

132



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EL DEVENIR DE LA TANATOLOGIA COMO UNA TECNICA DE INTERVENCION PSICOLOGICA: UNA INVESTIGACION DOCUMENTAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

DAYANA NOYOLA REYNOSO

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. CLAUDETTE DUDET LIONS
REVISOR: MTRC. SOTERO MORENO CAMACHO



MEXICO, D.F.

2000

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



EXAMENES PROFESIONALES FAC. PSICOLOGIA



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.

Dedico este trabajo a tres personas que amo
y que son parte fundamental en mi vida:

Mis padres, **ROSY** y **AARÓN**, por su paciencia en los momentos difíciles de mi trayectoria académica, por la confianza que depositan en mi y por el apoyo en todos sentidos y cada cual a su manera. Porque sólo ustedes saben lo que implica el compromiso de ser Madre y Padre.

A mi hermana, **ERIKA**, por su compañía ya que juntas hemos aprendido a ser hermanas y amigas a la vez; gracias por ayudarme a descubrir mi verdadera vocación y por cada uno de los momentos de reflexión que, como psicólogas, hemos compartido (siempre tan intensos y fructíferos)

**A LOS TRES, CON PROFUNDO RESPETO Y
AGRADECIMIENTO POR CUANTO ME HAN
APORTADO.**

Í N D I C E

	Pag.
Introducción	1
CAPÍTULO I	
¿QUÉ ES LA TANATOLOGÍA?	3
Sigmund Freud y el instinto de muerte.	6
Cicely Saunders.	8
Elisabeth Kübler-Ross	10
Antecedentes históricos de la Asociación Mexicana de Tanatología A.C. (AMTAC).	14
Objetivos de la AMTAC	15
Instituto Mexicano de Tanatología A.C. (INMEXTAC).	16
Misión y Filosofía.	17
CAPÍTULO II	
UN TRATAMIENTO PARA ENFRENTAR LA MUERTE.	20
Enfoque psicológico sobre el proceso de muerte.	31
El trabajo de duelo.	38
Reacciones psicológicas en el moribundo.	43
Tratamiento psicológico en el proceso de muerte de pacientes terminales.	48
El perfil del tanatólogo.	54

CAPÍTULO III	
LA FUNCIÓN SOCIAL DEL TANATÓLOGO.	56
Educación para la muerte.	57
Tanatología e internet.	63
Eutanasia y dignidad de la muerte.	67
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIONES.	71
Apéndice.	77
Referencias.	86

INTRODUCCIÓN

En el último siglo han ocurrido dramáticos cambios tanto en la sociedad como en la ciencia y la tecnología, particularmente en la medicina y su capacidad para prolongar la vida; el interés por brindar una mejor calidad de vida a los pacientes que sufren de una enfermedad terminal y a sus familias es la directriz del quehacer tanatológico.

Esta tesis es un trabajo de investigación documental en el que se da a conocer los eventos que promovieron la aparición de la Tanatología, así como el desarrollo que la ha llevado a convertirse en un área necesaria en el ámbito hospitalario y, dentro de la Psicología, como una técnica de intervención que favorece la atención integral al enfermo terminal y personas relacionadas con él, llámense familiares o personal sanitario. Para ello se consideraron como temas de investigación la historia de la Tanatología, la relación que ésta guarda con la Psicología y las repercusiones que genera en el ámbito social.

Así, el objetivo de la tesis fue realizar un análisis sobre el devenir de la Tanatología como técnica de intervención psicológica, ya que aunque el término se usa de forma coloquial, son pocos los que conocen tanto su significado como lo que la tanatología implica en el campo profesional llegando incluso a confundirla con la eutanasia.

Aunque la muerte es un proceso normal e inherente a todo ser humano y es parte de su ciclo de desarrollo, en México se ha descuidado este aspecto en general y, en particular, en el área de Psicología, observándose que los psicólogos en formación aprenden conocimientos sobre desarrollo humano que abarcan desde el embrionario hasta la adolescencia, pero no se profundiza en el resto del ciclo que llega a la vejez y culmina con la muerte, aunque ésta puede tener lugar en cualquier etapa del desarrollo.

La Psicología no se puede olvidar del individuo en su integridad, por tanto, como psicólogos necesitamos conocer la totalidad de nuestro objeto de estudio, el comportamiento del ser humano, y considerar la preparación para la muerte no sólo en la

fase crítica del suceso inminente sino a lo largo de la vida ya que como lo plantea Abengózar (1994) prepararse para la muerte implica prepararse para la vida como una forma de afrontar los diferentes sucesos evolutivos y vitales. Se propuso como alternativa, una educación para la muerte a todos niveles bajo el argumento de que a través de ella, se puede reducir la ansiedad que ésta genera y propiciar una mejor atención al enfermo, así como respeto por su dignidad de vida hasta su deceso.

Aunque las personas que llevan a cabo la intervención tanatológica se ubican en diversas profesiones y actividades, es importante la participación de la Psicología en esta área pues es la que tiene prioritariamente como objeto de estudio el comportamiento del ser humano, aunque no es la única, es la que en mayor medida está involucrada con los aspectos emocionales, los cuales representan un papel significativo en el proceso de muerte.

Por lo anterior se planteó que la tanatología puede ser considerada dentro de los programas de estudio en Psicología, ya que, desde una perspectiva personal, es un tema básico para todo psicólogo y en especial para aquel cuya aspiración está dirigida hacia el área clínica.

CAPÍTULO I

¿QUÉ ES LA TANATOLOGÍA?

Con el inicio del siglo XX los cambios tanto en la sociedad como en la medicina y sanidad contribuyeron a crear una expectativa mayor de vida, la gente rara vez tiene que enfrentar la inminencia de la muerte en la edad temprana y es por ello que cuando se alcanza un tiempo en la vida, en el que la muerte es una presencia constante, como en el caso de enfermos con diagnóstico terminal por cáncer, SIDA, u otras enfermedades degenerativas no está preparada para aceptarla.

El número de personas con un diagnóstico de enfermedad incurable va en aumento, no así el de profesionales en el área de salud que les provean del soporte necesario para aceptar su enfermedad y le permitan, con la expresión de sus emociones, liberar los miedos en torno al evento, que a fin de cuentas es el más natural de la vida después del nacimiento, proporcionándoles calidad de vida, así como a sus familiares, apoyo durante el proceso de duelo.

Aunque la muerte es un proceso normal e inherente a todo ser humano y es parte de su ciclo de desarrollo, se observa un tabú a su alrededor, producto del requerimiento social de una medicina que asegure el pleno bienestar físico, psíquico y social e incluso sin dolor, " la muerte se ha convertido en algo innombrable y, como en otros tiempos del sexo, no se puede hablar de ella en público" (Sgreccia, 1996 p.595). En nuestros días el cuidado del enfermo terminal ya no queda en manos de los familiares, sino del personal médico dentro de los hospitales. La gente rara vez habla directamente de la muerte y en lugar de esto usa eufemismos como "fallecimiento, ir al encuentro con el creador" (Papalia, 1994 p.590). Los jóvenes y las personas de mediana edad rara vez enfrentan la muerte cara a cara e, incluso, pueden pasar gran parte de su vida sin pensar seriamente en su propia muerte.

Recientemente en torno a la muerte, se ha comenzado a explorar el ámbito moral, emocional y a tratar de hacer este final inevitable de la vida del ser humano lo más positivo

posible. La Tanatología o estudio de la muerte y la agonía, está surgiendo como un punto de interés ya que se comienza a reconocer la importancia de integrar la muerte dentro de la vida. Actualmente en México, la Tanatología ha dirigido su atención hacia el paciente terminal y su familia por lo que es conveniente exponer el devenir de esta área de conocimiento para posibilitar la comprensión del por qué se está convirtiendo en un campo indispensable en el ámbito de la salud y en particular de la Psicología.

Un aspecto que merece la pena resaltar es el hecho de encontrar escasas definiciones en los diccionarios sobre el término Tanatología no obstante su antecedente en Estados Unidos y otros países de Europa de más de treinta años, lo que nos sugiere que aún no se ha llevado a cabo de forma adecuada su difusión por lo que es de esperar que en México, con menos razón, se le dé la importancia que merece, pues la sensibilización con respecto a la muerte promovería la salud mental y en el ámbito de prevención primaria, la aparición de trastornos como la depresión producto de la imposibilidad de elaborar adecuadamente la pérdida del ser querido.

Etimológicamente la palabra Tanatología proviene de las raíces griegas "Thanatos que significa muerte y Logos tratado, es el estudio sobre la muerte"(Bravo, 1994 p.5), por las raíces de la palabra es relativamente fácil dilucidar, para quienes tienen conocimientos mínimos de etimología, lo que la palabra significa, sin embargo, la población en general desconoce las áreas que están relacionadas con ella así como los modos de intervención que hacen que el trabajo tanatológico, cada día más, adquiera relevancia en todo el mundo y actualmente en México.

Roca (1979) la define como figura a caballo entre la Medicina y la Psicología, como una rama de las ciencias ya reconocida en los Estados Unidos, pero que todavía es campo de agrias polémicas. Esta definición es imprecisa pues no ubica a la tanatología en un campo particular de las ciencias, lo que de algún modo, dificulta su designación como tal.

De acuerdo con Bravo (1994) la tanatología es una verdadera ciencia, pues por definición, ciencia es el conocimiento de las cosas por sus causas y porque tiene un objeto formal que

es el enfermo terminal, por lo que puede considerarse una ciencia humanista y no una ciencia exacta.

Antiguamente la Tanatología de acuerdo con Ferrater (1980) hacía referencia a un conjunto de reglas y técnicas destinadas a producir la muerte sobre todo la muerte en masa por medio de la guerra o el terror, sin embargo, la concepción actual de ésta, se relaciona con la atención y cuidados que deben ser proporcionados no sólo a los pacientes diagnosticados con una enfermedad terminal, sino, a la familia y amigos que conviven con ellos. De ahí que la tanatología se ocupe de la situación del moribundo frente a otras personas y en la sociedad en la que vive; de su atención médica, psicológica y psiquiátrica; de la relación entre la estructura social y los modos como es concebida la muerte; del problema de la muerte voluntaria o suicidio y su aceptación o no, (según convicciones religiosas, convenciones sociales, actitudes personales); de la cuestión de la eutanasia o posibilidad de liberar de la vida a personas que sufren de enfermedades incurables o que experimentan dolores inaguantables; de la interrupción de los medios generalmente médicos, que contribuyen a que una persona siga estando viva y de la legitimidad o ilegitimidad en casos extremos, específicamente en casos estimados incurables.

La Tanatología ha tenido auge en diversas partes del mundo ya desde 1971 en Nueva York, se hablaba de la necesidad de una preparación profesional en esta área, pues la población de pacientes terminales en los hospitales de entonces iba en aumento. Por esta razón se comenzó a promover el desarrollo de un nuevo campo en la salud, designado al apoyo del paciente terminal en cuanto al enfrentamiento y aceptación de su pronóstico, aduciendo que con una guía adecuada muchos pacientes pueden enfrentarse a la muerte con dignidad y, con ello, ayudan a que sus familiares acepten en gran medida su pérdida cuando llega la muerte (Scheiner, 1971).

En Argentina, por ejemplo, se habla de una nueva tanatología que pasó de los cadáveres a la atención de las personas en fase terminal y sus familias, fue introducida por el doctor Rubén Bild quien logró su difusión a través de la Fundación Prager-Bild (Martínez, 1998). Esta Tanatología se basa en el principio de cuidar, más allá de curar, se propone disminuir

los sufrimientos de los pacientes; mejorar su calidad de vida; ayudar a que se preparen para la muerte y que logren si es posible, un aprendizaje de esta experiencia; que se reconcilien con la vida, si es el caso; asimismo se ocupa de la familia durante el proceso de la enfermedad y muerte del paciente, y de la reestructuración necesaria de la familia ante el hueco dejado por quien ha fallecido; se ocupa también de la atención del equipo médico, sometido frecuentemente a un fuerte estrés.

Aunque la especulación sobre la muerte ha ocurrido en todas las épocas, el estudio sistemático de este proceso dirigido a la atención de enfermos terminales es de reciente desarrollo, por lo que vale la pena mencionar a los personajes que han tenido una influencia importante en el auge de la tanatología actual.

SIGMUND FREUD Y EL INSTINTO DE MUERTE

Hacer mención de Freud con respecto a la tanatología tiene sentido si consideramos, como ya se mencionó, que parte del trabajo tanatológico es precisamente el estudio del suicidio, concibiéndolo como una manifestación de autodestrucción que va desde la ideación suicida hasta la culminación del acto destructivo, la muerte. Aunque no todas las tentativas de suicidio conducen a la muerte, se piensa en ellas como el medio para lograrlo. De ahí que la teoría del instinto de muerte de Freud, se considere como la más radical expresión del concepto de la destructividad innata del hombre.

Freud después de la primera guerra mundial quedó a tal grado impresionado por la fuerza de la pasión destructiva, que revisó su teoría anterior, según la cual sostenía la existencia de dos tipos de instintos, el sexual y el de autoconservación, asignando entonces un lugar predominante al impulso destructor irracional. Freud pensó que el hombre es un campo de batalla en el que se enfrentan dos fuerzas igualmente poderosas: el impulso de vivir y el impulso de morir, si el impulso de morir se dirige hacia objetos externos, se manifiesta como un impulso destructor, pero si permanece en el organismo su meta es la autodestrucción (Fromm, 1986).

La neurosis traumática de guerra hizo sugerir otra vez el problema de la etiología sexual, pudo verse que los soldados que padecían una enfermedad nerviosa producida por las experiencias de la guerra, tenían sueños de un tipo que no podía explicar la teoría de Freud lo que propendía a revivir sus experiencias traumáticas más recientes en sus sueños. Freud comprendió que no era posible interpretarlos como una satisfacción indirecta de sus deseos sexuales debido a su carácter displacentero, dando con ello origen a su concepto de compulsión a la repetición interpretándolo como una tentativa para reparar el trauma o un intento por dominarlo repitiéndolo, de ahí que los soldados, una y otra vez, en la situación traumática, trataran de controlar las emociones que les hubieran producido la experiencia (Thompson, 1987).

Freud se dio cuenta de haber descuidado el peso y la importancia de los impulsos destructivos en la formación original de su teoría, supuso que el instinto de muerte, cuyo objetivo es la destrucción de la vida, puede mezclarse con la energía sexual y dirigirse contra el propio yo o contra objetos exteriores, agregando que el instinto de muerte se halla arraigado en una característica biológica inherente a todo organismo viviente y, que constituye por lo tanto, un elemento necesario e inalterable de la vida.

El concepto del instinto de muerte se determinaba por dos requisitos principales: primero por la necesidad de acomodarse a la nueva convicción freudiana del poder de la agresión humana; en segundo lugar, por la necesidad de atenerse a un concepto dualista de los instintos. Después de haber sido considerados también libidinales los instintos del ego, Freud tenía que hallar una nueva dicotomía, y la más apropiada parecía ser la de Eros y el instinto de muerte, éste último designado con la palabra thanatos, empleada primeramente por P. Federn refiriéndose a la muerte, o incluso el principio de Nirvana que indica la tendencia a reducir la tensión, la energía, hasta el punto de acabar con todos los impulsos energéticos (Fromm, 1997).

Podría especularse que además del factor histórico, un factor personal contribuyó en la formulación de la teoría del instinto de muerte, de acuerdo a Jones (cit. Fromm, 1997), después de los cuarenta años Freud sentía cierta preocupación por la muerte, tenía ataques

de "Todesangst, miedo a la muerte"(idem p.444), por lo que quizá no sea exagerado suponer que sus primeras preocupaciones por la muerte fueran aumentando en intensidad al irse enfermando, y le condujeran a un concepto en el que el conflicto entre la vida y la muerte estuviera en el centro de la experiencia humana, en lugar del conflicto entre las dos pulsiones afirmadoras de la vida: el deseo sexual y los impulsos del ego. Suponer que el hombre ha de morir porque la muerte es el fin oculto de su vida podría considerarse una manera de enfrentamiento destinada a aliviar su miedo a la muerte (op.cit.).

