

118
2j



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA PARA INFORMAR Y
SENSIBILIZAR AL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA
PARA AYUDAR AL PACIENTE MORIBUNDO EN LA
ELABORACION DEL DUELO**

**T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:**

MARGARITA EUGENIA GUTIERREZ QUIROZ

Directora:

DRA; ANNEMARIE BRUGMANN GARCIA

DR. JUAN JOSE SANCHEZ BOBA

Director de la Facultad de Psicología

MEXICO, D. F.

OCTUBRE DE 1996



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

*Un agradecimiento especial a la Dra. Annemarie Brüggmann García,
por su atinada dirección en la realización de este trabajo,
por su paciencia, por dedicarme su tiempo y apoyarme en
los momentos más difíciles, para lograr mi anhelado objetivo.
Ya que sin su estímulo, no hubiera llegado al final del camino.*

*También un reconocimiento a mis sinodales, por el tiempo
que le dedicaron a la revisión de este trabajo, sus comentarios
y sugerencias fueron muy valiosas, gracias
Mtra. Selma González Serratos
Mtro. Mario Cicero Franco
Lic. Araceli Mendoza Ibarrola
Lic. Angelina Guerrero Luna*

*A todos mis profesores y compañeros de la universidad
por los agradables momentos que compartimos durante
mi formación profesional, gracias por los conocimientos
y experiencias obtenidas.*

*Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México,
A la Facultad de Psicología y al Programa de Titulación
de Educación Continua y al personal que trabaja en él.*

DEDICATORIAS

*A la memoria de mi padre.
José Dolores Gutiérrez Soto.*

A mi madre por creer en mi, gracias.

*Para mi hijo Leonardo, por su paciencia y amor,
por ser la luz, que ilumina mi camino.*

*Para el Felipe, sin tu ayuda y amor, no habría
logrado realizar los sueños más importantes,
que he tenido, con todo mi amor. Gracias.*

*A mis hermanas que me han ayudado
en todos los momentos de mi vida.*

*A Elsa Nelly por su apoyo incondicional
y sus comentarios para mejorar este
trabajo, gracias por su paciencia y
comprensión.*

*A José Iván, que este esfuerzo, te sirva
como estímulo para seguir estudiando
y lograr un futuro mejor.*

*A Mary, Armando, Natalia y Victor,
por su apoyo desinteresado y
sus palabras de aliento, Gracias.*

Para Adela, gracias por tu amistad.

*Agradezco a Rocio Olgún por su apoyo
mecanográfico y sus oportunos comentarios.*

DEDICATORIAS

*A la memoria de mi padre.
José Dolores Gutiérrez Soto.*

A mi madre por creer en mi, gracias.

*Para mi hijo Leonardo, por su paciencia y amor,
por ser la luz, que ilumina mi camino.*

*Para ti Felipe, sin tu ayuda y amor, no habría
logrado realizar los sueños más importantes,
que he tenido, con todo mi amor. Gracias.*

*A mis hermanas que me han ayudado
en todos los momentos de mi vida.*

*A Elsa Nelly por su apoyo incondicional
y sus comentarios para mejorar este
trabajo, gracias por su paciencia y
comprensión.*

*A José Iván, que este esfuerzo, te sirva
como estímulo para seguir estudiando
y lograr un futuro mejor.*

*A Mary, Armando, Natalia y Víctor,
por su apoyo desinteresado y
sus palabras de aliento, Gracias.*

Para Adela, gracias por tu amistad.

*Agradezco a Rocío Olgún por su apoyo
mecanográfico y sus oportunos comentarios.*

INDICE	Página
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO 1	
1.1 Sistema de atención a la salud en México.	4
1.2 Niveles de atención médica.	6
1.3 Equipo de salud.	7
1.3.1 Campo de actividades profesionales del médico	8
1.3.2 Campo de actividades profesionales de la enfermera	9
1.4 Perfil del médico y la enfermera.	10
CAPITULO 2	
2.1 El concepto de muerte.	12
2.2 Aspecto fisiológico.	12
2.3 Aspecto antropológico-religioso.	14
CAPITULO 3	
3.1 Aspecto psicológico.	27
CAPITULO 4	
4.1 Concepto de duelo.	37
4.2 Modelo psicoanalítico.	39
4.3 Modelo cognitivo-conductual.	46
4.4 Modelo Existencialista.	48
4.5 Modelo humanista.	50
CAPITULO 5	
5.1 La muerte en los centros hospitalarios	53
5.2 Investigaciones sobre el comportamiento del personal médico y de enfermería ante la muerte.	55
5.3 Emociones reprimidas ante el paciente moribundo y la muerte	59
CAPITULO 6	
Propuesta de trabajo de un programa informativo y vivencial de sensibilización para médicos y enfermeras sobre el proceso de duelo, la muerte y sus emociones.	
6.1 Problema.	62
6.2 Objetivos.	63
6.3 Técnica de grupos operativos.	63
6.4 Programa de trabajo.	72

INDICE	Página
CONCLUSIONES	75
SUGERENCIAS	76
BIBLIOGRAFIA	77

RESUMEN

Esta tesina es un trabajo de investigación en relación al tema de la muerte y el duelo, desde diferentes aspectos y modelos que se relacionan con ella como son:

El hospital, el personal médico y de enfermería, los pacientes moribundos y sus familiares que están en contacto con este personal.

Para conocer estos aspectos se desarrollaron diferentes temas como son:

El sistema de atención a la salud en México y sus niveles de atención; el equipo de salud, y los perfiles de los médicos y las enfermeras que están con los pacientes que tiene una amenaza vital.

Se investigaron los diferentes enfoques teóricos como son el aspecto fisiológico, antropológico, religioso y psicológico de la muerte, así como el concepto de duelo y el proceso de afrontamiento de los enfoques Humanista, Cognoscitivo Conductual, Existencial y Psicoanalítico, con el fin de conocer y entender este fenómeno de manera más integral.

Se revisaron algunas investigaciones sobre el comportamiento y las emociones reprimidas del personal médico y de enfermería ante la muerte, el duelo, el paciente moribundo y sus familiares.

Con base en toda esta información se propone un programa informativo y vivencial de apoyo psicológico en un grupo formal con la técnica de grupos operativos con el personal médico y de enfermería que al trabajar con pacientes moribundos presentan diferentes actitudes que están acompañadas de varios aspectos personales o interpersonales ya sean conscientes o inconscientes que obstaculizan el trabajo profesional de dicho personal.

Este programa tiene como finalidad informar y sensibilizar a dicho personal para evitar la negación hacia la muerte, que es un mecanismo de defensa que evita la angustia, y así entender mejor sus actitudes, logrando ayudar al paciente moribundo y su familia en la elaboración del duelo de una forma integral.

INTRODUCCION

La muerte como parte del proceso de la vida de todo ser humano es inevitable. El tema de la muerte puede ser abordado desde diferentes aspectos, como son:

1.- El fisiológico, el cual considera el cese de las funciones vitales, caracterizada por la ausencia del estado de conciencia, de reflejos, la presencia de paro cardiorespiratorio irreversible y la pérdida de la temperatura corporal.

2.- El antropológico el cual describe los diversos ritos, dedicados a la muerte en diferentes culturas y tribus.

3.- El aspecto religioso, el cual afirma poseer la verdad sobre ella: La muerte es inseparable de la voluntad de Dios, es un paso para encontrar la vida en el más allá, disminuyendo así el miedo al fin inevitable y definitivo.

4.- El aspecto psicológico ha tratado de explicar el tema de la muerte y el duelo: plantea que en el hombre el temor a la muerte es universal y forma parte de la condición humana, el enfrentamiento produce angustia, cuya manifestación cambia de una persona a otra, esto depende fundamentalmente de distintos factores en el proceso de maduración del ser humano.

El enfrentamiento a la muerte se presenta con mayor frecuencia en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención a la salud, en los servicios de Urgencias, Medicina Crítica, Medicina Interna y Cirugía; en donde se observa, como el personal médico y de enfermería tiene una aparente desensibilización e indiferencia hacia el paciente, por sus experiencias previas que les generan emociones que posiblemente han aprendido a controlar, pero en algunos casos se presentan el miedo, la angustia y el coraje ante el proceso de muerte del paciente.

Estos aspectos no han sido estudiados, con mucha frecuencia ya que la mayor parte de las investigaciones son para dar apoyo psicológico a los pacientes moribundos y a sus familiares.

A pesar de esto nos encontramos con una realidad diferente, en la práctica, el personal médico y de enfermería no cuenta con conocimientos teóricos, sobre el proceso de duelo que se presenta en el paciente moribundo y sus familiares. Esta falta de preparación influye en el tratamiento directo con el paciente y sus familiares, por lo que es necesario plantear la importancia de proponer un programa informativo psicológico vivencial, sobre todo en el proceso de duelo a dicho personal.

Este programa debe contener una amplia información sobre el afrontamiento del paciente con su propia muerte y el proceso de duelo con sus familiares y allegados; aún, cuando el personal médico y de enfermería se enfrenta constantemente al deceso de un paciente, no siempre se permite sentir y expresar sus emociones.

El apoyo psicológico vivencial tiene como propósito sensibilizar al personal de salud y estará basado en las experiencias vividas en su práctica profesional, con un trabajo de grupo que tenga un enfoque psicoanalítico, aplicando la técnica de grupos operativos.

CAPITULO 1

La muerte

- Yo me excuso ante la muerte porque no he vivido bastante
 - Yo me excuso ante la muerte porque estoy aprendiendo a vivir
 - Yo me excuso ante la muerte porque amo
 - Yo me excuso ante la muerte porque no creo en Dios
 - Yo me excuso ante la muerte porque creo en la muerte
- Fernando Casón Vera

1.1 SISTEMA DE ATENCION A LA SALUD EN MEXICO.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), la atención médica se conceptúa como “un conjunto de acciones directas y específicas, destinadas a mantener la salud, prevenir enfermedades y poner al alcance de la población los recursos de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y restaurados de la observación consecuente”.

Para lograr este propósito en México la Ley General de Salud (S.S.A. 1995) dice: “El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local y de las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que prestan servicios de salud...”

“... Por servicios de salud se entienden aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de las personas y la colectividad”.

La atención médica se proporciona a través de tres grandes grupos que brindar servicios de salud como son:

I Servicios públicos a la población en general; son los que se prestan en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país, que así lo requieran están

regidos por criterios de universalidad y de gratuidad basados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

La atención médica debe satisfacer los siguientes requisitos: igualdad, oportunidad, integridad, accesibilidad y calidad, que se entiende de la siguiente manera:

La **igualdad** consiste en poder proporcionar a todos los pacientes que acuden a los servicios de salud pública una atención igual, sin importar edad, sexo, ocupación o credo.

La **oportunidad**, se refiere a que se den en el momento adecuado en el que sean solicitados.

La **integridad**, se refiere a que comprenda las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación necesarias.

La **accesibilidad**, es que esté al alcance de todos los habitantes de las áreas urbanas, suburbanas y rurales.

La **calidad**, se refiere a que se proporcione de acuerdo con el estado actual de los adelantos científicos.

Para poder cumplir con estos requisitos, la Secretaría de Salud atiende a la población que no tiene acceso a la atención privada, ni a la de seguridad social, como el IMSS e ISSSTE, pagando cuotas de recuperación que tienen relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose en ocasiones eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlos, conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud.

Estos servicios los proporciona en diversos Centros de Salud, Hospitales Generales y de Especialidades.

II El sistema de Seguridad Social que da servicios a derechohabientes del IMSS e ISSSTE.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), brinda atención a los obreros y trabajadores del sector privado, se sostienen con las cuotas que cotiza el patrón y el trabajador de acuerdo a sus percepciones.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), proporciona atención médica a todo el personal que preste sus servicios a

instituciones del estado mediante el pago de cuotas quincenales proporcionales a sus percepciones, que dan servicio a clínicas y hospitales de segundo y tercer nivel.

III Servicios privados, son los que presten personas físicas o morales en condiciones que convengan, con los usuarios pagando éstos el costo del servicio que soliciten. Se dedican exclusivamente a la restauración de la salud del individuo y le dan poca importancia a los aspectos preventivos de la comunidad.

1.2 NIVELES DE ATENCION MEDICA

El sistema de atención la salud en México, tiene tres niveles de atención, que están estrechamente relacionados en mayor o menor grado entre sí, con la muerte y los pacientes moribundos, por lo que es necesario hablar de los niveles básicos de atención médica para conocer esta relación:

Primer nivel. Es el contacto inicial entre la comunidad y los servicios de salud. Se estima que el personal pueda resolver hasta el 85 % de los problemas médicos más comunes. Este nivel tiene básicamente carácter promocional, educativo, protección específica y de atención de enfermos que requieren una medicina simplificada.

Esta atención se brinda principalmente en Centros de Salud, Clínicas, domicilio del paciente, servicios de urgencias y consultorios privados y dispensarios médicos.

En este nivel se incluye la atención primaria de la salud pública, control de enfermedades transmisibles, crónico degenerativas, planificación familiar, control de embarazo, apoyo al control sanitario y la vigilancia epidemiológica y del ambiente, así como la capacitación de la población en el cuidado de su salud.

En este nivel de atención el personal de salud está integrado preferentemente por médicos generales y familiares, así como enfermeras generales y auxiliares que están preparados para trabajar en la comunidad, en la promoción de la salud, prevención de enfermedades y tratamientos sencillos ambulatorios o domiciliarios para poder así, en caso necesario, hacer la referencia del paciente al segundo y tercer nivel de atención. También

se cuenta con personal técnico y el equipo de laboratorio para realizar estudios de gabinete elemental.

Segundo nivel. En este se atienden los problemas no resueltos en el primer nivel; cuenta con mayores recursos diagnósticos y terapéuticos para tratar padecimientos un poco más complejos y que puedan requerir hospitalización. El paciente es referido a este nivel para establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno y limitación del daño.

Esta atención se proporciona en hospitales generales, centros de salud con hospitalización y consulta externa especializada, en la que se cuenta con Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía general, Medicina Interna, considerándose que se puede resolver un 12 % de la patología.

Tercer nivel. La atención que se brinda en este nivel requiere de un tratamiento de alta especialización, con tecnología sofisticada y muy avanzada en detección y tratamiento.

Este nivel comprende a hospitales e institutos que dan atención a casos complejos, no resueltos en el segundo nivel, que comprende del 3 % al 5 %, cuenta con superespecialidades como Cardiología, Oncología, Neumología, Nutrición, etc.

En estos institutos, además, se realizan importantes labores de docencia e investigación altamente especializada orientando su atención básicamente a la curación y rehabilitación del daño (Sánchez, R. 1991) (Soberón, Ruiz, cols. 1983).

1.3 EQUIPO DE SALUD.

Para desarrollar las actividades en los diferentes niveles de atención se requiere contar con un equipo de salud (Balderas, 1988).

El equipo de salud está conformado por un grupo de profesionales de diferentes disciplinas, que coordinan sus conocimientos y actividades para proporcionar una atención integral al paciente.

Generalmente está formado por: Médicos, Enfermeras, Trabajadores sociales, Laboratoristas y en algunos institutos también hay Psicólogos.

Dependiendo del tipo de padecimiento que se trate, se integra el equipo de especialistas que se responsabilizan del tratamiento.

Para los objetivos de este trabajo hablaremos de los médicos y las enfermeras que trabajan principalmente en el segundo y tercer nivel de atención a la salud, ya que en estos niveles es más frecuente el contacto con la muerte, el paciente moribundo y su familia.

1.3.1 Campo de actividades profesionales del Médico.

El médico es el profesional que ha sido capacitado para atender integralmente los problemas de salud del ser humano, tanto a nivel individual, como familiar y comunitario.

Las principales actividades que realizan generalmente los médicos son :

- * El diagnóstico, pronóstico y tratamiento oportuno de los problemas de salud.
- * La promoción de la salud.
- * La atención preventiva, curativa y rehabilitadora que requieran estos problemas.
- * La canalización de los individuos, familias y/o grupos que requieran de un diagnóstico y tratamiento más especializado.
- * Labores de docencia e investigación (Guía de carreras UNAM 1992).

Estas actividades son realizadas básicamente en centros de salud, clínicas y hospitales de primer nivel de atención del IMSS, ISSSTE, SSA o privadas en la consulta externa y en la comunidad.

Para cubrir las necesidades de personal en el segundo y tercer nivel de atención médica se requiere de la capacitación y entrenamiento del médico general en múltiples especialidades como: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Gineco-Obstetricia, así como, en superespecialidades: Cardiología, Oncología, Ortopedia, Hematología, Dermatología, Gastroenterología, Medicina Crítica, Urología, Infectología, Neumología, Endocrinología, Nefrología, etc.

Para poder realizar estas especialidades es un requisito indispensable para el médico realizar una residencia de tres a cinco años aproximadamente en los diferentes servicios hospitalarios, relacionados con la especialidad elegida; con ello se pretende lograr una preparación óptima, para brindar un servicio de la mejor calidad posible.

