puede recibir por la propia hostilidad (Tovar; 2011).

Cuando los temores infantiles no predominan, el moribundo se encuentra más libre de aceptar la realidad de su muerte, en lugar de luchar con los temores arcaicos. Cuando un individuo ha enriquecido su vida con las circunstancias y las personas que ha amado y con lo que ha podido darle de sí mismo; cuando ha sido capaz de establecer un compromiso con otras personas, su trabajo o una causa se sienten sostenido por la seguridad de que algo significativo continuará después de su muerte.

Si, por el contrario, ha fracasado en todo ello, el final de su propia existencia significa la destrucción de todo lo que encierra importancia para él y lo invade la desesperanza (Tovar; 2011).

La enfermedad, vista como fenómeno que se intercala en el curso de la vida sin terminar con ella, bien puede ser contemplada como un proceso adaptativo ala descarga del instinto de muerte. De ahí la común observación de que el potencial de

vida es frecuentemente mayor después de una enfermedad que antes de ella, lo mismo que la creatividad y la capacidad reparadora.

La enfermedad sirve a la finalidad de la vida, ya que el proceso más genérico de regresión que lleva implícito, conduce finalmente a la progresión que afirma la vida. La ley inherente de esta postulación se refiere a lo psíquico, al biológico y al carácter evolutivo de ser humano, y es aplicable igualmente a los procesos grupales y sociales donde la enfermedad, expresada como desorganización, caos y confusión, constituye un episodio crítico y de apariencia catastrófica, pero con la inherente posibilidad de síntesis y progreso.

El fenómeno revolucionario es un suceso en el que la organización completa puede ser destruida por un proceso que, aunque disociativo, también significa regeneración y rejuvenecimiento. La enfermedad también suele destruir el organismo, aunque su función original pudo haber sido darle un mayor impulso a la vida (Pozada y Herazo; 2009).

El diagnóstico de cáncer es una de las vicisitudes del morir que puede enfrentar el ser humano en algún punto de su ciclo vital, con excepcional mayor frecuencia durante su segunda mitad y que en un alto porcentaje excluye, hasta el momento, la posibilidad de reorganización tisular, estructural y funcional. De esta manera, la enfermedad cancerosa viene significando un predominio irreversible del instinto de muerte sobre la organización vital.

Parece que la movilización de los mecanismos tisulares que conducen a la enfermedad cancerosa puede activarse por estímulos de orden psíquico. Tal es el sentido de las conclusiones a las que llegan numerosos investigadores por la serie de estudios que exhiben la coincidencia en pacientes cancerosos de la pérdida del objeto o de su vínculo, previamente a la aparición de la sintomatología cancerosa.

Otros investigadores consideran que, si bien el conflicto psíquico no es totalmente eficiente para desarrollar un cáncer, sí lo es en cambio para disminuir la resistencia orgánica y para influir en el crecimiento del tumor, facilitando además que las células neoplásicas circulantes se trasformen en metástasis (Bayés; 1998).

La regresión implícita al proceso de morir es adecuada y adaptativa cuando la enfermedad terminal ha avanzado, a tal grado que la autonomía del paciente prácticamente ha desaparecido y acepta los cuidados y la atención necesarios. No lo es si los pacientes exigen mayor atención que la que requieren, desaprovechando así lo que resta de su autonomía.

Algunos pacientes, a lo largo de la vida, han sobrevaluado su independencia, por formación reactiva a una marcada inclinación a la dependencia, hacen esfuerzos desesperados por mantenerse independientes, aun en condiciones físicas muy precarias. Aparte de la regresión, el paciente moribundo utiliza otros mecanismos de defensa, como lo había hecho anteriormente en situaciones de peligro. Uno de ellos, la negación, destaca de la constelación defensiva a la que se recurre durante una enfermedad terminal.

Este mecanismo tiene como finalidad evitar la percepción de peligros externos. Un paciente moribundo que utiliza la negación parece haber aceptado la verdad acerca de la enfermedad. Sin duda que la última de las experiencias que ponen a prueba la capacidad de integración del yo y que culmina su maduración, es aquella donde se anuncia la inmediatez o inevitabilidad del fin de tiempo individual: la muerte; una vez más, se movilizarán todas aquellas ansiedades que emergen ante la amenaza a la integridad del yo, predominado intensamente ante ellas, la solución más eficaz lograda hasta ese momento en el curso progresivo de los estadios críticos del yo, así se arriba a la muerte, o bien, aceptando la realidad en un acto de madurez y de última integridad, bajo el efecto de algún eficaz mecanismo defensivo capaz de neutralizar la ansiedad, o tras una dolorosa e ineficaz lucha contra agudas ansiedades persecutorias (Boff; 1975).

La vinculación con el objeto, desde los estadios más tempranos de la evolución del yo, contemplada desde la perspectiva que proporciona el par evolutivo, significado por las posiciones esquizoparanoide y depresiva; al reiterarse permanentemente con diferentes matices indicados por el predominio de una u otra posición, señalan la ruta evolutiva y madurativa del yo, y facilitan una visión múltiple del devenir fenomenológico que constituye la pauta del desarrollo, de la percepción del tiempo y del paso de la vida en el ser humano.

Como se puede apreciar, el estudio de las circunstancias que rodean a los pacientes terminales constituye un área que resulta necesario atender. En este

sentido, existen muchas tareas que pueden ser abordadas por el psicólogo, con el fin de contribuir al bienestar de este tipo de personas.

CAPÍTULO 2

EL PERDÓN

En este capítulo se mencionará la importancia del perdón en el ser humano y la psicología, ya que el perdón es fundamental para mantener la paz interior y la estabilidad emocional y social.

En la vida cotidiana, uno puede ser ofendido u ofensor sin hacerlo a propósito y la otra persona puede sentirse en un estado emocional negativo hacia la primera o hacia sí misma, hasta que esta emoción se concientiza y llega a un momento en el que la ofensa es olvidada y perdona, restaurando el rol social.

2.1 Concepto de psicoespiritualidad

El teólogo y filósofo Leonardo Boff (1975: 65) explica lo siguiente: “El anhelo fundamental del ser humano no reside solamente en saber de Dios por oír hablar de Él, sino en querer experimentar esta realidad”. La espiritualidad es propia de la experiencia humana e inherente a la misma; al punto que una de las mayores exigencias de la postmodernidad es precisamente la búsqueda de una experiencia trascendental que sirva de evidencia a esta realidad.

De alguna manera, insospechada a la razón, no se puede separar la espiritualidad de la experiencia humana. Se debe agregar el dato que no son pocas

las personas que buscan esta experiencia, tampoco son pocas las personas que sufren una decepción con los caminos espirituales propuestos por las religiones.

Esto último ha generado la búsqueda de experiencias espirituales alternativas a las clásicas circunscritas a las grandes religiones. Dejando claro que la espiritualidad no es religión. Entonces, se abre la incógnita de cómo definir espiritualidad.

Por mucho tiempo, el abordaje tradicional de la psicología fue dar tratamiento a la mente, al cuerpo y a la estructura emocional por separado. Sin embargo, como resultado de un proceso evolutivo, la psicología plantea un nuevo paradigma en el que se concibe al ser humano como algo más que un cuerpo con mente y emociones. Incluso, algo más que un cuerpo con alma; algo más que una existencia transitoria, algo más que el rol que el humano desempeña, que una máscara, que un yo social (Hay; 1997).

En los últimos años, la espiritualidad se ha convertido en algo muy importante en la vida de los seres humanos. Son cada vez más las personas que están incorporando y trabajando la dimensión espiritual en sus vidas cotidianas. Investigaciones y encuestas realizadas al final de la década de 1990 en los Estados Unidos de América indican que el 94% de las personas creen en Dios, que 9 de cada 10 personas oran, que el 97% cree que las oraciones son contestadas, y que 2 de cada 5 personas (40%) reportan haber tenido experiencias espirituales que les han cambiado su vida (citado por Steere; 1997).

Otros estudios en la década de los 1990 encontraron que el 95% de los norteamericanos cree en Dios, que el 85% cree que la oración personal tiene poderes curativos, que el 62% pertenece a una organización religiosa y que el 60% cree que la religión es una parte muy importante en sus vidas (citados por González; 2016).

En el 2008, la asociación *Pew Forum* realizó un estudio mayor que reveló que el 92% de los encuestados creen en Dios o una fuerza superior, que el 50% ora por lo menos una vez al día, y que casi el 80% cree que ocurren los milagros (Pew Forum on Religion & Public Life, citado por Steere; 1997).

Claramente, la búsqueda espiritual, tanto dentro como fuera de la religión, se ha intensificado significativamente en los últimos veinte años algunos autores clásicos como James, Jung, Allport, Fromm y, recientemente, autores como Sperry, Aten & Leach, Aten, McMinn & Worthington, Plante, Schlosser & Safran, Shafranske & Sperry, Miller, Richards & Bergin, han destacado en términos favorables y significativos la influencia positiva que la espiritualidad tiene en el ajuste psicológico de las personas (citado por Navas y Villegas; 2007).

Además, estos mismos autores han señalado la importancia de que los profesionales de la conducta desarrollen conocimientos, herramientas, estrategias, técnicas, destrezas y competencias que les facilite el explorar, desarrollar y trabajar la dimensión espiritual de sus clientes.

En la actualidad, asociaciones profesionales de reconocimiento internacional tienen divisiones completas dedicadas a este particular, como por ejemplo la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) y la Asociación Americana de Consejería (ACA, por sus siglas en inglés) (citado por González; 2016).

La APA desarrolló la Sociedad de Psicología de la Religión y la Espiritualidad (División 36) la cual se encarga de promover la investigación e integración de la espiritualidad en el trabajo clínico. A su vez, la ACA cuenta con la Asociación de Valores Espirituales, Éticos y Religiosos en la Consejería (ASERVIC, por sus siglas en inglés) la cual se dedica a promover el respeto por los valores espirituales y la incorporación de la espiritualidad en la práctica de la consejería profesional (citado por Navas y Villegas; 2007).

Esto es indicativo de la concienciación en varios sectores académicos y profesionales sobre la necesidad de considerar la espiritualidad como una parte fundamental e integral del tratamiento de los individuos en la psicoterapia y la consejería. Actualmente, se evidencia un interés por parte de las ciencias de la conducta por investigar las implicaciones que tiene la espiritualidad en la salud, en particular, en la salud mental (Koenig, citado por Rodríguez; 2011).

La cantidad de publicaciones relacionadas a la espiritualidad y sus implicaciones clínicas en las revistas profesionales tanto de psicología, consejería como de trabajo social clínico, se ha cuadruplicado desde la década de los 60. Según Mills, las citas que incluyen las palabras clave *religión y espiritualidad o espiritualidad*

y *salud* en los centros de datos de Psychinfo o en Medline se quintuplicaron desde el 1994 al 2001 (Navas y Villegas; 2007).

En países como Colombia, Brasil, Chile, Estados Unidos y en Puerto Rico, el tema ha generado una abundante literatura empírica que da sustento a la importancia de la dimensión espiritual en la vida de las personas (Ledesma y cols.; 2014).

La espiritualidad está relacionada con la búsqueda de trascendencia, con la esperanza, propósito y sentido de la vida o con los aspectos inmateriales de la existencia, como el tener relaciones armoniosas o conexión con uno mismo, con otros, con la naturaleza, con Dios o con una realidad superior.

Según Ross (citado por Knight; 1999), la espiritualidad se define con base a tres aspectos primordiales: 1) Significado y propósito, 2) la voluntad de vivir, y 3) la fe en uno, en los demás o en Dios.

Para Víctor Frankl, lo espiritual sería todo lo que hay de humano en el hombre y la dimensión esencial en la que acontece su existencia (citado por Rodríguez; 2011).

Para otros, la espiritualidad es una experiencia esencialmente personal y subjetiva, que incluye tanto elementos de la religión, como de lo mágico y lo secular o no sagrado; para lograr la armonización con uno mismo, con los demás, con la naturaleza y el cosmos, desde posiciones amplias y abiertas que respetan la

autonomía individual y permiten un vasto sincretismo filosófico y teológico (Lenoir, citado por Rodríguez; 2011).

También se ha definido como un “conjunto de sentimientos que conectan al individuo consigo mismo, con la comunidad, la naturaleza o el propósito de vida en la búsqueda de su significado y valor, incluyendo un estado de paz y armonía” (Knight; 1999: 50).

Indudablemente, el autor que más ha influenciado en las definiciones de espiritualidad en las investigaciones científicas ha sido Víctor Frankl y su visión existencialista del ser humano trascendental. Ser influenciado por la espiritualidad es, en cierto sentido, inevitable, ya que todos los individuos son influenciados por los valores, creencias, estados de ánimo, decisiones, motivaciones, propósitos, sentido de vida y sentimientos, entre otros elementos.

Los psicoterapeutas intentan dar a las personas herramientas necesarias para poder funcionar y mejorar su vida, por lo que la espiritualidad puede ser parte de este proceso y tener un lugar privilegiado en la psicoterapia (Mueller, Plevak y Rummans, citado por Rodríguez; 2011).

Está reportado cómo se puede tener un profundo efecto en los niveles de ansiedad y de depresión comparando la velocidad de recuperación de una y otra usando técnicas relacionadas con las creencias de los pacientes (Irwin y cols., citados por Knight; 1999).

De esta manera, la espiritualidad puede convertirse en una poderosa fuente de fortaleza, promoviendo la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad (Navas y Villegas; 2007).

Estos cambios han influenciado tanto la cultura como la práctica de la psicoterapia, la consejería y el trabajo social clínico. En este contexto, los profesionales de la conducta han sido retados a enfrentar las inquietudes espirituales que se presentan diariamente en sus clientes.