La hipótesis del instinto de muerte es satisfactoria en tanto que examina las tendencias destructivas que habían sido olvidadas en las teorías freudianas anteriores, pero no lo es en tanto acude a una explicación de corte biológico que omite el hecho de que el grado de destructividad varía inmensamente entre los individuos y entre los grupos sociales, ya que al parecer, éste es proporcional al grado en que se halla cercenada la expansión de su vida, es decir, la expresión de las potencialidades sensoriales, emocionales e intelectuales. El impulso de vida y el de destrucción no son factores mutuamente independientes, sino, que son inversamente proporcionales, cuanto más el impulso vital se ve frustrado, tanto más fuerte resulta el que se dirige a la destrucción; cuanto más plenamente se realiza la vida, tanto menor es la fuerza de la destructividad (Fromm, 1991).

CICELY SAUNDERS

De acuerdo con Martínez (1998), Cicely Saunders contribuyó al surgimiento de la tanatología actual partiendo del concepto de "hospice" introducido en 1967 por ella en Inglaterra, y cuya modalidad de trabajo sostiene que la persona que va a morir puede y debe ser asistida para aliviar el dolor y otros síntomas físicos y psíquicos provocados por la enfermedad y sus vicisitudes. Más que un lugar físico en donde la persona va a morir, es una actitud frente al paciente y su familia que considera los siguientes aspectos: a) el control del dolor y de los síntomas que se presenten; b) el paciente participa activamente, junto con el equipo interdisciplinario que le acompaña, en la toma de decisiones sobre la continuación o no de un determinado tratamiento o el lugar donde recibirlos; c) el derecho del paciente de saber del estado de su enfermedad y los tratamientos paliativos que se le

suministrarán, lo cual no implica abrumarlo con información, sino, el establecimiento de una comunicación adecuada con él y su familia; d) el apoyo a la familia considerando que cada cual reacciona de acuerdo a su estructura psicológica y a sus vínculos con el enfermo.

Dada la importancia de este movimiento se describieron los acontecimientos que contribuyeron a su aparición y han influido a la tanatología actual:

- 1842 Jeannie Garnier forma hospicios y albergues en Francia para enfermos con cáncer y, a finales de siglo, se fundan instituciones paliativas y albergues para la atención del enfermo terminal.
- 1967 En Inglaterra Cicely Saunders funda el primer Hospice ya perfeccionado el Saint Christopher Hospice en Sydenham.
- 1969 Se publica el libro titulado Sobre la Muerte y los moribundos escrito por Elisabeth Kübler-Ross, el cual se basó en más de 500 entrevistas realizadas por ella a pacientes moribundos; en ellos logró identificar cinco etapas que tienen lugar durante la fase terminal de su enfermedad. Debido a su contenido y temática, el libro se conoció internacionalmente como un "best seller" ya que la autora hizo énfasis en la importancia de permitir que el paciente participara en las decisiones respecto a su tratamiento pues éstas invariablemente afectaban sus últimos días de vida.
- 1972 Una conferencia celebrada por el US Senate Special Committee on Aging dio la oportunidad a Kübler-Ross de enfatizar la importancia de proporcionar a la familia del enfermo apoyo espiritual, emocional y financiero, con el que pudiera atender al enfermo en su propio hogar para evitar su abandono en las instituciones.
- 1974 Fue introducida la primera legislación del "hospice" por los senadores Frank Church y Frank E. Moss para que el gobierno proveyera de fondos y con ellos se llevaran a cabo los programas del hospice. En este mismo año el Instituto Nacional de Cáncer (NCI) funda el Connecticut Hospice con el que promueve la atención en casa del enfermo terminal y su familia. Tanto en Irlanda como Escocia se fundan y tiene gran apoyo por parte del Gobierno.
- 1978 El Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social de Estados Unidos reconoce la importancia del hospice pues asume un trabajo humanitario con los pacientes y crea la posibilidad de reducir los costos en el tratamiento.

- 1979 Nace el National Hospice Organization con 253 programas sobre hospicios
- 1982 En Oxford Inglaterra se funda el Hellen House que es exclusivamente para los niños con cáncer, desde recién nacidos hasta los 16 años.
- 1987 Se publica un manual titulado Care of Dying dirigido a todo el sector sanitario con los lineamientos de cómo debe ser un hospice.
- 1988 Se crea en Inglaterra el primer hospice para pacientes con SIDA el Light House.

ELISABETH KÜBLER-ROSS.

A esta psiquiatra suiza se le considera la madre de la psicología de la pérdida y la muerte (Acevedo, 1994) se le conoce ampliamente por haber despertado el interés por la psicología de la muerte y la agonía, descubrió que muchas personas acogen muy bien la oportunidad de hablar directamente de su condición y que están enteradas de la proximidad de su muerte, aunque no se les haya dicho nada acerca del tema.

Esta autora focalizó su interés en la atención sistemática de enfermos terminales en Estados Unidos proponiendo modos de aproximación a sus ansiedades bajo un enfoque humanista, a través del cual, describe cinco estadios psicológicos que finalizan con la muerte y en los que predominan sucesivamente diferentes emociones, estos son: a) negación, b) ira, c) negociación, d) depresión y e) aceptación.

NEGACIÓN: La primera reacción tanto de pacientes terminales como de personas que sufren una pérdida es de negación. No pueden aceptar que esto les está ocurriendo a ellos, por lo general creen que quien les informa de su enfermedad, está en un error. Algunos enfermos hacen uso de la negación con algunos miembros del equipo de salud o incluso con algunos de sus familiares, escogen a gente con la que pueden hablar de su enfermedad y muerte y fingen mejoría con los que parece que no pueden tolerar la idea de su deceso.

IRA: Esta fase se distingue por una serie de sentimientos de rabia, envidia y resentimiento, el paciente o doliente se da cuenta que en verdad le está ocurriendo ésto a él y se pregunta ¿por qué yo? Necesitan expresar su rabia para liberarse de ella.

NEGOCIACIÓN: Esta tercera fase es importante porque demuestra un interés por buscar otra salida, el siguiente paso puede ser "sí me está ocurriendo a mi pero...", el *pero* es una tentativa de negociar el tiempo, generalmente el paciente pone como límite una fecha importante para él, pretende ganar tiempo diciendo que si Dios le concede este deseo ya no pedirá más. Esta fase evoca sentimientos de culpabilidad que van ocultos en las promesas, por eso es importante escuchar al paciente o doliente para aminorarlos.

DEPRESIÓN: En esta etapa las personas necesitan llorar, afligirse por la pérdida de su propia vida, al expresar la profundidad de su angustia pueden sobrellevar la depresión más rápidamente que si se sintieran presionadas a esconder su dolor.

ACEPTACIÓN: Finalmente las personas pueden reconocer "mi tiempo está muy cercano ahora, y está bien". No es necesariamente una época feliz pero la gente que ha trabajado a través de su cólera con la muerte y ha resuelto sus asuntos incompletos, fallecen con un sentimiento de paz consigo mismos y con el mundo.

Debido a que existen diferencias individuales no se debe suponer que todos las personas atraviesan por cada una de las etapas en el orden descrito por la autora, de modo que en este sentido, su propuesta resulta interesante porque permite comprender las emociones que experimentan los enfermos al final de sus vidas, pero no debe ser considerada como el "evangelio" de los profesionales que intentan aliviar esa pena, pues en lugar del proceso ordenado en el modelo teórico, las personas agonizantes pueden mostrar una mezcla de conflictos o reacciones alternas que van de la negación a la aceptación con variantes tremendas que son afectadas por la edad, el sexo, la raza, el grupo étnico, la posición social y la personalidad.

para tratar a este tipo de personas, pero carecen de la formación teórica con que cuenta el psicólogo para que su trabajo sea reconocido como científico, más que voluntariado.

Se tomó en consideración para dar contexto a la Tanatología a Sigmund Freud porque de él deriva todo lo concerniente a mecanismos de defensa, duelo e instinto de muerte y porque de sus aportaciones parten los trabajos de Kübler-Ross para proponer las etapas o fases que observó en los pacientes con los que tuvo contacto.

El hecho es que para que la tanatología adquiera relevancia y su importancia sea tomada seriamente por los profesionales de las distintas áreas, así como su función sea difundida en todos los sectores de la población, se necesita profesionalizarla como se propuso en el pasado congreso, buscar que los llamados tanatólogos, en México, cuenten con una formación adecuada para ejercer sus funciones, que no baste sólo el deseo de ayudar, sino, adquirir el compromiso de hacerlo con bases científicas, que dan, tanto la Psicología como la Medicina.

Este análisis buscó considerar el trabajo llamado tanatológico como un quehacer del psicólogo, por su propia formación, así como la promoción de esta área como una alternativa de especialización que permita profundizar en el proceso de muerte (de carácter inherente a todos los individuos), y poner en práctica las teorías sobre duelo que difícilmente se contemplan como parte del desarrollo del ser humano.

Actualmente en nuestro país existen dos organismos la Asociación Mexicana de Tanatología A.C. y el Instituto Mexicano de Tanatología A.C. encargados de impartir diplomados, cuya primera aspiración es informar a toda persona interesada en el tema y finalmente formar tanatólogos, acreditando con un diploma a aquéllos que presenten una tesina que avale su participación en el curso.

De los organismos anteriores la Asociación Mexicana de Tanatología surge primero en nuestro país y es la que tiene reconocimiento en el ámbito internacional por lo que a continuación se enunciará la información referente a esta entidad.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE TANATOLOGÍA A.C. (AMTAC)

En México la Tanatología es introducida por la AMTAC la cuál de acuerdo a Reyes (1990) "nació para llenar un vacío existente y existencial en todo México"(p.9), es una asociación civil no lucrativa, multidisciplinaria e interdisciplinaria; fue fundada el 18 de noviembre de 1988 por el Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiria, considerando como principios de su ideología los siguientes puntos:

- a) La muerte y el miedo a la muerte son fuente de muchos de los problemas humanos, por lo que al lograr eliminar estos miedos se logra vivir a plenitud.
- b) El suicidio es un mal que se puede prevenir; en la mayoría de los casos se ve que quienes tienen ideación suicida, más que fabricar su propia muerte, prefieren recibir la ayuda adecuada.
- c) Por último, siguiendo las enseñanzas de Kübler-Ross, consideran el amor incondicional como un ideal asequible y que en la medida en que las personas acepten su responsabilidad en cuanto a sus sentimientos, pensamientos, acciones, elecciones además de lograr que se deshagan de las emociones negativas que han sido reprimidas en el pasado, ayudarán a que esa gente viva feliz, libre y en paz con ellos mismos y con los demás.

En suma la meta última del tanatólogo de acuerdo a la asociación es dar prevención, intervención y postvención en casos de suicidio (intervención que ocurre después del intento de suicidio o consumación del mismo. Se realiza tanto en el suicida si es el caso, como en sus familiares); orientar al enfermo hacia la aceptación de su realidad ya que ésta puede ser traducida en esperanza real que posibilita una mejor calidad de vida y una muerte digna y en paz.

OBJETIVOS DE LA AMTAC

TEÓRICO: El primer objetivo de la AMTAC es hacer un estudio serio, profundo, científico, sobre lo que es morir, la muerte y la existencia después de esta vida.

EL ENFERMO TERMINAL: Un enfermo terminal es aquella persona que recibe un diagnóstico que lo enfrenta a su propia muerte; es la persona que padece una enfermedad por la que probablemente va a morir en un tiempo relativamente corto. Al enfermo terminal se le ayuda a que siga siendo productivo, que tenga una real calidad de vida y que se prepare para morir con aceptación, dignidad y total paz.

LA FAMILIA DEL ENFERMO TERMINAL: Ayudarlos a que persistan en la calidad de vida personal y en la calidad de las relaciones interfamiliares y prepararlos para la muerte del ser querido.

EL TRABAJO DE DUELO: Ayudar a los que están sufriendo por la muerte de un ser querido a que lleguen a la real aceptación con el menor dolor y en el corto plazo.

SUICIDIO: Ayudar a quienes tienen ideación, conductas o acto suicida, lo mismo que a sus familiares, por medio de la prevención, intervención y postvención adecuadas.

EL EQUIPO DE SALUD: Ayudar a todos los que forman parte de un equipo de salud, ante las emociones que surgen por la muerte del paciente, tales como rabia, culpa y frustración.

La organización de la AMTAC en cuanto a temas de estudio y trabajo está dividida en cuatro áreas (Segura, 1998):

AREA MÍSTICO-RELIGIOSA con la que se promueve la realización de programas de investigación tendientes a obtener toda la información posible sobre los conceptos y la conducta místico-religiosa con relación al suicidio. La ayuda es a través del contacto directo y por medio de talleres llamados de vida, muerte y transición.

AREA HUMANÍSTICA su objetivo es la recolección de trabajos sobre el concepto de morir, de la muerte y del culto a los muertos, al igual que lo relacionado con el suicidio desde el punto de vista de las leyes, la filosofía, la sociología o de cualquier otra área humanista.

AREA CIENTÍFICA su finalidad es promover trabajos de investigación médica, psicológica, antropológica y de otras índoles científicas relacionadas con lo que es el morir, la muerte y el culto a los muertos en el mexicano, así como la divulgación de estos trabajos y la comunicación con organizaciones científicas que tengan intereses comunes.

AREA ESTÉTICA investiga cómo siente el mexicano, cualquiera que sea su cultura, y cómo proyecta todo lo que es muerte, morir, culto a los muertos, suicidio, a través del arte.

Aunque la AMTAC ha organizado congresos nacionales e internacionales, así como impartido diplomados y cursos en organismos como la UNAM, el INSEN, la Secretaría de Salud y Asociaciones Médicas (ibídem), la difusión que se ha hecho de ella es escasa, de ahí que el público en general desconozca incluso la existencia de la asociación. La realidad en México es que, por decirlo de una manera un tanto coloquial, la tanatología está de moda pues con mayor frecuencia en programas de radio y televisión se realizan entrevistas sobre temas relacionados con la muerte en los que intervienen especialistas, pero también, personas que se dicen a sí mismas tanatólogas.

INSTITUTO MEXICANO DE TANATOLOGÍA, A.C. (INMEXTAC)

El Instituto Mexicano de Tanatología, A.C. es una asociación civil no lucrativa, no gubernamental, ni religiosa, que se mantiene sobre la base de donativos y cuotas de recuperación. Actualmente en México hay una carencia casi total en la formación de personas que se dediquen a dar la atención que requieren tanto el enfermo terminal como el crónico y sus familiares, por ello se hace énfasis en la necesidad de aceptar la muerte como un fenómeno natural y, por tanto, la importancia de prepararse para morir, así como se debe aprender a vivir mejor.

Lo anterior engloba las razones para la creación del INMEXTAC, cuyo propósito es ayudar a las personas que al padecer una enfermedad terminal, la cual necesariamente los va a llevar a la muerte, se sienten desesperados, infelices y con una enorme angustia; ya que el hombre experimenta uno de los dolores más fuertes y profundos al enfrentarse con su propia muerte y la de sus seres queridos. También se contempla la ayuda a la familia, que comúnmente, se siente frustrada e impotente ante la enfermedad o ante la muerte inesperada de un ser querido.

En México como en otros países, aún no se prepara a la persona para enfrentar de una manera positiva la muerte propia y la de sus seres queridos, es por ello que los fundadores del instituto así como los colaboradores del mismo, consideran una obligación moral el ayudar a aceptar conscientemente éste suceso inevitable y natural en la vida de todo ser humano, teniendo como finalidad, ayudar al enfermo a bien morir, es decir, a morir con dignidad, a aceptar la muerte como una culminación de la vida y de este modo aprovechar al máximo el tiempo que le queda sin darse por vencido ante un deterioro biológico, sino considerando que psicológica, social y espiritualmente todavía le queda mucho por hacer.