1.3.2 Campo de actividades profesionales de la Enfermera.

La enfermería es la profesión de servicio que en diferentes niveles de atención de manera multidisciplinaria promueve la prevención, el fomento y restauración de la salud humana en sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo. La preparación profesional de la enfermera tiene tres niveles que son:

* **Auxiliar de enfermería.** Es la encargada de realizar algunas funciones técnicas como promoción de la salud a nivel comunitario, protección específica (vacunas), saneamiento ambiental, atención al paciente en sus necesidades básicas (toma de signos vitales, alimentación, higiene, eliminación de desechos, etc.).

* **La enfermera a nivel técnico.** De acuerdo a su preparación profesional participa en actividades generales que implican funciones técnicas y administrativas en los diversos niveles de atención a la salud; aplica recursos y procedimientos técnicos, fundamentados en los métodos científicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y estadísticos.

* **En el nivel de licenciatura.** Las enfermeras están capacitadas para dar atención gineco-obstétrica, atender al paciente en estado crítico y de alto riesgo y también pueden dedicarse a la docencia y a la investigación.

Tanto a nivel técnico como de licenciatura se pueden realizar cursos posttécnicos y especialidades, según los intereses de la persona.

Los campos de acción donde realizan sus actividades son:

Centros de salud, clínicas, hospitales del IMSS, ISSSTE, SSA o privadas en la comunidad y a nivel domiciliario.

Las licenciaturas de enfermería se desempeñan principalmente en los hospitales de atención de segundo y tercer nivel.

Es importante en cada profesión cubrir las características y perfiles necesarios para su correcto desempeño. Es en la medicina y la enfermería donde las personas que van a dedicarse a ejercer esta profesión deben reunir un perfil determinado para brindar sus servicios con la mayor calidad y profesionalismo

1.4 PERFIL DEL MEDICO Y LA ENFERMERA.

Al revisar las características que deben tener estos profesionistas se encuentran muchas similitudes; y en general son las siguientes :

- * Amor a su profesión
- * Vocación de servicio
- * Tendencia humanista
- * Capacidad para tomar decisiones
- * Capacidad para actuar ante situaciones de urgencia
- * Objetividad
- * Capacidad empática
- * Estabilidad emocional
- * Tolerancia a la frustración
- * Honestidad
- * Responsabilidad
- * Respeto
- * Discreción
- * Comprensión
- * Generosidad
- * Bondad

- * Paciencia
- * Pulcritud
- * Infatigabilidad

También deben tener hábitos de estudio constantes para actualizar sus conocimientos y así adquirir habilidades científicas de memoria y concentración.

Las características específicas son :

Médico

- * Capacidad para organizar el trabajo en equipo.
- * Ayuda a sus semejantes a través del tratamiento de sus padecimientos físicos.
- * Humildad para reconocer sus limitaciones.

Enfermera

- * Cumplir con normas y reglamentos.
- * Disposición para trabajar en equipo.
- * Ayudar a sus semejantes a través del cuidado de sus padecimientos físicos ofreciéndoles seguridad con amabilidad y afecto.
- * Tener habilidades manuales y técnicas.

CAPITULO 2

*La vida y la muerte son
parte de una misma cosa,
la muerte campea en la rosa,
y la vida en el botón.
Y todo es una cuestión
que el tiempo lo determina,
porque la muerte camina
tan inevitablemente,
que aparece de repente
allí, por cualquier esquina.
Carlos F. Changmariu*

2.1 EL CONCEPTO DE MUERTE

El fenómeno de la muerte ha sido abordado de diferentes formas y puntos de vista, en ocasiones diametralmente opuestos, razón por la que es difícil llegar a un consenso entre los mismos. A continuación se explicarán dichas concepciones iniciando con una definición de muerte.

2.2 ASPECTO FISIOLÓGICO.

“Muerto (del lat. mors, mortis) : F. Cesación , extinción o término de la vida...

Muerte clínica o aparente: Suspensión de la vida animal, pero sin cesación de la vida vegetativa, lo que permite emplear procedimientos médicos de resucitación”.
(Reader's Digest, 1982).

Muerte natural: la que resulta del debilitamiento progresivo de todas las funciones vitales.

Muerte real: Cesación definitiva de la vida, cuyo signo principal es la putrefacción.

Muerte súbita: La que sobreviene repentinamente en estado de salud o enfermedad de modo imprevisto (Salvat, 1983, p. 648).

La Ley General de Salud nos dice: En el artículo 317 " Que para certificación de la pérdida de vida, deberá comprobarse previamente la existencia de los siguientes signos de muerte :

- I La ausencia completa y permanente de consciencia;
 - II La ausencia permanente de respiración espontánea;
 - III La falta de percepción y respuesta de estímulos externos;
 - IV La ausencia de los reflejos de los pares craneales y de los reflejos medulares;
 - V La atonía de los músculos;
 - VI El término de la regulación fisiológica de la temperatura corporal;
 - VII El paro cardíaco irreversible;
 - VIII Los demás que establezca el reglamento correspondiente".
- (S.S.A. 1995).

Por lo que se puede decir que cadáver es : El cuerpo humano en el que se ha comprobado la pérdida de la vida y pérdida de la actividad cerebral.

En la definición anterior sólo se contempla un enfoque de la muerte desde un aspecto exclusivamente biológico. No obstante sabemos que hay diferentes formas de entender o explicar la misma, por lo que en el siguiente inciso revisaremos los aspectos antropológico y religioso.

2.3 ASPECTO ANTROPOLOGICO-RELIGIOSO.

Una de las características esenciales que distinguen al hombre de los animales es la capacidad de darse cuenta de que va a morir y esto le provoca gran temor.

El temor representa un papel prominente en el desarrollo y crecimiento de una cosmovisión y en el surgimiento de las religiones de la humanidad.

Parece que primero se presentó el temor a los fenómenos naturales y a la muerte.

Este sentimiento se da en la humanidad desde los pueblos más "primitivos", y es condición previa para que el hombre busque una explicación del imprevisible mundo que lo rodea. Surge una angustia ante la dificultad de resolver los problemas que le plantean su nacimiento, vida y muerte, por lo que empieza a estructurar la concepción mística de una cosmovisión, surgiendo así la religión que se encuentra en el origen mismo de la relación del hombre con la naturaleza.

El ser humano se siente débil e indefenso frente a esas fuerzas desconocidas e incontrolables y trata de explicar lo que sucede, por medio del pensamiento mágico surgiendo así la religión. Utiliza diversos ritos como danzas, oraciones, sacrificios, intentando dominar aquella parte del universo que no se somete a sus fuerzas o razonamientos; presupone un mundo de seres sobrenaturales que son llamados espíritus, demonios o dioses.

Siguiendo el animismo y el fetichismo representaban de forma concreta una gran variedad de imágenes, dedicadas a las fuerzas de la naturaleza, venerando a cada una de ellas por las bendiciones específicas que podían darles o las temían por el castigo que podrían mandarles a aquellos que transgredían la conducta prescrita.

Para comunicarse con estos seres sobrenaturales y solicitar su ayuda o aplacar su ira, los hombres utilizaban los poderes y facultades extraordinarias que atribuían a los sacerdotes, ancianos, magos, chamanes o hechiceros, que servían como intermediarios entre el mundo real y el sobrenatural.

Al inicio, el temor a la presencia de la muerte aterrorizaba a los primitivos. Cuando se producía el deceso de algún miembro de la comunidad, el cadáver era

abandonado pues se creía, que era peligroso para los vivos; la muerte era un demonio que podía dominarlos o matarlos. Con el tiempo la percepción de la muerte empezó a cambiar y se incorporó al concepto de la vida iniciando así la dicotomía vida-muerte.

Al descubrir los restos del hombre del Neanderthal se encontraron en sus tumbas evidencias de que poseían ciertas creencias sobre la vida de ultratumba, se trataba al cadáver de una manera determinada, creyendo influir de esta manera sobre la muerte.

En las tumbas se encontraron informes sobre las creencias en una vida más allá de la muerte, los grabados y las pinturas rupestres, las cabezas cortadas, las trepanaciones y los sacrificios humanos y de animales dan fe de esta creencia, por ejemplo era frecuente encontrar que al difunto se le atara en una posición regresiva a la cual se le suele llamar "fetal" con el fin de que su espíritu, así, también constreñido a la inmovilidad, no pueda venir a perturbar a los vivos.

La costumbre de atar al cadáver en tal posición ha sido identificado en otras tribus, como la vuelta del difunto al útero materno, es decir como un probable principio de transmigración según el cual el individuo vuelve a nacer en cuerpo o espíritu en otro ser humano, animal u objeto.

Existía un culto a los muertos y la creencia de que las almas etéreas, sutiles y que son la fuerza vital por las que los seres humanos viven y mueren, los animales no tienen alma, se dudó que los habitantes de América (indígenas) tuvieran alma.

Cuando el alma abandona al cuerpo del individuo, se desprende el alma tras la muerte corporal y pasa a ocupar cierto lugar específico, que suele situarse en las alturas, en las nubes o el cielo, o bien en las profundidades.

Los vivos les llevan ofrendas y veneran a los espíritus que insensiblemente pasan a convertirse en dioses del fuego, del agua, del maíz, de la caza, de la muerte etc., dando origen al politeísmo.

Se ha creído que después de la muerte se continúa otra forma de vida en la que subsisten aún las necesidades que se tuvieron en la vida terrenal, por lo que los muertos son enterrados con alimentos, vasijas y algunas personas, las más allegadas para que los acompañen en su camino al más allá.

De esta forma se siguió practicando el culto a los muertos. Los cadáveres aparecen siempre adornados y muchos descansan sobre capas de ocre rojo, que sugieren quizá la idea de sangre, que caracteriza a la vida.

Está siempre presente la circunstancia de querer engañarse, no admitiendo que la vida acaba con la muerte.

Aparecen diferentes formas de disponer el cuerpo como son: el entierro, la incineración o cremación, la sepultura de urnas que contengan las cenizas, el embalsamamiento, etc.

Los entierros se realizaban en cuevas o megalitos que son construcciones de piedra de grandes bloques, cuyo fin era defensivo, religioso y funerario (Rivera 1995).

Los sumerios también eran politeístas, seguían un rito de enterramiento en posición extendida, los adultos eran enterrados en cementerios organizados fuera del lugar de habitación de los vivos.

En Egipto se encontraron grandes manifestaciones de la creencia en la inmortalidad o la vida de ultratumba. La muerte solamente era un tránsito, mediante el cual se conseguía la continuidad de la vida con todas sus características.

En esta cultura se creía en el animismo y la magia, creando algunos mitos que trataban de explicar lo que sucedía después de la muerte.

Tenían varios Dioses como ISIS, diosa protectora de los muertos, OSIRIS dios de los muertos, que era el juez de las almas, ANUBIS dios momificador, guía de las almas y era representado por una cabeza de chacal.

Para los egipcios era muy importante embalsamar el cadáver, porque creían que debían conservarlo bien por si regresaba su alma al cuerpo.

Tenían un "Libro de los muertos", que les proveía de instrucciones que debían seguir en la vida, para que cuando llegara la muerte no tuvieran que temer.

Otros libros con el mismo fin eran: El libro de los féretros, El libro de las puertas, El libro de la noche y el Libro de Queverts. Todos ellos lo ayudaban en el camino al más allá y en el regreso. Se les hacía un juicio, en el cual los dioses determinaban si el

demonio se comía el alma o ésta podía regresar al cuerpo; siempre que hubiera cumplido con las enseñanzas de los libros.

En la cultura Griega se creía también en una vida sobrenatural, ofreciendo a sus muertos aquellos objetos que pudieran hacerle más grato su camino al HADES, el mundo de los muertos.

En esta época surge primordialmente la mitología que explicaba los fenómenos sobrenaturales.

El dios de las tinieblas y la región del infierno era ERBO; Hades era el mundo de las tinieblas, el infierno que era el lugar destinado a una vida sombría y triste para las almas de los hombres tras su vida terrenal.

Los Griegos buscaban la salvación, es decir, la perpetuación del ser individual tal como exigía la piedad innata de los hombres, por lo que tenían varios dioses como:

Dionisos, que representaba el deseo de la inmortalidad o la búsqueda de la salvación.

Eleusis prometía una vida feliz, una vida en los campos eliseos, estancia de los hombres que habían sido virtuosos.

Orfeo, que alimentaría con su música la vida sobrenatural de los bien aventurados.

Los Etruscos creían en la vida de ultratumba, por lo que hacían enterramientos suntuosos, en donde se celebraban solemnes celebraciones después del fallecimiento, que incluían banquetes funerarios y variados juegos.

Tenían la costumbre de colgar sobre el sarcófago la imagen del muerto tallada en piedra, creían que el muerto continuaba viviendo "in situ", es decir, en el mismo lugar donde habían sido enterrados.

En Roma las creencias eran muy parecidas, ya que las adoptaron de los griegos y etruscos, sólo cambiando el nombre de algunos dioses, más sin embargo, los romanos no los embalsamaba.

Los Romanos creían en la importancia de hacer sacrificios, por lo que tenían a un sacerdote como el "Rey Sacrorum" rey de los sacrificios, que precedía los banquetes con

carácter sagrado y las fiestas religiosas, que mantenían al pueblo entretenido (para no provocar revueltas crearon el circo).

En las ceremonias religiosas se hacían sacrificios que podían ser de animales, de hombres o vegetales. Continuaba la creencia en el renacimiento tras la muerte (García 1975).

En América se encuentran también en diferentes lugares de México, Centro y Sudamérica entierros acompañados de ofrendas que nos dan idea de la creencia en otra vida.

El mundo religioso en los pueblos prehispánicos, se asemeja mucho a las costumbres de los egipcios, ya que tenían una religión politeísta compleja con un animismo muy importante.

En la cultura Azteca uno de los aspectos más violentos en las relaciones Hombre-Dioses, estuvo constituido por los sacrificios humanos, que ofrecían a sus divinidades.

De la época clásica se encuentra la representación de la vida y muerte en una cabeza de barro procedente de Soyaltepec, cuya parte derecha es la imagen de la vida, mientras que la izquierda representa un rostro desencarnado (la muerte).

Los aztecas vivían en 1521 en el quinto sol, la leyenda de la quinta creación es fundamental para comprender los sangrientos ritos aztecos, la necesidad de mantener al quinto sol, originó los sacrificios humanos, cuya sangre debía alimentar al sol Huitzilopochtli, para que renaciera la vida cada día, por lo que morir para este fin era un privilegio.

En otras ceremonias y con otros fines también se sacrificaba a esclavos cautivos. Las mujeres y los niños eran destinados a la ceremonia de la fertilidad. Los niños eran ofrecidos al dios de la lluvia y eran ahogados en agua, los destinados al dios del fuego eran quemados en una hoguera.

El pueblo azteca estaba seguro de ir después de la muerte a vivir al reino de Mictlantecutli y Mictlancihuatl (Nuestro Señor y Señora de la muerte), que llevaban máscaras hechas de cráneos humanos y sus ornamentos eran huesos humanos o

representaciones de ellos (Vaillant, 1994, p.155) o bien hacían compañía al sol si habían muerto como guerreros en combate, o las mujeres que morían en el parto, o si eran sacrificadas para alimentar con su sangre a Huitzilopochtli, dios de la guerra, coloso dominador de tempestades.

A él se le ofrecían sacrificios humanos y a su madre Coatlicue, diosa de la tierra y la muerte. Se creía que las almas de los guerreros aparecían en algún momento durante el día, después de haber acompañado al sol en su diario trayecto como colibríes, símbolo de la resurrección (Westhein, 1992).

Las mujeres que morían en el parto, se iban junto al sol cuando descendía hacia el horizonte y volvían a pasar las noches en la tierra.

Los aztecas enterraban a sus muertos junto con joyas y alimentos para su vida en ultratumba y junto con su perro, que acompañaba a los muertos a su destino.

Una tumba descubierta en Xoxo, tenía una comunicación con el exterior, por lo que se cree que tenía la función de comunicar al alma del muerto con la tierra de los vivos.

En fechas periódicas realizaban ofrendas a los difuntos, probablemente por temor a los espectros y a sus intrusiones en las viviendas o en los lugares de trabajo.

Los mayas creían en la resurrección, eran politeístas y animistas.

El dios de la muerte y las tinieblas era Ah Puuch, se le representaba como un esqueleto con adornos de huesos humanos. Creían en la inmortalidad del alma y en unas regiones de ultratumba. Los guerreros muertos en batalla, las mujeres que morían de parto, los sacerdotes, los nobles y los sacrificados iban a un lugar donde crecía frondosa ceiba o Yaxché, el primer árbol del mundo, donde encontraban el eterno descanso y abundante comida y bebida.

La ceiba simboliza el eje central del universo de los mayas.

Al morir el individuo era cuidadosamente amortajado y vestido, le colocaban en la boca una cuenta de jade como moneda de la que podría servirse en la otra vida y una masa de maíz o Keyem.

Se concebía la vida en el inframundo como una continuación de la que había llevado durante su estancia entre los humanos.

Al evolucionar los conceptos se estructuran de manera más formal diferentes religiones que tratan de explicar la muerte, en este trabajo se esbozaran las más representativas como son: Hinduismo, Budismo, Judaísmo, Cristianismo e Islamismo, que tienen el mayor número de creyentes.