Frases como: “el Señor me dijo”, “tuve una revelación”, “quiero hacer la voluntad de Dios”, “he pecado”, entre muchas otras, son cada vez más frecuentes en intervenciones clínicas. Esto obliga a plantear responsablemente la posibilidad de incorporar la espiritualidad en los procesos de exploración inicial, avalúos, intervenciones, tratamientos, adiestramientos e investigaciones dentro de las prácticas profesionales (Navas y Villegas; 2007).

La fe es la conexión personal directa a la sabiduría Universal, recordando al individuo que sabe más de lo que ha oído, leído o estudiado, que solamente tiene que mirar, escuchar, y confiar en el amor y la sabiduría del Espíritu Universal que opera a través de todos los seres humanos. La fe le pide al alma que vaya más lejos de lo que puede ver (Knight; 1999).

La espiritualidad, traspasando los límites de lo temporal e histórico, proyecta a la persona a la trascendencia y puede encontrarse en un ser superior llamado Dios, en valores o en creencias.

El hecho de que todas las religiones tienen como finalidad dar un significado a la situación del ser humano en el mundo, a su relación con el entorno y con los demás seres humanos, se traduce en aquello que da sentido a la vida (Novel; 2005).

La espiritualidad hace pensar en una enseñanza institucional, pero no es lo único de esta, sino la búsqueda del sentido de quienes la conforman. Por ello, el desarrollo y el cuidado de la espiritualidad es, sobre todo, una necesidad de la persona en tanto que, por ella, su vida puede lograr, mediante el sentido, la realización de su para qué.

La relación entre vida, dolor y muerte con la espiritualidad, responde a la misma realidad humana. Es una manifestación del propio misterio del ser humano. La atención espiritual le permite a la persona que está por morir, encontrar solución a sus principales necesidades espirituales, que son: la búsqueda de la verdad, la esperanza, del sentido de vida y de muerte. El aspecto práctico más importante de la dimensión espiritual es dar sentido a los actos de la persona y abarca tanto los pequeños hechos cotidianos como los ciclos mayores, tales como el planteamiento del resto de vida que queda por delante u otros intemporales, como puede ser la necesidad de reconciliarse con Dios o la culminación del proyecto de entrega al fin libremente elegido (González; 2016).

Es en este momento en el que al acompañamiento se le llamará espiritual y adquiere su real importancia. Se trata de eso, de estar al lado de y con quien se sufre, con certeza de que es algo más que el simple dolor que, vivido desde una espiritualidad profundamente humana, integradora y plenificante, se reviste de otro significado totalmente distinto al de la resignación y la muerte. La espiritualidad renace con la esperanza, allí donde la muerte está a punto de hacerse evidente.

El acompañamiento espiritual se basa en generar un espacio para que la persona pueda volcar todas sus inquietudes que habitualmente tiene y que no expresa a nadie. Además, en ese espacio se intenta resolver los denominados “asuntos pendientes”. Nadie puede morir en paz si no tiene resueltos algunos problemas terrenales.

Este espacio también está destinado a intentar reparar los vínculos afectivos que por diversos motivos pueden estar desquebrajados (Terrasa, citado por González; 2016). Además de permitirle expresarse y obtener reconocimiento, ayuda y comprensión para sus necesidades espirituales. También le permite a la persona que está a punto de morir, encontrar solución a otras preocupaciones, como lo que pasará con su familia o con su cuerpo una vez fallecido, que pasará con sus pertenencias más apreciada, entre otros asuntos.

En lo que concierne a la inteligencia espiritual (Coeficiente Espiritual), la base de este nuevo tipo de inteligencia se apoya en los estudios científicos desde hace

varias décadas en el cerebro humano, sobre todo sobre la conciencia, y que fue respaldada por destacados psicólogos, psiquiatras, neurocientíficos, neurolingüistas y técnicos en magnetoencefalograma.

En función de estos estudios científicos sobre la conciencia humana, hay en los seres humanos otro tipo de inteligencia desconocida por la sociedad actual, que es científicamente verificable, por medio de la cual no se captan masas de información, de datos, ideas o emociones, sino que se perciben contextos mayores y más amplios sobre la propia existencia, totalidades de significativas, verdades trascendentales y que hacen sentir al individuo su vinculación intrínseca al todo (Gardner; 2016).

Es de tipo inteligencia, de conocimiento, se deriva básicamente a raíz de una experiencia personal de carácter místico: trascendencia de las barreras espacio-temporales, visión de otras realidades y dimensiones supra físicas, interacción con la Divinidad o con la Luz, conocimiento de la verdadera naturaleza de las circunstancias, comunión mística y fusión con la integridad del cosmos, con la nada o con el vacío supra cósmico, sentimiento de unicidad y conexión con todas las situaciones, sentimiento de inmortalidad y eternidad, así como el sentimiento de que todas las almas están interrelacionadas y entrelazadas entre sí.

La base empírica y objetiva de este tipo de inteligencia reside en la biología de las neuronas. Se ha demostrado de manera científica que la experiencia mística unificadora se origina en oscilaciones neuronales a 40 hertzios, muy especialmente

localizada en los lóbulos temporales del cerebro. Al estudio de esta zona del cerebro se le cataloga por muchos neurobiólogos como el “módulo de Dios”.

El estudio de esa área del cerebro, los lóbulos temporales y su probable relación con las experiencias místicas dio pie a la implantación por la comunidad científica y médica de una nueva disciplina, denominada neuroteología.

Las maneras de enfrentar situaciones de dolor y muerte están en estrecha relación con la forma de concebir al propio ser humano, y los tipos posibles de la relación de este con su ser superior. El desarrollo de la personalidad, por tanto, debe pasar por la consideración del sufrimiento como natural a la vida humana. Al respecto, el creador de la logoterapia indico: “la vida humana no cesa nunca, bajo ninguna circunstancia, ese inabarcable sentido de vida también incluye sentimiento de agonía, sufrimiento, las privaciones y la muerte” (Frankl, citado por Gardner; 2016: 32).

Sin embargo, no puede limitarse a una concepción meramente biológica, en cuanto tiende a la integración de todas sus dimensiones. Ni siquiera puede quedarse en el plano psicológico, sino complementar las expectativas humanas que surgen de una fe sincera.

En este sentido, la fe es una de las primeras consideraciones a tener en cuenta cuando se habla de espiritualidad y acompañamiento a personas que esperan la muerte. Obviamente, toda comprensión posible de la fe remite a otra, a la comprensión de la existencia de Dios o un ser superior.

La fe no es solo un sentido o un estado de vida, sino más bien una actitud personal de sincera adhesión a la palabra de Dios (Blanck y Cereijido; 1989).

Aun así, se debe señalar que la publicación de textos académicos sobre este tema en español es sumamente escasa y urge que los terapeutas hispanoparlantes desarrollen literatura profesional culturalmente sensible a las necesidades de los clientes.

2.2 El perdón

“El perdón es un esfuerzo por restaurar el amor y la confianza en las resoluciones.” (Gordon y Bancom, citados por Levinstein; 2009: 55).

En otro sentido, perdonar es abstenerse de juzgar, al aceptar y observar, el ser humano podrá vivir conforme a la verdad (Hargrave y Sells, citados en Meyer; 2010).

De igual manera, “el perdón implica una compleja interacción entre el que perdona y el que es perdonado, involucrando el logro de una visión más balanceada de la relación una disminución de los sentimientos negativos hacia el otro y un menor deseo de castigarlo.” (Makinen y Johnson, citados por Levinstein; 2009: 26).

Enseguida se muestran otras definiciones del perdón, con el fin de tener una visión más completa (autores referidos por Meyer; 2010: 11).

- “El perdón involucra reparar heridas emocionales, restaurar la confianza y reconstruir el vínculo. (Strelan y Covic; 2006).
- El perdón es un proceso de neutralización de un agresor y es producto de la percepción de una herida interpersonal. (Valdez; 2001).
- Si perdonamos a alguien nos estamos haciendo un favor a nosotros mismos, al perdonar, curamos nuestra herida. (Sosa; 1999).
- Perdonar es sobre todo desterrar el odio de tu corazón, perdonar te compromete, por lo pronto, a disponerte a un definitivo cese al fuego, a un alto total a cualquier hostilidad contra quien o quienes te lastimaron, y a hacer todo lo que este a tu alcance para que tu experiencia no sea fuente de amargura, sino de amor para ti y para los demás. (Dieikson de Carvalho; 2002)”.

Chauvett (citado por Levinstein; 2009) expresa que la falta de perdón nos consume y nos vuelve inmensamente infelices. Esta autora expresa que perdonar significa soltar; la persona que no quiere o no puede hacerlo, difícilmente logra vivir el momento presente, porque se aferra al pasado, con lo que logra también bloquear el futuro.

Cuando se cavila de forma inútil en lo que sucedió tiempo atrás, los días pasan sin felicidad porque el sujeto no está pendiente de su presente. Entonces, lo que se

necesita es reconocer la herida, limpiar el universo emotivo descubriendo el sentido y causa de la contusión, para después continuar.

Delumeau (citado por Montourquette; 1998: 29) afirma: “El perdón es liberación, emancipación y recreación. Nos renueva, devuelve la energía y la libertad a quienes estaban oprimidos por el peso de su culpabilidad. Perdonar es un gesto de confianza hacia un ser humano”.

La piedad es el principal motivo del perdón, “perdona al más débil que tú por piedad hacia él; y al más fuerte que tú por piedad hacia ti” (Chauvett, citado por Levinstein; 2009: 85)

2.3 La búsqueda del perdón

Para Duquoc (1999, citado por Univergia; 2016: 3): “El perdón es una invitación a la imaginación.” La definición es extraña, pero en efecto, la imaginación representa un papel esencial en el proceso del perdón. El mismo autor expresa: “El perdón no es el olvido del pasado, sino la posibilidad de un futuro distinto del impuesto por el pasado o por la memoria”. Pará emprender la vía del perdón, es importante soñar con un mundo mejor donde reine la justicia y la compasión.”

Smedes (referido por Montourquette; 1998: 32) señala: “La curación interior, la liberación espiritual y emocional y la transformación del corazón están íntimamente ligadas al perdón. No hay cabida para la felicidad en un corazón duro, frío e incapaz

de perdonar las ofensas. Seguramente, que todos alguna vez se han sentido lastimados, traicionados o decepcionados, con alguien; causando estos sentimientos, heridas abiertas y sin sanar, las cuales con el tiempo siguen doliendo, lastimando, supurando, creciendo, y en algunos casos, esas heridas llegan a arruinar la vida de la persona, al ser somatizadas en los diferentes órganos del cuerpo, trayendo esto: enfermedades psicológicas, físicas o espirituales, las cuales se curarán hasta que no se alcance el perdón, y se deshaga de esa carga pesada, que impide vivir en paz”.

En este camino, todas las experiencias enriquecen y hacen mejores seres humanos, que el que lastima, es maestro para los demás, ya que enseña a crecer, a ser humildes y a ser mejores personas, y que el perdón es liberador del alma; sobre todo, que, si el sujeto perdona, habrá convertido ese obstáculo aparentemente insalvable, en un escalón que me permitirá crecer, en comprensión y en tolerancia hacia los demás.

El perdón sobreviene cuando existe una conjugación de lo humano al poner en juego la voluntad; y la parte espiritual del ser humano a través de la fe y la gratitud que se tenga en Dios, en el campo espiritual. Cuando estas fuerzas espirituales se entrelazan con las humanas, se inicia el verdadero proceso de perdonar.

El plano espiritual, permite que el trabajo psicológico se haga presente; Smedes (referido por Montourquette; 1998: 39) afirma que “el perdón posee un sentimiento, un color y un clima particular, diferente de cualquier otro acto creativo en

el repertorio de las relaciones humanas.” El perdón plantea un auténtico desafío: el de mantener la tensión entre lo psicológico y lo espiritual, lo humano y lo divino.

Cuando el corazón se encuentra en estado de paz, libre y entregado a la voluntad de Dios, se puede experimentar ese proceso; cuando no se guarda rencor dentro de uno mismo, cuando no se aferra a la irritación por el comportamiento de otras personas, cuando no haya frustración por situaciones que están fuera del control personal, cuando se es capaz de perdonarse a uno mismo, así como a los demás y reconocer el gran amor que yace dentro del corazón, es entonces cuando sobreviene la alquimia del perdón (Smedes, referido por Montourquette; 1998: 41).

Chauvett (citado por Levinstein; 2009: 23) afirma: “para que se realice el perdón se necesitan movilizar todas las facultades: la sensibilidad, el corazón, la inteligencia, el juicio, la imaginación, la fe.” El perdón, lejos de ser un acto instantáneo, se sitúa en un tiempo y se escalona en un periodo más o menos largo, ya que implica un antes, un durante y un después; su camino es tanto humano como espiritual, con la necesidad de conseguir una realización del ser, a través de la sanación y del crecimiento humano.

SwamiChidvilasananda (citado por Univergia; 2016: 87) afirma que “si se desea recibir el perdón e incluso perdonar, se invita a que la luz de Dios fluya a través de la esencia de la persona que solicita el milagro y es en ese momento que se siente absolutamente la libertad, se puede beber la ambrosía del corazón y vivir desde ese espacio de energía plena, apreciando la dulzura y la amabilidad que nos rodea.”

La habilidad de ofrecer un perdón completo no viene rápidamente ni de manera fácil; es una virtud que se cultiva durante mucho tiempo. Cuando se ofrece un perdón no se está excluyendo del arrepentimiento en el corazón de la otra persona; el arrepentimiento debe ser una contemplación muy profunda de la propia alma, en donde solo hay un binomio: Dios y uno mismo. En esa cámara profunda del alma, está lo puro, lo sagrado, lo espiritual y la esencia de ser. Los médicos, psicólogos y terapeutas han descubierto que el perdón es un importante factor para conservar la salud física, psicológica y la paz espiritual (Meyer; 2010).

El perdón sigue las leyes del desarrollo humano y se adapta a las fases de la maduración de la persona, ya que es el resultado de un proceso que moviliza todas las facultades del individuo y sigue una trayectoria dividida en varias etapas en donde no hay recetas para perdonar.