Para el adecuado desarrollo de las actividades, el instituto cuenta con un Comité Técnico encargado de la determinación y aprobación de las acciones factibles de ejecución así como la coordinación, elaboración, seguimiento y evaluación de resultados de los programas anuales.

MISIÓN Y FILISOFÍA

El Instituto Mexicano de Tanatología considera a la persona como una unidad bio-psico-social que requiere ayuda y apoyo al enfrentar su propia muerte y la de sus seres queridos; la labor del instituto así como su objetivo es prestar un servicio personal e interdisciplinario, eficaz y eficiente, considerando al ser humano integralmente mediante una actitud de respeto hacia su libertad, autonomía y dignidad en el proceso de muerte y duelo.

Se han abierto muchos diplomados en hospitales, en universidades, en centros psicológicos, cada uno de ellos con diferentes exigencias y necesariamente con distintos grados de excelencia y, ante esta situación, cabe la interrogante ¿de dónde y tan de repente salieron tantos maestros preparados en tanatología? la pregunta es natural pues dada la poca difusión de este campo de acción, también queda la duda de saber en manos de qué profesionales recae esta responsabilidad.

Reyes (1999) en el pasado Congreso de Tanatología y Suicidio mencionó que los responsables de muchos diplomados han escogido como profesores a médicos reconocidos y a psicólogos de renombre pero que no tienen la formación tanatológica, por lo que su enseñanza se basa en los conocimientos propios de sus respectivas disciplinas científicas.

Algunos ejercen la tanatología por intuición, es decir, su experiencia en centros hospitalarios les han permitido adquirir sensibilidad en cuanto a la intervención que requieren los pacientes terminales, aunque nunca hayan estudiado formalmente la Tanatología. El resultado de toda esta efervescencia es considerar a la Tanatología, al menos en México, como un auténtico voluntariado al que no se le concede seriedad profesional.

El hecho de que al psicólogo se le mencione poco o se omita su profesión al hablar de Tanatología, obedece a una falta de actuación e interés en promover el trabajo que lleva a cabo de manera intuitiva en los hospitales con los pacientes en fase terminal, intervención que existe pero que no se le ha otorgado del todo el valor que merece y, por lo tanto, se ha favorecido la afluencia del voluntariado, cuyos representantes pertenecen a oficios diversos y carecen en muchas ocasiones de un sentido de responsabilidad y compromiso real con el enfermo.

Esta primera parte ha permitido dar la información necesaria para que el psicólogo adquiera conocimiento de la Tanatología de una manera científica y, que pueda así, ampliar su campo de intervención en la clínica, aplicando no sólo los conocimientos teóricos a la práctica, sino, también, desarrollando investigación sobre los procesos psicológicos que se

ponen de manifiesto ante el proceso de muerte, tanto en pacientes con diagnóstico de enfermedad incurable, como aquellos con ideación suicida, así como la intervención con familiares y amigos.

Se consideró a la Tanatología como una posibilidad más para la psicología, como un área de especialización que favorezca una atención profesional a quienes enfrentan la última fase de la vida, la muerte.

CAPÍTULO II

UN TRATAMIENTO PARA ENFRENTAR LA MUERTE

La muerte ha sido siempre un tema de profundas reflexiones y meditaciones, en general y a pesar de que ésta es una parte de la propia existencia, se produce un rechazo hacia ella, hacia las personas que se hallan cercanas al momento de morir y hacia todo aquello que las rodea. Lo anterior se debe a la ideología dominante en nuestros días sobre la enfermedad, según la cual, ésta debe ser combatida y vencida negándose en consecuencia el hecho de que pueda conducir a la muerte, transformándose ésta de un acontecimiento natural, a la obligación de buscar sofisticados sistemas para mantener viva a la persona (Latorre, 1994).

"La proliferación de ensayos especulativos sobre la muerte contrasta con la carencia de investigaciones científicas, sobre todo desde una perspectiva psicológica y social" (Ramos y García, 1991, pp131-134).

En México el estudio sobre la intervención terapéutica en el proceso de muerte de pacientes terminales tiene poco más de diez años, sin embargo, la difusión de este campo es escasa y sólo en algunos hospitales se conoce lo que es la tanatología, de ahí que, como ciencia, no tenga la relevancia ni el reconocimiento de especialidad que tanto en Estados Unidos como en Europa ha alcanzado.

Para hacer posible la comprensión del quehacer tanatológico es necesario definir tanto el concepto de enfermo terminal como el de cuidados paliativos, estos últimos son factores clave en el tratamiento del enfermo y sirven para brindarle calidad de vida durante su proceso de muerte. En términos médicos un enfermo terminal es aquél cuyo padecimiento tiene una evolución progresiva que conducirá a la muerte en un plazo relativamente corto, aproximadamente dos o tres meses (López, 1992).

El periodo que va de ser un enfermo terminal a un enfermo en fase terminal está envuelto en diversas crisis, las cuales, al ser realmente superadas permiten al paciente aceptar su

muerte con dignidad y paz; ya que las crisis que acompañan al enfermo pueden aflorar problemas del pasado que han estado reprimidos por largos años y, activar al mismo tiempo, problemas de dependencia, pasividad, entre otros, pues la muerte enfrenta a la persona con una potencia: "disolución de su yo" (Reyes, 1996 p. 131).

De acuerdo con Latimer, McDonald y Krauser (1999) los cuidados paliativos son actividades dirigidas primordialmente al mejoramiento de la calidad de vida de los moribundos, así como a sus familiares, estas actividades deben ser llevadas a cabo por un equipo interdisciplinario, llámense médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, entre otros.

La concepción sobre la tanatología tanto de la AMTAC como del INMEXTAC varía en el sentido de la cientificidad con que exponen su actuación; para la primera el aspecto místico religioso es la base de la intervención y se refleja tanto en los cuatro tomos del curso básico de tanatología, escritos por el expresidente de la asociación, como en el contenido de las conferencias magistrales del pasado Congreso Internacional de Tanatología y Suicidio organizado en marzo de 1999 por este organismo.

Respecto al instituto, se observó en los trabajos realizados por los alumnos del diplomado una mayor seriedad, pues sustentan sus escritos en investigaciones científicas desarrolladas en otros países como en la experiencia. Por otro lado, es de relevancia mencionar que en su enfoque sobre el proceso de muerte, no se descarta la intervención de profesionales capacitados y preparados en esta área, en la que los psicólogos no desmerecen crédito como ocurre en la AMTAC, en donde se deja al psicólogo prácticamente en segundo plano y se habla más del "tanatólogo" restando crédito a la profesión previa, que como en el caso de médicos, trabajadores sociales y enfermeras le sirve como antecedente para conducirse satisfactoriamente en este campo, dada la naturaleza de la labor que desempeña.

Aunque existen diferencias por razones de ideología y sentido de competitividad entre estos organismos, ambos coinciden en la necesidad de actuar en el ámbito preventivo y de intervención sobre el proceso de muerte, por lo que se exponen a continuación los modelos

tanatológicos propuestos por ellos, así como el análisis que permitió explicar la necesidad de un área como la tanatología en el campo de la Psicología, dadas las aportaciones que de ésta se toman y que avalan su existencia y creciente desarrollo en diferentes países.

El modelo de la AMTAC es el propuesto por Reyes(1996) quien enfatiza que en México, al igual que en muchas otras culturas latinoamericanas se vive un proceso de muerte caracterizado por un juego de emociones entremezcladas que están presentes siempre, tanto en el enfermo como en la familia, éstas son: angustia, frustración, culpabilidad, depresión y aceptación. Asimismo considera que, particularmente en México, tanto el sentido de la familia, como la religiosidad son factores que influyen de manera importante sobre el proceso de muerte y, comenta "lo más común cuando alguien es internado en un hospital es que la familia permanezca cerca de él, si los familiares no pueden estar en el cuarto del enfermo, entonces permanecerán en los pasillos o en las salas de espera, si el paciente queda en su casa allí estarán los deudos... en momentos de dolor lo común es que estén juntos y apoyándose, al menos con la presencia"(p.86).

Reyes(1996) propone un tratamiento tanatológico para cada una de las emociones, que de acuerdo con él, tienen lugar durante el proceso de muerte, así define la angustia como miedo al futuro y explica que ésta se encuentra presente, tanto en el enfermo como en sus familiares, a partir de que el diagnóstico les es revelado, pues implica miedo a los tratamientos, a las reacciones secundarias (como puede ser la pérdida del cabello, producto de la quimioterapia, en el caso de cáncer), miedo a la situación económica, miedo de hacer sufrir a los que se ama y, en general, miedo a la muerte, que los involucrados viven como sufrimiento.

Ante la ANGUSTIA, de acuerdo con éste autor, sólo queda un camino, promover que el paciente exprese de forma abierta sus sentimientos en relación con la pérdida de salud y vida que enfrenta; para ello es necesario que el tanatólogo en turno tenga la suficiente empatía para con el enfermo, ya que ella favorecerá la sensación de alivio que el paciente necesita; es por eso que su actitud debe ser de escucha, lo cual no implica necesariamente la

emisión de respuestas. Durante este trabajo, el tanatólogo es probable que sufra junto con su paciente, dependiendo de la intensidad de la relación afectiva que logre con el enfermo.

En la **FRUSTRACIÓN**, el tanatólogo enfrenta tanto la rabia como la tristeza del paciente toda vez que éste hace consciente la presencia de la muerte, ante esta frustración el profesional deberá sentarse a platicar con el enfermo y/o con los miembros de la familia, con ello, se pretende conocer la historia familiar y personal, así como hacer evidente la importancia de los momentos vividos, dándoles una interpretación positiva y verdadera para "empujarlos a que no se queden atorados en la añoranza de un pasado sin retorno, sino, que le den todo el valor que tiene como fundamento de un presente sereno y un futuro esperanzador"(Reyes, 1996 p.93) para los familiares.

El tanatólogo tendrá que enfocarse en los valores trascendentales para la persona, es aquí en donde cobra importancia la espiritualidad del paciente así como la de la familia para dar sentido al dolor, enfermedad y muerte, y de este modo hacer que nazca una esperanza real que ayude a liberar la ansiedad que provoca la enfermedad terminal, ya que el sólo hecho de valorar el pasado, no le resta intensidad a la frustración experimentada ante la impotencia por la enfermedad.

En cuanto a la **CULPABILIDAD**, ésta es quizá, más dolorosa y persistente que las anteriores, por lo que debe, lejos de manejarse, quitarse, enfrentando al paciente con los momentos en que actuó como lo haya hecho, y ayudarle a comprender que en las circunstancias de su actuación, su decisión se basó en lo que en ese momento consideró pertinente. Con lo anterior se intenta que el paciente, ya sea el enfermo, alguno de sus familiares, o un miembro del equipo de salud, tome consciencia de que su sentimiento de culpabilidad se basa en un absurdo, enseñándole a perdonar las decisiones que juzga incorrectas y con ello lograr el vivir y morir en paz.

Considerada por este autor como la emoción más dolorosa, la **DEPRESIÓN**, se da en enfermos terminales como producto del proceso de morir y no como una patología adicional, en términos tanatológicos la depresión ansiosa es la más común en las familias

mexicanas (Reyes, 1996) y significa una guerra total interior, como si la persona sufriera la presencia de dos Yos contradictorios uno que quiere morir (depresión) y otro que anhela vivir (ansiedad), uno desea que el ser querido muera y otro anhela que viva. El tanatólogo debe tener la capacidad de distinguir cuál de las depresiones, reactiva, anticipatoria o ansiosa está sufriendo el enfermo y cada uno de sus familiares o los miembros del equipo de salud comprometidos, la ayuda respecto a la depresión reactiva dependerá del tipo de pérdida, para la anticipatoria la ayuda será permitir que el enfermo diga adiós a los y a lo que ama. En cuanto a la depresión ansiosa el tanatólogo deberá estar dispuesto en todo momento a ayudar al enfermo ya que ésta aparece con síntomas de hipocondría y brotan necesariamente las emociones antes mencionadas.

La última de esta cadena de emociones es la **ACEPTACIÓN**, mientras dure la enfermedad se debe impulsar al sufriente a, que de una manera responsable y libre, acepte su situación ya que aceptarla no es sinónimo de darse por vencido, sino, de contar con una esperanza real que promueva una muerte digna y en paz.

La propuesta anterior es poco explícita, incita a la intervención pero no subraya los medios para lograr fines como en el caso del sentimiento de culpabilidad ante el cual el autor propone al tanatólogo enseñarle a su paciente a perdonar, sólo que no explica las herramientas tanatológicas a emplear que favorezcan el cambio en el paciente. Por otro lado, la forma como esta intervención está planteada, hace que su puesta en práctica dependa de los parámetros de cada tanatólogo sin existir de este modo, objetividad en el proceso.

El modelo de Reyes atiende al tratamiento de las emociones, sin embargo, la intervención que propone se observó más enfocada en la intuición del tanatólogo que en los conocimientos basados en la investigación científica, además merece la pena resaltar que su modelo es el mismo que planteó Kübler-Ross, sólo que Reyes resalta las emociones características de cada etapa descrita por la autora para secuenciar el tratamiento tanatológico.

Otro aspecto puesto a discusión es el hecho de considerar a la depresión como una emoción, cuando diversos autores la conceptualizan como un trastorno de la afectividad, Papalia (1992) la define como un "desorden emocional que se caracteriza por respuestas inadecuadas a estímulos, por poca iniciativa y desánimo" (p. 56); Uriarte (1991) como una condición emocional caracterizada por un estado de ánimo abatido, lúgubre, sensación de congoja, pena, pesadumbre, aflicción, desconsuelo, malestar, desesperanza, tendencia al llanto, irritabilidad, preocupación por la salud, miedos, ansiedad y fobias; es decir, la depresión es una alteración de los estados afectivos que involucra diversas emociones.

Desde el punto de vista de Izard (cit. Reeve, 1994) la depresión es un patrón emocional complejo, una combinación de emociones negativas (miedo, rabia, asco, angustia, desprecio, vergüenza, culpa) fundamentales, explica que solamente diez emociones pueden ser consideradas fundamentales dada su cualidad única y su patrón único de expresión facial cuya manifestación es universal.

Con esto se pone al descubierto más enfáticamente la necesidad de una preparación seria, profesional, científica en cada persona que aspire a tratar con pacientes terminales, queda claro que el enfoque humanista es de suma importancia, pero además, se necesita contar con un bagaje amplio y sólido de conocimientos en el área para que efectivamente los tanatólogos sean capaces de acceder a la comprensión de las emociones que tienen lugar una vez que el paciente y sus familiares conocen el diagnóstico. Es por ello que este modelo se encontró falto de objetividad y poco funcional pues plantea un tratamiento tanatológico simplista que permite a cualquier persona, incluso sin formación alguna, fungir como tanatólogo.

Al ser el de Reyes un modelo que retoma el de Kübler-Ross, tiene los mismos inconvenientes que sobre él mencionan autores como Papalia (1992), Latorre (1994) y Doka (cit. Pérdida, Pena y Pesar, 1998), encontrándolo rígido, pues no cuenta con evidencia que indique que todas las personas atraviesan de forma secuencial de una etapa a otra; además, en algunas situaciones de muerte no es aplicable ya que el atravesar por unas

etapas implicaría morir con tiempo y disponer de la capacidad y ayuda necesarias para que la persona se enfrente al proceso de muerte.