Hinduismo

La concepción oriental lleva a la liberación espiritual, la salvación es el fin de la religión, el hombre tiene cuerpo y alma. El cuerpo es una vestidura externa que es abandonada cuando se desgasta por la edad o la enfermedad. El alma perdura siempre, no muere y gobierna la serenidad, la tranquila búsqueda de la verdad.

El induismo cree en la ley del acto, llamada *Karma*. esta ley nos enseña "De lo bueno debe salir lo bueno y de lo malo, lo malo".

El final del nacimiento es la muerte; el final de la muerte es el nacimiento, cuando el alma abandona el cuerpo, se reencarna en el cuerpo de un recién nacido de modo que en cuanto muere el individuo, vuelve a nacer y/o se le castiga por todo lo malo que ha hecho o se le premia por todo el bien que ha dispensado.

La reencarnación ocurre generación tras generación. Las almas individuales son como chispas de la esencia eterna una vez purificadas por el bien, se liberan finalmente de la esclavitud, de la reencarnación y el alma se reúne al Alma Universal para siempre, éste estado se llama "Nirvana".

Crean también: El *Yoga* que es la disciplina que permite al individuo controlar su cuerpo y sus emociones. y en el *Dharma* que es la ley del orden moral que cada individuo debe hallar y guardar para obtener el nirvana (Gaer 1964).

Para lograr esto debe cumplir las cinco virtudes cardinales que son:

* Pureza

- * Autodominio
- * Desprendimiento de las cosas mundanas o terrenas
- * Veracidad
- * No violencia

Budismo

Sus características básicas son: la pobreza y el rechazo a la vida mundana.

Nos habla de las cinco contingencias de la vida, que son: sufrimiento, dolor, enfermedad, vejez y muerte.

La meta de la vida no es el placer ni la felicidad, sino el fin de la existencia individual por medio de la práctica de las diez perfecciones que son: dar, deber, renunciación, percepción, valor, paciencia, verdad, resolución, bondad amante y serenidad.

El que alcanza la sabiduría perfecta y se convierte en amo de sí mismo, se gana su salvación y penetra en el "Nirvana" y concluye para él la cadena de reencarnación.

El nirvana es uno de los conceptos más difíciles de definir para la mente occidental, algunos la han definido como el estado del no-ser. Esto es correcto y también incorrecto, porque el nirvana es una liberación del ciclo de reencarnaciones y el fin de la existencia individual de esta forma es el estado bendito en que cesan todos los sufrimientos.

La reflexión es el camino a la inmortalidad, la falta de reflexión el camino hacia la muerte (Gaer 1964).

En el Hinduismo y el Budismo el cadáver es incinerado para que el alma pueda ser liberada del cuerpo y penetrar a su siguiente existencia (Sherr, 1989).

Judaísmo

En esta religión se reconoce la existencia de un solo Dios, que propone servir al prójimo y distribuir las riquezas o el tiempo entre los pobres o necesitados.

El cielo está en los corazones y el ánimo para alcanzarlo son los actos buenos mediante la caridad.

Cuando un hombre muere, el cuerpo mortal se entierra en lo hondo, porque el hombre creado del polvo, vuelve al polvo.

El alma del hombre bueno asciende a su hacedor, si el hombre fuera malo el alma descenderá al infierno, en donde se castigará por los pecados cometidos. cuando queda limpio de todos los pecados, ésta asciende al cielo.

El humanismo judaico propone la perfección de los seres humanos para alcanzar la salvación de sus almas (Gaer 1964).

Cristianismo

"En el corazón de esta iglesia esta la figura de Jesucristo, quien ante los cristianos ha sido tan humano como divino", Speck (citado por Sherr, 1989)

Jesucristo muere por los pecados de todos los hombres, para que todos consigan la salvación y así se reconcilien con Dios.

Cristo salvó al mundo del pecado original y de la muerte y puede dar nueva vida a quienes creen en él.

Los moribundos deben hacer un acto de confesión y contrición para recibir la absolución de sus pecados y alcanzar la vida eterna.

La esperanza de inmortalidad y resurrección halló en Cristo su base firme, ya que da la seguridad de que "El espíritu de aquel que resucitó a Cristo Jesús de entre los muertos dará también la vida a nuestros cuerpos mortales" (Rom 8, 11). Por la

resurrección se entra en un mundo nuevo en donde "no habrá ya muerte, ni llanto, ni gritos, ni fatigas" (A p 21,4) Biblia de Jerusalem.

La actitud de los cristianos, ante la muerte dependerá definitivamente, del significado que le dé dentro de su relación con Dios.

El cuerpo es enterrado en "campo santo" siguiendo la creencia de que debe tener santa sepultura.

Islamismo

El islamismo es proclamado Mohamnad (Mahoma) y cuyas raíces se encuentran en el judaísmo y el cristianismo, afirman que Dios (Alá), es uno y en el Corán se encuentran escritas las bases de esta religión.

En el Islam creen que existe una vida en el más allá: el cuerpo físico del hombre muere, pero su alma vive eternamente, creen en la vida futura, en la resurrección de los muertos o la vida de ultratumba y el juicio final.

Las acciones de los hombres cuando están vivos determinan su destino, en la vida del más allá, estas acciones serán pesadas en una balanza y juzgadas; según sean buenas o malas se van al cielo o paraíso (Isrá) que se representa con ríos, árboles y la eterna juventud de los elegidos.

Mahoma describe a los siete cielos en donde están los grandes profetas, el séptimo cielo es el más cercano al altísimo, en donde sólo tienen acceso los hombres y están los ángeles rodeando el trono.

Infierno (Mirach) que es el lugar de castigo de los pecadores y lugar de purificación de los pecados, es representado por el fuego y el agua hirviente. Por encima del infierno hay un puente (Sirat) <<delgado como un cabello, cortante como el filo de una espada.>> Por este puente peligroso han de pasar los difuntos: el condenado se escurre y cae al fuego del infierno; el elegido atravieza firmemente y logra llegar a la patria celestial de los bienaventurados.

El juicio final divide a los hombres en tres clases: los que no han abrazado el Islam, son destinados al fuego del infierno y a tener una vida larga y penosa lejos de Dios; los que profesan la unidad de Dios, pero sus pecados les impiden el acceso inmediato al paraíso, éstos han de purgar sus faltas en el infierno, que es para ellos un purgatorio. El pequeño grupo de los elegidos entra directamente en el purgatorio.

Para tener acceso al cielo, después de su muerte y evitar ser enviados al infierno, los musulmanes deben de seguir los cinco pilares de la fe que son:

Ordenanza de la liturgia o fe en Dios.

La oración diaria, por lo menos cinco veces al día y siempre mirando hacia la Meca.

La limosna litúrgica: que es una ayuda a los necesitados.

Ayuno del mes de Ramadán: es un rito educativo dedicado a humillar el cuerpo y purificar el alma mediante el hambre.

Peregrinación a la Meca: simboliza y promueve el espíritu de colectividad. (Espasa Calpe, 1926, Gaer 1964, Mones 1975).

Por lo antes expuesto se puede decir que el significado de la muerte se define socialmente y que la naturaleza del luto y duelo, refleja la influencia del contexto en donde ocurre.

Un ejemplo muy claro de esto es que en México el concepto de muerte es el resultado de la fusión de dos culturas; la Mesoamericana y la Española Cristiana del siglo XIV; que a través del tiempo fue desarrollando un sincretismo religioso, que hoy en día perdura.

Paz, O. (1950), afirma que "para los antiguos mexicanos la vida se promulgaba en la muerte, y a la inversa. No era el fin natural de la vida, sino una fase de un ciclo infinito. La vida no tenía función más alta que desembocar en la muerte".

En el México precolonial se creía que los muertos viajaban a un lugar llamado Mictlan.

Con la conquista Española entran en México las ideas religiosas que traen los frailes, encargados de la evangelización (Matos 1986).

En el siglo XVI se introdujo a México el terror a la muerte y al infierno, elementos principales del cristianismo que se divulgó a partir de entonces.

Durante la época colonial, la muerte se representa por medio de un esqueleto en diferentes posturas. En el siglo XVIII la muerte dejó de ser algo terrorífico y se representó como un personaje amable. A fines del siglo XIX se empezó a representar en el arte un culto a la muerte dándole un toque humorístico con imágenes de calaveras. (Cortés, Ruiz et al 1991).

En el presente siglo, a pesar de los avances tecnológicos y la modernidad, en México se le sigue ofrendando a la muerte y a los muertos.

La celebración del día de muertos y fieles difuntos es un acontecimiento de mucha trascendencia.

Son días de guardar y de compartir con los familiares el recuerdo de quienes ya se fueron. Esta es una tradición ancestral que tiene aspectos indisolubles de nuestra identidad indígena y representa una de las formas más importantes de la cultura mexicana.

El muerto es un ánima que requiere satisfacer sus necesidades básicas a través de ofrendas, costumbres prehispánicas y al mismo tiempo necesita ser ayudado a bien morir por medio de sus servicios y oraciones como la enseña la religión católica (Cruz, Oliver et al 1995).

Al hacer un análisis encontramos que el hombre de todas las épocas se conmueve en lo más profundo de su ser cuando se enfrenta con la muerte y cuando se peca de ella, tanto se trate de la muerte de sus semejantes como de la suya propia.

Si se siente desvalido y hay terror ante la muerte, se aferra a la vida con la idea de la inmortalidad o la vida en el más allá.

Pero la huida es la respuesta original y natural primera a la vivencia de lo que le causa horror (la muerte).

Wundt (citado por Herzog 1964) dice "En el momento en que un hombre muere, el impulso más inmediato es dejarlo tirado y huir... la huida al verse cadáver revela que el hombre teme ante todo por su propia vida, es cuando se presenta la angustia.

El hombre trata de adoptar ciertas medidas defensivas para disminuirla.

Elabora la muerte de una manera muy especial, la cubre incluso de aspectos sublimados, la niega y cree dominarla, un ejemplo de ello es el día de muertos en México.

El mexicano se encuentra angustiado ante la perspectiva de morir, como todo ser humano; pero se diferencia de otros pueblos, por que transforma a la muerte en algo familiar y cotidiano, acostumbra comer calaveras hechas de azúcar, chocolate o amaranto, se ha dicho que lo hace porque se burla de la muerte, dice no temerle y se la come tranquilamente en medio de fiestas.

Las calaveras de azúcar no son otra cosa más que el intento de trascender la muerte, de superarla, es el mecanismo de defensa del que nos habla Kübler-Ross en la fase de enfrentar a la muerte: en primera instancia se presenta la negación de la misma y la angustia.

También se puede presentar un afecto inadecuado que transforma el sentimiento hacia la muerte, en un hecho diferente, suavizándola, disminuyendo en los vivos sus angustias y sentimientos de culpa.

Paz, O. (1950) habla de la indiferencia del mexicano ante la muerte que se da proporcionalmente a su indiferencia ante la vida, y añade que por medio de canciones, refranes, fiestas y reflexiones populares se manifiesta equivocadamente que la muerte no asusta al mexicano.

El mexicano frecuenta a la muerte, la burla, la acaricia, duerme con ella, la festeja, es uno de sus juguetes favoritos y su amor más permanente .

En su actitud, hay quizás tanto miedo como en la de otros, pero al menos no la esconde, la contempla cara a cara con impaciencia, desdén o ironía.

CAPITULO 3

*He aquí que la muerte tarda como el olvido.
Nos va invadiendo lenta, poro a poro.
Es inútil correr, precipitarse,
Huir hasta inventar nuevos caminos
y también es inútil estar quieto
sin palpar siquiera para que nos olga.
Rosario Castellanos*

3.1 ASPECTO PSICOLOGICO

El enfoque psicológico de la muerte es el más importante de mencionar en este trabajo, ya que permite entender otra forma de ver a la muerte y darle una explicación a la conducta del hombre ante la misma.

Existen diferentes autores que hablan de la muerte.

Se iniciará con el psicoanálisis Freudiano que abrió una serie de discusiones acerca de la ideas de la muerte.

Los precursores del instinto de muerte fueron muchos, entre ellos : Empédocles, Goethe, Nietzsche, Darwin, Marx, Dostoievski, Schopenhauer y otros filósofos, literatos e intelectuales. Decían que el hombre era un ser que tenía en su interior impulsos agresivos semejantes al animal. Adler en 1908 fue uno de los que asignó a la agresión humana un lugar decisivo en su sistema psicológico.

En su obra Freud refleja muchos aspectos de la muerte como son el instinto de muerte, la fantasía, la angustia, el deseo de no morir y el duelo.

Después de dedicar muchos años a explicar al hombre determinado por el conflicto entre el instinto sexual, libido, instinto de autoconservación o el instinto de vida y muerte. Las circunstancias que vivió durante la primera guerra mundial y la crueldad observada lo llevaron a reconsiderar su teoría de las fuerzas que impelen las conductas del hombre,

planteando que hay un conflicto entre las fuerzas biológicas; la que lleva a la destrucción y la que lleva a la unión, en el amor : (El instinto de vida y el instinto de muerte) .

En sus siguientes trabajos Freud desarrolla este concepto en su artículo "Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte " (1915) Freud al tratar de explicar las guerras, nos dice que el ser humano las realiza para poder desahogar sus impulsos destructivos y la necesidad de dar muerte a sus semejantes, es su fin principal, ya que el hombre es una gama de impulsos que tienden a satisfacer sus deseos y necesidades primitivas.

En esta obra dice que el ser humano en su fuero interno no cree en su muerte, se cree inmortal siendo en realidad un mecanismo de defensa que niega la muerte y se originó cuando el ser humano se enfrenta a la muerte de un ser cercano.

En su artículo "Más allá del principio del placer" (1917) Freud considera la existencia de dos instintos básicos : Eros, instinto de vida, de conservación o instintos sexuales y Tanatos el instinto de Muerte o destrucción. Basó la existencia del instinto de muerte en especulaciones biológicas, acerca del origen de la vida y el fenómeno llamado "Compulsión a la repetición", es querer regresar a un estado anterior, que es la muerte.

La pulsión de muerte sería : La ausencia de una pulsión, es esa tendencia de toda sustancia orgánica viva a la reconstrucción de un estado estático, libre de tensión que es inanimado; por lo tanto, se puede decir que "La meta de toda vida es la muerte".

Freud menciona que los instintos de muerte son manejados por el individuo de tres formas :

a) Una parte de las pulsiones de muerte pueden quedar neutralizadas al mezclarse con Eros;

b) Otra parte puede expresarse dirigida contra los objetos del mundo exterior, lo cual se hace con la ayuda de la musculatura. A esta pulsión se le denomina pulsión destructiva, pulsión de apoderamiento, agresión. Parte de esta pulsión se pondrá directamente al servicio de la función sexual constituyendo el sadismo propiamente dicho.

c) Otra parte, la más importante según Freud, no se desplaza hacia el exterior sino que permanece dentro del individuo y lleva a la autodestrucción, que ligada libidinalmente constituye el masoquismo primario.

En su artículo, "El yo y el ello" (1923) Freud da la relación entre las diferentes instancias psíquicas Yo, ello y superyo con las dos clases de instintos (Eros y Tanatos) y la relación en que se encuentra el principio del placer entre éstos. Se aprecia que el conflicto entre instancias no se acomoda fácilmente con el dualismo instintual.

El Yo

Es la única instancia consciente de sí misma y de la realidad (principio de realidad).

Al igual que los animales, el hombre tiene la necesidad de sobrevivir y relacionarse dentro de un grupo; esto ha regulado la conducta del individuo a favor de la subsistencia del grupo, toda conducta que amenaza al grupo es castigada y sancionada, hasta con la muerte.

Pero a diferencia de los animales, cada grupo social ha creado normas, reglas y prohibiciones, cada grupo las suyas, pero todos coinciden en su mayor parte en recalcar como las conductas más execrables, son el incesto (Eros) y el parricidio (Tanatos), ambas fuerzas que constituyen el complejo de Edipo, cuando se dirigen hacia los progenitores.

Al establecer prohibiciones y normas se crea un Superyo, que es transmitido e introyectado por todos los individuos del grupo.

El superyo obliga al yo a reprimir todo deseo o pulsión antisocial.

Para Freud el ello es el reservorio pulsional que incluye el instinto de vida "Eros" y se rige por el principio del placer, esto es, cuando sus demandas instintivas se intensifican y buscan la expresión, la satisfacción de éstas con el objeto de disminuir la tensión interna. Sin embargo, el superyo no siempre permite la descarga, con lo que crea el principio del deber, ocasionando un estado de tensión interna molesta y hasta dolorosa.

El yo está encargado de cumplir las demandas del ello de acuerdo con las oportunidades de la realidad, siempre y cuando no se haga merecedor a la censura del superyo

Si las tensiones aumentan y demanda satisfacción inmediata esto crea angustia en el yo, que puede ser intolerable, por lo que emplea mecanismos de defensa como la represión.

El instinto sexual Eros es, la única fuerza que puede detener a Tánatos, y sus orígenes se encuentran en la sustancia viva, separada que a raíz de la animación aspira a unirse con los demás.