Los elementos que facilitan el perdón, son:

1. El reconocer que perdonar no es algo fácil.
2. Se necesita trabajo espiritual, tiempo y paciencia.
3. Reconocer que el primer beneficiado es uno mismo.
4. Quererse a uno mismo y reconocer que con el perdón, sobreviene la liberación de todos los elementos adversos que perjudican la salud.
5. Reconocer “la naturaleza de ser humano” con sus fallas, imperfecciones y debilidades.

6. Desechar el complejo de Dios en la propia persona, queriendo ser perfecta, sin errores, infalible y sin debilidades.
7. Confiar en la propia humildad para que, en caso de no poder superar el dolor, se acuda a personas capacitadas que ayuden a sanar esa herida y, de esa manera, sobrevenga la paz a través del perdón.
8. Reconocer que todo lo que sucede en la vida siempre es para aprender y que esas experiencias conducirán inevitablemente a ser mejores personas.
9. Confiar en Dios, como único ser que ayudará y apoyará con su gracia divina, a cruzar las etapas del perdón y de esa manera curar las heridas.
10. Hay varias maneras de pedir perdón, puede ser de manera verbal, escrita (carta, poema, canción) o a través de la música. Solo cuando se conceptualiza al perdón, se puede realmente perdonar a alguien, y para ello se necesita reconocer que se hizo un daño y que, con toda conciencia, no se llevará el registro de los agravios y se desprenderá uno de la amargura, para que no se envenene la vida por lo que hizo alguien, eligiendo de esta manera la libertad, la salud, la paz y la esperanza que se añora.

El perdón realmente empieza con la decisión bien pensada que invade la mente, y que se refleja en una actitud que sale del fondo del alma y del corazón. Cuando el perdón se convierte en un estilo de vida, entonces se hace un hábito y la vida se hace más ligera, menos atormentada.

Meyer (2010: 31) expresa que “generalmente el perdón lo entendemos como nos lo han enseñado, por ejemplo: El perdón no es una aprobación que se acepta voluntariamente, si se desea que no nos vuelvan a lastimar entonces no lo apruebe.”

Perdonar no es olvidar. Al respecto, Miller (citado por Meyer; 2010: 78) afirma que “tratar de olvidar es otra forma de negar” y piensa que, si hubo un agravio muy grande, es necesario recordarlo para que no vuelva a ocurrir, por ejemplo: una violación, un robo o un maltrato.

Perdonar no es justificar: hay que reconocer los hechos, pero no dejar que estos justifiquen los actos de alguien. Perdonar no es una obligación, es una decisión que sale de lo más profundo del ser, después de haber trabajado con el dolor. Perdonar no es rendirse, ya que se tiene el derecho de rechazar más dolor, agravios y abusos; si uno se rinde, acepta las excusas para que haya más de lo mismo.

Perdonar no es reivindicarse o reconciliarse, ya que primero se perdona y luego viene la reconciliación, en ella se necesitan dos personas para que se lleve a cabo exitosamente. El perdón, en cambio, es un acto personal; no es volver a aceptar, si se tuvo la convicción de perdonar, no se tiene la obligación de volver a aceptar las injurias de la persona ofensora; no hay que reincidir, perdonar es usar el corazón y la cabeza.

Perdonar no es confiar. Meyer (2010: 36) explica que “perdonar demuestra amor, fortaleza y amabilidad. Significa que usted, honestamente, ha hecho las paces con la persona y lo que ella le hizo, pero perdonar no significa que confíe en la persona

como lo hacía antes, pues hacerlo sería muy ingenuo de su parte. La confianza que es destruida debe volver a construirse, tabique por tabique; con el tiempo el individuo podrá recuperar nuestra confianza, pero primero debe ganársela”.

El perdón, poco tiene que ver con la confianza. Perdonar no es ajustar cuentas, es decir no es: “ojo por ojo, diente por diente”, ya que todos tienen distintas escalas de valores, el perdón siempre comienza con una decisión interna. Ajustar cuentas es el sueño imposible de aquellos que no perdonan.

El perdón es una actitud, comienza con una decisión que invade la mente y el corazón; puede ser un camino, a veces corto y a veces largo, todo depende de la vivencia y la expresión de los sentimientos, especialmente cuando ha habido una gran herida. Lo cuestionable está en las acciones y las conductas adversas, las cuales son reacciones involuntarias que no piden permiso para aparecer, pero ayudan a que la persona se conozca, es decir, a conocer lo que hay verdaderamente en su interior.

Para perdonar, es necesario aceptar y vivir temporalmente con el coraje, la rabia, el enfado, el dolor, el enojo y el resentimiento. Estos sentimientos requieren dejarse ir, ya que es en ese momento cuando tomarán otro nivel de importancia mucho más bajo, hasta que al fin se vayan desvaneciendo. El dolor no es un sentimiento del que se deba huir, más bien es el maestro del cual se tiene mucho que aprender, dejando salir aquello que lastimó a la persona y no pudo salir en el tiempo pasado.

Tovar (2011: 53) plantea, al respecto, las siguientes cuestiones: “¿Qué nos sucede al darnos cuenta de que para algunas personas ya no somos importantes, ya no existimos? ¿Qué sentimos, que pensamos o que nos sucede cuando nos damos cuenta de que somos ignorados intencionalmente, o que ya no somos importantes para alguien con quien si nos interesa conservar una comunicación? Y que quizá esa actitud fue provocada por nuestras ofensas, las cuales causaron mucho dolor. La única persona que requiere de tu perdón, eres tú mismo, ya que eres el creador de tu realidad, en todas sus manifestaciones y sabrás que el perdón ha estado en ti, desde siempre, porque ha diseñado tu vida conforme tú la has decidido, el perdón cura, libera también en las dos vías, al que lastimó y al lastimado”.

Tovar (2011: 118) señala que “para lograr el perdón, es importante tener presente que como seres humanos somos perfectibles y susceptibles de cometer errores, y que aun cuando consideramos tener el control de la situación, siempre podrán presentarse elementos imprevistos capaces de modificar el resultado esperado”. Cuando el que lastima comete un error, y se arrepiente, promete no volver a cometerlo, entonces llega el aprendizaje y se podría decir que se cursó un año en la universidad de la vida, en donde se aprendió a perdonar, crecer y trascender.

Cuando se pretende abandonar un hábito, es muy difícil lograrlo, lo mismo sucede con el hábito de tener pensamientos negativos, de vivir los dolores del ayer, un infierno de soledad, de los recuerdos y en un estado de resentimiento permanente; no importa si sucedió hace 20 años o hace una hora, el resentimiento no discrimina el tiempo, se nutre del pasado a donde va a llenarse de venganza, odio o dolor.

El perdón deriva de la forma de pensar en el momento presente, cuando se perdona se afirma: “El pasado ya es pasado”. Si este ha sido doloroso y no se ha perdonado; el presente será igualmente triste.

El camino para ser feliz es perdonar en el momento presente, viviendo todos los maravillosos regalos que Dios ha creado para el ser humano, como pueden ser: el amanecer, el rocío, una mañana con neblina, el crepúsculo, las puestas del sol, los colores de las flores y sus aromas, su gran variedad y sus caprichosas formas, la inmensidad del mar o la naturaleza (Tovar; 2011: 125).

Es necesario que las personas puedan ser felices con lo que les está dando el presente y no esperar a serlo cuando se cumplan otros anhelos. Porque la vida es tan incierta que lo único que es seguro es el momento presente; el pasado ya ocurrió, el futuro no se sabe si llegará. Se aconsejan diversas técnicas para desenterrar viejos sentimientos y emociones adversas, como la meditación, la oración, la visualización guiada, el masaje, la terapia bioenergética y la técnica del *focusing*, entre otras (Tovar; 2011).

Los sentimientos propios del resentimiento, como la rabia, que es una reacción emocional, temporal e intensa ante una amenaza real o ficticia, o el rencor, el cual puede encubrir otros sentimientos como la impotencia, la inseguridad, la desilusión, el miedo, no pueden vivir el hoy, tienen que estarse nutriendo del ayer, viajar al pasado, para nutrirse de los hechos dolorosos y darle vida a la ofensa o a la agresión.

Todos estos hechos proponen la alternativa de evaluar si vale la pena seguir cargando con un infierno de sentimientos y resentimientos o liberarse de ellos y alcanzar el perdón.

La bendición del perdón está en su propia esencia, ya que el curso de milagros sostiene que “toda enfermedad proviene de un estado de no perdonar, cada vez que nos enfermamos debemos buscar a nuestro alrededor para saber a quién necesitamos perdonar, tú puedes sanar tu vida” (Hay; 1997: 24). No es necesario saber cómo perdonar, lo único que se requiere hacer es estar dispuesto a perdonar, este autor afirma que el universo se encargará de hacerlo.

La base del perdón, es el amor a uno mismo, la autoaprobación, perdonarse a sí mismo y a los demás libera al individuo del pasado; estos conceptos son determinantes para que se realicen los cambios positivos en las diferentes esferas de la vida; el ser comprensivo y amable consigo mismo ayuda al sujeto a lograr el cambio.

El amor siempre es la respuesta para la curación de cualquier tipo y el camino hacia el amor es el perdón. La respuesta para dejar de resentir se da en el hecho de que el resentimiento no puede vivir en el hoy, es como la oscuridad, ante la más pequeña luz, desaparece; por ello, lo primero que se debe hacer es vivir el hoy, como los “solo por hoy”, procurar ser feliz, fijarse en todo lo que se tiene y lo poco que falta para ser felices. “Vive solo tu hoy, que el ayer sea tu fuente de aprendizaje, ya nunca

más tu tortura, tu infierno, la causa de tu dolor y soledad (...) al vivir tu hoy, te pones cara a cara con la vida y te pones frente a Dios” (Levinstein; 2009: 55).

De acuerdo con Levinstein (2009: 78), para que llegue el perdón, “es necesario tener pensamientos positivos, los cuales se transformarán en amor genuino, en aprender a vivir el amor de la vida, que fluye en nosotros, aprender a amarnos a nosotros mismos y a nuestros semejantes y amar intensamente a Dios; cuando se empieza a vivir en el amor, lo primero que se siente es una infinita paz, porque el amor es serenidad. Al sentir el amor, se dejan atrás las culpas, es entender a los demás y verlos, más que con los ojos físicos, con los ojos del corazón; con los ojos de Dios”.

A continuación, se presenta un ejercicio de Levinstein (2009: 81) para poder perdonar:

“Para poder perdonar genuinamente te pido que traigas a tu mente por un momento a la persona que más daño te ha causado...

¿Ya estas sintiendo todas las emociones encontradas?

- Ya estas sintiendo el calor en el cuerpo.

¿Sientes como fluye en tu columna vertebral una energía, ya no tan desconocida para ti, de odio, de resentimiento, de coraje, de frustración e impotencia?

- Bien, ya lo tienes frente a ti.

Pero ahora te pido que veas en él, más que el daño, la agresión; a una persona inconsciente. Que trates de ver a tu niño interior fracturado, preso en un cuerpo de

adulto; trata de ver sus circunstancias, sus recursos, su desamor, y que te preguntes honestamente qué hubieras hecho en su lugar.

Si a estas alturas contestas que no hubieras llegado a tanto, es que seguramente sigues pensando como tú y no como él. Trata de verlo más que como tu enemigo, tu agresor, como una persona más enferma y más ciega que tú. Y si eres honesto ante la misma pregunta de ¿qué hubieras hecho tú en su lugar? Contestarás, sin duda: seguramente lo mismo y tal vez, peor”.

La mente humana tiene sentimientos, emociones y pensamientos, los cuales son impulsos de energía e información, ellos pueden causar enfermedades o salud, caos o armonía, paraíso o infierno, angustia o paz.

Levinstein (2009: 85) expresa que “las emociones son los estados más primitivos del mundo afectivo y no contienen ningún componente racional; es cuando quieres llorar o gritar y no sabes ni por qué. (...) Los sentimientos, en cambio, llevan un componente racional, que es cuando afirmas para ti mismo o a los demás: estoy triste, estoy enojado, contento, etc. incluso con un poco de esfuerzo y honestidad puedes identificar porque te encuentras en tal o cual estado afectivo. (...) Los pensamientos pueden ser imágenes o representaciones mentales, o simplemente palabras, lenguaje silencioso interno con el que dialogas contigo mismo, con lo que te rodea y con Dios, como tú puedas concebirlo”.

La calidad de la vida afectiva, de las emociones o sentimientos, es lo que determina la calidad de los pensamientos propios, y es a través de estos pensamientos que día con día se construye la propia realidad y el entorno material.

Es en la vida afectiva, en donde se instala el resentimiento y donde el perdón tiene su impacto transformador y trascendente, en donde las emociones y los pensamientos positivos o negativos repercuten en la salud o la enfermedad.

Son los pensamientos, el alimento del estado mental, y de ahí el reflejo de la realidad material, ellos están en relación proporcional a la calidad de los sentimientos y emociones. A mayores sentimientos y emociones positivas, mayores pensamientos positivos y un mayor estado mental. La ira, la soberbia, el resentimiento, odio, la venganza, la cólera, dificultan el camino del perdón.

Las emociones son definidas por el Oxford English Dictionary (2002: 63) como “cualquier agitación y trastorno de la mente, el sentimiento, la pasión; cualquier estado mental vehemente o excitado”.

Levinstein (2009: 99) afirma que traer el pasado al día de hoy, implica “furia, ultraje, resentimiento, cólera, exasperación, indignación, aflicción, animosidad, irritabilidad, hostilidad, y en extremo violencia y odio patológico, los recuerdos se agigantan hasta tomar dimensiones descomunales y logran mantenernos presos de nuestros propios temores, angustias, resentimientos y culpas, atormentados por el ayer y angustiados por el mañana”.