Desde la perspectiva del INMEXTAC y tomando como base los manuales realizados por los alumnos del diplomado, la tanatología se lleva a cabo a nivel de consejería y hace énfasis en la necesidad de contar con características específicas que le permitan al tanatólogo comprender el estado afectivo-emocional por el que atraviesan tanto pacientes como familiares; el hecho de conocer y manejar las habilidades requeridas para la consejería no es garantía de preparación, sino, que el tanatólogo debe estar en constante actualización respecto a la bibliografía formal en todo lo referente al tema.

Por otro lado, no se descarta la posibilidad de canalizar con los especialistas competentes, ya sean psicólogos o psiquiatras, a las personas que padezcan como consecuencia de su enfermedad, trastornos que escapan de la competencia del tanatólogo y que requieren de la intervención de un especialista, con lo que se reconoce el carácter multidisciplinario de ésta área de conocimiento.

Para el Instituto, el apoyo que brinda la tanatología se centra en las alternativas que tiene el individuo para revalorarse y darle un sentido a la vida, pero a la vez, incorporar a la muerte como parte de ella y así aprender a elaborar las propias pérdidas y afrontar las crisis como consecuencia de éstas. Así la consejería tanatológica es definida como la práctica que ayuda a la gente a tomar decisiones acerca de aspectos muy concretos en sus vidas, los valores, metas y decisiones son el principio y fin de puntos específicos a tratar en el proceso, a través de un procedimiento planeado, en donde la consejería enfatiza la participación del usuario para el aprendizaje y asimilación de sus propios valores durante la etapa final de su vida.

La consejería tanatológica es un proceso breve, dinámico y dirigido que llevará al usuario a enfrentar su situación personal, sus sentimientos y preocupaciones, así como encontrar alternativas y tomar decisiones que le permitan vivir con plenitud al optimizar su tiempo.

El por qué de la consejería tanatológica radica en el hecho de ayudar al paciente terminal a aceptar la muerte, pues ante ella experimentará toda una gama de emociones y sentimientos como dolor, desesperanza, miedo, confusión, impotencia, culpa y ambivalencia; para ello, el método más adecuado será escuchar y prestar atención al lenguaje corporal del usuario para investigar qué tanto conoce de su padecimiento y cuáles son los problemas que requieren solución más urgente.

El consejero tendrá que ayudar a curar el dolor del proceso de morir esclareciendo conceptos al paciente terminal, que le permitan entender mejor el concepto de vida e identificar su propia concepción de muerte para poder prepararse ante ella sin dejar pendientes, dándole solución a sus problemas con base en sus propias decisiones. El consejero ayudará a la familia en la elaboración de su duelo de manera sana con una visión en el presente y no en el futuro limitado, para evitar duelos patológicos.

La consejería tanatológica considera cuatro fases que tienen lugar durante la interacción consejero usuario, estas son: a) Fase de interrelación caracterizada por la compenetración emocional que se establece entre el consejero y el usuario, la meta de esta dimensión es que se logre un encuentro genuino, dando comprensión y calidez humana para una verdadera identificación; b) fase de catarsis en ésta se pretende que el usuario exprese sus sentimientos e ideas, el consejero debe saber escuchar, estar concentrado e intentar identificarse con las expresiones del usuario mientras habla; c) fase de interposición se refiere a la exploración de la conciencia por ella misma, por lo que aquí el nivel intelectual tanto del usuario como del consejero, es un factor importante, ya que cuanto mayor sea, tendrá más posibilidades de profundizar en los conflictos y explorar los sentimientos y emociones para dar un nuevo orden a su vida y, d) dimensión pedagógica, esta fase implica crecimiento, transformación de ideales espirituales, existenciales y éticos, para encontrar alternativas que le lleven a considerar la posibilidad de hacer algo por él mismo, debido a esto último, se le enfoca como la etapa más difícil de alcanzar.

La intervención tanatológica ha sido diseñada para aquellos pacientes que se encuentran en la fase terminal de alguna enfermedad mortal, presentan daño o insuficiencias orgánicas

múltiples y progresivas, que no responden a la terapéutica en forma suficiente o adecuada y que los llevará a la muerte en un periodo aproximado de seis meses. Ante lo cual no se descarta la falla aguda que precipite la muerte, o bien, que se presenten las prerrogativas que la técnica y sus avances abran como posibilidades de recuperación.

La consejería también está diseñada para todas aquellas personas que se encuentran afligidas, angustiadas y con sentimientos de culpa, que necesitan apoyo emocional para tratar de encontrar respuesta a las numerosas preguntas que se hacen sobre el proceso de morir y de la muerte misma.

Se debe hacer consejería tomando en cuenta los patrones culturales de cada paciente así como todos los elementos físicos y fantaseados que posibiliten el apoyo sin rebasar los límites de la tolerancia y respeto. En el caso de los niños se deberá contar con la autorización tanto de ellos como de sus padres; con adolescentes el manejo es distinto, en ellos existe una gran rebeldía respecto a la muerte pues ven truncadas todas sus fantasías de proyecto de vida, es por eso que la creatividad en la intervención es un factor importante, así como el respeto hacia todas sus necesidades. Para los adultos, la consejería cambia ya que ven quebrantado su presente y es mucho más difícil la apertura de sus emociones por aspectos culturales y de educación. En el caso de los ancianos el tanatólogo debe adaptarse a los conceptos que tienen de vida y de muerte y que guardan relación con las necesidades que desean exteriorizar.

Para quien no está diseñada la consejería tanatológica es para pacientes autistas, enfermos que se encuentran en salas de cuidados intensivos, en estado de coma profundo o aquéllos que sufren retraso mental severo, trastornos de la personalidad y, sobre todo, aquellas personas que no acepten el trabajo tanatológico.

Las funciones del consejero son actuar como catalizador y escuchar, para poder ayudar a evaluar el propio estado de vida y muerte basándose en el entendimiento no sólo de sus habilidades sino de su percepción de éstas, en la aceptación de los sentimientos e ideas que parecen mejorar la efectividad del proceso y en la comunicación, para ello es indispensable

tener en cuenta el valor de las alternativas, saber preguntar y escuchar, facilitar información y las soluciones existentes, ayudar a elegir, tolerar y permitir los silencios, respetar decisiones y propiciar la responsabilidad del paciente.

La Tanatología cumple además con ciertos requisitos técnicos para llevarla a cabo, se propone una duración máxima de veinte sesiones, de 30 a 45 minutos cada una, con frecuencia de una vez por semana como mínimo, en este sentido es equivalente a la psicoterapia breve en psicología, definida por Bellak (1975) como una interacción verbal de un terapeuta con un paciente, guiada por una serie de conceptos integrados de forma ordenada y dirigidos hacia un cambio benéfico para el paciente, sus fines deberán ser cubiertos en un lapso de una a seis sesiones cada una con duración de 45 a 50 minutos. Aunque en términos tanatológicos el número de sesiones supera al propuesto por Bellak, el resto de los parámetros son equivalentes y confirman la brevedad de la intervención aunado al tipo de población que se beneficia de ella.

La psicoterapia breve juega un papel importante en la prevención primaria, secundaria y terciaria debido a que su pronta aplicación en los eventos corrientes o emocionalmente perturbadores (padecimientos graves, accidentes, violencia y muerte) impide su evolución hacia una desadaptación grave que puede convertirse en una enfermedad seria y crónica; por su brevedad este tipo de enfoque ofrece ayuda a más gente que la terapia prolongada, sin considerar por ello superficial la intervención, pues no se deja de lado la posibilidad de utilizar otro tipo de terapias cuando así se requiera.

En la actualidad, es una costumbre generalizada el preparar a los pacientes que van a someterse a intervenciones quirúrgicas con fluidos, antibióticos y cualquier cosa que se necesite. Sin embargo, cuando a alguna persona se le va a ser una operación emocionalmente traumática debería proporcionársele psicoterapia preoperatoria y postoperatoria, enfocándose en el significado que tiene para el paciente la pérdida o el trauma de que se trate. La importancia de este tipo de terapia radica en la proliferación de enfermos con estas necesidades y en la escasez de personal competente, con los

conocimientos para ayudar a las personas que así lo solicitan, a sobrellevar la situación que les provoca algún desorden emocional.

Con lo referido sobre los enfoques tanto de la Asociación como del Instituto se encontró que sus divergencias están con relación a la forma en que una y otro orientan su intervención; en la primera, su directriz es el aspecto místico religioso y, no obstante la relevancia que éste tiene para el ser humano, hace que su enfoque adquiera un carácter tendencioso, falto de objetividad y por lo tanto poco científico, pues se apoya sobre todo en la intuición del tanatólogo; el Instituto tiene un enfoque integral y por ello concibe más ampliamente el tipo de intervención que requieren las personas que atraviesan por una situación de enfermedad terminal.

La tanatología en México está siendo tomada más en términos de voluntariado que profesionalmente debido a que en los diplomados impartidos por ambos organismos cualquier persona con interés por conocer sobre tanatología puede cursarlos. Lo anterior no se contrapone a la libertad de conocimiento, pero sí, al ejercicio de la tanatología por personas cuyos estudios sobre los acontecimientos que tienen lugar durante el proceso de muerte, son mínimos.

La intervención tanatológica debe ser considerada como una especialidad, ya que requiere del empleo total e inmediato de las capacidades del profesional como el estar alerta para percibir cada comunicación significativa, actuar con rapidez encontrando los comunes denominadores de las situaciones del enfermo y así decidir la forma en que intervendrá, evaluando al mismo tiempo las fortalezas del paciente.

Vista la tanatología como un enfoque breve implica que el terapeuta opere partiendo de un conjunto de hechos firmemente asentados así como de hipótesis bien fundamentadas; la brevedad misma del tratamiento exige el máximo orden posible en cuanto a la precisión del pensamiento, de este modo, el terapeuta evita dejarse llevar por motivaciones personales como presentimientos, intuiciones, bondad y otros determinantes inapropiados que lo harían perder de vista el problema.

Es por ello que los conceptos que guían la actuación del terapeuta deben estar fundamentados en una teoría de la personalidad y en proposiciones relacionadas con el diagnóstico, con la dinámica del padecimiento y con el tratamiento de las causas y/o de los efectos, para que su intervención esté en relación con las necesidades particulares del usuario y, dada su naturaleza, provocar el insight en el paciente.

Lo expresado lleva a exponer el enfoque psicológico del proceso de muerte, pues debe continuar desarrollándose la investigación que se realiza sobre el tema ofreciéndose otro campo para el ejercicio profesional del psicólogo clínico. Se sabe que el psicólogo que presta sus servicios en centros hospitalarios y que actualmente se llama a sí mismo tanatólogo, se ha formado en la práctica por las necesidades de la institución donde labora.

De acuerdo con Marwit (1997) el psicólogo cuenta con un campo científico único que permite tratar las enfermedades terminales más allá de una perspectiva biomédica, lo cual le ofrece un área de investigación tanto en el aspecto básico como aplicado.

ENFOQUE PSICOLÓGICO SOBRE EL PROCESO DE MUERTE.

En el capítulo anterior se abordó el enfoque de Kübler-Ross como un modelo americano que parte del hecho de que el enfermo terminal tiene información sobre su enfermedad y conoce el alcance de la misma. Sin embargo, ante los inconvenientes que presenta surge otro modelo, el europeo del Dr. Sporken (López, 1992) elaborado sobre el estudio de los casos en que los pacientes desconocen el diagnóstico de su enfermedad o el alcance del mismo y se caracteriza por las siguientes etapas:

1. **Fase de ignorancia:** en ella, la familia conoce el diagnóstico pero el enfermo no por lo que en este periodo son los familiares los que requieren de mayor ayuda psicológica. Se puede hablar en esta fase de una conspiración de silencio por parte de los familiares y del equipo sanitario.
2. **Fase de inseguridad:** el afán del enfermo en esta etapa es salir de la incertidumbre, conforme el tiempo pasa la persona empieza a dudar y alterna un miedo intenso con la

esperanza de curación, su actitud es de gran desconfianza ante todo lo que se le dice y es frecuente que sufra importantes cambios en su estado de ánimo.

3. **Fase de negación implícita:** aquí la persona comienza a pensar en el mal pronóstico de su enfermedad y se niega al mismo, inventando una versión propia más agradable, por lo que es característico de esta etapa que se hagan planes para el futuro.
4. **Fase de ansiedad:** esta sucede cuando no se le comunica al enfermo el diagnóstico verdadero y finalmente el enfermo muere en el curso de este periodo o en una fase previa a la que haya retrocedido.
5. **Fase de comunicación de la verdad:** si se le comunica al enfermo el diagnóstico verdadero aparece la fase de incomunicación con la realidad que daría paso a la primera etapa descrita por Kübler-Ross y, a partir de ésta, se desarrollarían las siguientes etapas de su modelo, es decir, negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

El modelo de Sporken como el de Kübler-Ross, también está en función de las variables de personalidad, sociales, económicas, religiosas, de edad, tipo de enfermedad, familia, entre otras. Estos modelos constituyen, en términos generales, dos formas distintas de abordar al enfermo terminal partiendo del hecho de informarle o no sobre su estado y, tomándose con ello, una tendencia extremista, ante la cual, se plantea dar la información clara y adecuada desde el principio al paciente, es decir, la información aportada debe ser suficiente para satisfacer su curiosidad y dudas.

Del mismo modo la información debe crear un marco que facilite la explicación de los cambios que se prevén en el futuro, pero sin anticipar respuestas a preguntas que el paciente aún no se formula o a problemas que aún no existen. Si el paciente está bien informado desde que se conoce su diagnóstico, tendrá mayores oportunidades de desarrollar respuestas adaptativas frente a la enfermedad y asumir su cuota de responsabilidad en el tratamiento.

La investigación en el área de la Psicología clínica respecto a la muerte hace mayor énfasis en la verificación de la teoría sobre el duelo que en el desarrollo de habilidades específicas para proporcionar una atención seria a los pacientes en estado terminal, actualmente la necesidad de profesionales que atiendan las demandas de un paciente con esas

características va en aumento, no se trata como menciona Reilly (cit. Worden 1997) de desarrollar toda una nueva profesión de asesores para procesos de duelo, sino, de que, los grupos de profesionales existentes sean activos y realicen una intervención efectiva y específica sobre el problema, ya sean personal hospitalario, trabajadores sociales o psicólogos, se trata de poner el bagaje de conocimientos al servicio de este sector de la población, proporcionándole al paciente, calidad de vida.

Es relativamente poca la información, sobre la intervención en enfermos terminales, que se ha desarrollado en el ámbito de la Psicología, los libros que dedican un apartado sobre el tema lo hacen de forma concisa lo que pone de manifiesto la necesidad de contar con más documentos científicos que permitan la comprensión del proceso de muerte en esas circunstancias y, como consecuencia, una intervención oportuna de la que se beneficien tanto enfermos como familiares.

De acuerdo con Schulz (cit. Ramos y García, 1991) es a partir de los años sesenta cuando empiezan a incrementarse los estudios que actualmente conforman la llamada Psicología de la Muerte que tiene como áreas de investigación: a) las actitudes ante la muerte, área que destaca principalmente las investigaciones sobre el miedo y la ansiedad ante este suceso; b) la demografía de la muerte que considera las variables de mayor influencia; c) la fase terminal de la vida en la que se describe y analiza la trayectoria del enfermo moribundo, así como las actitudes que el personal sanitario y la familia tienen hacia este tipo de pacientes; d) la longevidad, área cuya pretensión es investigar los factores biológicos, psicológicos y sociales que la favorecen y, e) las actitudes después de la muerte como son los procesos de aflicción y duelo de los familiares y parientes del difunto.

Dentro de la Psicología existe un área denominada Psicología de la Salud, término que se ha utilizado desde finales de la década de los setenta para nombrar la actividad de los psicólogos en el área de la salud, intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste y cómo responde una persona cuando está enferma; ante esto último, establece recomendaciones para la interacción del personal de salud con el paciente (Latorre, 1994).