En las posteriores obras Freud continúa hablando de los dos aspectos de los instintos.

Los que persiguen la meta de unirse y sintetizar y los otros que buscan dispersarla, son dos clases de pulsiones que corren en sentidos contrapuestos. Las pulsiones sexuales son las más relevantes ya que Eros, tras la recarga de energía buscará donde descargarse sobre un objeto, si no es así, entonces se sublima de manera diversa.

El principio del placer se basa en el principio de constancia, el organismo se esfuerza por conservar la cantidad de excitación presente en él, lo más baja posible o al menos mantenerla estable a lo que Freud llama la tendencia a la homeostasis. En esta parte se convierte, en la base para el instinto de muerte, al disminuir las tensiones que son realmente la actuación del "principio del nirvana"...

Este principio estaría por completo al servicio de los instintos de muerte, cuyo objetivo es llevar la agitación de la vida a la estabilidad del estado inorgánico de la función de advertir, contra las exigencias de los instintos de vida (El problema económico del masoquismo 1924).

Si bien Freud había tomado el concepto del nirvana de la filosofía oriental, lo confunde con un estado semejante a la muerte, en donde se ha dejado de experimentar, pero el concepto real del nirvana en la filosofía hindú es el descubrimiento de que los deseos de la carne deben ser limitados a favor del estado mental que alcanza el que medita.

La teoría de Freud del instinto de muerte es muy criticada por varios autores, algunos la rechazan, otros la adoptan pero le hacen algunos cambios u observaciones, por

lo que el instinto de muerte como lo explica, sufrió en su esencia transformaciones importantes.

Y estas transformaciones de la pulsión de muerte se reflejan en la obra de Melanie Klein : considerando importante el instinto de muerte, pero no prioritario.

Melanie Klein localiza la configuración psíquica en un tiempo más temprano que el psicoanalítico Freudiano; para ella hay estadios de subdivisiones de la etapa oral de la teoría de Freud (Segal, 1978)

Los instintos están acompañados de las fantasías, las cuales pueden substituirlos. La fantasía juega un papel fundamental, ya que puede interpretar una realidad como hostil y persecutoria.

Crear fantasías es una función del yo, así los instintos y la ansiedad impulsiva del niño lo lleva a establecer relaciones objetales; pero específica que aún el yo es frágil y lábil, y está expuesto a los dos tipos de instintos, los de la vida y los de la muerte.

La fantasía inconsciente influye y altera continuamente la percepción y la interpretación de la realidad, pero también la realidad ejerce un impacto sobre la fantasía inconsciente. La realidad externa le produce al niño situaciones de tensión, ansiedad y vida como: el calor, el amor, y el alimento de la madre. Así si el "pecho es bueno", confirmará su fantasía de protección y seguridad, en cambio si es "malo", confirmará sus fantasías del "pecho persecutorio" que puede destruir al yo del bebé.

Para Klein la agresividad del individuo sobre el mundo, se debe a la interacción entre la fantasía con los mecanismos de defensa introyectivos y proyectivos.

En el instinto de vida existe un factor, que transforma los impulsos de muerte en actividades no desintegradoras; el sentimiento de culpa, producido por los instintos destructivos cuando éstas son censuradas, hará sentir la necesidad de desagrarivar, ya sea en la fantasía o en la realidad por medio de un mecanismo de reparación, siendo un elemento primordial para el desarrollo de las relaciones humanas (Segal, 1978).

Erich Fromm realiza una crítica del instinto de muerte freudiano.

En el libro "El corazón del hombre" (1964) donde expone nuevos conceptos relacionados con la muerte, trata de dilucidar, si el humano es por naturaleza destructor o no.

Fromm piensa que el hombre es un ser que tiene arraigada en su constitución la posibilidad de crecer más hacia la vida que hacia la muerte.

También expone que hay niveles de progresión y regresión: el primero es la biofilia, el amor a sí mismo, a la libertad, a la independencia, a la naturaleza, al vecino, al extraño, que llevan al grupo social y al individuo al crecimiento y a la auténtica realización humana que es el "Síndrome de crecimiento".

Así mismo, dice que la agresión sirve para lograr "salir adelante" en la vida, luchar por la existencia; el esfuerzo y la tenacidad son formas de agresividad llamada benigna.

En la agresividad llamada maligna se encuentra la modalidad de necrofilia, que forma parte del "síndrome de decadencia" el cual representa la patología más severa "la raíz del mayor espíritu, la destructividad e inhumanidad" (Fromm, 1975).

Sobre la necrofilia nos dice, citando palabras de Unamuno, que la necrofilia no es un rasgo que se presente solo, sino que frecuentemente se encuentra mezclado con otros rasgos biofilicos y el conflicto entre unos y otros puede permitir un desarrollo productivo (Fromm, 1975, 1991).

El término de "necrofilia", se debe aclarar, no es el término usado para designar una perversión sexual que significa el deseo o la conducta de poseer cadáveres, con el propósito de coito sexual. Sino que la palabra "necrofilo" la emplea Fromm para designar un rasgo de carácter que tiende a lo desvitalizado (Fromm, 1975)

La necrofilia en sentido caracterológico puede describirse como la atracción apasionada por todo lo muerto (cadáveres, decadencia, etc.). Los que aman hablar acerca de la muerte, de enfermedades, entierros, cementerios y con ello sienten vivir.

Ellos viven de recordar, habitan en el pasado, son fríos, distantes, devotos de la "Ley y el orden". La muerte los excita y satisface.

Para el necrofilico el uso de la fuerza y la violencia es una de las cualidades que están arraigadas a su modo de ser. Fromm utiliza fuerza como "El poder de transformar a

una persona en cadáver” como decía Simone Weil es la primera y última solución para todo (Fromm, 1975)

Para ellos el mayor logro del hombre es destruir la vida, no crearla. Las personas necrofilicas aman todo aquello que no se desarrolla, todo lo mecánico, los objetos, lo muerto; sienten el deseo de transformar todo lo orgánico en inorgánico; tratan a las personas como objetos; todos los procesos de la vida, pensamientos y sentimientos los transforman en cosas. Aman el control y a través de éste matan la vida. La persona necrofila en general siente predilección por los colores oscuros, que absorban la luz, como el negro o el pardo y les disgustan los colores radiantes y vivos. Su risa es en realidad una especie de mueca, es inanimada y carece del factor liberador y alegre de la risa normal.

Ellos quieren regresar a la obscuridad del útero, al pasado; al futuro lo odian y lo temen, anhelan la seguridad, y la vida nunca es segura, ni predecible, ni controlable; sólo la muerte es segura, de ahí su amor a la muerte.

Sin embargo a diferencia de Freud su teoría no es instintivista no acepta que estas fuerzas necrofilicas sean parte de la naturaleza del ser humano sino que se dan como respuestas a las experiencias del individuo con su medio externo, los aprende en sus primeras relaciones interpersonales, son una reacción al trato que se recibe.

El otro aspecto de la naturaleza que lo lleva a la regresión es el “Síndrome de decadencia” que es la necrofilia amor a la muerte, que sería el derivado perverso de lo que es el carácter anal empleado en la tipología de Freud.

Algunos autores sustentan que el concepto de muerte es algo que va evolucionando conforme madura el individuo.

Murphy, (citado por Feifel, 1959) comentó en sus trabajos, que es necesario estudiar a las personas, las cuales manifiestan el temor a la muerte al colocar a la angustia en el centro de sus pensamientos, por que las primeras experiencias pueden aumentar la angustia natural y los temores posteriores, a lo que nadie es inmune.

"La muerte en sí no sólo es un estado, sino un símbolo complejo, cuyo significado cambia de una persona a otra, dependiendo de la naturaleza y de las vicisitudes del proceso de desarrollo"

Para Wahl (citado por Becker, 1977) el concepto infantil de la muerte no es una cosa, más bien es un compuesto de paradojas que se contradicen mutuamente.

Wegert, E. (citada por Schwartz, 1979) dijo: "la exclusión de la muerte priva a la vida de su significado, a la personalidad de su totalidad y a las reacciones humanas de su profundidad mutua".

Papalia (1990) se refiere a la muerte estudiada desde el aspecto del desarrollo humano. En el etapa de la niñez menciona a Nagy (1948) quien observa la forma en que los niños comprenden la muerte. Para los niños que tienen menos de cinco años, la muerte no es el final de la vida y piensan que es temporal y reversible; De los cinco a los nueve años los niños se empiezan a dar cuenta que la muerte es definitiva, pero no saben aún, que es inevitable, y no la relacionan con ellos mismos; entre los nueve y los diez años los niños descubren que la muerte es de todos y saben que ellos también morirán.

Según el concepto de morir que tenga el niño, será la reacción que tenga hacia su muerte y hacia la de los demás relacionándose a la vez con otros factores como son: las características culturales del grupo al que pertenece y si han tenido experiencias previas relacionadas con la pérdida de familiares, conocidos o amigos.

Köbler-Ross (1975), señala que el hecho de que se permita a los niños permanecer en casa donde ha habido una desgracia y se le incluya en las conversaciones, discusiones y temores, les da la sensación de no estar solos con su dolor y les da el consuelo de la responsabilidad compartida y del duelo compartido. Esto los prepara poco a poco y les ayuda a ver la muerte como parte de la vida, es una experiencia que puede ayudarles a crecer y a madurar.

La respuesta de los adolescentes hacia la muerte puede variar ya que tienen ideas altamente románticas acerca de la muerte, no están preocupados por cuanto tiempo van a vivir, sino como van a vivir.

Cuando los adolescentes padecen alguna enfermedad fatal, enfrentan la muerte de manera contradictoria.

Los jóvenes gravemente enfermos pueden negar su condición real y hablar como si se fueran a recuperar, cuando en realidad saben que no es así, se encuentran más enojados que deprimidos, piensan mucho menos en el suicidio que los adultos en estas condiciones, y están mucho más dispuestos a buscar a alguien a quien culpar y generalmente son sus padres, su médico, sus amigos y el mundo en general (Papalia, 1990).

Los adultos jóvenes no aceptan fácilmente la muerte ya que se sienten extremadamente frustrados ante la imposibilidad de terminar sus sueños, la frustración se vuelve ira y esto hace que sean los pacientes más difíciles en los hospitales; Los hace sentir aun más frustrados el hecho de que el personal médico que los atiende sea generalmente de su misma edad. Su forma de pensar es evasiva y no les gusta pensar en la posibilidad de su propia muerte.

El adulto maduro tiene preocupación por su muerte, ya que se da cuenta que ésta es segura, frecuentemente esta idea, ocasiona mayor energía para hacer cambios en su vida, las personas hacen un recuento de sus diferentes logros como son: su profesión, su matrimonio, las relaciones con las demás personas y de la forma en que gasta su tiempo (Papalia, 1990).

Estos cambios en el transcurso de la vida van exigiendo un cambio adaptativo en el comportamiento del hombre hacia la muerte (Sánchez, S. 1996)

Los ancianos están menos ansiosos ante la presencia de la muerte que los adultos, a medida que las personas van perdiendo amigos y parientes van reorganizando los pensamientos y sentimientos para aceptar su propia muerte. Las personas que sienten que su vida ha sido importante y significativa, están más preparadas para aceptar el fin de sus vidas que aquellos que todavía están preguntándose cuál es el propósito de sus vidas (Papalia, 1990).

Los miedos conscientes hacia la muerte se manifiestan a lo largo de la vida como desesperanza, miedo a ser lastimados y abandonados, cuyos orígenes se encuentran en la ansiedad infantil de separación (Schwartz, 1979)

Kübler-Ross (1971), estudia la muerte en pacientes en estado agónico y señala que todo paciente y su familia pasan por diferentes etapas para lograr adaptarse y aceptar el proceso, mediante el cual se enfrenta a su propia muerte o bien a la pérdida de un ser querido.

Estas etapas son :

- * Negación
- * Frustración y enojo
- * Negociación
- * Depresión (reactiva o preparatoria)
- * Aceptación

Pero estas etapas no son rígidas pueden cambiar de orden dependiendo de la persona y sus circunstancias.

CAPITULO 4

*¿Quieres aprender a vivir bien?
aprende primero a morir bien
Confucio*

4.1 CONCEPTO DE DUELO.

Duelo (del Lat. dolus, por dolor) Dolor o aflicción y también "desafío o combate entre dos" (Reader's Diccionario, 1982).

El duelo tiene dos aspectos que son: las demostraciones de sentimiento por la muerte o pérdida de una persona querida. Otro aspecto es la reunión de parientes y amigos del difunto que asisten a la casa mortuoria o al entierro en una ceremonia de duelo (Reader's, 1982).

En este capítulo se habla del duelo como todos los sentimientos, reacciones y cambios que ocurren durante el proceso de pérdida de un ser querido o por la propia muerte.

La duración del duelo depende de la personalidad del sujeto, las circunstancias de la pérdida, la actitud del entorno del doliente y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve, pero no obstante, el duelo sigue un patrón predecible en donde se ha observado, que se vive con gran dolor o pena tanto física como emocional. Esta pena se experimenta con gran intensidad, al inicio del duelo y requiere de este proceso para aceptar la pérdida, a esto se le puede llamar proceso de elaboración del Duelo.

El duelo normalmente preserva el equilibrio emocional.

Hay diferentes modelos teóricos que explican la elaboración del duelo y son:

Modelo Psicoanalítico, Modelo Cognitivo-conductual, Modelo Existencialista y Modelo Humanista.

CAPITULO 4

*¿Quieres aprender a vivir bien?
aprende primero a morir bien
Confusio*

4.1 CONCEPTO DE DUELO.

Duelo (del Lat. dolus, por dolor) Dolor o aflicción y también “desafío o combate entre dos” (Reader’s Diccionario, 1982).

El duelo tiene dos aspectos que son: las demostraciones de sentimiento por la muerte o pérdida de una persona querida. Otro aspecto es la reunión de parientes y amigos del difunto que asisten a la casa mortuoria o al entierro en una ceremonia de duelo (Reader’s, 1982).

En este capítulo se habla del duelo como todos los sentimientos, reacciones y cambios que ocurren durante el proceso de pérdida de un ser querido o por la propia muerte.

La duración del duelo depende de la personalidad del sujeto, las circunstancias de la pérdida, la actitud del entorno del doliente y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve, pero no obstante, el duelo sigue un patrón predecible en donde se ha observado, que se vive con gran dolor o pena tanto física como emocional. Esta pena se experimenta con gran intensidad, al inicio del duelo y requiere de este proceso para aceptar la pérdida, a esto se le puede llamar proceso de elaboración del Duelo.

El duelo normalmente preserva el equilibrio emocional.

Hay diferentes modelos teóricos que explican la elaboración del duelo y son:

Modelo Psicoanalítico, Modelo Cognitivo-conductual, Modelo Existencialista y Modelo Humanista.

Lo importante es permitir que la persona manifieste todas las emociones y pensamientos que se vayan presentando con el fin de ir aceptando poco a poco la realidad de la pérdida.

También nos habla de los "asuntos inconclusos" que es importante que se concluyan para que el paciente o familiar pueda retirar la energía depositada en el problema no resuelto. Esto ayuda a avanzar en el proceso de aceptación.

Es importante que la persona conozca que es un proceso "normal" y no trate de encubrir sus emociones. Esto puede llegar a dificultarse debido a la reacción de las personas que lo atienden como el médico, la enfermera y sus familiares. Sin embargo es necesario que la persona que está apoyando "médico y enfermera" estén conscientes de cual es su propia actitud ante la muerte y la pérdida y como viven ellos este proceso lo cual les resulta en ocasiones muy angustiante y desgastante.

4.2 MODELO PSICOANALITICO.

Sigmund Freud da una explicación al fenómeno de duelo. En 1913 en su obra *Totem y Tabú* habló de los aspectos que giran en torno a la muerte, formuló sus primeras ideas del duelo basándose, como en la mayor parte de su obra refiriéndose al inconsciente.

Freud recurre al hombre primitivo (primordial) para explicar la actitud ante la muerte; ésta era contradictoria ya que ante la muerte del otro, del extraño, del enemigo, la muerte era justa y asesinar era algo natural.

Pero al ver que sus seres queridos morían, todo su ser se rebeló ante ello, pues fue como experimentar la muerte de una parte de sí mismo, ya que cada ser querido era fragmento de su propio yo. De esta manera estaba experimentando su propia muerte. Pero, por otra parte, a esa muerte se le consideraba merecida, pues cada una de las personas amadas llevaba adherido un fragmento de ajenidad para sí mismo. Ante esta ambivalencia el hombre primitivo inventa los espíritus y su consciencia de culpa por la satisfacción entreverada, con el duelo hizo que estos espíritus se convirtieran en demonios malignos que había de temer.

Por lo que en este proceso se presentan remordimientos o sentimientos de culpa, haciendo que el sujeto se imponga protección contra los espíritus malos.

El hombre ya no pudo mantener lejos a la muerte, pero no podía representarse a sí mismo muerto, así admitió la muerte, también para sí, pero negó el significado de aniquilación total de la vida.