Esta fuerza mantiene a los sujetos “encadenados a una fuerza destructiva que jala y arrastra, impulsándonos una y otra vez a cometer los mismos errores, a dañar a

quien más amamos y al mismo tiempo, a autodañarnos. Cuando alguien nos lastima surge en nosotros el deseo de venganza, deseando que el otro pague lo que nos hizo, pero ese gozo es pasajero y deja una profunda cruda moral” (Levinstein; 2009: 100). La venganza es el impulso instintivo que se experimenta después de una ofensa inmerecida.

La venganza dura muy poco, ya que alivia por unos instantes el resentimiento interior pero no lo sofoca. Se sabe que la venganza conduce a una larga cadena de resentimiento, violencia y de más sed de venganza, es avanzar por un camino minado y sin salida.

Es una manera de venganza hacerse el mártir y el que sufre en silencio por culpa de otro, y es tan negativo como el que guarda algo para recordar lo que hizo y lo usa para apenar al agresor; en fin, cada vez que el individuo genera situaciones que harán al otro sentirse incómodo y no le permitirán olvidar que lo ha ofendido: como ya no hablarle, recordarle a cada momento lo que te hizo, dejarlo que se las arregle como pueda, cuando necesita de ayuda; mostrarle las evidencias de su error, llevan todas esas conductas a tomar actitudes de venganza (Levinstein; 2009).

La cólera, entendida en el sentido de movimiento anímico violento y agresivo de ira y enojo, no es en absoluto perjudicial; al contrario, produce un saludable instinto de supervivencia física, psicológica y moral, su efecto perjudicial o beneficioso depende del uso que de ella se haga.

La cólera reprimida puede desplazarse y atacar a seres inocentes, ya sea objetos, animales o personas, provocando arranques incontrolables de violencia, el individuo que no es consciente de su propia cólera está predispuesto a transferirla a los demás, en los momentos en los que se siente amenazado. Puede también adoptar otros disfraces, como la culpa, la crítica rabiosa, el cinismo frío, la hostilidad acusadora o el enfado.

La cólera entra en la categoría de los “sentimientos rebuscados” que tienen como característica ser inextinguibles y repetitivos, se adhieren a la afectividad del individuo sin que este logre encontrar un modo de expresión adecuado; el único modo de salir de este problema emocional es conectar con la cólera reprimida y encontrarle un modo de expresión apropiado. La otra característica, es la de los sentimientos auténticos los cuales se eliminan por si solos apenas se expresan (Levinstein; 2009).

La cólera no reconocida, puede ser causa de varias enfermedades psicológicas, como consecuencia del gran gasto de energía y de estrés nocivo que produce, el cual origina una diversidad de males físicos y mentales, ya que la represión sistemática de los impulsos coléricos provoca tales estados patológicos y neuróticos que impiden encontrar el camino del perdón.

El resentimiento es un sentimiento contenido y hostil de la persona, que se cree maltratada cuando, herida, se niega a abandonar este sentimiento. Se piensa que, si acepta transformar su rencor y su odio, se traicionará a sí misma. Cree que conservar

vivo el resentimiento salvaguardará su dignidad y evitará exponerse a otras humillaciones, por parte de su o de sus ofensores (Levinstein; 2009).

El resentimiento, como su nombre lo indica, es volver a sentir, y volver a sentir, es traer el pasado al día de hoy. El resentimiento no puede vivir el hoy, no puede comulgar con Dios, tiene que estarse nutriendo del ayer, necesita permanentemente viajar al pasado para buscar los hechos dolorosos, para distorsionarlos con la mente, para darle vida a la ofensa, a la agresión, para supurar dolor y angustia.

“El resentimiento contamina nuestro hoy, y nos hace esclavos de nuestro ayer, nos atemoriza por el mañana, que aún no llega, es como querernos meter a un teleférico, cuando el teleférico aún no ha llegado a la base, solo hay que imaginar lo que sucedería” (Levinstein; 2009: 105).

Una persona resentida vive sola, nunca tendrá crecimiento espiritual ni evolución, se queda atorada en los recuerdos dolorosos del ayer. Solo viviendo el hoy, el resentimiento pierde su poder sobre las propias vidas; mientras las personas están sufriendo los efectos del resentimiento, el sujeto que lo provocó lo ignora y vive tan plácidamente y feliz su vida, que bien valdría cambiar ese paradigma equivocado, para dejar de mal vivir la vida, ya que estas conductas conducen a un deterioro emocional propio y a ciclos de venganza estéril.

En ese sentido, “el resentimiento te lleva a la destrucción de ti mismo, de los seres que amas y lleva tu vida a vivir un purgatorio de infinita soledad.” (Levinstein; 2009: 108).

Como se observa, el abordaje del perdón es amplio por parte de los autores y estudiosos del tema. A partir de esto, se puede concluir que un enfoque adecuado para fomentar el perdón, es posible, mientras se contextualice en una metodología adecuada. El siguiente capítulo muestra esta información referente a los enfermos terminales.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el capítulo presente, se mostrará cómo se fue desarrollando el proceso de la metodología que se utilizó para la elaboración del estudio, junto con las estrategias y técnicas de recolección de datos, acompañados con el análisis e interpretación de los resultados obtenidos de estas mismas pruebas.

Además de esto, se presentará de una manera muy detallada la información de cada uno de los pasos de investigación, para poder dar una mejor perspectiva de los datos.

3.1 Descripción metodología

En este subtítulo se explica el proceso metodológico que respalda la investigación. Según Hernández y cols. (2010), la investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos, que requieren de un enfoque para que, de forma metódica y empírica, se genere un mejor conocimiento.

Clark-Carter (2002) expone que la investigación, de forma general dentro de la ciencia psicológica, tiene principalmente uno de cuatro objetivos, que a la vez pueden ser considerados como etapas, ya que cada uno de ellos conduce a otro, estos son: describir, comprender, predecir y controlar.

Arias (1987) menciona que los métodos de investigación son inflexibles, esto imposibilita la modificación de los resultados por parte del investigador u otras personas a su conveniencia, ya que resultan de un proceso sistematizado.

Álvarez-Gayou (2004), por su parte, afirma que, para desarrollar una investigación, se deberá primero seleccionar una pregunta que genere inquietud en el investigador.

La finalidad de un estudio es describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos. Para la realización de esta investigación se implementó el enfoque cualitativo.

De acuerdo Hernández y cols. (2008), tanto el enfoque cualitativo como el cuantitativo, con sus ventajas y desventajas ante diversas cuestiones dentro de una investigación, son igualmente útiles y contrariamente a lo que muchos autores opinan, ninguno de ellos resulta ser superior al otro sino, que se trata de diferentes acercamientos de estudio para un fenómeno determinado.

De acuerdo con Cozby (citado por Hernández y cols.; 2010), la presente investigación puede ser considerada como básica, puesto que se caracteriza por partir de un marco teórico y mantenerlo como punto de referencia documental; su finalidad radica en incrementar los conocimientos científicos.

3.1.1 Enfoque cualitativo

Esta investigación es de enfoque cualitativo, ya que, en función de su finalidad, fue la mejor opción para la recolección de datos. Albert (2007) afirma que el enfoque cualitativo es la recolección de datos que tiene como objetivo obtener información de sujetos, comunidades, contextos o situaciones.

Para Hernández y cols. (2010) el estudio con un enfoque cualitativo utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación. Este estudio se guía por áreas o temas significativos de investigación, ya que da claridad sobre las preguntas de investigación, recolección y análisis de datos.

Los datos cualitativos son considerados mera información previa en las fases preparatorias de la investigación. Utilizan técnicas y métodos cualitativos como entrevistas, grupos de enfoque o test proyectivos, para identificar variables, definir problemas, construir ítems para los instrumentos o ponerlos a prueba, bajo el nombre de investigación exploratoria; pero una vez que se inicia la investigación concluyente, todos los análisis son estadísticos (Latiesa, citado por Hernández y cols.; 2008).

En el presente estudio, se tuvo contacto con el paciente terminal para observar cómo se lleva a cabo el proceso de la búsqueda del perdón en dichos sujetos y cómo es dicho proceso para que la persona busque el perdón.

3.1.2 Alcance descriptivo-fenomenológico

En un estudio descriptivo se determina una serie de cuestiones que componen el fenómeno a investigar y se mide cada una de ellas, recolectando información detallada al respecto, para así lograr una descripción de lo que se investiga (Hernández y cols.; 2008).

Comentan Hernández y cols. (2010) que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, ya que únicamente se pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren.

Esta investigación tiene un diseño descriptivo, ya que se explican las características y condiciones del proceso de la búsqueda del perdón en pacientes terminales en un estudio de caso.

Como explican Hernández y cols. (2008), se busca describir el fenómeno de estudio de forma detallada, es decir, especificando cómo sucede en cuanto a las situaciones, procesos y personas o grupos que lo conforman.

El método fenomenológico es una llave que abre las puertas al campo de estudio de las experiencias vividas que, en tanto tales, solo el sujeto que las

experimenta puede conocer. “La fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad” (Tesch, citado por Ascary y Peña; 2007: 49).

Desde la perspectiva de las técnicas específicas, se utiliza el rastreo de raíces etimológicas, la búsqueda de frases idiosincráticas o modismos, la obtención de descripciones experienciales –vivenciales- de una persona entrevistada, la observación y reflexión sobre textos literarios y fenomenológicos (Morse, referido por Albert; 2007).

Metodológicamente, la mirada puede enfocar la atención sobre los cuatro existenciales básicos que reconoce la tradición fenomenológica: el espacio vivido –espacialidad-, el cuerpo vivido -corporeidad-, el tiempo vivido –temporalidad- y las relaciones humanas vividas –relacionabilidad o comunalidad- (Van Mannen; 1990, citado por Albert; 2007). El interés gira, entonces, alrededor de la búsqueda de acceso a la comprensión de ese conjunto de existenciales básicos.

Los ámbitos hospitalarios han sido un campo privilegiado para la aplicación del método fenomenológico, según el supuesto de que la tarea de médicos y enfermeras debería estar siempre muy cercana a las experiencias de los pacientes. También la psicología y el psicoanálisis han recurrido a la fenomenología para hacer descripciones minuciosas de las experiencias de sufrimientos y dolor psíquico.

El método fenomenológico “abre al investigador el campo de las invariantes de un determinado tipo de experiencia” (Dukes, citado por Albert; 2004).

3.1.3 Diseño no experimental.

El tipo de estudio que se llevó a cabo fue de tipo no experimental, ya que no se pretende hacer modificaciones en el contexto, sino indagar y analizar el fenómeno en su proceso natural.

Según Hernández y cols. (2010), las características de este tipo de investigación son:

1. Se observan los fenómenos de investigación tal como aparecen en su contexto natural, para posteriormente analizarlos.
2. Se lleva a cabo sin manipular las variables del estudio.
3. No se tiene control directo sobre las variables independientes ni puede influir en ellas, debido a que estas y sus efectos ya se encuentran presentes en el contexto.
4. No se crean situaciones, sino se observan las ya existentes.

Según Ascary y Peña (2007), resulta imposible manipular las variables, puesto que, por su misma naturaleza, no se tiene control sobre ellas ni se le puede influir de manera directa, ya que para el momento en que se realiza el estudio las variables ya sucedieron, así como sus efectos.

Mientras que Albert (2007) asevera que la investigación no experimental es la búsqueda empírica y sistemática, en la que el científico no posee control directo de las

variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que son inherentemente no manipulables.

3.1.4 Estudio transversal.

Hernández y cols. (2010) describen el diseño de investigación transversal como aquel que recolecta datos en un solo momento y en un tiempo único, ya que su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

La recolección de datos de esta investigación se realizó desde septiembre de 2016 hasta abril de 2017, con un paciente en estado terminal, de religión católica; en función de ello y del estado delicado de vida del paciente, no se podrían observar los cambios a través del tiempo, se considera que es un estudio de tipo transversal.

Este diseño transversal, también conocido como transeccional, fue aplicado a la investigación para que en un determinado tiempo se pudiera dar a conocer el proceso de la búsqueda del perdón en pacientes terminales, ya que es muy inestable su presencia por el diagnóstico señalado.

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

En este apartado se darán a conocer el procedimiento y las técnicas que se llevaron a cabo para la recolección de datos indispensables para la investigación,

iniciando por la observación, la cual se complementó con un diario de campo y la entrevista como instrumentos de recolección, ya que se necesita preguntar al paciente acerca de su estado y sus pensamientos. Asevera Albert (2007) que una de las formas más importantes de ir analizando y recogiendo la información en la investigación con un enfoque cualitativo, es la observación y es importante que el observador tenga o desarrolle una eficaz memoria para recordar signos tanto verbales como no verbales, así como palabras específicas que está diciendo la persona.

El diario de campo, según Albert (2007), es una herramienta importante en los procesos de investigación observacional, en cuanto que ayuda desde un punto de vista personal, los procesos que se están desarrollando en los contextos que se estudian.

La entrevista se entiende como un acto de comunicación oral que se establece entre dos o más personas (el entrevistador y el entrevistado o los entrevistados) con el fin de obtener una información o una opinión, o bien, para conocer la personalidad de alguien. Según Albert (2007), la entrevista es como una conversación que tiene una finalidad, está organizada por la formulación y las respuestas a una serie de preguntas y su resultado es el conjunto de los que los entrevistados y entrevistadores representan.

Por su parte, Andrés y Díaz (citados en Hernández y cols.; 2010) definen a la entrevista como una conversación de carácter verbal entre dos o más personas, en este caso el entrevistado y entrevistador, cuya finalidad es lo que le confiere el nombre de entrevista.

El objetivo es recolectar información de los temas de interés y cubrir los aspectos importantes para la investigación, de una manera que permita a los participantes usar sus propios conceptos y términos. La entrevista debe ser flexible, abierta, dinámica, no directiva, no estructurada y no organizada.