Así, la psicología de la salud es definida como "la suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación, los correlatos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones afines, y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias" (Matarazzo cit. Latorre, 1994 p.20).

Sin embargo, aunque en la definición se abarca la salud tanto como la enfermedad, en la práctica la realidad es que la atención se dirige hacia la promoción y el mantenimiento de la salud. De ahí que al respecto la tanatología adquiera importancia como un área específica dentro de la psicología de la salud, cuyo enfoque sea de forma exclusiva sobre el proceso de muerte que es inherente a todo ser vivo, pero en particular, al enfermo terminal, ya que como se observa en la definición misma de psicología de la salud, la amenaza de muerte y la muerte en sí es una situación que se intenta a toda costa combatir, y como consecuencia se niega su presencia dificultando el proceso emocional de los pacientes llámense enfermos, familiares o personal hospitalario.

Reig, Rodríguez y Mirá (citados en Latorre, 1994) señalan que la psicología de la salud se basa en cuatro suposiciones básicas: 1) que determinados comportamientos incrementan el riesgo de ciertas enfermedades o en otras palabras que la conducta es un factor de riesgo; 2) la modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud; 3) el comportamiento se puede cambiar con relativa facilidad y, 4) las intervenciones psicológicas pueden resistir un análisis de costo-utilidad /eficacia.

Existe otra área en psicología llamada tanatología comportamental cuyo objetivo es la optimización del cuidado del moribundo desde una perspectiva biopsicosocial, basa su intervención en el carácter multidisciplinario y en la aplicación de una serie de técnicas cognitivas y conductuales al paciente, su aportación está en el hecho de incluir tanto a los profesionales sanitarios como a los familiares en la intervención al enfermo, con la idea de desarrollar su capacidad para afrontar la muerte (Fralely, 1998).

Según Sobel (cit. Latorre, 1994) la tanatología comportamental se basa en seis elementos claves:

- 1) La perspectiva biopsicosocial o interaccionista en donde se integran los efectos de los distintos subsistemas tales como la familia y el entorno hospitalario.
- 2) Evaluación comportamental: se pone el énfasis en la evaluación de lo que el sujeto hace, de manera que la unidad de estudio es la respuesta del sujeto a los estímulos ambientales.
- 3) El paciente como estudiante y colaborador: se utilizan técnicas como la autoobservación, la educación y el asesoramiento.
- 4) Prevención primaria: prevenir el dolor y prepararse para el cambio.
- 5) Aceptación de variables cognitivas o medioambientales: se considera el mundo cognitivo del paciente, en este sentido se entiende el proceso de enfermedad terminal como un estadio de enfrentamiento con el hecho de la muerte.
- 6) Promoción de autocontrol: se entiende que el enfermo es el agente de su propio proceso de cambio y se intenta utilizar el potencial del propio enfermo para el autocontrol.

La tanatología vista desde el enfoque cognitivo-conductual de la psicología, sin duda, hace importantes aportaciones sobre todo en lo concerniente al manejo del dolor en los enfermos, así como la interacción en el tratamiento de los familiares y personas cercanas al paciente, como medio que favorezca un aprendizaje de la situación que enfrentan. Sin embargo, dadas las características del suceso, en este trabajo se le concedió mayor relevancia a los enfoques humanistas y psicoanalíticos en psicología que con sus diferentes modalidades, posibilitan tanto el aprendizaje como la comprensión y aceptación de la muerte así como la búsqueda de sentido mientras se siga vivo, teniendo como objetivo proporcionar al enfermo una adecuada calidad de vida hasta que la muerte tenga lugar.

Jürgen (1990) comenta que la psicología humanista suele denominarse la tercera fuerza en la psicología debido a la producción de diversos tipos de terapias heterogéneas a nivel teórico (producto de un movimiento que reunía abordajes distintos desarrollados independientemente unos de otros), pero cuya homogeneidad paradigmática y metodológica caracterizan su intervención como una guía para la acción, toma sus raíces

filosóficas del existencialismo, la fenomenología, el humanismo clásico y el humanismo francés moderno, así como sus raíces psicológicas de la psicología de la Gestalt.

Los aspectos básicos de la imagen del hombre de acuerdo con la psicología humanista son los siguientes: a) *autonomía e interdependencia social* es decir el hombre, desde su dependencia biológica y emocional posnatal, aspira a independizarse de controles externos, fomenta cada vez más un ser activo capaz de intervenir en su propio desarrollo y tomar sobre sí la responsabilidad de su propia vida; b) *auto-realización*: aunque las necesidades primarias estén satisfechas, el organismo permanece activo, vivo, afanoso de tomar iniciativas y aspirando a desplegar sus capacidades creadoras de ahí que se deban incluir las necesidades de crecimiento entre las fuerzas impulsoras básicas del organismo, que en permanente intercambio con el mundo social, despliegan y diferencian aún más las capacidades existentes; c) *orientación por la meta y el sentido*: las acciones se estructuran con arreglo a un sentido y se orientan hacia metas que trascienden al ser por la búsqueda de sentido y cumplimiento más allá de la propia existencia; d) *totalidad*: la psicología humanista considera al ser humano como un todo orgánico significativo (Völker cit. Jürgen, 1990).

El enfoque humanista es una respuesta a lo que se consideró un planteamiento inadecuado en torno a la manera de concebir la naturaleza humana del enfoque psicoanalítico y conductista; el movimiento psicológico humanista se caracteriza por su negativa a conformar una escuela o un sistema cerrado, se propone permanecer abierto a nuevos enfoques métodos y técnicas. A la luz del modelo humanista el ser humano es considerado una unidad indivisible, insustituible y única, capaz de ser consciente de sí mismo, conocedor de la influencia que el medio y la herencia generan sobre él así como consciente de la que él puede ejercer sobre el medio; portador de potencialidades propensas al desarrollo y aún cuando no siempre logra por sí mismo descubrirlas, allí están latentes.

También se concibe al ser humano como un ser con capacidad para hacer uso de su libre albedrío para elegir, tomar decisiones, tanto con relación a sí mismo como en su relación con otros; el objetivo que persigue la Psicología Humanista consiste en que la persona al

tomar consciencia de sí misma, asuma la responsabilidad de su propia vida y para lograr esto no se conforma con la observación de la conducta externa del individuo, sino que va más allá para descubrir el significado y las causas internas que originan dicha conducta, para ello se centra en el aquí y ahora del individuo, sin negar que su conducta puede estar influida por algún hecho del pasado.

La relación entre los enfoques Existencial y Humanista viene dada por la fundamentación filosófica que ambos enfoques sustentan, así como por la utilidad que descubren en la teoría y el método fenomenológico, a ambos les interesa comprender la razón de ser del hombre en el mundo, el problema de la existencia, el rescate de la condición humana del ser, la búsqueda de sentido en las relaciones humanas.

Tanto los existencialistas como los humanistas parten del supuesto de que el hombre posee la capacidad de objetivarse para estudiarse a sí mismo y no por ello pierde su condición de sujeto, comparten la certeza de lo que significa llegar a ser y promueven en el hombre la posibilidad de correr el riesgo de decidir y asumir todo lo que esto implica, es decir, romper valores y tradiciones previamente establecidos desde afuera para reelaborar valores y rescatar tradiciones que sean congruentes consigo mismo y que contribuyan a dar significado a la propia vida.

Promueven estos dos enfoques el contacto con el significado del ser que a su vez, contacta con la consciencia del no ser, de la nada, de la muerte inevitable, consecuencia lógica de todo ser animado. El fin último de estos enfoques lo constituye el ayudar a la persona a vivir una vida útil, satisfactoria, plena, procurando el equilibrio y fomentando las relaciones interpersonales de manera constructiva (Levy, 1997).

Los humanistas se oponen al establecimiento de límites y promueven la capacidad de expansión que posee el ser humano y que se manifiesta en el desarrollo de su potencial, desechan la idea de un hombre enfermo para optar por una idea de hombre que tiende al cambio y a la auto-realización, consideran que la angustia existencial puede ser superada si

se asume con consciencia una vida responsable y significativa, de este modo se vive hasta el momento de la muerte de una manera plena.

En México la Psicología de la Salud está en desarrollo y se le ha dado mayor énfasis al manejo del estrés así como control del dolor que producen diversas enfermedades, sin embargo, la Tanatología es, incluso desde el significado de la palabra, un campo aun no explorado por los psicólogos.

Haber considerado a la Psicología Humanista como el marco de referencia en la intervención del paciente terminal se debió, a que proporciona mejores alternativas para el muriente quien requiere de un trato más humano por parte del personal que lo atiende, es evidente que esta necesidad del enfermo, no puede ser satisfecha con un abordaje conductista ya que, de acuerdo con Rakos (1998) este considera todo comportamiento como el resultado de responder a los diversos estímulos del ambiente e ignora el valor intrínseco de todo ser humano; aunque la tanatología comportamental no desmerece crédito se consideró poco efectiva para tratar al enfermo terminal y a su familia. En el enfermo terminal tienen lugar toda una serie de manifestaciones psicológicas que encuentran explicación en el marco conceptual humanista-existencial; el paciente en esta fase de su vida, tiene la necesidad de encontrar un sentido al dolor y a la enfermedad y así poder dirigirse hacia la última etapa de su proceso evolutivo, la muerte.

EL TRABAJO DE DUELO.

La bibliografía que aborda el proceso de duelo es extensa cuando se refiere a la manera en que los sobrevivientes afrontan la pérdida del ser querido, sin embargo se vuelve escasa si se toma al proceso de duelo desde la perspectiva del paciente terminal que, a partir del conocimiento de su diagnóstico, inicia el proceso.

Antes de poder entender plenamente el impacto de una pérdida y el comportamiento humano al que va asociada, se debe entender el significado del apego, al que Bowlby (cit. Worden, 1997) se refiere como la tendencia de los seres humanos a establecer fuertes lazos

emocionales con otras personas; para desarrollar su teoría considera datos de la etología, de la psicología cognitiva, de la neuropsicología y de la biología evolutiva.

La tesis de Bowlby es que el apego proviene de las necesidades de protección y seguridad, se desarrolla a una edad temprana, se dirige hacia unas pocas personas específicas y tiende a perdurar a lo largo de gran parte del ciclo vital. Establecer apegos con seres significativos se considera una conducta normal no sólo en los niños sino también en los adultos ya que esta conducta tiene un valor de supervivencia.

El duelo es una experiencia de pérdida que como su nombre lo indica provoca dolor, el duelo no significa desprenderse del muerto sino ir instalándolo intrapsíquicamente en un lugar inolvidable para ello es fundamental considerar la relación preexistente entre el muerto y su deudo. De acuerdo con Worden (1997) después de sufrir una pérdida, hay ciertas tareas que se deben realizar para restablecer el equilibrio así como completar el duelo y ya que este es un proceso y no un estado, estas tareas requieren esfuerzo, por lo que es posible que alguien realice algunas tareas pero no otras y, por lo tanto, tenga un duelo incompleto, tal como podría tener una curación incompleta de una herida.

Tarea 1: aceptar la realidad de la pérdida

Cuando alguien muere incluso si la muerte es esperada siempre hay cierta sensación de que no es verdad, la primera tarea del duelo es afrontar plenamente la realidad de que la persona está muerta, que se ha marchado y no volverá. Parte de la aceptación de la realidad es asumir que el reencuentro es imposible.

Lo opuesto a aceptar la realidad de la pérdida es no creer mediante algún tipo de negación; algunas personas no aceptan que la muerte es real y se quedan bloqueadas en la primera tarea, la negación se puede practicar a varios niveles y tomar formas diversas pero la mayoría de las veces implica negar la realidad, el significado o la irreversibilidad de la pérdida. Llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo porque implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional.

Tarea 2: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida

Cuando se habla de dolor se incluye tanto el dolor físico literal que mucha gente experimenta, como el dolor emocional y conductual asociado con la pérdida, aunque es cierto que no todo el mundo experimenta el dolor con la misma intensidad ni lo siente de la misma manera, es imposible perder a alguien a quien se ha estado profundamente vinculado sin experimentar cierto nivel de dolor, por lo que es necesario trabajar con él o se manifestará mediante algunos síntomas u otras formas de conducta disfuncional.

El entorno social puede ejercer una influencia negativa sobre la persona en duelo al intentar completar esta tarea ya que el rechazo respecto a la expresión de sus emociones puede interferir con las defensas de la persona, llevándola a negar la necesidad de elaborar los aspectos emocionales pues "abandonarse al dolor está estigmatizado como algo mórbido, insano y desmoralizador" (Gorer 1965, cit. Worden, 1997).

La persona puede hacer un cortocircuito a la tarea dos de muchas maneras, la más obvia es bloquear sus sentimientos y negar el dolor que está presente, evitando pensamientos dolorosos y estimulando sólo pensamientos agradables sobre el fallecido. Algunas personas que no entienden la necesidad de experimentar el dolor de la pérdida intentan encontrar una cura geográfica, viajan de un lugar a otro en busca de alivio a sus emociones, esto es lo opuesto a permitirse a sí mismos dar rienda suelta al dolor, sentirlo y saber que un día se pasará.

Tarea 3: adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.

Adaptarse a un nuevo medio dependerá de cómo era la relación con el fallecido y de los distintos roles que desempeñaba. El duelo puede suponer una regresión intensa en que las personas se perciben a sí mismas como inútiles, inadecuadas, incapaces, infantiles o personalmente en quiebra, los intentos de cumplir con los roles del fallecido pueden fracasar y esto a su vez llevar a una sensación de baja autoestima, cuando esto ocurre se cuestiona la eficacia personal y la gente atribuye cualquier cambio al azar o al destino y no a su propia fuerza y habilidad.

Detener la tarea tres es no adaptarse a la pérdida, la persona lucha contra sí misma fomentando su propia impotencia, no desarrollando las habilidades de afrontamiento necesarias o aislándose para no asumir las exigencias del medio.

Tarea 4: recolectar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

La tarea del asesor se convierte en ayudar a la persona en duelo a encontrar un lugar adecuado para el fallecido en su vida emocional, un lugar que le permita continuar viviendo de manera eficaz en el mundo. La cuarta tarea se entorpece manteniendo los apegos del pasado en vez de formar otros nuevos ya que algunas personas encuentran la pérdida tan dolorosa que hacen un pacto consigo mismas de no volver a querer nunca más.

La vida del muerto incide enormemente en la calidad del duelo que portarán sus seres cercanos así, ante una alta calidad de vida, ante un ser que transmitió energía vital, es más fácil llevar a cabo un duelo tranquilo; Alizade (1995) distingue dos tipos de muertes las eróticas y las tanáticas en las primeras, prevalece el erotismo no sólo de la muerte sino también de la vida de la persona que murió, el muerto erótico ayuda a los sobrevivientes a duelarlo y así recuperarse nuevamente para los placeres de la vida en cambio el ser tanático, deja una impronta mórbida, culpas y reproches y una orden de persistir en la amargura y en el dominio de la vida mortífera, en este caso, el muerto actúa en el superyo de los sobrevivientes limitando sus placeres e imponiendo una suerte de obediencia de persistir duelando y de no disfrutar demasiado de la vida; en el caso de la muerte erótica el muerto señala a sus seres queridos la responsabilidad de ser dichosos sin él, de recordarlo sin melancolía en la alegría de vivir que les ha enseñado o procurado.

Cuando un sujeto muere tan entero que parece un héroe, su muerte deja una estela de vida en los que siguen viviendo y la muerte se convierte de lo espantoso y desgraciado, en lo desconocido, inevitable, lo verdadero, lo tristemente cierto.