Freud en 1915 publica dos ensayos que son "Consideraciones sobre la guerra" y "Duelo y melancolía" (Freud, 1959).

En ellos habla de que el hombre moderno no es capaz de imaginar su propia muerte y en caso de intentarlo lo hace como mero observador. Así "...nadie cree en su propia muerte o lo que es lo mismo: en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su propia inmortalidad".

Como se trata de la muerte de otro, nuestra costumbre consiste en acentuar las causas fortuitas de la muerte: accidentes, enfermedades, infecciones, edad avanzada; de este modo delatamos nuestra tendencia a reducir la muerte de una necesidad a una contingencia.

Frente al cadáver de una persona amada nació la doctrina del alma, la creencia en la inmortalidad y una potente raíz de la humana conciencia de culpa sino los primeros preceptos éticos; "No mataras". También frente al muerto se mantiene una conducta particular casi de admiración, suspendemos toda crítica hacia él, le disculpamos cualquier agravio y se le honra con lo más favorable; ponemos el respeto por encima de la verdad y la mayoría de nosotros lo valora más incluso que, al respecto de los vivos.

En "Duelo y Melancolía" (1915) nos explica nuestra reacción ante la pérdida de un ser querido. Dice que "el duelo es la reacción frente a la pérdida de un ser amado o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc." (Freud, 1959)

No considera que éste sea un estado patológico, aunque implique considerables desviaciones de la conducta y confía en que pasado algún tiempo éste desaparecerá, e incluso juzga inconveniente perturbarlo.

Las características del duelo según Freud son:

- * Estado de ánimo profundamente doloroso.
- * Cese del interés por el mundo exterior, éste se hace pobre y vacío (no se recuerda a la persona amada).
- * Pérdida de la capacidad de elegir un nuevo objeto amoroso.
- * Inhibición de toda productividad que no tenga relación con la memoria del muerto (esta inhibición y restricción del yo se debe a que está entregado por completo a la labor de duelo).

En el trabajo de duelo, el juicio de realidad ha mostrado que el objeto amado, ya no existe más, y de él emanará ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto, no obstante el hombre no abandona de buen agrado una posición libidinal, lo normal es que prevalezca el acatamiento de la realidad.

Esto se logra de modo paulatino con gran gasto de tiempo y energía de investidura y entre tanto la existencia del objeto perdido, continua en lo psíquico, internalizando al objeto (este proceso es mediante la introyección y consiste en que el sujeto lo hace pasar en forma fantasmática de "afuera a adentro" objetos y cualidades inherentes a estos objetos) en este lapso, la libido, se va desprendiendo de cada uno de los recuerdos y esperanzas relacionados con el objeto perdido y se deja llevar por la suma de satisfacciones narcisistas, que le da el estar con vida y desata su ligazón libidinal con el objeto aniquilado para desplazar esta catexis al exterior, hasta que al final del trabajo de duelo el Yo vuelve a quedar libre y exento de toda inhibición.

Melanie Klein se interesa por investigar como se lleva a cabo el proceso de pérdida y que efectos tiene en el desarrollo de la personalidad. Para entender esto debemos de hablar de sus conceptos de posición esquizofrénica-paranoide y posición depresiva.

Según Melanie Klein (1948 citada por Segal, 1994), el bebé al nacer tiene la capacidad de sentir ansiedad, se enfrenta a la polaridad causada por los instintos de vida y muerte.

Cuando el bebé se ve enfrentado a la ansiedad que le provoca el instinto de muerte el yo se escinde y proyecta fuera la parte de sí mismo que lo contiene, depositándolo en el objeto externo original, el pecho.

De esta forma el pecho llega a experimentarse como malo, amenazador y persecutorio para el yo. Al mismo tiempo se establece una relación con el objeto ideal, es así como el yo del bebé tiene una relación con dos objetos: el pecho ideal o bueno y el persecutorio o malo.

El yo desarrolla mecanismos de defensa ante la ansiedad como la introyección y la proyección en donde el bebé tiene un objeto ideal, trata de guardar dentro de sí o identificarse con el objeto ideal del yo identificados con él.

En esta posición esquizo-paranoide el motivo principal de la ansiedad es que el objeto u objetos lleguen a destruir al yo.

Así que el bebé se encuentra relacionándose con un objeto ideal y con un objeto malo. En la medida en que el yo se fortalece, el bebé tolera más el instinto de muerte.

dentro de sí y disminuyen sus temores paranoides; disminuyen también la escisión y la proyección, al disminuir la proyección de los impulsos malos disminuye el poder atribuido al objeto malo, gradualmente puede predominar el impulso a la integración del yo y del objeto, dando lugar a una nueva posición: la depresiva.

Las características de la posición depresiva son:

El bebé reconoce un objeto total y se relaciona con él, relacionándose con la madre como objeto total que puede ser a veces buena y a veces mala, que puede estar presente o ausente y a la que puede amar y odiar al mismo tiempo. Este reconocimiento de la madre como persona total tiene muchas consecuencias, el yo del bebé se va integrando, y el yo del bebé se convierte en un yo total que no se escinde ya en bueno y malo.

A medida que se da este proceso de integración, el bebé puede recordar momentos de gratificación y de frustración por parte de la madre, con lo que puede reconocer que ama y odia a una misma persona, su madre. De esta forma surge la ambivalencia que es la fuente principal de la ansiedad. El motivo principal de esta ansiedad del bebé es que sus propios impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado de quien depende totalmente. Esto aumenta su necesidad de poseer este objeto, de guardarlo dentro de sí y si es posible de protegerlo de su propia destructividad.

El bebé bien integrado puede evocar y conservar el amor por el objeto bueno.

El duelo y la nostalgia por el objeto bueno al que siente perdido y destruido, le crea culpa que es una experiencia depresiva provocada por el sentimiento de que perdió a su objeto bueno por su propia destructividad. Para el mundo interno, identificado con este objeto, también está hecho pedazos y vivencia agudos sentimientos de pérdida, culpa y nostalgia sin esperanza de recuperarlo.

El conflicto depresivo es una lucha constante entre la destructividad del bebé y sus impulsos amorosos y reparatorios.

El bebé resuelve gradualmente las ansiedades depresivas y recupera externa e internamente sus objetos buenos al reparar a sus objetos externos e internos en la realidad y en sus fantasías omnipotentes que pueden disminuir si las circunstancias son favorables y

reaparecerá la madre tras su ausencia, su atención y sus cuidados logrando con esto reducir la creencia del bebé en la omnipotencia de sus impulsos destructivos.

Con la progresiva elaboración de la posición depresiva el bebé adquiere la capacidad de amar y respetar a las personas como seres separados, diferenciados, reconoce sus propios impulsos, responsabilizándose por ellos y tolera la culpa.

El dolor del duelo y los impulsos reparatorios se desarrollan para restaurar los objetos internos y externos, amados que constituyen las bases de la creatividad y la sublimación.

A medida que el bebé pasa por repetidas experiencias de duelo y reparación de pérdida y recuperación, su yo se enriquece, aumenta su confianza en su propia capacidad de conservar o recuperar objetos y su creencia en su propio amor y posibilidades.

La posición depresiva nunca se elabora completamente, siempre tenemos ansiedades relacionadas con la ambivalencia, la culpa y situaciones de pérdida que reavivan experiencias depresivas.

Cuando la posición depresiva no se ha elaborado suficientemente puede tener como consecuencia que el yo se sienta acosado por la ansiedad constante de perder totalmente las situaciones internas buenas y se desate una serie de fantasías narcisistas y mecanismos de defensa primitivos que no permiten que se elabore el duelo eficazmente (Segal, 1978)

Melanie Klein (1948), habla de la relación entre el duelo y los procesos de la temprana infancia.

Klein dice que el duelo consta de dos fases que son:

- 1) Fase de desorganización.
- 2) Fase de reorganización.

Ambas se acompañan de un dolor persistente debido a la necesidad de renovar vínculos con el mundo exterior y por la otra a la de reconstruir el mundo interno que se siente en peligro de colapso. Solo gradualmente, obteniendo confianza, en los objetos externos, el sujeto se vuelve capaz de fortalecer la confianza en la persona perdida, lo importante es que el objeto perdido no sea idealizado, ni denigrado, sino que, constituya un objeto valioso para el yo.

Bowlby (1983), estudia el vínculo del niño con su madre, la consecuencia de la ruptura y crea una teoría de los afectos, mostrando lo común de nuestras conductas con las de los animales más cercanos a nosotros en la escala evolutiva.

Bowlby estudia una de las conductas, básicas del ser humano que es la de apego, nos dice que el período más sensible del ciclo vital para el desarrollo del apego y la estructuración de la conducta es el de los primeros cinco años. Agrega que esta conducta afectiva regirá la vida del hombre "desde la cuna hasta la tumba", "Las expectativas referentes a la accesibilidad y capacidad de respuesta de las figuras de apego, y expectativas forjadas por distintos individuos durante sus años inmaduros, constituyen un reflejo fiel de sus experiencias reales".

Bowlby explica como se lleva a cabo el duelo basándose para ello en la conducta de vinculación, que es entendida como cualquier conducta que se manifieste como resultado de poder mantener y cuidar la proximidad de una persona con otra, con la diferenciación y predilección individual.

Bowlby describió las fases por las que un niño pasa cuando es separado de su madre y propone que estas fases se asemejan al proceso de duelo que un adulto tiene al perder a un ser querido.

Cuando un niño de seis meses es retirado de su madre, se presentan gradualmente tres tipos de conducta.

1) La protesta, en donde el niño llora y trata continuamente de buscar a su madre manifestando tristeza.

2) Desesperanza, el niño aquí continua llorando amargamente y poco a poco se observará que deja de llorar, deseando aún que su madre regrese, aunque su esperanza por reencontrarla disminuye.

3) Desvinculación, poco a poco si la madre no regresa, se producirá un cambio en el niño, dejará de reconocerla; este desconocimiento es directamente proporcional al tiempo que se ausentó la madre.

El proceso de duelo según Bowlby, básicamente está fundado en la urgencia y el deseo de recuperar el objeto perdido, no lo considera patológico, sino que este ayudará al

individuo, ya que después de los esfuerzos realizados por recuperar al objeto, se podrá admitir que este ya no regresará.

Bowlby 1961 y Salvarezza 1988, (citado por Krassoieivit en 1993), hablan de tres fases sucesivas del duelo en el adulto y son:

1) Después de la separación o muerte de un ser querido, el individuo entra en un estado de desequilibrio y se siente perplejo e incrédulo. Todos sus impulsos están dirigidos hacia el objeto perdido pero se ven frustrados por la ausencia del mismo.

Hace esfuerzos por recuperar el objeto, recurre a la negación, y proyección con la búsqueda de un depositario externo para la culpa, el médico, enfermera etc., hay llanto, agitación, protestas, desasosiego y negación de la pérdida.

2) El yo aumenta la relación con los objetos internos que hayan tenido relación con el objeto perdido, hay un desinterés o ruptura con los objetos externos, hay desesperanza, desaliño y descuido en el vestir y en el aseo personal.

Se acepta la pérdida por lo que aparece aflicción y tristeza, retraimiento, se niega a salir y a través del mecanismo de identificación tiende a incapacitar atributos, gestos o actitudes del objeto desaparecido.

3) Se completa el trabajo de duelo, logrando un nuevo estado, en el que se reorganiza en parte en función del objeto perdido y en parte con nuevos objetos externos.

El sujeto es capaz de establecer vínculos con otros objetos del mundo externo que había abandonado y puede conectarse con otros nuevos, recupera el interés por actividades habituales.

Grinberg (1983) dice que el concepto de duelo implica todo un proceso dinámico complejo que comprende la personalidad total del individuo y abarca de un modo consciente e inconsciente todas las funciones del yo, sus actitudes, defensas y en particular las relaciones con los demás.

Vivir implica necesariamente pasar por una sucesión de duelos y cada etapa del desarrollo significa un duelo, una renunciación, una pérdida de algún objeto significativo.

4.3 MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL.

En 1944 Erich Lindermann define al duelo como un síndrome específico en un "proceso". Entiende al duelo como la emancipación de los lazos existentes con la persona fallecida, la readaptación al medio ambiente en el cual se perdió y la formación de nuevas relaciones.

La sintomatología del duelo se agrupa en cinco categorías que son:

- 1) Alteraciones somáticas
- 2) Preocupaciones por la imagen del muerto
- 3) Culpa
- 4) Relaciones hostiles
- 5) Pérdida de patrones de conducta adaptativos

Lindermann es uno de los primeros autores que diferencian el duelo normal del duelo patológico y describe estas reacciones.

Si se presenta un sexto síntoma además de los otros cinco que están en un duelo normal, puede ser un indicador de que el paciente presenta un duelo patológico.

El hecho de adoptar características de la conducta del fallecido, especialmente aquellos síntomas que presenta antes de morir a conductas exhibidas en el momento de la crisis, esto es desplazando hacia el propio cuerpo y la propia conducta por identificación.

Para Lindermann las reacciones de duelo patológico representan distorsiones del duelo normal y se caracterizan principalmente por demoras a la reacción del duelo.

Otras reacciones pueden ser:

- * Hiperactividad
- * Adquisición de síntomas de la última enfermedad del muerto.
- * Alteración en la relación con amigos y parientes.
- * Hostilidad intensa hacia otras personas.
- * Pérdida prolongada de patrones de interacción social.

- * Actividades que vayan en detrimento de su propia existencia social y económica.
- * Depresión intensa (tensión, agitación, insomnio crónico).
- * Autoculpabilización y necesidad de castigo.

Es importante la presencia de la ambivalencia para que el duelo normal se altere en su curso.

Horowitz define al duelo patológico como la intensificación del duelo al grado de que la persona se siente abatida y tiene como resultado conductas inadaptativas, o permanece en un estado de duelo interminable sin progresión en el proceso, esto puede estar relacionado con la intensidad en la relación o su duración más que la ausencia o presencia de ciertas conductas.

DUELO PATOLOGICO

Se caracteriza por la dificultad de aceptar la pérdida y por una reacción desmedida ante esa imposibilidad.

Los individuos que han sufrido pérdidas significativas durante la infancia son susceptibles de responder a situaciones posteriores de pérdida con un duelo patológico.

Cuyas características son:

- 1) Persiste la conducta derivada de creencia de que el objeto sigue presente y la expectativa de reunirse con él. Las agresiones derivadas de la ambivalencia se dirigen al exterior hacia el entorno así como hacia el objeto desaparecido. El paciente está apático, retraído y muy triste, con descargas agresivas ocasionales, sin motivo aparente presenta trastornos del sueño, pesadillas y sueños en los que aparece el difunto, descuida su apariencia física.
- 2) Falla la reorganización de la personalidad, permanece orientado hacia el objeto perdido y organiza su existencia como si ese objeto siguiera vivo o como si pudiera ser recuperado. No se adapta a la situación presente o no encuentra satisfacción en ella, se puede

desencadenar un cuadro depresivo, síntomas neuróticos y trastornos de la conducta, así como síntomas somáticos, gastrointestinales, cardiovasculares o sexuales.

Esto entorpece la capacidad adaptativa y lo imposibilita para hacer frente a los hechos de la vida y lo torna vulnerable a situaciones traumáticas (Krassoieivit, 1993).

4.4 MODELO EXISTENCIALISTA

El modelo existencialista retoma las ideas de varios pensadores como Kierkegard, Heidegger, Karl Jaspers, Jean Paul Sartre, Albert Camus, etc., citados por Irvin Yalon, (1984).

Este mismo autor define a la Psicoterapia existencial como un enfoque dinámico que se concentra en las preocupaciones enraizadas en la existencia del individuo.

Habla de cuatro supuestos básicos o preocupaciones esenciales que son fuentes existenciales de temor y son:

- 1) La muerte
- 2) La libertad
- 3) El aislamiento
- 4) La carencia de un sentido vital

El enfrentamiento del individuo con cada uno de estos hechos constituye el contenido de un conflicto dinámico existencial.

Yalon define la importancia del tema de la muerte diciendo que "la muerte es un hecho que duele, que nuestras actitudes hacia ella influyen sobre nuestra manera de vivir y de crecer, sobre nuestras vacilaciones y sobre nuestras enfermedades", menciona dos proposiciones básicas que son:

1) La vida y la muerte son interdependientes; existen en forma simultánea y no consecutiva.

La muerte actúa como actualizador para impulsarnos a un modo de vida más auténtico y realza el placer y el disfrute de nuestra existencia.

2) La muerte es una fuente primordial de angustia y como tal, es un material para la psicopatología.

"El miedo a morir es permanente y de tal magnitud que una parte de la propia energía vital se consume en la tarea de negar la muerte" (Yalon, 1984).

El ser humano siempre trata de trascender a la muerte; Lifton (citado por Yalon, 1984), estudió las diversas maneras que tiene el hombre de alcanzar simbólicamente la inmortalidad y son cinco modelos:

1) **Modelo biológico**, es vivir a través de la propia descendencia, mediante una cadena interminable de vinculaciones biológicas.

2) **Modelo teológico**, vivir en un plano más elevado de la existencia.