Se aplicó una entrevista semiestructurada al paciente para recolectar datos de naturaleza cualitativa, para así profundizar en aquellos datos de importancia para la investigación obtenidos por medio de la indagación y de la observación en el paciente.

Según Bleger (2002, citado por Ascary y Peña; 2007), la entrevista es una técnica de suma importancia dentro del campo de la psicología, ya que no solo se amplía y comprueba este conocimiento, sino que además se aplica. El psicólogo deja de ser únicamente un profesional para convertirse además en un investigador, mediante la entrevista psicológica se logra una interacción ininterrumpida entre la ciencia teórica y la práctica diaria.

El tipo de entrevista utilizado en la presente investigación fue de tipo enfocada, que, de acuerdo con Andrés y Díaz (citados en Hernández y cols.; 2010), tiene un foco de interés predeterminado para el investigador. Se busca profundizar en la opinión del entrevistado acerca del tema, así que se orienta a conversación únicamente hacia este, de la misma manera se selecciona al entrevistado, pues se sabe que puede dar información suficiente sobre el tema a tratar.

El diseño de la entrevista fue semiestructurado, de preguntas abiertas, para poder así obtener la perspectiva más certera del paciente sobre estas, guiando la entrevista con nuevas preguntas que fueran de gran utilidad para la investigación, aun así, teniendo ya una guía de la entrevista con la finalidad de profundizar en las respuestas del paciente, se consideró de gran utilidad esta acción al estudio, ya que permitió al entrevistado extenderse en sus respuestas, otorgando al investigador una visión más completa sobre el foco de estudio (Andrés y Díaz, citados en Hernández y cols.; 2010).

La entrevista rescata no solo informaciones, sino también formas de hablar, temores, imaginario social y, de manera relevante, la propia identidad del sujeto construido en el relato. Narrar es un medio de inventar el propio yo. Recurriendo a la metáfora, un relato debe construir dos paisajes simultáneamente: el exterior, de la acción, y el interior, del pensamiento y de las intenciones (Bruner, mencionado por Ascary y Peña; 2007).

Se usó la entrevista no solo sobre el paciente, sino también sobre la familia, para poder recolectar información sobre su percepción de esta situación. También se realizó un diario de campo en donde se escribió todo lo que decía y hacía el paciente, para tener una prueba hacia donde se está enfocando y dirigiendo, para realizar una comparación acerca de lo que algunos autores ya mencionaron anteriormente.

Los ítems de la entrevista fueron enfocados para poder dar cumplimiento con los objetivos planteados con anterioridad y para obtener la mayor información posible acerca del tema.

Los primeros 6 ítems hacen referencias a la situación y condición en que se encuentra la persona –estado terminal- y los siguientes 9 a la necesidad de la búsqueda del perdón.

Se expone a continuación el guion del instrumentó de entrevista.

1. ¿Cuál fue su diagnóstico?
2. ¿Cómo se sintió cuando se enteró de su enfermedad?
3. Cuando escucha sobre su estado, ¿en qué piensa?
4. Cuando hablan de muerte, ¿qué piensa?
5. ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?
6. ¿Qué es lo que más le preocupa acerca de la muerte?
7. ¿Cree en alguna religión?
8. ¿En qué busca consuelo?
9. ¿Cree que existe algo más después de la muerte?
10. ¿Quisiera hacer algo antes de morir?
11. Para usted, ¿qué es el perdón?
12. ¿Ha perdonado alguna vez?
13. ¿Qué sintió después de perdonar?
14. ¿Quisiera pedir perdón a alguien antes de morir?

15. ¿Cómo se sentiría si pudiera pedir perdón a los que desea?

3.2 Descripción estudio de caso

El estudio de caso consiste en la recopilación e interpretación detallada de toda información posible sobre un individuo, una institución, una empresa o un movimiento social particular. Robert Yin (citado por Ascary y Peña; 2007: 23) lo define como una indagación empírica que “investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real de existencia, cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes y en los cuales existen múltiples fuentes de evidencia que puede usarse”. El investigador apunta a adquirir la percepción más completa posible del objeto, considerándolo holísticamente. Explora una entidad singular o fenómeno –el caso-, pero su objetivo no es la mera descripción empírica, sino la exploración de una trama que comprende los datos y el tipo de relaciones teóricas que se establecen entre esos datos.

El estudio de caso se podría definir como “una investigación que, mediante los procesos cuantitativo, cualitativo y/o mixto; se analiza profundamente una unidad integral para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar teoría” (Hernández y cols.; 2008: 118).

Mertens (2005) concibe, el estudio de caso como una investigación sobre un individuo, grupo, organización, comunidad o sociedad, que es visto y analizado como una entidad.

Por su parte, Blatter (citado por Hernández y cols.; 2010) conceptúa al estudio de caso como una aproximación investigativa en la cual una o unas cuantas instancias de un fenómeno son estudiadas en profundidad. La U. S. General Accounting Office, en 1990, proporcionó una definición de estudio de caso: constituye un método para aprender respecto a una instancia compleja, basado en su entendimiento comprensivo como un “todo” y su contexto, mediante datos e información obtenidos por descripciones y análisis extensivos (Mertens; 2005).

Metodológicamente, el caso puede ser construido por el investigador como una forma de organización que emerge de la investigación misma, o bien, puede ser un objeto definido por fronteras preexistentes tales como una escuela, un aula o un programa. También puede ser derivado de los constructos teóricos, ideas, y conceptos que emergen del estudio de instancias o acontecimientos similares. Por último, un caso puede ser una convención, predefinido por acuerdos y consensos sociales que señalan su importancia (Ragin, citado por Ascary y Peña; 2007).

Técnicamente, el estudio de caso se basa en entrevista y observaciones, pero también en documentos y datos secundarios; puede recurrir a técnicas cuantitativas como la encuesta, para conocer algunos aspectos que permitan luego una interpretación más profunda del conjunto.

Para Wiersma y Jurs (citados por Hernández y cols.; 2010), el estudio de caso es el examen detallado de “algo”: un evento específico, una organización, un sistema

educativo, por ejemplo: en esta investigación se utilizó el estudio de caso, donde se eligió un sujeto en condiciones terminales en la ciudad de Uruapan, Michoacán.

3.3 Descripción del proceso de investigación

Se comenzó por elegir un tema de investigación de gran interés y poco estudiado, como lo es el tema del perdón y la psicoespiritualidad, para que la investigación aportara nueva información de provecho para la comunidad y para la psicología, el objetivo general de esta investigación consistió en describir la necesidad de la búsqueda de perdón en pacientes terminales como fenómeno psicoespiritual en la ciudad de Uruapan, Michoacán; por consecuencia, para llevar a cabo dicho objetivo, se buscó un lugar para encontrar a la población que estuviera cumpliendo con los criterios señalados, se eligió el Hospital General Regional de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez”, para localizar la población de diez pacientes terminales que colaboraran con sus experiencias para realizar la investigación.

Se elaboró una entrevista semiestructurada para la variante de casos que se pudieran encontrar, enfocada la primera parte a pacientes terminales y la segunda a la búsqueda del perdón.

Concluida la parte teórica, se solicitó la autorización al departamento de enseñanza el día 10 de julio de 2017, para poder llevar a cabo el estudio y trabajo de campo en el hospital general regional de Uruapan, Michoacán, en el área de medicina

interna, donde es común encontrar pacientes en etapa terminal, afines para la investigación.

El día 11 de julio de 2016 se dio inicio a la búsqueda de información con ayuda de la técnica de entrevista semiestructurada, que se expondrá a continuación, señalando a los participantes como sujeto A, B, C y sucesivamente, para mantener la identidad e integridad de los colaboradores en el anonimato.

Se entrevistaron a 10 pacientes, todos con diferentes características: diferente sexo, edad y contextos; hubo cierta incidencia de respuestas en todos.

Uno de los obstáculos para lograr la aplicación de la entrevista fue la disposición inicial de algunos médicos y de los pacientes, ya que se encontraban en una situación delicada en la que cualquier estímulo podría afectar su recuperación, por otro lado, la disposición de los familiares que no querían que las personas externas a ellos se enteraran de la información de los pacientes, por lo que se decidió hacerlo de manera anónima por respeto a ellos.

Una vez recolectados los datos cualitativos, se desarrollaron también los datos cuantitativos a relación de la semejanza de las respuestas de la entrevista. Para el análisis cualitativo, se describió de manera textual cada una de las entrevistas, se procedió a un análisis comparativo dichas entrevistas para rescatar datos importantes para la investigación.

Para el análisis de los resultados, se dividieron en dos categorías: pacientes terminales y búsqueda del perdón, para facilitar el entendimiento y desarrollo de los resultados obtenidos.

Finalmente, con base a la información recolectada y los resultados rescatados, se redactaron las conclusiones de la investigación.

3.4. Análisis e interpretación de resultados

En este subtítulo se expone el análisis y la interpretación de resultados de esta investigación, donde se aborda la relación del marco teórico con los objetivos generales y particulares, con apoyo de la información de las entrevistas a los pacientes terminales el desarrollo de las relaciones contextuales, ya que con estas entrevistas se logró sustentar, obtener, rescatar datos y comparar las respuestas obtenidas de la prueba para ver las semejanzas entre su estado médico, su estado emocional y psicoespiritual con el contenido teórico ya expuesto, con el fin de describir la búsqueda del perdón en pacientes terminales como un fenómeno de la psicoespiritualidad en la ciudad de Uruapan, Michoacán.

La descripción del objetivo general se apoya en los ocho objetivos particulares establecidos para profundizar en la relación de pacientes terminales con el perdón y la psicoespiritualidad. Los resultados se expondrán de una manera que se pueda apreciar la interpretación de los diferentes objetos de análisis, equivalentes a las variables presentes en el estudio, representadas como categorías, para facilitar las conclusiones basadas en los datos recabados en la observación.

Al iniciar la interpretación de resultados, es fundamental categorizar las unidades de análisis para, posteriormente, desarrollar su esquematización, con el fin de lograr una mejor explicación del fenómeno.

La interpretación de resultados se describirá por separado en dos categorías “pacientes terminales” y “el perdón”, con la intención de facilitar la información de los resultados obtenidos. Como apartado final, se expone la esquematización antes mencionada.

3.4.1. Pacientes terminales

En el inicio de la investigación, en el apartado de objetivos, se puede apreciar como los objetivos particulares 1 y 2, que consisten en la conceptualización, son culminados en el marco teórico en el tema correspondiente de cada uno de ellos, como se efectúa en seguida.

El primer objetivo particular teórico es “conceptualizar el término pacientes terminales” que se puede resumir en una muerte previsible en un periodo corto de tiempo. Se habla de una media de vida de 3 meses aproximadamente (Gómez-Batiste y Roca, citados por Barreto y Bayés; 1990), dicho elemento es conceptualizado detalladamente en el capítulo 1: “Pacientes terminales”, mientras que el segundo objetivo, “conceptualizar teóricamente la muerte”, se logró al concluir que en la actualidad se considera muerto a un individuo cuando desaparecen las ondas cerebrales en su registro electroencefaloeléctrico, aun en presencia de otras funciones (Mishara y Riedel; 2000), desglosado en el apartado 1.2 “Actitudes ante la muerte”.

Gómez-Batiste y Roca (citados por Barreto y Bayés; 1990) señalan que las características fundamentales de la situación terminal son las siguientes:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
2. Aparición de numerosos y diversos síntomas, multifactoriales, cambiantes y a menudo intensos, siendo algunos de los más frecuentes: debilidad, dolor, anorexia, ansiedad y depresión. Es interesante señalar que la frecuencia de los síntomas no siempre coincide con el grado de preocupación que implican para el paciente (Comas y cols., mencionados por Barreto y Bayés; 1990).
3. Un gran impacto emocional sobre el enfermo, sus familiares y el equipo que lo asiste.
4. Muerte previsible en un periodo corto de tiempo. Se habla de una media de vida de 3 meses, aproximadamente.
5. Presencia explícita o no de la muerte como causa fundamental de dicho impacto.

Observando cada uno de los diagnósticos de los entrevistados, se puede ver la situación terminal en la que se encuentra el 100% de la población de estudio, independientemente de su sexo y de su edad, dando un momento para pensar que nadie se escapa de esta situación, que es un destino al que todos se dirigen, ese destino inexorablemente compartido.

Al realizar la entrevista, fue un proceso muy difícil, tanto para el entrevistado como para el entrevistador, ya que abordar el tema de la muerte en un paciente que se encuentra muy delicado de salud, luchando contra su condición y esperanzado a salir del hospital igual que antes que se presentaran las molestias, y al hacerle preguntas como: ¿Quisiera hacer algo antes de morir? o ¿Quisiera pedir perdón a alguien antes de morir?, coloca al paciente en la realidad de donde se encuentra en una línea entre la vida y la muerte que, consciente o inconscientemente, mueve sus emociones de una manera visible desde su tono de voz, sus gestos y su diálogo; hay que saber tener el tacto y la sensibilidad para poner ir abordando el tema de una manera poco evasiva, para que el paciente no lo sienta tan agresivo para él y más cuando se encuentra en un estado tan delicado.

Durante la entrevista a los pacientes, todos estaban conectados a un electrocardiógrafo, en el cual se pudo observar lo impactante que eran algunas preguntas para el paciente, ya que en las preguntas más conflictivas para ellos se reflejaban en un aumento en el ritmo cardiaco del paciente y una gesticulación de reflexión profunda, unas de desagrado, otras de incertidumbre y en las que no eran de conflicto para el paciente, se tranquilizaba y bajaba el ritmo cardiaco y hasta contestaba de una manera muy chusca. Por lo cual, se tuvo que llevar una intervención extra a la entrevista, en la cual solo se dejó que el paciente externara lo que necesitaba hablar para dejarlo en un estado tranquilo y poder retirarse sin dejar al paciente agitado, depresivo o ansioso, ya que esto podría afectar su estancia de una manera notable.