Las personas que están muriendo experimentan un tipo de duelo llamado anticipatorio, término acuñado por Lindemann para referirse a la ausencia de manifestaciones abiertas en el momento real de la muerte (Worden, 1997). Los pacientes terminales tienen muchos

apegos en sus vidas y a ese nivel están perdiendo muchos seres significativos a la vez, la anticipación de la pérdida puede ser desbordante y muchas veces lleva al paciente al aislamiento como manera de afrontar el impacto de su diagnóstico, sin embargo, en estos momentos es la participación profesional del tanatólogo la que permitirá al paciente en primera instancia, enfrentar su enfermedad y llegar a la etapa final con la mejor calidad de vida posible.

La elaboración de la pérdida por parte de los familiares resultará más rápida, en este tipo de situación el proceso de duelo empieza pronto e incluye las diferentes tareas ya comentadas. Respecto a la primera hay consciencia y aceptación de que la persona va a morir y por lo tanto el trabajo correspondiente empieza pronto, además a medida que los familiares se dan cuenta de la decadencia del enfermo, se acepta la realidad y la muerte aparece cercana e inevitable; respecto a la tarea dos puede haber una variedad de sentimientos asociados con la pérdida anticipada, uno que se observa con frecuencia es la ansiedad, para muchas personas la ansiedad aumenta y se acelera a medida que se alarga el periodo de duelo anticipado y cuanto más se acerca la persona a la muerte, en estas circunstancias se exagera también la ansiedad existencial mediante un aumento de la conciencia de la muerte personal.

Respecto a la tarea tres cuando hay cierta anticipación de la muerte es normal que los supervivientes hagan ensayo de roles en su mente los cuales representan un papel importante en el afrontamiento global de la pérdida. Una de las dificultades de un periodo de duelo anticipatorio demasiado largo, es que alguien puede alejarse emocionalmente mucho antes de que muera la persona en cuestión; se puede producir también la conducta contraria, en vez del desapego emocional los miembros de la familia se acercan demasiado al enfermo para evitar la culpa ocasionada por los sentimientos ambivalentes que tienen hacia la persona moribunda.

Doka (cit. Pérdida, Pena y Pesar, 1998) identificó dentro del modelo basado en tareas, cuatro fases o segmentos en una enfermedad grave, estas son: fase de prediagnóstico, es el periodo antes del diagnóstico de la enfermedad, cuando el paciente reconoce síntomas en

sí mismo o factores de riesgo a la enfermedad, durante esta fase la persona se somete a exámenes médicos que incluyen varios análisis y procedimientos; fase aguda, se centra alrededor de la crisis del diagnóstico, cuando la persona se ve forzada a entender el diagnóstico y tiene que tomar una serie de decisiones acerca de su cuidado médico; fase crónica, es el periodo entre el diagnóstico y el resultado, los individuos tratan de lidiar con las demandas de la vida cotidiana al mismo tiempo que intentan mantener y aceptar el tratamiento y sus efectos secundarios, algunas personas cuyo diagnóstico es cáncer, pueden experimentar una fase de recuperación en la cual tratan de enfrentar los efectos psicológicos, sociales, físicos y monetarios de su enfermedad; la fase final o terminal de una enfermedad grave, ocurre cuando la muerte deja de ser una posibilidad y se convierte en algo inminente, en este momento las metas médicas cambian de objetivo y en lugar de intentar curar o prolongar la vida del individuo se concentran en ofrecer cuidados paliativos, las tareas durante esta fase final se enfocan en lo existencial.

REACCIONES PSICOLÓGICAS EN EL MORIBUNDO.

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

Diferentes causas de muerte se asocian con diversos patrones de morir éstos indican el camino que transita la experiencia individual al confrontar la muerte, el proceso de morir puede ser descrito por su duración y forma, la primera comprende desde el inicio del proceso de morir hasta el desenlace de la muerte y la forma, tiene que ver con el curso que toma el morir. Con frecuencia las muertes asociadas al cáncer tienen procesos largos muchas veces con dolores y sufrimientos a largo plazo y/o pérdida de control sobre las funciones mentales y corporales, este tipo de muerte prolongada se caracteriza por la demanda física y mental a la que están expuestas las personas que proveen los cuidados por largos periodos de tiempo ("Pérdida, Pena y Pesar", 1998).

Latorre (1994) menciona que existen factores exógenos (como la actitud del entorno familiar y del personal sanitario así como la misma enfermedad, sus consecuencias y cuidados) y endógenos (el mismo hecho de morir) que influyen sobre la conducta del enfermo terminal y que puede ser caracterizada por la aparición de la regresión, interiorización y angustia. En la regresión el paciente llama sin cesar, pide la satisfacción inmediata de sus deseos, tiene miedo a quedarse solo, abandona sus hábitos de higiene; acusa al entorno de no esforzarse lo suficiente contra la enfermedad por el enojo que le produce el estar enfermo y reprocha al médico su incompetencia.

Entre las causas que dan lugar a estas conductas de regresión están: la propia enfermedad que obliga al paciente a abandonar las posiciones que ocupaba en la sociedad; la situación de dependencia extrema en que se encuentra y el entorno, ya que en el hospital el enfermo pierde su identidad y se convierte en un número, en un objeto de cuidados; Billings y Moos (1982) señalan que los procedimientos hospitalarios anulan todas las características que son usualmente identificadores sociales de las personas tales como ropas, pertenencias personales, objetos de adorno entre otras que lo identifican del resto de los enfermos.

Otra característica del estado de los enfermos terminales es la interiorización en la que el enfermo da la impresión de vivir en un mundo aparte con el que es difícil comunicarse, las causas más importantes de este fenómeno son: la depresión relacionada con la pérdida del sí mismo, de las relaciones afectivas con los demás y del conocimiento, de manera indirecta, del hecho de la muerte; el agotamiento y la pérdida de los sentidos, este proceso consiste en un deterioro progresivo de las capacidades de intercambio entre el enfermo y el mundo exterior.

Finalmente la angustia, tiene como causas los síntomas de la enfermedad, la actitud de la familia y el personal sanitario, el miedo a no ser escuchado y comprendido por el entorno, a ser dependiente, a ser un estorbo para los demás; al abandono; a morir solo; a la muerte próxima.

Por las reacciones citadas, se pone a discusión la conveniencia o no de proporcionar al enfermo información sobre su padecimiento, tanto del lado del paciente como del medio circundante, el saber es un tema que se pone en juego de forma irremediable a lo largo del proceso de toda enfermedad, aunque todos sabemos que vamos a morir, la calidad de este saber se da a nivel intelectual vacía de contenido vivencial.

Cuando el cuerpo es perturbado en su estado de salud, la persona empieza a saber de manera no intelectual de la amenaza de su vida ante la que inicia diálogos importantes con el afuera circundante y con su mundo interno, a fin de lograr un quantum de saber adecuado y un quantum de ignorancia necesaria, Alizade (1995) distingue diversos tipos de saber uno narrativo o discursivo, consciente, manifiesto, concreto; un saber latente, escondido entre las palabras, y un saber inconsciente estrechamente ligado con la información propioceptivo visceral que el soma envía al psiquismo y que le cuenta de la evolución de su enfermedad y de su gravedad.

El saber provoca la emergencia de pánico, serenidad y coraje entre otros afectos, puede ser solitario o compartido, parcial o totalmente con algunas personas significativas o no; el paciente necesita de un profesional de la salud que sea un interlocutor válido que lo acompañe en el esclarecimiento y comprensión de sus ansiedades e ideas frente a la enfermedad y la muerte.

Blanco y Guido (1998) señalan que el rol asistencial que cumple el médico lo obliga a que de alguna manera, informe sobre el estado del paciente en el momento en el que lo está atendiendo, acerca de su diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas, teniendo en cuenta las peculiaridades propias de la enfermedad de que se trate, estos autores clasifican la información que el médico debe suministrar de la siguiente manera: a) información al paciente; b) información suministrada a los familiares del paciente o personas a su cargo; c) información suministrada a otros médicos y demás profesionales de la salud tales como psicoterapeutas o enfermeras que atienden al paciente y d) la correspondiente a las instituciones que intervienen en el tratamiento del paciente.

El proporcionar información al paciente sobre su enfermedad terminal es un tema controvertido que tiene argumentos tanto a favor como en contra, los argumentos a favor de la verdad se basan en el hecho de que una situación ambigua genera ansiedad, incertidumbre y sentimientos de descontrol; la revelación de la verdadera realidad reafirma la confianza del paciente en el entorno y en los profesionales sanitarios, permitiendo mejores relaciones con ellos; el conocimiento de la verdad permite al enfermo ordenar sus asuntos y prepararse para el futuro.

Los argumentos en contra de la verdad se basan en que la idea de la muerte es difícil de soportar de ahí que en muchos casos el enfermo la negará de todas formas, o bien en otros le proporcionará una incomodidad moral difícil de sobrellevar, por otro lado, la expectativa de la muerte es una fuente de ansiedad y depresión que puede llevar al paciente a cometer suicidio (Latorre, 1994).

Como ya se ha señalado no existe una verdad única sin embargo, para muchas personas conocer la verdad puede hacer que vivan mejor el tiempo que les queda, permite hablar con los profesionales y los familiares de los miedos más importantes en relación con su muerte y elaborar el duelo; Campos (1989) señala que comunicarse con los moribundos no tiene que ver con decirles llanamente o no que tienen una enfermedad incurable ya que esto lo saben mucho mejor los propios enfermos.

Un individuo que enferma de un padecimiento grave se encuentra en los hospitales con la agresividad tecnológica y terapéutica usadas para restablecer su salud, pero cuando el enfermo entra en una fase terminal se convierte en intocable pues la ciencia ya no puede prolongarle la vida, de modo que el médico dedica menos tiempo al paciente cuando paradójicamente, más lo necesita; el equipo asistencial cambia su actitud de euforia por la de fracaso debido a la sensación de frustración que colocan al enfermo terminal en una situación de abandono.

Las reacciones emocionales del paciente así como las de la familia son reflejo de los recursos con los que cuenta cada uno, y la forma como logran asimilar la situación de

enfermedad, hospitalización y muerte tendrá que ver con los mecanismos de defensa que utilizan, es importante la descripción tanto de su significado como función para que el personal a cargo del enfermo terminal pueda reconocerlos y logre una mayor comprensión de la situación del paciente.

Los mecanismos de defensa se definen como los medios psicológicos que utiliza el yo para solucionar los conflictos que surgen entre las exigencias instintivas y la necesidad de adaptarse al mundo de la realidad bajo determinadas influencias del ambiente familiar y social, todas las defensas ocurren de manera silenciosa y automática siendo el más claro ejemplo la represión (Freud, A., 1971).

De la Fuente (1985) dice que son aquellos procesos de la personalidad cuyo propósito es mantener a pesar de conflictos y contradicciones, un estado de integración mental de relativa congruencia interior que permita al individuo funcionar efectivamente ante los problemas que le plantea la situación externa.

Son diversos los mecanismos de defensa que el ser humano utiliza para adaptarse a la realidad, se debe tener en cuenta la oscilación de los movimientos defensivos en relación con las vicisitudes de la enfermedad, en una primera etapa cuando la esperanza de recuperar la salud no ha sido abandonada se observan alternativamente diversos mecanismos de negación, regresión, disociación, proyección e idealización; más adelante cuando los estímulos endógenos corporales indicadores de gravedad superan cierto umbral, se presentan defensas de otro orden como la silenciación (Alizade, 1995).

Con respecto a la negación, es un mecanismo a través del cual las percepciones conscientemente intolerables se ignoran o se aprecian de manera insuficiente, a través de él el individuo transforma la realidad de tal manera que ya no le resulta ni desagradable ni dolorosa; la regresión se presenta por la circunstancia de enfermedad, alivia los miedos y las inseguridades que surgen de la necesidad, en la existencia adulta, de encarar las responsabilidades de manera independiente, aunque su propósito es la adaptación, la regresión es destructora y no promueve una adaptación conveniente a la realidad; con la

disociación se elimina una parte de la personalidad que es fuente de inquietud emocional, así se logra que algunos aspectos o actividades de la personalidad escapen al control del individuo, el significado emocional y el afecto se separan y desprenden de una idea, situación u objeto; por medio de la proyección aquello que es inaceptable en el ser, se rechaza inconscientemente y se atribuye a los otros, los sentimientos de culpa que originan angustia pueden aliviarse si el individuo es capaz de verter la censura de los deseos o tendencias vergonzosas hacia el mundo exterior declarándose inocente y aun víctima, sintiéndose menos culpable si logra que alguien más se sienta culpable, además el paciente reacciona con hostilidad y conducta agresiva hacia el objeto externo que es el foco de la proyección; en la idealización el individuo subestima un aspecto o atributo de otra persona, se hace un ideal de la realidad propia sin darse cuenta cual puede ser su propia expresión (Kolb, 1983).

Alizade (1995) dice que la silenciación consiste en el aislamiento del paciente quien no tolera la verbalización sobre su amenaza de vida, no quiere escuchar o escucharse pronunciar lo que ya sabe y de este modo evita evocar huellas mnémicas profundamente dolorosas.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL PROCESO DE MUERTE DE PACIENTES TERMINALES.

La amenaza de muerte inherente al enfermar provoca un estado de crisis en tanto es un acontecer de ruptura, la crisis implica un cambio brusco y decisivo, se rompe con el estado de sano, el esquema corporal se fragmenta, algunas partes funcionan bien y otras mal. El paciente terminal suele verse abrumado por temor, tristeza, ira y muchos otros sentimientos difíciles de manejar y para enfrentarlos cada paciente emplea diferentes mecanismos de adaptación: es tarea del tanatólogo aliviar esas tensiones, reducir la ansiedad que le agobia, devolverle la sensación de rescate del control perdido y facilitar progresivamente la preparación para la muerte.

El tratamiento psicológico a estos pacientes puede darse en forma directa o indirecta, individual, grupal o familiar, sin embargo, cada caso y periodo de la enfermedad requieren una peculiar organización terapéutica; la aplicación de la psicología humanista al proceso de morir tiene como objetivo el propiciar un encuentro entre dos personas mediante el establecimiento de una comunicación efectiva, un clima cálido en el cual el paciente pueda contactar consigo mismo, al grado de expresar sus sentimientos más profundos y dolorosos.

Alizade (1995) define el tratamiento directo como aquel que se realiza con el enfermo y menciona que en general y de acuerdo con la gravedad del caso, los pacientes desean tratamiento psicológico debido a la ansiedad vinculada al pronóstico de vida; el tratamiento indirecto es aquel que se realiza con uno o varios familiares del enfermo ya que este no desea tener entrevistas o está demasiado débil como para sostener un intercambio terapéutico. La importancia de la intervención indirecta es que a través del trabajo con un familiar se incide indirectamente en el bienestar mental del paciente al procurar mejoría psicológica de la familia.

El analista que trata al paciente, deberá estimar la capacidad con que cuenta el enfermo para elaborar su muerte, la fragilidad o utilidad de sus mecanismos de defensa así como el rol que cumple el dolor; el trabajo de acompañamiento se centra en procurar una mejor calidad de vida y una buena calidad de muerte, la calidad de vida dependerá de los proyectos que tenga el enfermo por mínimos que sean, del cultivo de las relaciones objetales y del interés por las actividades de la vida.

Se pueden considerar como los objetivos del trabajo con pacientes al borde de la muerte los siguientes (Alizade, 1995; Levy, 1997):

1. Sostener o mejorar la calidad de la vida, el trabajo comprende tanto el alivio de los dolores físicos a través del equipo médico como el alivio del sufrimiento psíquico, trabajando en las sesiones alternativamente con los proyectos de vida posibles y con el complejo de la muerte entendiéndose por tal, el cúmulo de representaciones y afectos vinculados con el saber acerca de la proximidad de la muerte; en esta fase de la vida, los

pacientes al percibir que se están jugando su última oportunidad vital, se atreven a contar secretos guardados celosamente a lo largo de la vida e incluso a llevar a cabo actos nuevos e intrépidos.