3) **Modelo creativo**, se logra viviendo a través de las propias obras.

4) **El tema de la eterna naturaleza**, se sobrevive a través de una integración con las fuerzas vitales de la naturaleza.

5) **Modelo trascendental**, de la experiencia, vivir en un estado tan intenso que el tiempo y la muerte desaparecen y se tiene un "presente eterno".

Yalon considera que existen distintas técnicas que al enfrentar a la persona con la muerte, tiene éxito con el objetivo de facilitar el proceso de duelo, describe distintos ejercicios de "terapia de choque existencial" e incluso ha demostrado experimentalmente que la interacción con pacientes moribundos tiene efectos benéficos en los asistentes a terapia de grupo (por ejemplo profundización en el nivel de su propio análisis).

Yalon considera que enfrentar el tema de la muerte en terapia proporciona al psicoterapeuta dos tipos principales de ayuda:

1) El hecho de que la muerte tenga una importancia inmediata tan enorme, que si se confronta adecuadamente, puede alterar la perspectiva vital de la persona y promover su dedicación más auténtica a la vida.

2) El miedo a la muerte se presenta, desde las primeras etapas de la vida, que configura la estructura caracterológica que continúa generando angustia a lo largo de la vida, causa trastornos manifiestos y que conduce a la formación de defensas psicológicas.

En este sentido existe la posibilidad y el riesgo de que tanto el paciente como el psicoterapeuta estén negando la angustia por la muerte por medio de mecanismos de represión y desplazamiento, máxime que esta negación se da en todos los niveles de la consciencia.

Algunas técnicas que propone Yalon para enfrentarse a la negación es la desensibilización; "El individuo se aproxima a su temor hasta que va disminuyendo gradualmente por un procedimiento simple de familiarización con él" (Yalon, 1984).

4.5 MODELO HUMANISTA

La doctora Elisabeth Kübler-Ross es una psiquiatra que trabajo con pacientes con enfermedades incurables, se le considera la pionera de la psicología de la pérdida y de la muerte, y tiene un enfoque humanista.

En 1969 publica un estudio de doscientos moribundos, para reconocer el proceso de agonía. Según las experiencias de los entrevistados al ser enterados de su situación presentaron cinco etapas sucesivas en la elaboración del duelo al reaccionar ante la inminencia de su muerte.

Estas etapas son:

NEGACION: Hay conmoción, entumecimiento e incredulidad, el paciente se niega a aceptar el pronóstico, éste es un estado protector que aísla al afligido de la angustia y moviliza los recursos internos para poder afrontar la realidad de la nueva situación.

Al negar el diagnóstico el paciente insiste en que es un error y no puede aceptar que esto le está ocurriendo a él.

Es importante no tratar de obligar a que el paciente o el familiar acepte su situación en ese momento, hay que darles tiempo para salir de esta etapa.

IRA: Se distingue por una serie de sentimientos de rabia, intenso resentimiento, envidia y coraje. El paciente o el familiar se dan cuenta de que en verdad le esta ocurriendo esto a ellos y su siguiente pregunta es "¿por qué yo?" o "¿por que a mi?".

Estas emociones se desplazarán en todas direcciones y se proyectaran contra todo lo que les rodea, a veces casi al azar o puede ser dirigida a los médicos y/o enfermeras y sus familiares, es importante vivir estas emociones, pero entendiendo el origen de esta conducta.

NEGOCIACION O PACTO: En esta tercera fase el paciente o familiar demuestran un interés por buscar otra salida.

La negociación generalmente consiste en prometerle a Dios alguna cosa a cambio de más tiempo, hacen pactos que representan el conocimiento de que el tiempo es limitado y la vida es finita.

También pueden hacer un pacto con el médico y la enfermedad para afrontar la consciencia de la muerte.

DEPRESION: Se siente una gran sensación de pérdida la cual provoca una gran depresión. El paciente está a punto de perder todas las cosas y las personas que quiere.

En esta etapa la persona necesita llorar, afligirse, por la pérdida de su propia vida; es importante permitir estas expresiones para que evolucione normalmente a la siguiente fase.

ACEPTACION: El paciente o familiar llega a esta fase con cierta tranquilidad o serenidad, pudiendo reconocer que su muerte se acerca; si se le ayuda a pasar por las cuatro etapas anteriores y trabajar con su ansiedad y su cólera con la muerte, fallecen con un sentimiento de paz y sin culpas.

Kübler-Ross (1969) propone que la escucha y el reflejar las emociones que va experimentando el paciente es el arma más útil para ayudarlo a completar el proceso.

También este proceso de duelo se presenta en otro tipo de pérdidas como podría ser el duelo por un ser querido que fallece.

Afirma Kübler-Ross que este proceso no necesariamente se presenta en el orden antes mencionado sino que pueden regresarse a etapas anteriores aunque ya se esté en una etapa más avanzada.

Estas emociones se desplazarán en todas direcciones y se proyectaran contra todo lo que les rodea, a veces casi al azar o puede ser dirigida a los médicos y/o enfermeras y sus familiares, es importante vivir estas emociones, pero entendiendo el origen de esta conducta.

NEGOCIACION O PACTO: En esta tercera fase el paciente o familiar demuestran un interés por buscar otra salida.

La negociación generalmente consiste en prometerle a Dios alguna cosa a cambio de más tiempo, hacen pactos que representan el conocimiento de que el tiempo es limitado y la vida es finita.

También pueden hacer un pacto con el médico y la enfermedad para afrontar la consciencia de la muerte.

DEPRESION: Se siente una gran sensación de pérdida la cual provoca una gran depresión. El paciente está a punto de perder todas las cosas y las personas que quiere.

En esta etapa la persona necesita llorar, afligirse, por la pérdida de su propia vida; es importante permitir estas expresiones para que evolucione normalmente a la siguiente fase.

ACEPTACION: El paciente o familiar llega a esta fase con cierta tranquilidad o serenidad, pudiendo reconocer que su muerte se acerca; si se le ayuda a pasar por las cuatro etapas anteriores y trabajar con su ansiedad y su cólera con la muerte, fallecen con un sentimiento de paz y sin culpas.

Kübler-Ross (1969) propone que la escucha y el reflejar las emociones que va experimentando el paciente es el arma más útil para ayudarlo a completar el proceso.

También este proceso de duelo se presenta en otro tipo de pérdidas como podría ser el duelo por un ser querido que fallece.

Afirma Kübler-Ross que este proceso no necesariamente se presenta en el orden antes mencionado sino que pueden regresarse a etapas anteriores aunque ya se esté en una etapa más avanzada.

Lo importante es permitir que la persona manifieste todas las emociones y pensamientos que se vayan presentando con el fin de ir aceptando poco a poco la realidad de la pérdida.

También nos habla de los "asuntos inconclusos" que es importante que se concluyan para que el paciente o familiar pueda retirar la energía depositada en el problema no resuelto. Esto ayuda a avanzar en el proceso de aceptación.

Es importante que la persona conozca que es un proceso "normal" y no trate de encubrir sus emociones. Esto puede llegar a dificultarse debido a la reacción de las personas que lo atienden como el médico, la enfermera y sus familiares. Sin embargo es necesario que la persona que está apoyando "médico y enfermera" estén conscientes de cual es su propia actitud ante la muerte y la pérdida y como viven ellos este proceso lo cual les resulta en ocasiones muy angustiante y desgastante.

CAPITULO 5

El agonizante

*Entre el moribundo y el muerto
cómo zumba el asombro,
cómo zumba el insecto burlón del silencio;
como en esa mirada de pez sobre la arena
sube la marea de la preñez amarilla
del espectro;
cómo su boca se abre
sin estruendo;
cómo su frente es un paisaje
ya sin viento
y un día breve en su mejilla.
Juan Bañelos*

5.1 LA MUERTE EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

Los cuidados del paciente, moribundo se repartían antes, entre los familiares, los amigos y los vecinos. Este moría por lo regular en su casa, en un ambiente familiar.

Con el advenimiento de los conocimientos científicos y tecnológicos, se ha proporcionado al médico los instrumentos necesarios con los cuales lucha por preservar la vida de sus semejantes y al mismo tiempo tener la ilusión de prolongar la suya.

Hoy con el pretexto de luchar contra la muerte, se aplica una tecnología fría y a veces deshumanizada, que despersonaliza y desdibuja la parte emocional del binomio amor-conocimiento en la atención de los pacientes (Ribes citado por Torres, 1993).

Todos los esfuerzos médicos asistenciales están encaminados al derecho que tiene todo ser humano a vivir; recae sobre el médico el deber de tomar decisiones pertinentes de acuerdo a su preparación humanista, humanitaria y técnico-científica, éste muchas veces insuficiente para enfrentar su incapacidad de conservar la vida humana.

Hoy en día a pesar de los grandes centros hospitalarios y los adelantos tecnológicos y científicos no se ha encontrado la manera de ofrecer el apoyo efectivo a todos aquellos pacientes que mueren en un hospital.

La muerte como un suceso hospitalario es más o menos importante, memorable y propia del trabajo que se realiza, como acontecimiento puede presentarse en una sala especializada o ser resultado de alguna emergencia u operación.

La persona gravemente enferma y sus familiares deciden que se interne en un hospital, donde puede tener las expectativas de sobrevivir a la enfermedad; pero también elige este sitio. para morir de forma decente y discreta. Por lo general la muerte sobreviene cuando el paciente esta rodeado de gentes extrañas que realizan procedimientos que este no entiende, además esta aislado de sus seres queridos y entonces el morir que es uno de los sucesos más importantes de la vida humana se transforma en un acto deshumanizado, sin un apoyo afectivo, mueren solos con aprehensión, dolor e incomprendidos de una forma mecánica y solitaria.

En los servicios de terapia intensiva, cirugía, medicina interna, es fácil observar el comportamiento que adopta el personal encargado de la atención de los pacientes que se encuentran en estos servicios. Son comunes las reacciones psicológicas que presenta el personal que labora en estrecho contacto con personas moribundas.

El personal médico y el de enfermería esta acostumbrado a la presencia de la muerte como algo rutinario y cotidiano, son ellos los que en realidad ven fallecer a los pacientes en sus camas.

Es de importancia relevante abordar también las actitudes que asumen los médicos y las enfermeras ante la muerte inminente de sus pacientes y la ansiedad que experimentan al confrontar circunstancias que pueden angustiarlos ante su propia muerte.

Este personal esta sometido a estrés constante ya que su carga de trabajo es abundante y puede presentar trastornos somáticos como resultado de su trabajo. Debemos recordar que el problema vida-muerte es pensado, sentido y actuado desde diferentes ángulos y diversos contenidos según las culturas de que se traten.

La muerte es un problema difícil de manejar, quienes se enfrentan a ella , siempre se encuentran profundamente involucrados en forma emocional y no tienen la posibilidad de mantenerse fuera y con una visión objetiva del problema, por eso resulta necesario hacer un llamado a todo el personal médico que atiende a pacientes moribundos con el objeto de que trabajen y reconozcan las diferentes reacciones que pueden ir desde el rechazo y alejamiento, hasta la protección desmedida que estos pacientes pueden provocar y de esta forma lograr que interiorice estas emociones para tener una mejor relación médico-paciente.

5.2 INVESTIGACIONES SOBRE EL COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA ANTE LA MUERTE.

En 1967, Feifel publico una investigación sobre lo que se conoce como "ansiedad de muerte" y demostró que los médicos como grupo profesional tienen el más alto nivel de ansiedad ante la muerte. El investigador concluye que un motivo inconsciente del joven que decide estudiar medicina es el deseo de poder dominar a la muerte.

Cadwel y Mishara en 1972 realizaron una investigación con 73 médicos para conocer la actitud de ellos hacia el paciente desahuciado; encontraron que los profesionales tenían una gran dificultad para hablar sobre el tema de la muerte, al no poder afrontar apropiadamente el proceso de pérdida y aflicción que provoca un desajuste emocional.

En 1978 Burton nos dice que los médicos internistas actúan como si nunca fueran a padecer ninguna de las enfermedades que tratan.

Los médicos tienen un sentimiento profesional de inmunidad hacia la muerte, esto los ayuda a desempeñar adecuadamente su trabajo y disminuir su ansiedad.

En 1989, Towne M., presenta un estudio donde se pone de manifiesto que médicos y enfermeras se encuentran coludidos en la "Conspiración del silencio" que se establece entre el enfermo y su familia. Alrededor de un 80% de personal que participó en el estudio

se mostró a favor de no hablarle al enfermo de su padecimiento terminal; en contraste un porcentaje similar de paciente prefería lo contrario.

El personal médico y de enfermería que no desea verse derrotado por la muerte y el dolor tiende a enfocarse sobre los aspectos quirúrgicos o médicos convenientes para sostener la vida y evita los aspectos de orden emocional, que se presentan en la aflicción anticipada.

Cuando se toma la decisión a la paciente, se debe de tomar en cuenta que es un arte que requiere de experiencia, conocimiento y comprensión. El médico que da la información debe tener una absoluta confianza entre el paciente y sus familiares.

Cuando el desahuciado sabe que puede hablar claramente con su médico y las personas cercanas a él están dispuestas y abiertas al diálogo, se sienten más agusto y tranquilos, con bastante frecuencia el paciente expresa su gratitud por la oportunidad de discutir aspectos vitales de su enfermedad que se había mantenido en secreto.

Al mismo tiempo el médico puede maneja su estrés y conflicto personal de una mejor manera al tener una comunicación abierta sobre el tema, al dejar de negar la muerte y comprender su significado.

Mannoni en 1991, nos dice que el médico no ha recibido instrucción especial ni en el hospital ni en su carrera para ayudar a los enfermos a terminar confortablemente su vida, la inseguridad en sus conocimientos puede ser una fuente más de ansiedad y la misma angustia de la familia puede inducirlos a angustiarse "hasta perder la cabeza".

Otra fuente de ansiedad son las fuentes interpersonales, que deben mantener el trabajo y la comunicación afectiva con los diferentes miembros del grupo médico.

La posición del personal médico es paradójica, por un lado se espera que sea objetivo y firme, por el otro se espera que emane ternura y sentimiento. Mantener un equilibrio adecuado puede ser otra fuente de angustia.

Es difícil mantener una actitud objetiva y empática hacia el paciente que padece dolor agudo o guardar objetividad hacia el paciente por largos periodos.

Una simpatía inapropiada puede producir un alejamiento del paciente o el fracaso del trabajo (Feifel, 1959).

Es importante conocer el perfil psico-social del médico para entender como estos aspectos influyen en el trato directo con los pacientes y sus familiares.

En una investigación realizada con 30 residentes de las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Apoyo diagnóstico del Hospital 20 de noviembre del ISSSTE, se les aplicó el MMPI, a los médicos residentes, a través de éste obtuvieron los siguientes resultados, encontrándose que los médicos son:

- * Formales serios y modestos
- * Individualistas.
- * Con intereses estéticos
- * Insatisfechos con el medio y con él mismo.
- * Se preocupan exageradamente de los hechos cotidianos.
- * Sensibles con tendencia a apartarse de intereses estereotipados de la cultura
- * Son emotivos.
- * Son de temperamento nervioso.
- * Ligeramente depresivos.
- * Independientes
- * Pesimistas como resultado de conflictos o situaciones insatisfechas.
- * Presentan cierta dificultad en la aceptación de normas sociales (Sánchez, 1988).
- * Inconforme.
- * Manifiesta energía y gran actividad.

Flores, B en 1989, realizó una investigación para saber si habían diferencias en el grado de ansiedad en dos grupos de médicos, un grupo, que tiene mayor contacto con la muerte (Oncólogos e Internistas) y el otro que está en menor contacto con la muerte (Oftalmólogos y Otorrinolaringólogos), siendo un total de 60 médicos del Hospital 20 de noviembre y del Hospital Adolfo López Mateos del ISSSTE, encontrando que no hubo una diferencia importante entre los dos grupos.

Esto puede deberse a la frecuente exposición a los símbolos de la muerte y la confrontación con el proceso de morir a la que están sometidos con la consecuente

desensibilización y la disminución de la ansiedad que son reacciones de ajuste y formas de adaptación o defensa.

En otra investigación de Bañuelos, en 1991 aplicó el test de IDARE a 32 médicos residentes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" y del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", para medir la ansiedad, encontrando que no hay diferencias significativas entre el grado de ansiedad en relación al área de trabajo en el que se desempeñan, estos resultados coinciden con los obtenidos por Flores, 1989, esto también lo explica Koocher, et al (citado por Flores, 1980), habla de la negación adaptativa de la ansiedad hacia la muerte.

Bernad P. (1992), en su artículo sobre "El amor y muerte", plantea que los médicos tienen problemas existenciales en relación a los aspectos sociales y morales con los que se enfrentan en su práctica profesional.

El análisis existencial se basa en la interioridad y la experiencia subjetiva. En la que la incertidumbre de los juicios técnicos de la medicina, provocan ansiedad y preocupaciones de su comportamiento o emociones, los encuentros interpersonales son difíciles, muchas veces se encuentran frustraciones producto de un conflicto entre el médico y sus pacientes, además de los complejos procedimientos institucionales y burocráticos, en donde él desarrolla su labor profesional.