Después de la realización de las entrevistas y de los hechos vividos con los entrevistados, se pudo apreciar cómo el paciente se encuentra en un estado pasivo, con tiempo para descansar físicamente, pero en donde la mente no para de pensar, recordar, analizar, reflexionar, asimilar, luchar, castigar y aceptar su condición, su contexto y su estancia en su etapa final.

3.4.2. El perdón

“Perdonar es sobre todo desterrar el odio de tu corazón, perdonar te compromete, por lo pronto, a disponerte aún definitivo cese al fuego, a un alto total a cualquier hostilidad contra quien o quienes te lastimaron, y a hacer todo lo que este a tu alcance para que tu experiencia no sea fuente de amargura, sino de amor para ti y para los demás.” (Dieikson de Carvalho, citado por Meyer; 2010: 45).

El perdón es un elemento de práctica, de introyección, de amor y de análisis. Este concepto es ubicado en el segundo capítulo, llamado de igual manera “El perdón” detallado de una manera muy explícita para su interpretación.

El perdón puede ser definido de muchas maneras, depende la persona que la defina ya que interviene su experiencia de vida y su inteligencia emocional e intelectual.

En cuanto al objetivo 3 menciona: “determinar el término psicoespiritualidad”, y para eso, una de las mejores definiciones indica que la espiritualidad está relacionada

con la búsqueda de trascendencia, con la esperanza, propósito y sentido de la vida o con los aspectos inmateriales de la existencia, como el tener relaciones armoniosas o conexión con uno mismo, con otros, con la naturaleza, con Dios o con una realidad superior.

Según Ross (1995, citado por Meyer 2010), la espiritualidad se define con base a tres aspectos primordiales: 1) Significado y propósito, 2) la voluntad de vivir, y 3) la fe en uno, en los demás o en Dios.

Para rectificar lo expuesto por medio de la práctica, todos los entrevistados tenían la voluntad de seguir viviendo, de hacer algo de provecho, cambiar de actitud y dirigirse al bien, en el trabajo, en la familia o en los amigos y todos con la fe en Dios y en sus seres queridos.

El objetivo 4 expresa analizar el concepto del perdón; para los entrevistados no fue algo a la ligera y todos lo manifestaron con sensaciones de satisfacción, de libertad, de goce o paz interna mientras que otros autores indican que “el perdón implica una compleja interacción entre el que perdona y el que es perdonado, involucrando el logro de una visión más balanceada de la relación una disminución de los sentimientos menores hacia el otro y un menor deseo de castigarlo.” (Makinen y Johnson, citados por Levenstein; 2009: 23). Muchos de los entrevistados lo refirieron como un olvido del daño ocasionado haciendo este una disminución del sentimiento hacia el ofensor, fortaleciendo la definición anterior.

Continuando con el objetivo 5, de analizar el fenómeno de la búsqueda del perdón, para establecer la relación entre psicoespiritualidad y dicha búsqueda en pacientes terminales en la ciudad de Uruapan, Michoacán, y para dar cumplimiento con el objetivo 6 de investigación, es indispensable analizar de la pregunta 7 a la 15 de la entrevista empleada para esta investigación en cada uno de los entrevistados. De la población examinada, el 100% afirma tener o pertenecer algún tipo de creencia en un ser supremo, el 60% indica ser católico, el 30% solo se refiere a creer en un Dios y el 10% pertenecer al cristianismo; de estos sujetos, un 90% afirma creer que existe algo después de morir, refiriéndose a una segunda oportunidad, a un paraíso, a un cielo o a la paz; el 80% de los sujetos busca consuelo en un ser supremo mientras que solo el 20% en su familia, el 100% quisiera hacer algo antes de morir, nadie se siente listo para dejar este mundo, el 100% presentó sentimientos y emociones negativas ante la muerte.

Estos resultados pueden influir en la necesidad de la búsqueda del perdón en el paciente terminal, ya que se involucra la creencia religiosa con la idea de la existencia de otra vida después de la muerte, en la que recaen las creencias de las personas en iniciar una vida sin remordimientos ni rencores, para irse lo más puro posible.

Para llevar a cabo el objetivo número 7, identificar la necesidad del perdón en el paciente terminal, se pueden observar las preguntas 14 y 15 de los entrevistados, con apoyo del significado propio del entrevistado, que es expresado por cada uno en la pregunta 10. Al 100% de los entrevistados le gustaría pedir perdón por algo que han

hecho antes de morir y la misma cantidad asegura que después de pedir perdón, sentirá sensaciones satisfactorias, mencionando algunas como: bienestar, a gusto, libre, aliviado o genial.

Para cumplir con el objetivo particular 8 y último, que menciona señalar el proceso de la búsqueda del perdón en paciente terminal, se aprecia la relación con la creencia propia del sujeto de algo más allá de la muerte y con la necesidad de irse en paz de esta vida para iniciar la otra, sin ningún tipo de carga emocional negativa o, simplemente, para sentirse mejor o en paz su mente; sería conveniente rescatar las respuesta de los entrevistados ante las preguntas 2, 4 y 6, en las que la mayoría de los sujetos presenta un miedo a la muerte, una oscilación de su destino, una preocupación hacia sus seres queridos y dudas de lo que será después de su partida, la paz o una condena, el cielo o el infierno, siendo estos uno de los puntos a reflexionar para valorar subjetivamente la necesidad de la búsqueda del perdón en los entrevistados.

Durante la aplicación de la entrevista, todos los entrevistados, al escuchar la palabra perdón, mostraron cara de seriedad, de pensamiento profundo, una sensación visible de movimiento emocional, dando la apertura a pensar que no es algo fácil de entender en su totalidad, menos ejercerla como tal.

3.4.3. Esquematización



Figura 1. Implicaciones del paciente terminal

Holland (mencionado por Barreto y Bayés; 1990) señala que el enfermo terminal es aquel no susceptible de tratamiento activo, sino paliativo.

En la definición de paciente con enfermedad terminal, es importante distinguir entre la fase biológica y la fase terapéutica (Sanz, mencionado por Barreto y Bayés; 1990).

La primera se refiere al momento en que las constantes vitales de la persona (pulso, presión arterial, temperatura, respiración y consciencia) están por debajo de los límites normales y son irrecuperables por las vías terapéuticas disponibles; la segunda, al momento en que la enfermedad ha progresado hasta tal punto que los tratamientos se han agotado o son ineficaces.



Figura 2. Implicaciones del proceso de morir

Todo ser humano experimenta ciertas actitudes ante la muerte y desarrolla ciertas creencias cuando examina los pensamientos ante la muerte; involucrando la religión, la cultura, la educación, la familia, el nivel económico y su inteligencia emocional, sin descartar la historia de vida junto con todo el contexto que llevan al sujeto a reflexionar acerca de su vida y de lo que les pasará después de su muerte (Blanck y Cereijido; 1989).

De acuerdo con Meyer (referido por Blanck y Cereijido; 1989) la concepción de la muerte propia se desarrolla entre los cinco y los diez años de edad y solo hasta entonces se comprende como una extinción corporal permanente.

Blanck y Cereijido (1989: 52) exponen que una visión de la muerte propia e inherente a la vida hace su aparición entre los treinta y cinco a los cuarenta años de edad y citan a Jaques, quien afirmó que “la concepción de la muerte cambia de ser una simple idea del pensamiento abstracto, a ser un problema real. De esta forma, el

adulto comienza a ver su vida en cuanto al tiempo que le queda por vivir, además de experimentar un creciente miedo a envejecer y enfermarse”.

La muerte y la proximidad de la misma generan en el enfermero un conjunto de actitudes y emociones de variada intensidad que todavía es un reto para la psicología (Posada y Herazo; 2009).

La dimensión de aceptación de acercamiento a la muerte implica una fuerte creencia de una vida feliz después de la muerte, de esta manera, es probable que se reporte en aquellos sujetos con fuertes creencias religiosas. La muerte es el cese de todo sufrimiento humano por su misma naturaleza, pero que esta existencia individual no se extingue del todo, ya que se ve perpetuada en la humanidad.

En los pacientes terminales se puede observar la necesidad del sujeto de despedirse para ir dejando todo en calma y preparado el proceso para el inicio de su nueva etapa, la cual también está incluida en el campo laboral para el psicólogo como acompañante del proceso del sujeto y de la familia.

Smith y Stedeford (mencionados por Barreto y Bayés; 1990) comentan desde la óptica psicológica otros aspectos que complican el cuadro, los cuales se refieren a la privación estimular que afecta al enfermo. La hospitalización en muchos casos y la escasa posibilidad de movimiento en otros, implican una gran disminución de la interacción social, facilitando, por tanto, una mayor propensión a estados depresivos. Junto con ello, es importante también considerar los sentimientos de inutilidad e

incapacidad que se producen en estas personas, en muchas ocasiones involuntariamente fomentados por los comportamientos verbales y no verbales de los familiares o personas relevantes encargadas de su cuidado.



Figura 3. Implicaciones de la búsqueda del perdón

“El perdón es un esfuerzo por restaurar el amor y la confianza en las resoluciones.” (Gordon y Bancom, referidos por Meyer; 2010: 11).

De igual manera, “el perdón implica una compleja interacción entre el que perdona y el que es perdonado, involucrando el logro de una visión más balanceada de la relación una disminución de los sentimientos menores hacia el otro y un menor deseo de castigarlo.” (Makinen y Johnson, referidos por Meyer; 2010: 23).

En el mismo sentido, “el perdón involucra reparar heridas emocionales, restaurar la confianza y reconstruir el vínculo.” (Strelan y Covic, referidos por Meyer; 2010: 67).



Figura 4. Implicaciones de la autosatisfacción basada en el perdón y la psicoespiritualidad

Smedes (citado por Meyer; 2010: 82) señala: “La curación interior, la liberación espiritual y emocional y la transformación del corazón están íntimamente ligadas al perdón. No hay cabida para la felicidad en un corazón duro, frío e incapaz de perdonar las ofensas. Seguramente, que todos alguna vez se han sentido lastimados, traicionados o decepcionados, con alguien; causando estos sentimientos, heridas abiertas y sin sanar, las cuales con el tiempo siguen doliendo, lastimando, supurando, creciendo, y en algunos casos, esas heridas llegan a arruinar la vida de la persona, al ser somatizadas en los diferentes órganos del cuerpo, trayendo esto: enfermedades psicológicas, físicas o espirituales, las cuales se curarán hasta que no se alcance el perdón, y se deshaga de esa carga pesada, que impide vivir en paz”.

En este camino, todas las experiencias enriquecen y hacen mejores seres humanos, que el que lastima, es maestro para los demás, ya que enseña a crecer, a ser humildes y a ser mejores personas, y que el perdón es liberador del alma; sobre todo, que, si el sujeto perdona, habrá convertido ese obstáculo aparentemente

insalvable, en un escalón que me permitirá crecer, en comprensión y en tolerancia hacia los demás.

El teólogo y filósofo Leonardo Boff (1975: 2) lo siguiente: “El anhelo fundamental del ser humano no reside solamente en saber de Dios por oír hablar de Él, sino en querer experimentar esta realidad”. La espiritualidad es propia de la experiencia humana e inherente a la misma; al punto que una de las mayores exigencias de la postmodernidad es precisamente la búsqueda de una experiencia trascendental que sirva de evidencia a esta realidad.

De alguna manera, insospechada a la razón, no se puede separar la espiritualidad de la experiencia humana. Se debe agregar el dato que no son pocas las personas que buscan esta experiencia, tampoco son pocas las personas que sufren una decepción con los caminos espirituales propuestos por las religiones.

La espiritualidad está relacionada con la búsqueda de trascendencia, con la esperanza, propósito y sentido de la vida o con los aspectos inmateriales de la existencia, como el tener relaciones armoniosas o conexión con uno mismo, con otros, con la naturaleza, con Dios o con una realidad superior.

Los sujetos, al llegar a la necesidad de buscar el perdón, pasan a un estado de autosatisfacción en el cual ya no perciben ningún resentimiento, culpa o pendiente, lo que conduce a la paz interna.

CONCLUSIONES

El interés de realizar esta investigación surge por la curiosidad y la falta de información en publicaciones relacionadas con el proceso del perdón en la mente humana, durante una situación tan conflictiva como es una etapa terminal, siendo esta una de las grandes metas de la psicología en el proceso clínico para el paciente y el psicólogo: el perdón.

Finalmente, en este apartado se darán a conocer las conclusiones de la investigación y de los objetivos planteados desde el inicio, tanto el general como los particulares, desarrollados a continuación.

Aceptar la muerte nos humaniza y nos hace ser conscientes de nuestra fragilidad como seres humanos. La percepción que los pacientes terminales tienen sobre su búsqueda del perdón va muy relacionada con lo que piensan que hay más allá de la vida, tratándose ir con calma a iniciar su nuevo viaje.

Por otra parte, se encontró que, en la búsqueda del perdón, los pacientes llevan el proceso arraigado en el inconsciente, ya que sienten la herida, el peso de la acción o la ofensa, pero solo en un momento determinado lo vuelven consciente para liberar su carga emocional y de conciencia; interviene en su manifestación tanto el estado de salud, como aspectos sociales, económicos, éticos, religiosos y hasta familiares, por sus implicaciones sociales y espirituales.

Se puede concluir que las personas con más idealizaciones, morales éticas y religiosas, tienen más necesidad de la búsqueda del perdón antes de morir. Por lo tanto, se puede asegurar que la necesidad de la búsqueda del perdón en pacientes terminales en la ciudad de Uruapan, Michoacán, es un hecho común, también considerando como patrón de conducta habitual en pacientes espirituales en una etapa terminal.

Durante el proceso de realización de la investigación, se interpusieron diversos retos jamás esperados, como poder interactuar de cerca con un lecho de muerte agobiante para el paciente y, al concluir la intervención, poder salir emocional y mentalmente como antes de interactuar con el paciente.