2. Organizar en la asistencia global del enfermo una buena calidad de muerte, la asistencia psicológica puede adoptar diferentes formas como la psicoterapia de enfoque psicoanalítico, psicoterapia de apoyo, psicoterapia grupal, grupos de reflexión para el equipo tratante, terapia familiar, ejercicios de relajación y visualización entre otros.
3. Facilitar su reconciliación con algún suceso o persona significativa, esta situación se presenta a menudo en personas cuya enfermedad les tomó por sorpresa, en este sentido, son muchos los pacientes que se aferran a la vida no por miedo a morir sino porque tienen algún asunto pendiente por arreglar, en este caso una vez que el paciente terminal expresa su angustia se le ayuda a encontrar por sí mismo las diferentes alternativas de solución y a comprender que puede delegar responsabilidades.
4. Fomentar el respeto, la independencia y la individualidad de la persona en proceso de muerte ya que por su condición nunca pierde méritos como individuo y será preciso velar porque el enfermo disponga de privacidad por lo tanto se le deberá consultar si desea la presencia del tanatólogo para un encuentro en el que comparta sus sentimientos sobre las experiencias vividas en sus últimos momentos y esperar su aprobación al respecto.
5. Facilitar el alivio de la culpa, del perdón y del sentimiento de carga mediante la exploración con el paciente sobre la forma como él necesita canalizar el asunto; procurar el acercamiento, si se trata de reconciliarse con algún ser querido o con una persona allegada para que diluciden su conciencia antes de que el enfermo muera.

Tomando como base los manuales de consejería tanatológica del INMEXTAC (1997,1998,1999) se pueden citar como fases en el proceso de intervención las siguientes: fase de interrelación caracterizada por la compenetración emocional que se establece entre

el consejero y el usuario, teniendo como meta el establecimiento de un encuentro genuino que proporcione comprensión y calidez humana; fase de catarsis en ella se pretende que el usuario exprese sus sentimientos e ideas, el requisito fundamental es que el terapeuta sepa escuchar, esté concentrado y se identifique con las expresiones del usuario mientras habla; fase de interposición o insight, en un sentido estricto la interposición se refiere a la exploración de la conciencia por ella misma, en esta fase cuanto mayor sea el nivel intelectual tanto del usuario como del consejero mayor será la capacidad para profundizar y explorar en sus conflictos y como consecuencia habrá mayor enriquecimiento del encuentro, la finalidad de esta fase es que el usuario explore sus sentimientos y emociones hasta llegar al meollo de sus problemas y a la necesidad existencial de poner un nuevo orden en su vida; la dimensión pedagógica es la fase más difícil de alcanzar ya que implica crecimiento, transformación de ideales espirituales y existenciales además de encontrar un nuevo proyecto de alternativas que lo lleve a considerar la posibilidad de poder hacer algo por él mismo.

En cada una de estas fases un aspecto importante es la comunicación franca, integradora y sobre todo humanizadora ya que ésta permite al tanatólogo adentrarse en el mundo interno del paciente y contribuye además a discernir sobre las posibilidades de tratamiento y alivio del sufrimiento; es preciso tener presente que probablemente sólo se tenga uno, dos, o tres encuentros con el enfermo terminal, por lo tanto el uso del tiempo es de suma importancia y se le debe ayudar a expresar sus temores y clarificar sus percepciones sobre la vida y sobre la muerte.

Dentro de la comunicación está incluido, como se destacó en otro momento, el silencio, el paciente por morir no necesita hablar de lo que le sucede cuando muestra vívidamente su estado de muriente, la ausencia de palabra significa que no hay ninguna regulación verbal disponible, sólo el silencio que acompaña a momentos y acciones bajo una amenaza catastrófica, o de tensa espera del desenlace propicio o trágico (Alizade, 1995).

Para llevar a cabo la intervención en pacientes terminales es necesario tener presente los diversos métodos que existen considerando sus ventajas y desventajas así como el caso

particular del que se trate éstos de acuerdo al Manual de Consejería Tanatológica (1998) son los siguientes:

Aconsejamiento de apoyo, se basa en la premisa de que es mejor para las personas no estar solas mientras soportan cargas extraordinarias, en este método se presta temporalmente soporte, consuelo o aliento a fin de que el usuario supere la crisis por la que atraviesa, el terapeuta le ayudará a entender su problema y a que acepte su responsabilidad en la solución del mismo. Entre las ventajas de este método están la confidencialidad, el establecimiento de una comunicación abierta que permite expresar libremente los sentimientos, el que se trata con el aspecto esencialmente humano; las desventajas son que requiere tiempo para permanecer al lado de la persona en crisis, la crisis misma provoca dificultad para encontrar alternativas de solución y, por otro lado al encontrarse soluciones mientras se apoye al paciente, se corre el riesgo de caer nuevamente, al dejar de acompañarlo.

Aconsejamiento por confrontación, se fundamenta en que la persona ha de hacer frente a la realidad por más desagradable que ésta sea, de manera que se considera que nadie puede ayudar a quien no esté dispuesto a hacer frente a su situación y seguir los pasos necesarios para el cambio. Las ventajas de este método son que permite que el usuario descubra y reconozca su responsabilidad; se toman soluciones relevantes con verdadera convicción de cambio; se enfrenta la realidad objetivamente; se da un panorama amplio de la situación y se hace referencia a etapas anteriores en la vida del usuario. Como desventajas están la dificultad para encontrar una solución si no se establece un ambiente de confianza; el usuario puede no abrirse a la comunicación acerca de las situaciones que le ocasionan angustia y crisis; el enfermo puede sentirse agredido o rechazado por su condición y por lo tanto, no aceptar la intervención.

Aconsejamiento en grupo, en este método se reúne un grupo pequeño con el propósito de aconsejarse mutuamente mediante el relato de sus experiencias, escuchando, interpretando, confrontando. El consejero actuará como moderador, evitando la expresión de emociones demasiado personales que perjudiquen la relación de los miembros entre sí. Se considera

ventajoso este método porque todos los usuarios participan en forma activa; cada uno de ellos da su punto de vista que los lleva a encontrar soluciones en común; el usuario visualiza que no sólo él tiene problemas; se proporciona un ambiente de confianza e interacción grupal. Como desventaja están el que muchas veces los usuarios se desvían del tema central o se monopoliza la participación; se expresan emociones muy personales que pueden afectar la relación del grupo.

Método directivo, en él la figura central es el consejero, a él le corresponde analizar e interpretar los datos que obtiene del paciente para proporcionarle una solución tentativa, en este sentido, el usuario podrá verse a sí mismo y a su situación más objetivamente, descubrir sus potencialidades y debilidades, adaptarse a las circunstancias, elegir una solución y aprender a asumir su responsabilidad. Este método se utiliza cuando el paciente no es suficientemente maduro o no está emocionalmente en condiciones de pensar con lucidez y tomar decisiones; también cuando el usuario prefiere recibir consejos directos porque esto produce menos ansiedad y le da una autoridad sobre la cual puede apoyarse para su proceder.

Derivación de asesorados. En algunos casos será necesario aconsejar al enfermo a que busque ayuda de personas especializadas en algún problema que lo requiera tal es el caso de personas gravemente perturbadas, individuos profundamente deprimidos o a punto de suicidarse. La mayor ventaja de este método es que se brinda al enfermo un panorama más amplio de posibles alternativas de solución, derivándolo con personas más preparadas. Las desventajas son que se genera desconfianza en el usuario al sentirse rechazado; el paciente puede dejar de asistir con el especialista al que se le remitió; el consejero puede precipitarse en derivarlo prematuramente a otro especialista.

La muerte es una de las situaciones más dolorosas que todo ser humano deberá enfrentar en algún momento de su vida, comprender, reaccionar y apoyar adecuadamente puede ser de un inestimable valor y gran ayuda para las personas que se encuentren en este trance, así como para sus familiares y demás seres queridos que los rodean. Sin duda las características del terapeuta tanatólogo son relevantes para dar una atención profesional a

quien lo necesita y solicita así como las herramientas que ponga en práctica para llevar a cabo su intervención.

EL PERFIL DEL TANATÓLOGO.

Diversos autores como Alizade (1995), Reyes (1996), Levy (1997) y Ramírez, Addington, Richards (1998) destacan las actitudes necesarias de la persona que facilita el proceso de morir en enfermos terminales, estas son: **comprensión empática**, es decir, la capacidad de percibir el mundo interior del otro como si fuera el propio, es percibir como propias la confusión del paciente, su timidez o enojo, su sensación de que lo tratan injustamente, pero sin dejar que todo esto se una a la propia incertidumbre o miedo; **aceptación y respeto positivo incondicional**, es aceptar al otro sin detenerse en establecer condiciones para atenderlo, el respeto positivo incondicional se refiere al reconocimiento de la individualidad humana del otro, de su unicidad, de su independencia para ser él mismo, significa la no pretensión de posesividad, la no usurpación de su libertad; **congruencia o autenticidad** significa que el tanatólogo entra en un encuentro personal directo con su paciente, se asocia con la relación que debe existir entre el sentir y pensar, el hacer y el decir, es la relación que debe existir entre la comunicación, la experiencia y el conocimiento, en el encuentro con pacientes terminales un alto grado de congruencia en el tanatólogo es necesario, ya que el paciente, por muy avanzado que se encuentre en su estado de muerte siempre podrá detectar los sentimientos que inspira en otras personas, por lo que resulta preferible que el tanatólogo manifieste su temor a la muerte o a la enfermedad para que la situación no le genere ansiedad; **haber conciliado una adecuada elaboración de los propios duelos**, si el tanatólogo no tiene resueltos sus propios duelos, le será difícil brindar ayuda real al usuario de sus servicios, ya que corre el riesgo de verse sobreinvolucrado con él y estancarse en el proceso; **disponibilidad para el trabajo** el tanatólogo debe hacerle sentir al paciente que tiene interés en él y esto lo demuestra mediante su disponibilidad, es decir, en su trabajo no existen horarios preestablecidos, se requiere de una entrega plenamente humana y generosa para que el enfermo adquiera un significado de vida diferente.

Los profesionales que trabajen con pacientes terminales así como con familiares dolientes, conseguirán una mayor eficacia en su labor si tratan de enriquecerse de su experiencia, para ello necesitan aprender constantemente de las oportunidades que les ofrece la práctica diaria y esta actitud sólo se desarrollará si se mantiene la serenidad suficiente como para no desbordarse ante el dolor, o ante contradicciones y/o ataques de las personas, es decir evitar el denominado burn-out y para ello el profesional debe pasar por los ejercicios que intenta practicar con sus clientes con el objetivo de conocer sus propios procesos; otro factor que ayudará a la comprensión del profesional lo constituye la preparación acerca de aspectos del desarrollo humano a lo largo del ciclo vital; en tercer lugar la clarificación de los objetivos en el trabajo con pacientes terminales y sus familiares aumentará la calidad de vida del enfermo y su familia, actuando el terapeuta como guía en el trabajo de su duelo, por lo que su papel será de apoyo y facilitador de la comunicación, en cuarto lugar se recomienda insertarse dentro de un grupo de autoayuda formado por profesionales que compartan la misma situación laboral, o bien grupos de supervisión donde se expongan casos y se ayuden a afrontar diferentes situaciones de estancamiento, con ello se incrementan las estrategias de afrontamiento ante determinadas situaciones estresantes. (Abengózar, 1994).

La tanatología así concebida, es competencia de la Psicología ya que en ella se encuentran los marcos conceptuales que permiten hacer del trabajo tanatológico una actividad profesional de la que además de proporcionar atención a quien lo necesita, permite el desarrollo de investigación científica durante el proceso de muerte no sólo en el ámbito del paciente terminal, sino también en las manifestaciones psicológicas de los familiares y personal sanitario que cuidan de ellos ya que como lo indican Gaies y Knox (1993), el desgaste emocional que conlleva una intervención psicoterapéutica en pacientes terminales es muy grande por lo que es esencial que el terapeuta tenga presente que tanto el proceso de muerte como las respuestas psicológicas a éste son naturales para que así proporcione el soporte necesario al paciente.

CAPÍTULO III

LA FUNCIÓN SOCIAL DEL TANATÓLOGO

La muerte se considera como un fenómeno bio-psico-social y espiritual de trascendencia en la vida del hombre el cual experimenta un sentimiento inevitable y difícil de afrontar mezcla de miedo, temor, ansiedad, curiosidad, soledad, desolación y esperanza. Para muchos la ancianidad es tan terrible como la muerte y por eso cada vez es mayor el número de personas que trata de prolongar no sólo la vida sino la juventud, "la última esperanza de los que quieren vivir para siempre es la hibernación de un cadáver con la promesa de que se pueda descongelar cuando, en algún tiempo futuro, se descubra la cura para la enfermedad que causó la muerte" (Rowe, 1989 p72).

El morir se puede convertir en algo solitario e impersonal, cuando la gente enferma de gravedad la muerte acontece generalmente en una situación diferente de su entorno familiar, en una sala de urgencias o terapia intensiva donde la compañía es sustituida por la tecnología, sorprende en la actualidad que siendo la muerte un aspecto tan decisivo en la historia de la vida del individuo hoy sea una temática marginal y de interés solamente económico (quién pagará el entierro, cómo se repartirán los bienes del difunto), lo cual no es sino consecuencia del abandono de los ritos de despedida que aun persisten en las pequeñas ciudades y poblados.

El paciente en la actualidad sufre más, no físicamente pero sí emocionalmente ya que la capacidad para dar satisfacción a sus necesidades ha cambiado por el énfasis que se hace en prolongar la vida, nuestro país registra un incremento de la expectativa de vida, en donde el envejecimiento poblacional constituye un fenómeno presente que se manifiesta en el aumento de la población geriátrica sumándose a lo anterior la modificación de los patrones culturales, religiosos, económicos, políticos y sociales que aunados a las condiciones socioeconómicas críticas actuales tienen un fuerte impacto en los sistemas de salud, todo en conjunto trae como consecuencia una modificación de los esquemas de enfermedad y muerte del individuo, de la familia y la sociedad que se reflejan en las condiciones terminales del paciente (Manual de Consejería Tanatológica, 1998).

La muerte se niega no se le quiere ver, los moribundos realizan su tránsito en hospitales, es decir, en lugares impersonales y culturalmente asépticos de donde no pueda salir la mínima contaminación, de donde no pueden escaparse los síntomas de la muerte; los cadáveres antes de abandonar los hospitales se disimulan para que no parezcan lo que en realidad son y durante el cada vez más corto velatorio se habla de lo bien que ha quedado el muerto una vez que ha sido maquillado, labor que se ubica dentro de un área llamada tanatopraxia (Tal como era, 1997) y que se encarga precisamente de presentar a los familiares un cuerpo preparado cuyo aspecto es el de una persona reposada, con los rasgos reconocibles y que no corre el riesgo de transformarse de manera traumatizante durante su exposición.

La muerte para la población sana resulta un acontecimiento lejano incluso cuando en los noticieros de televisión, radio o medios impresos se informa diariamente y a toda hora sobre el deceso, homicidio o suicidio de alguna persona; el ritmo acelerado de la vida cotidiana ha favorecido el acostumbramiento a este tipo de eventos, sin embargo, cuando una persona se enfrenta con la amenaza de su vida ya sea por la presencia de algún accidente importante o por enfermedad diagnosticada incurable, es cuando tienen lugar los cuestionamientos sobre el sentido de la propia existencia, de la vida y de la muerte, se puede pensar que el papel social que en la actualidad tiene un área como la tanatología es amplio ya que su intervención se extiende, de acuerdo con lo referido, al campo de la prevención en sus tres niveles y para ello es necesario informar así como educar.

EDUCACIÓN PARA LA MUERTE.