Todo el personal médico se ve afectado en su práctica por un poderoso motivo; de acuerdo a éste el médico como persona existe separado e independiente de su "persona" como profesional. Mientras la persona es afectada por un complejo rango de emociones, necesidades y vulnerabilidad que constituye la vida inherente de un ser humano. La "persona" profesional no lo está, existen contrastes entre los dos, a esta última se le exige que tenga "neutralidad afectiva" y una "apartada preocupación", debe tomar decisiones racionales y empíricamente verificables, se debe mantener apropiado respeto sobre pacientes difíciles o demandantes, dominar las enfermedades, enojos, miedos y ansiedades para reconfortar a sus pacientes. Esta dinámica hace que se sientan sumergidos en su rol profesional olvidando que son persona abrumadas por todo tipo de exigencias.

Parkes (citado por Sherr en 1988), entrevista a estudiantes de enfermería. Los datos obtenidos fueron: la agonía y la muerte son los principales factores de tensión entre ellas, esto puede relacionarse a la falta de comprensión de como ayudar mejor a los pacientes y sus familiares.

El personal hospitalario está involucrado directamente con personas que están agonizando, lo cual puede provocar un "bloqueo" mental o negación lo que provoca una gran dificultad para hacerle frente a semejante situación (Becker, et al., 1985).

En realidad existe una negación compartida de la muerte entre los médicos, las enfermeras y el paciente.

Es importante que el personal médico y de enfermería trate de contestar adecuadamente a las necesidades del paciente, ayudandoles a encontrar "el último aliento de valor y de ánimo, al atender sus quejas y la forma de como las expresa, detectando los desplazamientos de representaciones simbólicas de miedos a la muerte tales como "el cuarto está muy oscuro, abran las persianas".

La actitud del personal de salud, hacia la muerte depende de la preparación que tenga para enfrentar su mortalidad, al estar conscientes que sus propias defensas pueden rigidizarse y no permitir una adecuada comunicación con el paciente.

Es necesario conocer los aspectos contratransferenciales para que de esta manera deje de ser renuente a enfrentar la muerte, tanto en sus vidas personales, como en el campo profesional, situación que se presenta con mucha frecuencia en el hospital (Schwarz, 1979).

5.3 EMOCIONES REPRIMIDAS ANTE EL PACIENTE MORIBUNDO Y LA MUERTE.

El personal médico y de enfermería tiene diferentes emociones ante el paciente moribundo y la muerte misma como son: miedo, sentimientos de culpa, frustración o

incomodidad frente a una enfermedad en especial, ansiedad, indiferencia, o enojo hacia pacientes familiares y compañeros de trabajo.

Este personal sufre una serie de pérdidas, ya que mueren sucesivamente varios pacientes, ocasionandoles una gran frustración; viven en una presión constante, en la lucha entre la vida y la muerte.

Puede también sentir culpa, relacionada con carencias percibidas como algo íntimo, errores de juicio y acciones inapropiadas, pero esto suele ocultarse, lo que limita la atención que la enfermera presta a esta situación.

Sullivan (citado por Peplau, 1990), señala que una característica específica de la ansiedad es la inducción interpersonal en situaciones en las que se ven amenazados su prestigio y credibilidad, para terceras personas a las que no le es posible rehuir.

Los médicos se mueven a través de sus propias vidas, ellos manejan fantasías de infalibilidad, omnipotencia y de la habilidad de curar todo lo que necesita ser curado; mientras mantiene la vocación y el propósito, por lo que el médico tiende a escabullirse o huir, no bien advierte su impotencia para curar.

En el medio hospitalario se encuentra una resistencia y negación a la muerte, esto es proporcional a la impotencia que siente el médico cuando no puede prolongar la vida de sus pacientes, para algunos, la muerte es el fracaso de él.

Así mismo, encontramos una sensación de incomodidad ya que se presenta el problema de ¿quién, dónde, cuándo y cómo?, informarles las malas noticias al paciente y sus familiares, provocando ansiedad en el personal médico y de enfermería.

Martínez (1995). Habla del miedo en la enfermera y lo describe desde diferentes puntos:

El miedo se presenta cuando descubre que a pesar de su simpatía, preocupación y deseos de ayuda; siente que no tiene la suficiente habilidad y preparación para brindar una asistencia efectiva, propiciando esto una actitud de indiferencia.

El personal médico y de enfermería al trabajar, escuchar, acompañar, conversar y comprender al paciente moribundo incrementa en forma inevitable la consciencia de su propia mortalidad y de igual manera, la fragilidad de aquellos a quienes ama (Sherr, 1989).

CAPITULO 6

*Desde el día en que nacemos
a la muerte caminamos
no hay cosa que más se olvide
ni más cierta que tengamos*
Jorge Boccanera

Propuesta de trabajo de un programa informativo y vivencial de sensibilización para médicos y enfermeras sobre el proceso del duelo, la muerte y sus emociones.

6.1 PROBLEMA

Es importante que los médicos y las enfermeras se encuentren informados y capacitados para atender problemas relacionados con el duelo y la muerte. Este personal necesita contar una capacitación y apoyo psicológico para la atención de este tipo de pacientes.

En el medio hospitalario encontramos una resistencia y negación a la muerte por el personal de salud, éstas pueden ser proporcionales a la impotencia, que sienten cuando no puede prolongar la vida de sus pacientes, para algunos, la muerte es el fracaso de él, también encontramos frustración e incomodidad de frente a una enfermedad en especial, o muestran algunas veces indiferencia o enojo hacia los pacientes, familiares y compañeros de trabajo.

Es importante que los médicos y las enfermeras muestren una actitud empática y tengan un acercamiento auténtico frente al paciente moribundo, para entender la angustia del paciente, pero al hacer esto se genera angustia y representa un peligro para el personal de salud por lo que éste se aleja del paciente.

6.2 OBJETIVOS

La creación de un programa teórico-vivencial, con enfoque clínico para capacitar en forma continua en el trabajo profesional a los médicos y enfermeras en el manejo de las emociones que se producen en dicho trabajo con el paciente moribundo en los servicios de urgencias, unidad de cuidados intensivos, medicina interna o cirugía, que son los servicios que tienen el más alto índice de muerte.

Los objetivos que se pretenden en este programa son:

- 1.- Dado que se ha visto con frecuencia que los miembros del equipo de salud que tratan al paciente moribundo presentan trastornos físicos y emocionales, se deben de prevenir estos problemas para obtener importantes beneficios en el desempeño de su trabajo profesional.
- 2.- Que los médicos y las enfermeras conozcan las habilidades y limitaciones que tienen, para ayudar a sus pacientes, familiares u otros compañeros de trabajo.
- 3.- Sensibilizarlos para entender y anticipar sus propias reacciones ante la angustia, frustraciones y obstáculos.
- 4.- Capacitar al equipo interdisciplinario para que establezca una relación empática con el paciente.
- 5.- Desarrollar formas más efectivas de comunicación interpersonal.
- 6.- Los médicos y las enfermeras mejorarán la calidad del servicio que brindan a los pacientes moribundos y su familia.

6.3 TECNICA

El programa se propone realizar con técnicas de grupos operativos, basado en el trabajo de Pichon-Riviére, siendo indispensable una participación dinámica de médicos y de enfermeras en donde este personal utilice su experiencia profesional, para desarrollar un

trabajo vivencial con una retroalimentación de sus actitudes, actividades y conocimientos en relación directa con sus compañeros.

Pichon-Riviére (1971), propone un modelo teórico del grupo operativo, lo define como "un conjunto de personas con un objetivo común", cuyo propósito es transformar un círculo vicioso cerrado, en un círculo beneficioso con aperturas dialécticas sucesivas a través de una tarea determinada.

La situación grupal es todo un conjunto de personas, ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio, articuladas por su mutua representación interna, se plantea la tarea explícita e implícitamente que constituye su finalidad, junto con un número determinado de integrantes, configuran la situación grupal.

Los grupos operativos de esclarecimientos, de aprendizaje, de capacitación o tarea actúan en un proceso terapéutico.

La enseñanza interdisciplinaria es la base institucional para el cambio, se trata de reducir rivalidades y las envidias profesionales en cada uno de los integrantes del grupo, y debe asumir su papel y responsabilidad, ya que están comprometidos en una situación de emergencia desde el aspecto asistencial.

La dialéctica interdisciplinaria se basa en la preexistencia de cada miembro del grupo de un esquema referencial (conjunto de experiencias, conocimientos y afectos con los que el individuo piensa, siente y hace), y que adquiere unidad a través del trabajo en grupo; promueve a su vez en el grupo o comunidad un nuevo esquema referencial operativo sustentado en el común denominador de los esquemas previos.

Este grupo interdisciplinario nos da la oportunidad de estudiar a la muerte como una referencia común en diferentes grupos profesionales que se interrelacionan en su ámbito laboral.

Reunión de un equipo de trabajo que deciden modificaciones de actitudes, sobre la base de un estudio detallado de la situación de la muerte por medio de un programa de acción.

La teoría y la práctica se realimentan mutuamente dando como resultado la creación de un instrumento operacional que configura una situación que podríamos

denominar "operación esclarecimiento". Lo que llamamos ECRO (Esquema Conceptual, Referencial y Operativo).

El campo del grupo operativo está poblado por los roles prescritos opuestos que definimos en términos de pertenencia, cooperación, pertinencia, comunicación aprendizaje y factor telé que se pueden representar en forma de un cono invertido en su base se ubican los contenidos emergentes manifiestos o "explícitos" que actúan en forma latente. Hay un movimiento dialéctico de indagación y esclarecimiento que va de lo explícito a lo implícito.

En el grupo se encaran diferentes vectores a fenómenos que influyen en el trabajo del grupo y se describen a continuación:

***Afilación o identificación:** el sujeto guarda una determinada distancia sin incluirse totalmente en el grupo.

***Pertinencia:** esta formado por la afiliación y es una mayor integración al grupo esto permite elaborar una estrategia, una táctica, una técnica y una logística, con esto es posible la planificación del trabajo de grupo.

***Cooperación:** es la contribución de los miembros a la tarea grupal, de esta manera se hace manifiesto el carácter interdisciplinario del grupo operativo.

***Pertinencia:** centrarse del grupo en la tarea prescrita y en el esclarecimiento de la misma. Se puede evaluar de acuerdo con el monto de la pretarea, la creatividad y la productividad del grupo y las aperturas hacia un proyecto.

***Comunicación:** puede ser verbal o no verbal, por medio de gestos, se deben tomar en cuenta la meta comunicación que es el contenido del mensaje, el cómo y el quién, si estos elementos entran en contradicción se configura un mal entendido dentro del grupo.

***Aprendizaje:** es desarrollar aptitudes y modificar actitudes. Se produce un cambio cualitativo en el grupo y esto depende de la resolución de ansiedades, de una adaptación activa a la realidad, creatividad, proyectos, etc.

***Factor telé:** lo define el profesor Moreno citado por Pichón. Es la disposición positiva o negativa para trabajar con un miembro del grupo.

El clima lo configura el factor telé que da una transferencia positiva o negativa del grupo con el coordinador y los miembros entre sí.

Las situaciones básicas o universales implícitas que se presentan en el grupo son:

a).- Los miedos básicos son:

1.- miedo a la pérdida de la estructura ya lograda.

2.- miedo al ataque en la nueva situación a estructurar.

b).- "La situación terapéutica", frente a la situación de cambio, configurada por:

1.- miedo al cambio.

2.- resistencia al cambio.

c).- Un sentimiento básico de inseguridad.

d).- Los procesos de aprendizaje y comunicación: ambos aspectos forman una unidad y son interdependientes. La comunicación es el riel del aprendizaje.

e).- Las fantasías básicas.

1.- de enfermedad.

2.- de tratamiento.

3.- de curación.

En el grupo operativo hay tres momentos situacionales en la actitud terapéutica y son:

Pretarea:

Es donde se ponen en juego los mecanismos defensivos que limitan el trabajo del grupo y son las resistencias al cambio movilizandolas por el incremento de las ansiedades de pérdida y ataque.

Estas técnicas se emplean con la finalidad de postergar la elaboración de los miedos básicos; a su vez éstos últimos, al intensificarse, operan como obstáculos y establecen una distancia entre lo real y lo fantaseado, que es sostenida por aquellos miedos básicos.

En la pretarea encontramos tensión; para buscar la salida de ésta, se hace una figura transaccional como una resolución transitoria de la lucha.

También podemos encontrar disociaciones del pensar, actuar y sentir.

En el grupo se puede presentar inseguridad social, que está ligada a ansiedades frente al cambio.

Estas ansiedades son de dos tipos:

a) Ansiedades depresivas que son expresadas como temor a la pérdida de un status determinado.

b) Ansiedades paranoides que se dan frente a las nuevas condiciones de vida o miedo al ataque.

Tarea:

Consiste en el abordaje y elaboración de ansiedades y la emergencia de una posición depresiva básica.

Hay una pauta disociativa y estereotipada que ha funcionado como factor de estancamiento en el aprendizaje de la realidad y de deterioro en la red de comunicación.

Esto implica un "inshigt" que hace consciente ciertos aspectos de su estructura dinámica, adecua su nivel de aspiración a su status real, determinante de sus posibilidades, cada sujeto conoce y desempeña su rol específico, de acuerdo a la complementariedad. El grupo esta abierto a la comunicación que posibilita el cambio y el proceso de aprendizaje social, en relación dialéctica con el medio y pudiendo elaborar estrategias y tácticas, mediante las cuales interviene en las situaciones (proyecto de vida), provocando transformaciones, éstas a su vez, modificarán la situación conjuntando el sentir, el pensar y el actuar de sus elementos.

Roles:

Los roles tiene un papel fundamental en el grupo, ya que se estructuran sobre la base de un interjuego de roles.

En el trabajo de grupo, convergen roles o funciones que provocan en la situación de tarea, la ruptura del estereotipo.

En el acontecer del grupo, determinadas personas van a asumir estos roles, que son una forma de interacción social que dentro del grupo operativo pueden ser de dos tipos: preescrito o adjudicado, siendo uno fijo y el otro cambiante.

Estos roles cambiantes pueden adjudicarse de acuerdo a los momentos grupales que se viven y sus características personales; pero no todos se realizan en términos de una tarea positiva.

Los roles que podemos encontrar en el grupo son:

Roles de portavoz: es el miembro que en un momento denuncia el acontecer grupal, las fantasías, las ansiedades y las necesidades del grupo.

Roles de saboteador: tienen la misión de sabotear la tarea de esclarecimiento, se deben tomar como un hecho natural y son las fuerzas que actúan desde afuera, introducidas en el adentro para no permitir el cambio.

Chivo emisario: es el depositario de los aspectos negativos o atemorizantes del mismo o de la tarea.

Liderazgo: puede ser depositario de aspectos positivos del grupo, estos dos últimos roles se interrelacionan.

Conforme se da el esclarecimiento progresivo hay un reajuste de los roles, una mayor heterogeneidad en sus miembros y una mayor homogeneidad en la tarea.

Estos roles no son estereotipados sino funcionales y rotativos.

Una de las principales tareas del grupo es un análisis dialéctico, que se relaciona con los sistemas referenciales, con la ambigüedad y coexistencia de los elementos de ideología opuesta, sin integración. Se trata que el grupo utilice esta ideología y la someta a prueba y verificación de que pueden ampliarse y rectificarse, tanto como de que tengan integración, coherencia, fuerza directriz y convicción evitando la ambigüedad y así resolviendo las contradicciones intergrupales (Bleger, 1971).

Proyecto:

En el se concretizan y proponen los cambios aprendidos y experimentado en el grupo.

Los médicos y las enfermeras elaboraran un proyecto adaptado a su realidad, de acuerdo a las ideologías y estilos propios, para lograr una concepción integral de la muerte, pensando en una adaptación activa, en la que el sujeto se transforma, modifica el medio y al modificar el medio se transforma así mismo.

La tarea gira entonces alrededor del enfrentamiento del proceso de duelo del paciente, de su familia y del personal, con lo que se logra la integración y la diferenciación de los miembros del grupo, al adquirir una identidad con límites propios.

La finalidad del trabajo de grupo es:

- 1.- Una adaptación activa a la realidad.
- 2.- Posibilidad de asumir nuevos roles.
- 3.- Poder asumir mayor responsabilidad.
- 4.- Pérdida de roles anteriores inadecuados para la situación en el aquí-ahora-conmigo y en la tarea.
- 5.- Los sentimientos básicos de pertenencia, cooperación y pertinencia que operan en forma armónica le dan al grupo gran productividad.

El encuadre:

Bleger (1971), nos dice que el encuadre es el conjunto de las constantes dentro de las cuales se da el proceso analítico.

Dentro del encuadre hay varios elementos que son:

El espacio o el lugar, donde se realizará el programa, puede ser un aula o salón de seminarios o juntas, los participantes tendrán la facilidad de contar con sillas móviles para sentarse cara a cara, se procurará que el lugar siempre sea el mismo para que no varíe el ambiente.