Al interactuar con un paciente al borde de la muerte, se tiene que considerar la situación tan delicada, en la que cualquier estímulo es un gran alterante de su estado psíquico y emocional que pueden llevar a mejorar o, en su defecto, a empeorar la situación.

Considerando este criterio, se tiene que preparar siempre un guion, no solo de preguntas, sino de comunicación, para tener más controlada la estimulación externa del paciente y únicamente buscar su bienestar. Es muy riesgoso dejar que una persona sin preparación en el tema llegue a intervenir un paciente terminal, debido a la gran gama de emociones que puede despertar una simple plática.

Es de suma importancia tener en mente un pronóstico de las reacciones que produce el guion de preguntas, para contemplar las fases de la entrevista y así saber cómo concluirla de forma que sea posible dejar al paciente lo mejor y más cómodamente posible.

Para el autor del presente estudio, ha sido una de las experiencias más generadoras de aprendizaje, no solo intelectual sino mayormente emocional, dejando grandes enseñanzas en el plan de vida propio, después de ver lo que realmente importa en los últimos momentos de vida.

Para finalizar esta investigación, conviene enfatizar la necesidad de implementar técnicas psicológicas de intervención a los sujetos en proceso clínico, apoyándose de las creencias para dar un resultado más significativo en el paciente y este sea más rápido y eficaz para el psicólogo.

BIBLIOGRAFÍA

Albert Gómez, María José. (2007)

La investigación educativa: claves teóricas.
Editorial McGraw-Hill. México.

Álvarez–Gayou Jurgenson, Juan Luis. (2004)

Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología.
Editorial Paidós. México.

Arias Galicia, Fernando. (1987)

Actitudes, opiniones y creencias.
Editorial Trillas. México.

Ascary Aguillón, Álvaro; Peña Moreno, José Armando. (2007)

Aprendiendo y aplicando investigación en psicología.
Editorial Trillas. México.

Bayés, R. (1998). “Paliación y evaluación del sufrimiento en la práctica clínica”. Medicina clínica, 110, 740-743. En:

Bayés, R. (2001).

Psicología de la muerte y del sufrimiento.
Universidad de Barcelona, España.

Blanck-Cereijido, Fanny; Cereijido, Marcelino. (1989)

La vida, el tiempo y la muerte.
Editorial La Ciencia desde México. México.

Fonnegra de Jaramillo, Isa. (2001)

De cara a la muerte.
Editorial Andrés Bello. México.

Gardner, H. (2016)

Estructuras de la mente: La teoría de las inteligencias múltiples.
Fondo de Cultura Económica. México.

Hay, Louise L. (1997)

Tú puedes sanar tu vida.
Editorial Diana. México.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2008)

Metodología de la investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández-Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2010)

Metodología de la investigación.
Editorial McGraw-Hill. México.

Mishara, B.; Riedel, F. (2000).
El proceso de envejecimiento.
Ediciones Morata. Barcelona.

Montourquette, J. (1998).
Cómo perdonar. Perdonar para sanar.
Editorial Trillas. México.

Paz, O. (2006).
El laberinto de la soledad.
Ediciones Patria. México.

Román Aguilar, Tania Rocío. (2013)
Actitudes ante la muerte en adultos mayores de la ciudad de Uruapan, Michoacán.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C. Uruapan,
Michoacán, México.

Steere, F. (1997).
Psicoespiritualidad.
Editorial Trillas. México.

Schopenhauer, Arthur. (1984)
El amor, las mujeres, la muerte y otros temas.
Editorial Porrúa. México.

Swami Chidvilasananda. (2002)
Lléname de entusiasmo.
Editorial Luciérnaga, Grupo Planeta. España.

Tovar, Oscar. (2011)
Un Duelo Silente.
Editorial Trillas. México.

Toynbee, Arnold J.; Mant A., Keith; Smart, Ninjan; Hinton, John; Yudkin, Simon; Rhode,
Eric; Heywood, Rosalind; Price, H. H. (1971)
El hombre Frente la muerte.
Editorial Emecé Editores, S.A. Argentina.

MESOGRAFÍA

Aguilera, Sergio Favián; Paniale, Sergio Ricardo; Romero, Urbano Bernardino. (2012)

“ACTITUD DE ENFERMERÍA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL”.

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Facultad de Ciencias Médicas.

http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/aguilera_serpio.pdf

Ander Egg, Ezequiel. “Introducción a las técnicas de investigación social”. En: López Román, Luisa; Montenegro de Timarán, María Isabel; Tapia Fierro, Ruth Magali. (2006)

La investigación, eje fundamental en la enseñanza del derecho. Guía práctica.

Universidad Cooperativa de Colombia. Bogotá.

https://books.google.com.mx/books?id=KpWmGvA3AS0C&pg=PA51&lpg=PA51&dq=la+entrevista+es+una+forma+espec%C3%ADfica+de+interacci%C3%B3n+social&source=bl&ots=Xr6vy_3Ymc&sig=-YgJwv7caZBWgrLdJYQtIzW5MiU&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjE27HauDYAhWG5CYKHSQnAdEQ6AEIKDAA#v=onepage&q=la%20entrevista%20es%20una%20forma%20espec%C3%ADfica%20de%20interacci%C3%B3n%20social&f=false

Barreto, M. Pilar; Bayés, Ramón. (1990)

“El psicólogo ante el enfermo en situación terminal”.

Anales de Psicología, 1990, 6 (2), 169-180.

<http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/28221/27331>

https://www.um.es/analesps/v06/v06_2/06-06_2.pdf

<http://www.cbioetica.org/revista/82/821519.pdf>

Boff, L. (1975)

“Ciencia y espiritualidad. Koinonia”.

<http://www.servicioskoinonia.org/boff/articulo.php?num=245>

Fecha de consulta: julio de 2018.

Buigues Mengual, Francisco; Mas Sesé, Gemmma; Femenía Pérez, Miguel; Baydal Cardona, Rosario. (2006)

“Paciente terminal”.

<http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf>

Burgraff, Jutta. (2006)

“El arte de perdonar”.

Universitas. Revista de sociedad y cultura, 3

(Buenos Aires, diciembre 2006) 117-131.

<http://www.showingfilmawards.com/wp-content/uploads/2012/02/El-arte-de-perdonar-Jutta-Burgraff.pdf>

Burggraf, Jutta. (2010)

“Aprender a perdonar”.

<http://es.catholic.net/op/articulos/10021/cat/829/aprender-a-perdonar.html>

Clark-Carter, L. (2002)

“Investigación cuantitativa en psicología. Avances en medición”.

Vol. 4, N°. 1, 2006. Pp. 143-144

https://www.researchgate.net/publication/283291911_Libro_Investigacion_cuantitativa_en_psicologia Fecha de consulta: julio de 2018.

Dallal y Castillo, E. (2002).

“Caminos del desarrollo psicológico. La muerte”.

https://books.google.com.mx/books?id=5VuxC2wZKugC&pg=PA268&lpg=PA268&dq=Jeffers+y+Verwoerd&source=bl&ots=8vDx2Obafb&sig=Ql0UzUKIEi_ci1KtWhntW9eQqDI&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjv47Df1vTbAhVEYK0KHZQSB_sQ6AEIRDAI#v=onepage&q=Jeffers%20y%20Verwoerd&f=false

Fecha de consulta: julio de 2018

Dixon, G.; Kinlaw, J. (1983).

“Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores”.

Pontificia Universidad Javeriana Cali. Universidad de Santiago de Compostela.

<http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/viewFile/74/220> Fecha de consulta: julio de 2018.

González-Rivera, J. (2016)

“Espiritualidad en las Profesiones de Ayuda: Del Debate a la Integración”.

Universidad de Puerto Rico Carlos Albizu.

https://www.researchgate.net/publication/311665061_Espiritualidad_en_las_Profesiones_de_Ayuda_Del_Debate_a_la_Integracion

Fecha de consulta: julio de 2018.

Heidegger, M. (1952).

“Perspectiva de la Muerte”.

<https://www.slideshare.net/jobmed/martn-heidegger-la-muerte> Fecha de consulta: julio de 2018.

Knight, S. (1999).

Body, mind and spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research.

Psycho-Oncology 8(5):439-50.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10559803>

- Krassoievitch, Miguel. (2000).
“Psicoterapia-Geriátrica”.
Fondo de Cultura Económica. México.
<https://es.scribd.com/document/358626447/Psicoterapia-Geriatria-Miguel-Krassoievitch>
Fecha de consulta: julio de 2018.
- Lama Valdivia, J. (2009)
“ENFERMEDAD EN ESTADIO TERMINAL: UN RETO PARA EL MÉDICO”.
Revista de la Facultad de Medicina Humana. Universidad Ricardo Palma.
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rfmh_urp/v04_n1/a09.htm
Fecha de consulta: julio de 2018.
- Levinstein, R. (2009).
“El perdón, una onda cuántica de libertad”.
PANORAMA. México.
https://books.google.com.mx/books/about/El_perdon_una_onda_cuantica_de_libertad.html?id=WsmjdkevrDUC&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false Fecha de consulta: julio de 2018.
- Mertens, F. (2005)
“Metodología de la investigación”.
Revista de la Corporación Internacional para el Desarrollo Educativo
<http://www.cide.edu.co/doc/investigacion/3.%20metodos%20de%20investigacion.pdf>
Fecha de consulta: julio de 2018.
- Meyer, P. (2010)
“Perdonar, el milagro definitivo”.
<https://es.scribd.com/doc/171492154/100-El-perdon>
Fecha de consulta: julio de 2018.
- Murillo Torrecilla, Javier; Barrio Hernández, Raquel; Pérez Albo, Ma. José. (1999)
“La dirección escolar. Análisis e investigación”.
Ministerio de Educación y Cultura. Madrid.
https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/Entrevista.pdf
- Navas, Carmen; Villegas, Hyxia. (2007)
“Espiritualidad y salud”.
Revista Saberes Compartidos / N° 1. Octubre, Noviembre, Diciembre 2007.
<http://servicio.bc.uc.edu.ve/cdch/saberes/a1n1/art5.pdf>
- Oxford English Dictionary. (2002)
“Definición de Emociones”.
<http://www.oed.com/view/Entry/3090>
Fecha de consulta: julio de 2018.

Pilar-Barreto, M. (1990)
“El psicólogo ante el enfermo en situación terminal”.
Universidad de Valencia.
http://www.um.es/analesps/v06/v06_2/06-06_2.pdf
Fecha de consulta: julio de 2018.

Posada, V.; Herazo, M del P. (2009).
“Actitudes hacia la muerte en una muestra de adultos mayores entre 60 a 75 años en fase terminal en diferentes centros geriátricos de la ciudad de Medellín”.
https://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/245/1/Actitudes_Muerte_Muestra_Posada_2009.pdf
Fecha de consulta: julio de 2018.

Rodríguez, M. (2018)
Rodríguez, Myriam; Fernández, Martha Liliana; Pérez, Mirna Luz; Noriega, Reinaldo. (2011)
“Espiritualidad Variable Asociada a La Resiliencia”.
CUADERNOS HISPANOAMERICANOS DE PSICOLOGÍA, Vol. 11 No. 2, 24-49.
http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen11_numero2/articulo_2.pdf

Univergia (2016).
“La liberación que me otorga el Perdón”.
Recuperado de: <http://www.univergia.com/la-liberacion-que-otorga-el-perdon/>
Fecha de consulta: julio de 2018.

Guion de entrevista

1. ¿Cuál fue su diagnóstico?
2. ¿Cómo se sintió cuando se enteró de su enfermedad?
3. ¿Cuándo escucha sobre su estado después en qué piensa?
4. ¿Cuándo hablan de muerte qué piensa?
5. ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?
6. ¿Qué es lo que más le preocupa acerca de la muerte?
7. ¿Cree en alguna religión?
8. ¿En qué busca consuelo?
9. ¿Cree que existe algo más después de la muerte?
10. ¿Quisiera hacer algo antes de morir?
11. Para usted, ¿qué es el perdón?
12. ¿Ha perdonado alguna vez?
13. ¿Qué sintió después de perdonar?
14. ¿Quisiera pedir perdón a alguien antes de morir?
15. ¿Cómo se sentiría si pudiera pedir perdón a los que desea?

Entrevistas aplicadas

Sujeto A

Fecha de aplicación: 11/07/17

Sexo: masculino Edad: 43 años

Diagnóstico: Sida+ depresión + sangrado del tubo digestivo bajo.

1. ¿Cuál fue su diagnóstico?

R= Depresión.

2. ¿Cómo se sintió cuando se enteró de su enfermedad?

R= Sentí que ya se terminó todo, con miedo y muy mal, sin saber qué hacer.

3. Cuando escucha sobre su estado, ¿en qué piensa?

R= Me siento acabado, como una basura, que ya valió todo.

4. Cuando hablan de muerte, ¿qué piensa?

R= Me da miedo.

5. ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?

R= Morir.

6. ¿Qué es lo que más le preocupa acerca de la muerte?

R= Dejar mi familia y que todo se va acabar.

7. ¿Cree en alguna religión?

R= Sí, en papá Dios.

8. ¿En qué busca consuelo?

R= En papá Dios.

9. ¿Cree que existe algo más después de la muerte?

R= No sé, la verdad no sé, yo espero que tal vez sí.

10. ¿Quisiera hacer algo antes de morir?

R= Pues sí, estar con mi familia.

11. Para usted, ¿qué es el perdón?

R= Dejar todo atrás.

12. ¿Ha perdonado alguna vez?

R= Sí.

13. ¿Qué sintió después de perdonar?

R= Agustísimo, bien libre.

14. ¿Quisiera pedir perdón a alguien antes de morir?

R= Sí, a todos.

15. ¿Cómo se sentiría si pudiera pedir perdón a los que desea?

R= Curado, libre y muy bien.

Sujeto B.

Fecha de aplicación: 11/07/17

Sexo: Femenino Edad: 52 años

Diagnóstico: Diabetes + amputación

1. ¿Cuál fue su diagnóstico?