El tiempo, en éste encontramos el número de sesiones que serán ocho, una vez por semana con una duración de hora y media a dos horas cada una.

El horario se determinará dependiendo del tiempo disponible del personal.

La selección de los integrantes:

- * Se les hará una invitación personal a cada uno de los candidatos.
- * Se hará una entrevista personal con los candidatos que les interese la invitación.
- * Se propone que sea un mínimo de diez personas y un máximo de dieciséis. La mitad serán médicos y la otra enfermeras.

El rol del coordinador:

Es el encargado de mantener el encuadre, este rol debe realizarlo un psicólogo clínico con una orientación psicodinámica. Se sugiere que los psicólogos trabajen en un hospital para que comprendan las actitudes y actividades tanto de los médicos como de las enfermeras.

Deberán tener una formación específica en el manejo de la técnica de grupo operativo.

El coordinador cumple en el grupo un rol prescrito, que tiene las siguientes actividades:

- * Es responsable del programa que se establezca.
- * Debe conocer las situaciones de miedo, angustia o exaltación inicial de los conflictos explícitos y latentes del tema de la muerte.
- * Su instrumento es el señalamiento de las situaciones manifiestas y la interpretación de la causalidad subyacente.
- * Tiene una función de orientador.
- * Debe indagar el bloque en función del impacto del tema de la muerte.
- * Deberá favorecer la comunicación intergrupal al mismo tiempo de crear, mantener y fomentar la que se va adquiriendo en el grupo en un desarrollo progresivo en forma de espiral en la cual coinciden didáctica, aprendizaje, comunicación y operatividad.

- * Evitar las discusiones frontales.
- * Favorecerá los vínculos dentro del grupo, no olvidando el problema de las relaciones interpersonales con el personal de salud.
- * Comprenderá e interpretará el vínculo trasferencial.
- * Deberá hacer evaluaciones o retroalimentación, que permita una revisión o rectificación del proceso grupal.
- * La evaluación debe constar de dos aspectos: uno temático (teoría) y otro dinámico (emociones).

Llevar a cabo un esquema conceptual, referencial y operativo que incluyan los siguientes conceptos y pasos operacionales.

- 1.- El concepto de portavoz.
- 2.- El análisis de los roles: funciones sociales perturbadas; roles que se asuman en situaciones de emergencia (rigidez o rotatividad), liderazgo.
- 3.- El análisis de las ideologías o prejuicios inconscientes.
- 4.- El análisis del mal entendido básico.
- 5.- El análisis de los secretos del grupo, se carga con sentimientos y fantasías de culpabilidad.
- 6.- El análisis de los mecanismos de disociación o splitting.
- 7.- El análisis de los mecanismos de segregación y de sus infraestructuras (alejamiento o aislamiento de algún miembro del grupo).
- 8.- El análisis de los mecanismos de preservación.
- 9.- Las fantasías de onnipotencia e impotencia que se proyectan en el terapeuta como una forma de hacerlo impotente o paralizarlo.

El observador:

Debera ser psicólogo clínico con una orientación psicodinámica, que trabaje en un hospital para entender las actitudes del personal de salud.

Registrará todo lo que suceda en el grupo a través de un enfoque panorámico. Por lo general el observador no es participante.

Recogerá todo el material expresado verbal y no verbal en el grupo con el objeto de realimentar al coordinador en un reajuste de las técnicas de conducción.

6.4 PROGRAMA DE TRABAJO

Las sesiones de trabajo se realizarán de la siguiente manera:

En las tres primeras se propone dar un marco teórico de la muerte y el duelo, explicando diferentes conceptos biológicos, antropológico-religioso y psicológicos, así como diferentes modelos de intervención en la elaboración del duelo.

Se describirán las sesiones de la siguiente manera:

Primera sesión: se explicarán las características y la idiosincrasia del mexicano en relación a las fantasías y mitos sobre la muerte. Desde el punto de vista fisiológico, antropológico, religioso y psicológico.

Segunda sesión: se hablará del duelo y de los diferentes enfoques teóricos para su explicación, para adaptarlos a las características de la población mexicana.

Tercera sesión: se explicará el proceso de afrontamiento del paciente moribundo en el duelo y de las emociones encontradas en él y sus familiares.

Las siguientes sesiones pertenecen al programa teórico vivencial.

En esta parte del programa es necesario conocer las experiencias personales y de trabajo de cada uno de los miembros del grupo. Además de conocer las diversas interacciones que tiene lugar en la relación interpersonal entre el médico, la enfermera y el paciente, que influyen en las expectativas, que se tienen del mismo y sus familiares, así como las que tiene éste hacia el personal médico y el de enfermería.

Al complementar el programa informativo con el vivencial, permitirá conseguir los objetivos antes planteados.

La propuesta para las siguientes cinco sesiones es:

Cuarta sesión: Se hablará de las experiencias propias en relación a la teoría del programa informativo de manera general, se conocerán los sentimientos, opiniones y

actitudes del personal médico y de enfermería ante la muerte y el duelo, para lograr así una catarsis de sus emociones. Traer el material trabajado y crear una situación en espejo en la que los miembros se "reconocen" como individuos separados y como integrantes del grupo a través del tema de la muerte.

Quinta sesión: se conocerán las expectativas que tiene el personal hacia el paciente y las de éste hacia el médico y la enfermera.

En esta sesión se puede proponer un modelo de observación simple, que sea útil en la tarea de cobrar una mayor consciencia de sus sentimientos, en las relaciones con los pacientes y en la recopilación de datos, que luego puedan ser estudiados con la mayor objetividad posible en un análisis de las relaciones interpersonales.

Peplau en 1990, propone el siguiente modelo de observación que permite conseguir el propósito de esta sesión:

Se deben hacer anotaciones de:

- * Las respuestas y actitudes del paciente ante la enfermera o el médico.
- * Las respuestas de la enfermera o el médico ante el paciente.
- * Hacer un análisis y especulaciones de la relación que tienen estas dos respuestas (pacientes y personal de salud).

El primer paso sería la utilización de la observación de un paciente.

El segundo paso formular una hipótesis que pueda estudiar las relaciones con el paciente, para comprenderlas de forma más objetiva.

El tercer paso es la observación participante, para realizar un estudio de todos los aspectos descritos, dentro del grupo de trabajo.

Sexta sesión: con base al modelo de observación de la sesión anterior, se conocerá como maneja el personal y el paciente sus expectativas.

Séptima sesión: se discutirá el manejo del proceso de muerte en el paciente moribundo y el duelo en los familiares y el personal de salud.

Octava sesión: se harán conclusiones y comentarios de las experiencias aprendidas y vivenciadas, analizando las dificultades presentadas y los éxitos obtenidos.

En esta última sesión el personal médico y de enfermería propondrán un programa de trabajo con base en el aprendizaje obtenido en el grupo.

CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se trató de dar una visión general, sobre la importancia, de las relaciones que establece el personal médico y de enfermería con los pacientes en fase terminal o moribundos y sus familiares.

Es importante todo el conocimiento teórico, pero es más importante todavía que el personal aprenda, a través del confrontamiento de sus propios sentimientos y el de las personas involucradas en la atención de los pacientes.

No debemos olvidar que la comunicación es la mejor manera de expresar sentimientos e ideas, para describir las experiencias, señalar otras realidades, y también significados ocultos, que subyacen a las palabras utilizadas, las cuales se expresan de forma no directa, siendo este tópico, el de mayor importancia en la relación médico-paciente.

El programa de acción que se propone permitirá a los profesionales de la salud ampliar sus conocimientos de los diferentes enfoques a cerca del problema de la muerte, siendo muy importante la participación del psicólogo para ayudar al grupo de trabajo a entender este complejo fenómeno desde el punto de vista existencial que se puede observar de distintas maneras y que conlleva a diferentes respuestas de las personas involucradas a nivel conductual, cognoscitivo, afectivo y visceral.

Este trabajo tiene gran importancia en las actividades profesionales del personal de salud, ya que le permitirá capacitarse en el tema de la muerte, logrando así la disminución de la ansiedad y miedos que están presentes en dicho personal, permitiéndoles "entender" sus actitudes para lograr dar una mejor atención asistencial y tener una buena relación interpersonal en su grupo de trabajo.

Es la oportunidad del psicólogo para poder intervenir, en otra área de trabajo, que por lo general está muy restringida; ya que no en todos los hospitales hay psicólogos de base que puedan proporcionar ayuda en este difícil proceso.

Las pocas investigaciones existentes sobre el tema a nivel nacional, abren un amplio campo de investigación y de trabajo para el psicólogo que se interese en entender los diferentes aspectos de la muerte y el duelo.

SUGERENCIAS

Es importante que se lleve a la práctica el programa informativo y vivencial, para evaluar su utilidad y sus limitaciones, permitiendo esto perfeccionarlo o corregirlo de acuerdo a los resultados que se obtengan, en el cambio de actitudes del personal médico y de enfermería ante la muerte, el proceso de duelo del paciente moribundo y sus familiares.

La intervención del psicólogo puede ir desde la prevención primaria hasta el diseño e instrumentación de un programa de apoyo al personal médico y de enfermería así como, a los pacientes, con padecimientos terminales.

Es importante estimular la adopción de conductas protectoras contra el stress y la angustia provocada por la muerte y el contacto con pacientes moribundos.

BIBLIOGRAFIA

- Andrau, M. (1992) *Enfrentarse a la muerte*. Buenos Aires: Sudamericana
- Balderas, P. (1988) *Administración de los servicios de enfermería*. México: Interamericana
- Bañuelos, J. (1991) *Ansiedad en médicos residentes de psiquiatría y de medicina interna un estudio comparativo*. Tesis de especialidad en psiquiatría. Facultad de medicina UNAM.
- Bernad, D. (1988) Love and death: *The Journal of Medicine and Philosophy* 13, pp 398-409
- Becker, E. (1977) *El eclipse de la muerte*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bleger, J. (1971) *Temas de psicología* Entrevista y grupos. Argentina: Nueva Visión.
- Bowlby, J. (1980) *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Boccanera, J., comp. (1981) *El poeta y la muerte*. Antología de poemas a la muerte. México.
- Burton, A. (1978) Attitudes Toward Death of Scientific Authorities and Death. *The Psychoanalytic Review*. 65(3) pp 415-432
- Cámara, C. (1980) *La relación del personal hospitalario con el paciente moribundo*. Tesis Lic. Psicología. Universidad Iberoamericana. México.
- Cortes, R., Vega, O., Rodríguez, C., Sierra, D., Villanueva, P. (1991) *Los días de muertos una costumbre mexicana*. México: G. V. ed.
- Cruz, A., Oliver, V., Rodríguez, L., Sánchez, S., Suárez, F. (1995) *Cuando aparecen las mariposas*. Etnografía sobre la muerte en algunos lugares de México. México: Museo Nacional de Antropología e Historia.

Espasa-Calpe. ed. (1926) *Enciclopedia Universal Ilustrada*. Madrid. vol: XXVIII.

Feifel, H. ed (1959) *The meaning of death*. EEUU: Mc Graw Hill.

Feifel, H. (1969) Attitudes Toward Death a Psychological Perspective. *J. of Consulting an Clinical Psychology*. 33 (3) pp 292-295.

Flores, A. (1985) *Las actitudes de los médicos hacia la muerte*. Tesis de especialidad de Psiquiatría. Facultad de Medicina. UNAM.

Freud, S. (1959) *Obras completas*. Trad. Etcheverry, L. (vol 12-14). Buenos Aires: Amorrurtu ed.

Fromm, E. (1964) *El miedo a la libertad*. Buenos Aires: Paidós.

Fromm, E. (1964) *El corazón del hombre*. Buenos Aires: Paidós.

Fromm, E. (1975) *Anatomía de la destructividad humana*. México: Siglo XXI

Fromm, E. (1983) *El amor a la vida*. México: Paidós

Fromm, E. (1991) *La patología de la normalidad*. México: Paidós.

Gaer, J. (1964) *Lo que las grandes religiones creen*. México: Diana.

García, J. (1975) Religiones Griega y Romana en Marin, M. comp. *Historia de las religiones*. vol: 1. México.

Grinberg, L. (1983) *Culpa y depresión*. Madrid: Alianza.

Herzog, E. (1964) *Psiquis y muerte*. Argentina: Los libros del mirasol.

- Krassoieivit, M. (1993) *Psicoterapia Geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kübler-Ross, E. (1971) *On Death and Dying*. New York: Macmillan.
- Kübler-Ross, E. (1975) *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Kübler-Ross, E. (1985) *Death*. New York: Macmillan.
- Kübler-Ross, E. (1985) *On Children on Death*. New York: Collier Books.
- Kübler-Ross, E. (1991) *Una luz que se apaga*. México: Pax.
- Linderman, E. (1944) Syntomatology and Management of Acute Grief. *American Journal of Psychiatry*. 101 pp 141-148.
- Mannoni, M. (1992) *Lo nombrado y lo ino nombrado*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Martínez, D. (1985) *El uso del grupo operativo con la enfermera de la unidad de cuidados intensivos*. Tesina Lic. Psicología. Facultad de Psicología UNAM.
- Marin, M., comp. (1975) *Historia de las Religiones*. (vols 1-2-3). México: Marin.
- Marcuse (1987) The Ideology of Death, En Feifel, H (ed). *Meaning of Death*. EE. UU.: Mc Graw Hill
- Matos, (1986) *Muerte al filo de la obsidiana*. México: Lecturas Mexicanas F.C.E
- Monés, H. (1975) Islamismo en Marin, M. comp. *Historia de las religiones*. vol. 3. México.
- Morris, C. (1987) *Psicología un enfoque nuevo*. EE. UU. : Prentice Hall.
- Mavuan, B. (1987) *Paciente terminal y muerte*. Barcelona: Doima.

Ojeda, Diaz. (1995) *Diosas y mujeres en los códices prehispánicos*. México: Biblioteca del INHA.

Papalia, D. (1989) *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill.

Paz, O. (1950) *El laberinto de la soledad*. México: Fondo de Cultura Económica.

Payne, E. (1993) El médico y su paciente moribundo en Levin, S., R. Kahona (comp). *Los procesos psicológicos en el envejecimiento*. Buenos Aires: Hormé.

Peplau, H. (1990) *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Salvat.

Pichon, R. (1971) *El proceso grupal del psicoanálisis a la psicología social*. (1). Argentina: Nueva visión.

Polak, M., Nischli, G. (1980) *Consideraciones psicológicas de los pacientes en la unidad de terapia intensiva*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Iberoamericana. México.

Rahner, K. (1965) *Sentido teológico de la muerte*. Barcelona: Herder.

Reyes, P., I. H. (1983) *Ansiedad y depresión frente a la muerte. Un estudio psicológico en el personal médico que labora con pacientes con riesgo a morir*. Tesis de maestría en psicología. Facultad de Psicología UNAM.

Reader's Digest Selecciones. (1982) *Gran diccionario enciclopédico ilustrado*. México.

Rivera, M. (1975) Animismo y Totemismo en Marin, M. comp. *Historia de las religiones*. vol. México.

Rojas, B. (1976) "Vida y muerte". Enseñanza de los pacientes terminales. I Congreso Nacional de Geriátría. Toluca-México, Abril.

- Salvat. (ed). (1983) *Diccionario terminológico de ciencias médicas*. México: Salvat.
- Sánchez, A. (1988) *El perfil psicosocial del médico residente*. Tesis de especialidad en Psiquiatría. Facultad de Medicina UNAM.
- Sánchez, R. (1991) *Elementos de salud pública*. México: Menéndez Cervantes.
- Sánchez, S. (1996) Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir. La interfaz, intervención-investigación en psicología de la salud. Facultad de psicología: UNAM
- Schwartz, M., Karasu, T. (1979) Psychotherapy With The Dyng Patient. *American Journal of Psychotherapy*. vol: XXXI (1 january).
- Segal, H. (1978) *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Barcelona: Paidós
- Sherr, L. (1989) *Agonía muerte y duelo*. México: Manual moderno.
- Smith, C. (1988) *Trabajo social con moribundos y su familia*. México: Pax.
- SSA. (1995) *Leyes y códigos de México. Ley general de salud*. México: Porrúa.
- Soberón, G., Ruiz, L. col. (1983) *Hacia un sistema nacional de salud 1833-1983*. México: UNAM.
- Thomas, L. V. (1991). *La muerte*. España: Paidós.
- Thomas, L. V. (1993) *Antropología de la muerte*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Torres, A. (1993) *El hombre ante la muerte y el momento de morir*. Revista Mexicana de Anestesia, 14 (16) pp 64-73.
- Towne, M. (1989) Family Approach to Health and Disease. en: *Michels R. Psychiatry Inc. Publishers*, vol 2, cap. 10. New York.

UNAM. ed. (1992) *Guía de carreras. Universidad Nacional Autónoma de México.*

Vaillant, C. (1973) *La civilización azteca.* México: Fondo de Cultura Económica.

Vioris, J. (1992) *El precio de la vida.* Argentina: EMECE.

Westheim, P. (1992) *La calavera.* México: Fondo de Cultura Económica.

Yalom, J. (1984) *Psicoterapia existencial.* Barcelona: Herder.