R= Diabetes.

2. ¿Cómo se sintió cuando se enteró de su enfermedad?

R= Me dio mucho coraje, odio, pero conmigo misma, mucha desesperación.

3. Cuando escucha sobre su estado, ¿en qué piensa?

R= En mis dedos, en mis pies, en lo que van a cortar.

4. Cuando hablan de muerte, ¿qué piensa?

R= En por qué no viene por mí, por qué no me lleva a mí ya de una vez.

5. ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?

R= El dinero, si voy a ocupar sangre, si van a poder conseguir donada o si la voy a comprar, si me va a alcanzar el dinero, en mi trabajo (qué está pasando), uno debería estar descansando aquí acostada, pero no se puede se me viene todo a la cabeza.

6. ¿Qué es lo que más le preocupa acerca de la muerte?

R= En irme y no volver

7. ¿Cree en alguna religión?

R= Sí, católica.

8. ¿En qué busca consuelo?

R= En Dios y en mis hijos.

9. ¿Cree que existe algo más después de la muerte?

R= Tal vez sí, la paz.

10. ¿Quisiera hacer algo antes de morir?

R= Ya ser buena persona con la familia, mis vecinos y amigos, dejar todo en paz al fin, ser altruista, hacer cosas para ayudar a la gente.

11. Para usted, ¿qué es el perdón?

R= Olvidar todo lo que pasó.

12. ¿Ha perdonado alguna vez?

R= Sí, a mi marido que me abandonó, cuando mis hijas estaban pequeñas después de 10 años quiso volver y ahora sí, ser su padre, fue difícil por lo que pasé, pero aun así lo pude perdonar.

13. ¿Qué sintió después de perdonar?

R= Muy bien, la verdad, muy en paz después de tanto tiempo que sentí coraje.

14. ¿Quisiera pedir perdón a alguien antes de morir?

R= A mis padres que sé que les hice mucha falta y a mi familia.

15. ¿Cómo se sentiría si pudiera pedir perdón a los que desea?

R= Con mucha paz.

Sujeto C

Fecha de aplicación.11/07/17

Sexo: Femenino Edad: 78 años

Diagnóstico: Dm2+IRC+Desesquilibrio Hidroeléctrico.

1. ¿Cuál fue su diagnóstico?

R= Que estoy muy mala.

2. ¿Cómo se sintió cuando se enteró de su enfermedad?

R= Mal, por mis hijos.

3. Cuando escucha sobre su estado, ¿en qué piensa?

R= Que ya voy a abandonar a todos.

4. Cuando hablan de muerte, ¿qué piensa?

R= Qué le va a pasar a mi familia.

5. ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?

R= Mi salud.

6. ¿Qué es lo que más le preocupa acerca de la muerte?

R= A dónde me voy a ir.

7. ¿Cree en alguna religión?

R= Sí, Papá Dios.

8. ¿En qué busca consuelo?

R= Papá Dios y en mis hijos.

9. ¿Cree que existe algo más después de la muerte?

R= Sí, Papá Dios.

10. ¿Quisiera hacer algo antes de morir?

R= Salir adelante.

11. Para usted, ¿qué es el perdón?

R= Olvidar, ya sentirse aliviada.

12. ¿Ha perdonado alguna vez?

R= Sí.

13. ¿Qué sintió después de perdonar?

R= Aliviada.

14. ¿Quisiera pedir perdón a alguien antes de morir?

R= Sí.

15. ¿Cómo se sentiría si pudiera pedir perdón a los que desea?

R= Mejor que horita.

Sujeto D

Fecha de aplicación: 11/07/17

Sexo: Femenino Edad: 24 años

Diagnóstico: Extracción de la vesícula + cáncer

1. ¿Cuál fue su diagnóstico?

R= Que estoy mala de la vesícula.

2. ¿Cómo se sintió cuando se enteró de su enfermedad?

R= Frustrada, con miedo.

3. Cuando escucha sobre su estado, ¿en qué piensa?

R= En mi bebé.

4. Cuando hablan de muerte, ¿qué piensa?

R= En mi bebé.

5. ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?

R= Mi bebé.

6. ¿Qué es lo que más le preocupa acerca de la muerte?

R= Que va a pasar con los que se quedan aquí como a mi bebé

7. ¿Cree en alguna religión?

R= Católica.

8. ¿En qué busca consuelo?

R= En mis amigos y mi mamá.

9. ¿Cree que existe algo más después de la muerte?

R= Sí.

10. ¿Quisiera hacer algo antes de morir?

R= Sí, estar con toda mi familia.

11. Para usted, ¿qué es el perdón?

R= No guardar rencor a los que hacen mal.

12. ¿Ha perdonado alguna vez?

R= Sí.

13. ¿Qué sintió después de perdonar?

R= Muy bien.

14. ¿Quisiera pedir perdón a alguien antes de morir?

R= Es difícil para mí pedir perdón, soy muy orgullosa.

15. ¿Cómo se sentiría si pudiera pedir perdón a los que desea?

R= Pues bien y mal, porque les hice algo malo, que terminé pidiéndoles perdón.

Sujeto E

Fecha de aplicación. 11/07/17

Sexo: Femenino Edad: 68 años

Diagnóstico: operación de pelvis + cáncer

1. ¿Cuál fue su diagnóstico?

R= Que tengo mala la pelvis.

2. ¿Cómo se sintió cuando se enteró de su enfermedad?

R= Me dio miedo.

3. Cuando escucha sobre su estado, ¿en qué piensa?

R= En accidentes, en muertes.

4. Cuando hablan de muerte, ¿qué piensa?

R= Mis hijos.

5. ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?

R= Salir adelante.

6. ¿Qué es lo que más le preocupa acerca de la muerte?

R= Cómo voy a quedar, cómo voy a morir.

7. ¿Cree en alguna religión?

R= Sí, católica.

8. ¿En qué busca consuelo?

R= Pues en Dios.

9. ¿Cree que existe algo más después de la muerte?

R= Sí, el cielo.

10. ¿Quisiera hacer algo antes de morir?

R= Ver a mi familia crecer, formarse, casarse, tener a sus hijos.

11. Para usted, ¿qué es el perdón?

R= No ser rencorosa.

12. ¿Ha perdonado alguna vez?

R= Sí, a mi esposo.

13. ¿Qué sintió después de perdonar?

R= Muy bien, muy a gusto.

14. ¿Quisiera pedir perdón a alguien antes de morir?

R= A mi esposo, por ser también mala con él.

15. ¿Cómo se sentiría si pudiera pedir perdón a los que desea?

R= Pues a gusto.

Sujeto F

Fecha de aplicación: 12/07/17

Sexo: Femenino Edad: 37 años

Diagnóstico: Extracción de la vesícula+ cáncer.

1. ¿Cuál fue su diagnóstico?

R= Ocupan operar mi vesícula.

2. ¿Cómo se sintió cuando se enteró de su enfermedad?

R= Nerviosa, con miedo.

3. Cuando escucha sobre su estado, ¿en qué piensa?

R= En mi familia.

4. Cuando hablan de muerte, ¿qué piensa?

R= En mi familia.

5. ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?

R= Mis hijos.

6. ¿Qué es lo que más le preocupa acerca de la muerte?

R= Qué va a pasar cuando no esté.

7. ¿Cree en alguna religión?

R= Sí, católica.

8. ¿En qué busca consuelo?

R= En San Mateo, él es mi santo abogado.

9. ¿Cree que existe algo más después de la muerte?

R= No.

10. ¿Quisiera hacer algo antes de morir?

R= Estar con mis hijos.

11. Para usted, ¿qué es el perdón?

R= No sé.

12. ¿Ha perdonado alguna vez?

R= No.

13. ¿Quisiera pedir perdón a alguien antes de morir?

R= Sí.

14. ¿Cómo se sentiría si pudiera pedir perdón a los que desea?

R= Muy bien, feliz.

Sujeto G

Fecha de aplicación: 12/07/17

Sexo: Femenino Edad: 80 años

Diagnóstico: Sepsis severa +DM2+IRA+HTA

1. ¿Cuál fue su diagnóstico?

R= Solo sé que estoy muy cansada y sin fuerzas.

2. ¿Cómo se sintió cuando se enteró de su enfermedad?

R= Me asusté.

3. Cuando escucha sobre su estado, ¿en qué piensa?

R= Que me voy a morir.

4. Cuando hablan de muerte, ¿qué piensa?

R= Que la “huesuda” ya viene por mí.

5. ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?

R= Mi salud.

6. ¿Qué es lo que más le preocupa acerca de la muerte?

R= Mis hijos.

7. ¿Cree en alguna religión?

R= Cristiana.

8. ¿En qué busca consuelo?

R= Dios.

9. ¿Cree que existe algo más después de la muerte?

R= Sí, el cielo.

10. ¿Quisiera hacer algo antes de morir?

R= Sí, ver a mis familiares para despedirme.

11. Para usted, ¿qué es el perdón?

R= Ya dejar de sentir mal hacia otros.

12. ¿Ha perdonado alguna vez?

R= Sí, mucho.

13. ¿Qué sintió después de perdonar?

R= Bastante bien.

14. ¿Quisiera pedir perdón a alguien antes de morir?

R= Sí, a mis hijos.

15. ¿Cómo se sentiría si pudiera pedir perdón a los que desea?

R= Aliviada, muy a gusto.

Sujeto H

Fecha de aplicación: 12/07/17

Sexo: masculino Edad: 17 años

Diagnóstico: Traumatismo múltiple (impactos de balas).

1. ¿Cuál fue su diagnóstico?

R= Que estoy muy delicado.

2. ¿Cómo se sintió cuando se enteró de su problema?

R= Que me iba a morir.

3. Cuando escucha sobre su estado, ¿en qué piensa?

R= En que me voy a morir.

4. Cuando hablan de muerte, ¿qué piensa?

R= En que ya viene por mí.

5. ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?

R= Recuperarme.

6. ¿Qué es lo que más le preocupa acerca de la muerte?

R= Qué le pasará a mi familia.

7. ¿Cree en alguna religión?

R= En Dios.

8. ¿En qué busca consuelo?

R= En Dios y en mí mismo.

9. ¿Cree que existe algo más después de la muerte?

R= Sí, el cielo.

10. ¿Quisiera hacer algo antes de morir?

R= Sacar a mi familia adelante.

11. Para usted, ¿qué es el perdón?

R= Pues como a mí me paso, que, si alguien te dispara, perdonarlo; que no te importe el mal que te hizo.

12. ¿Ha perdonado alguna vez?

R= Sí.

13. ¿Qué sintió después de perdonar?

R= Feliz, libre, muy bien.

14. ¿Quisiera pedir perdón a alguien antes de morir?

R= Sí, a mi familia.

15. ¿Cómo se sentiría si pudiera pedir perdón a los que desea?

R= Feliz.

Sujeto I

Fecha de aplicación: 12/07/17

Sexo: masculino. Edad: 27 años

Diagnóstico: Desnutrición + anemia + VIH.

1. ¿Cuál fue su diagnóstico?

R= Positivo.

2. ¿Cómo se sintió cuando se enteró de su enfermedad?

R= Me saque de onda, no sabía ni qué.

3. Cuando escucha sobre su estado, ¿en qué piensa?

R= En qué va a pensar la gente, si se llegaran a enterar, si a mi familia se le saliera y se enteraran.

4. Cuando hablan de muerte, ¿qué piensa?

R= En cuánto tiempo voy a durar.

5. ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?

R= Mi familia.

6. ¿Qué es lo que más le preocupa acerca de la muerte?

R= Qué va a pasar después.

7. ¿Cree en alguna religión?

R= Católico.

8. ¿En qué busca consuelo?

R= En mi madre.

9. ¿Cree que existe algo más después de la muerte?

R= Sí.

10. ¿Quisiera hacer algo antes de morir?

R= Estudiar gastronomía y poner mi propia repostería, vender postres.

11. Para usted, ¿qué es el perdón?

R= Dejar de sentir.

12. ¿Ha perdonado alguna vez?

R= Sí.

13. ¿Qué sintió después de perdonar?

R= Muy a gusto, muy bien conmigo.

14. ¿Quisiera pedir perdón a alguien antes de morir?

R= A todos.

15. ¿Cómo se sentiría si pudiera pedir perdón a los que desea?

R= Muy bien, liberado, yo creo que mejor.

Sujeto J.

Fecha de aplicación: 12/07/17

Sexo: Masculino Edad: 35 años

Diagnóstico: VIH.

1. ¿Cuál fue su diagnóstico?

R= VIH.

2. ¿Cómo se sintió cuando se enteró de su enfermedad?

R= Me dio miedo, pensé que ya me iba a morir.

3. Cuando escucha sobre su estado, ¿en qué piensa?

R= En que ya no valgo nada, en que todos me evitan o se me quedan viendo mal.

4. Cuando hablan de muerte, ¿qué piensa?

R= Que ya me voy a morir.

5. ¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?

R= Lo que piense mi familia.

6. ¿Qué es lo que más le preocupa acerca de la muerte?

R= Cómo me voy a morir.

7. ¿Cree en alguna religión?

R= Católica.

8. ¿En qué busca consuelo?

R= En Dios y mi familia que me apoya.

9. ¿Cree que existe algo más después de la muerte?

R= El cielo.

10. ¿Quisiera hacer algo antes de morir?

R= Poder conocer a mis hijos.

11. Para usted, ¿qué es el perdón?

R= Olvidar lo malo que me hicieron y desearles el bien a esas personas.

12. ¿Ha perdonado alguna vez?

R= Sí.

13. ¿Qué sintió después de perdonar?

R= Muy bien, deje de pensar tantas tonterías.

14. ¿Quisiera pedir perdón a alguien antes de morir?

R= Sí a todos.

15. ¿Cómo se sentiría si pudiera pedir perdón a los que desea?

R= Muy bien, a gusto, genial.