Para mucha gente es insólito hablar de una educación para la muerte, en primera instancia podría resultar absurdo sin embargo, es una alternativa de higiene mental sobre la que Campos (1996) dedicó unas líneas en el periódico Los Tiempos de Cochabamba, Bolivia para hacer referencia a un evento denominado "Curso de preparación a la muerte" celebrado en la localidad italiana de Agnome, este curso tuvo como finalidad preparar a los participantes anímica y psicológicamente sobre el proceso de muerte, al respecto el autor lanza la siguiente pregunta "¿para qué semejante curso necrófilo y macabro en un mundo que de por sí es triste y funerario, al extremo de que el índice de suicidas va en aumento

como nunca antes había ocurrido?", la intención de estos cursos es que los seres humanos aprecien mejor la vida y la vivan con mayor intensidad mediante un conocimiento más profundo de la muerte, y una relación más serena con el fin de la propia existencia.

Para muchos, la ocurrencia de la muerte es un acontecimiento natural si tiene lugar en la última etapa de la vida, mientras que si se produce en un niño, adolescente, joven adulto o mediana edad, es visto como un hecho precipitado, fuera de toda lógica y sin sentido, sin embargo, debe considerársela de acuerdo a lo que realmente es, un suceso evolutivo en tanto que ocurre a la mayoría de la población con una secuencia más o menos fija; en esta línea la educación para la muerte tiene como objetivo dotar de mecanismos que contribuyan a incrementar la madurez psicológica como preparación para el cambio.

Leviton (cit. Papalia, 1992) plantea que algunos de los objetivos aplicables a las personas de diferentes edades y con diversos intereses son los siguientes: a) ayudar a los niños a crecer con tan poca ansiedad a la muerte como sea posible, b) ayudar a la gente a crear su propio sistema de creencias individuales acerca de la vida y la muerte, c) ayudar a la gente a ver la muerte como un fin natural de la vida, d) que la gente se prepare para su propia muerte y la de aquéllos cercanos a ella, e) que los que estén cercanos a la muerte sean tratados humana e inteligentemente por el tiempo que éstos vivan, f) que el público en general desarrolle una visión realista del profesional de la salud que se involucra con el paciente terminal y su familia mediante el conocimiento de las obligaciones que éste tiene para con ellos, g) entender la dinámica de la pena y las formas como la gente de diferentes edades reacciona comúnmente ante la pérdida, h) hacer de la agonía una actitud lo más positiva posible, destacando la importancia de minimizar el dolor, ofreciendo cariño y cuidado personal involucrando a la familia y a los amigos cercanos.

Al ser la muerte un tema de tantas reflexiones se debe tomar en cuenta la veracidad con que es manejada la información además de las fuentes de donde proviene ya que estas ejercen necesariamente una influencia en la gente a quien se dirige, tal es el caso de un programa de radio transmitido los domingos a las 20 hrs. en el 1260 a.m., nombrado " La muerte: un nuevo principio" en el que se invita a personas de diferentes áreas a hablar sobre diversos

aspectos de la muerte, sin embargo es de llamar la atención que los temas que tratan están enfocados más en el aspecto místico, la existencia de vida después de la muerte, la existencia de ángeles y espíritus que intentan comunicarse con los vivos entre otros tópicos, por lo que al hacer énfasis en ellos se omite lo central de la tanatología científica que es, el paciente terminal.

Cuando se intenta que la gente conozca sobre un tema y el objetivo es difundir un servicio, cuando se pretende ser profesional, se debe partir de lo esencial y en este caso la prioridad es el soporte emocional y con él, la calidad de vida que se ofrece al paciente terminal, se hace hincapié en lo anterior porque una de las funciones del tanatólogo debe ser ejercer su actividad de forma profesional y objetiva, aclarar junto con el paciente (enfermo y/o familia) las confusiones que genera el proceso de muerte, de ahí que desde esta perspectiva, un programa que atrae la atención del público basándose en situaciones que distan de ser científicas, no pueda ser considerado como facilitador de conocimiento sino como un programa de entretenimiento y quizá de orientación, lo grave de todo está en que, al ser una tanatóloga la conductora del mismo, se genera un concepto erróneo de lo que es la tanatología, restándole veracidad al trabajo que desarrollan personas con una preparación profesional seria.

En la misma línea Bellak (1975) plantea que una proposición concerniente a un tratamiento basado en conceptos lógicamente guiadores (como es la tanatología), amerita exploración, atención e investigación, cualquier otro tipo de conceptos representan sólo esfuerzos al azar, de prueba y error para ayudar a un paciente, y son inadecuados al desarrollo actual de la ciencia.

Al caracterizarse nuestro país por su alto sentido de religiosidad no es de extrañar que el tipo de programas como el descrito, adquiera sentido para mucha gente aunque también genere dudas respecto a lo que está alrededor del proceso de morir, las llamadas que se reciben en el programa no encuentran respuesta a sus preguntas, la gente que llama pide ayuda que en unos pocos minutos no es posible darles, es decir, llaman solicitando una especie de ayuda psicológica por teléfono que evidentemente no es el objetivo del

programa. La creencia en una vida después de la muerte, aunque conforta a mucha gente, no resuelve todas las dificultades ni elimina todo el temor.

Si partimos del hecho de que la tanatología aspira a ser considerada en México como una especialidad enfocada en la atención del paciente terminal así como en proporcionar información y educación sobre el proceso de muerte con el objetivo de establecer una prevención a nivel primaria, es decir, sobre la aparición de trastornos como la depresión o duelos patológicos, entonces, programas como el mencionado dificulta esta labor.

Por otro lado en el Congreso de Tanatología y Suicidio se pugnó por la profesionalización de la Tanatología, objetivo que al difundirse este tipo de programas se aleja cada vez más de esta meta, desde una perspectiva psicológica la tanatología debe desarrollarse mediante la investigación científica sobre hechos objetivos que informen y no agreguen mayor confusión al respecto; partir de la formación de psicólogos clínicos con conocimientos sobre el proceso de muerte para que, al trabajar con pacientes terminales, no se unan al esfuerzo médico por preservar la vida y le resten con ello calidad en la atención del paciente; intervenir profesionalmente con los familiares para que logren elaborar el duelo de manera sana y evitar la aparición de patologías graves como la depresión asociada a la muerte del ser querido.

El tanatólogo en este sentido no será aquel que hable de cualquier aspecto de la muerte sino aquel que lejos de confundir a quien solicita sus servicios, le proporcione soporte emocional con base en su formación sólida y científica, es decir, aquel que realmente sea capaz de responder a las necesidades emocionales del paciente y para ello no es suficiente un diplomado de un año cuando no se cuenta con un bagaje de conocimientos, como los que proporciona la psicología, para comprender realmente la situación emocional del enfermo y demás gente a su alrededor.

La educación para la muerte debe enfocarse a todo público pero sobretodo al personal que trata directamente con el enfermo y su familia ya que como mencionan Servaty y Hayslip (1997) muchos de los profesionales que tienen contacto con estos pacientes, se sienten

incómodos porque no han trabajado sus propios temores en torno a la muerte. Debido a la ignorancia, muchas personas dentro y fuera de los hospitales están reacias a establecer contacto visual con el enfermo, tocarlo y menos aún conversar con él, es por eso que las necesidades y deseos del enfermo continúan siendo un misterio para sus cuidadores minando así la calidad en la atención que reciben tanto en los hospitales como en sus hogares.

En España la educación para la muerte se realiza mediante talleres de percepción de la muerte cuyo objetivo es, de acuerdo con Fericgla (1999) ayudar a perder la fobia incontrolable ante la muerte propia y ajena, utilizando técnicas específicas de respiración que provocan una hipo-oxigenación cerebral que adecuadamente conducida, permite un estado de consciencia cuyo principal factor es el facilitar a los participantes una experiencia psicológica similar a la de su propia muerte, mediante la disolución pasajera de los procesos y estados cognitivos y emocionales cotidianos, apoyada por la labor de la psicoterapia ya que con ésta, se puede ayudar a aquellas personas que necesiten resolver los conflictos que surjan durante el taller; la experiencia subjetiva que tiene cada participante puede ser ubicada dentro de su propia percepción como algo religioso o de carácter terapéutico, de acuerdo con el autor, estos talleres ayudan a los participantes a tomar consciencia de su propia finitud y con ello adoptar medidas para resolver cuestiones pendientes que conllevarán a un seguir viviendo con mayor libertad y respeto hacia ellos mismos.

La educación para la muerte favorece, de acuerdo con diferentes estudios (Kramer, 1997; Servaty y Hayslip, 1997; Fericgla, 1999) la aceptación del evento de manera natural pues se logran minimizar los temores y ansiedades además de proveer apoyo social al enfermo y su familia. Ramos y García (1991) comentan que los pacientes terminales que reciben apoyo social y sienten que sus necesidades están satisfechas, aceptan mejor la muerte y experimentan menos ansiedad ante ella, lo cual es influenciado por la actitud que los profesionales de la salud tienen hacia la muerte, por otro lado aquellos pacientes cuyos médicos experimentan alta ansiedad ante la muerte viven más que los pacientes de médicos con baja ansiedad.

En Estados Unidos a partir de la década de los setenta comenzaron a desarrollarse cursos de tipo experiencial que en la actualidad son obligatorios en muchos programas de formación de profesionales de la salud para que adquieran mayor sensibilidad y disponibilidad hacia los pacientes terminales y finalmente delimiten las conductas y estrategias que pueden ser útiles en cada caso (Ramos y García, 1991).

Por las razones mencionadas la educación para la muerte es necesaria y se planteó en este trabajo que el psicólogo clínico, por su formación, debe intervenir activamente en la capacitación del personal sanitario no sólo por el compromiso ético sino porque sus herramientas teórico-prácticas le permiten hacer un manejo adecuado de los eventos que tienen lugar en los cursos o talleres. El resultado de ese esfuerzo no debe quedarse sólo escrito en un papel sino difundirse y propiciar que su aplicación se lleve a cabo, solamente así se dará paso al avance en el conocimiento de esta área.

Desde esta óptica, puede considerarse un área en psicología dedicada al estudio del proceso de muerte y nombrar al especialista, tanatólogo, con toda la connotación profesional que la actividad tanatológica implica. Trabajos como el de Gutiérrez (1996) en torno a la sensibilización del personal sanitario en la atención de enfermos terminales, deben ser llevados a la práctica y buscar la apertura de espacios en los diversos centros hospitalarios, para difundir su importancia.

La educación para la muerte debe ser accesible a todo aquel que se interese por el tema, lo que no debe continuar ocurriendo es que se otorguen títulos de tanatólogos a cuanta persona tome un diplomado en tanatología, se tiene en este sentido que ser selectivo y verificar que el aspirante cuente con conocimientos profesionales que le permitan ejercer la tanatología de manera científica. Para ello no basta promover el estudio de un diplomado sino fomentar dentro de las áreas relacionadas con la situación terminal (Medicina, Psicología) el interés por este tema para favorecer la formación de verdaderos profesionales de la salud.

La educación para la muerte es una alternativa para conocer lo que está en torno a ella y de este modo evitar su negación, ya que como menciona Kübler-Ross (cit. Papalia, 1992) "ésta

es parcialmente responsable del vacío en las vidas de las personas....cuando se vive como si se fuere a vivir por siempre, llega a ser muy fácil posponer las cosas que se sabe que se deben hacer, en contraste cuando se logra entender completamente que cada día que se viva puede ser el último que se tiene, se toma el tiempo de ese día para crecer...porque solamente cuando entendemos el verdadero significado de la muerte en la existencia humana, tendremos el suficiente valor para llegar a ser lo que estamos destinados a ser" (p.611).

TANATOLOGÍA E INTERNET.

El rápido desarrollo de la información tecnológica está causando impacto en el área de psicología, se observa que las bases electrónicas de datos cada vez tienen mayor valor científico como fuente de conocimiento (Barak, 1999).

Un indicador importante de cambio en el mundo se relaciona con la preocupación por temas como la muerte, los moribundos y el duelo teniendo cada vez mayor proximidad a una tanatecnología, es decir, al uso de mecanismos tecnológicos tales como programas de simulación por computadora que ponen al individuo en una situación de diagnóstico de una enfermedad terminal con el objetivo de conocer sus reacciones y de algún modo su forma de enfrentar la situación (Sofka, 1997), sin embargo, este nivel de tecnología no permite la cercanía con el enfermo, el acompañamiento al que hacen referencia los principios tanatológicos sino por el contrario, promueve el aislamiento del paciente o familiar que atraviesa por una situación de enfermedad terminal, pues se evita el contacto físico al que aluden los tanatólogos como medio efectivo para dar calidad de vida al enfermo y a su familia. De acuerdo con Fromm (1991) el sentimiento de aislamiento y de impotencia del hombre moderno se ve acrecentado por el carácter asumido por todas sus relaciones sociales, la relación concreta de un individuo con otro ha perdido su carácter directo y humano asumiendo un espíritu de instrumentalidad y de manipulación.

En Estados Unidos cada vez tiene mayor difusión lo que se ha llamado "ciberterapia" (Ingram, 1998) pero hasta hoy, es muy poco lo que se ha escrito al respecto para ayudar a

los psicólogos a entender por qué la gente busca ayuda terapéutica a través de este medio. Internet es una herramienta funcional en muchos sentidos, sin embargo, tratar de ajustar el aspecto emocional del ser humano a esta tecnología es reducirlo a una máquina; acceder con ese propósito a este medio, es coartar la posibilidad de comprender el proceso y cambiar actitudes, es sumir al individuo en una fantasía que desaparece al apagar el monitor.

Aunque es cierto que la modernidad exige actualización, existen áreas como la psicoterapia, cuya naturaleza impide que una intervención por computadora sea confiable y seria, hasta que se desarrolle un método científicamente probado para ello.

Vía internet existen apoyos sociales, para ayudar tanto a los pacientes con enfermedades terminales como a sus familias en el proceso de aceptación y manejo de su situación ante la enfermedad, estos apoyos pueden clasificarse en tres grupos: apoyos en cuanto a orientación e información; apoyo emocional o afectivo y apoyo material o instrumental. En el primer caso, el apoyo involucra un intercambio de consejos, sugerencias, direcciones o información bibliográfica de las que una persona puede hacer uso para enfrentarse a la situación particular. Todo esto se lleva a cabo por medio de correo electrónico o salas de charla en la red; el apoyo emocional o afectivo tiene lugar en los grupos de apoyo en línea o también llamados grupos de apoyo mediados por computadora que cuentan con foros en los que los individuos pueden comunicar a otros sus experiencias y estilos de afrontamiento.

Estos grupos pueden simular de acuerdo a Sofka (1997), un soporte de grupo tradicional, ya que ocurren en un tiempo real, teniendo lugar en un programa diario durante el cual, las conversaciones son interactivas pues los participantes escriben sus respuestas a las preguntas o comentarios hechos por otros que han ingresado al grupo por medio de un módem de computadora.

Cuando se trabaja con personas que enfrentan un diagnóstico de una enfermedad terminal, es común escuchar quejas acerca del tiempo limitado para una comunicación directa con los médicos o de las dificultades para encontrar información de fácil comprensión sobre la

enfermedad, así como opciones para su tratamiento, el problema de comunicación que actualmente existe entre el paciente y su médico no encuentra solución al conectarse a una máquina pues no se resuelve de fondo, la solución como se mencionó en el apartado anterior está en educar, para que se genere un verdadero cambio y no un problema mayor.

Algunos aspectos positivos de este tipo de tecnología están relacionados según Childress (1998) con la inclusión de páginas conmemorativas que proveen a la persona de canales catárticos para expresar el dolor; de acuerdo con el autor, el desarrollo de una página conmemorativa podría ser de ayuda en situaciones en las que el cuerpo no fue recuperado; es evidente que si la gente busca vía internet una alternativa para liberar sus ansiedades hacia la muerte es porque existe una carencia de información y asesoramiento psicológico sobre el tema, que genera en el individuo sentimientos de incompetencia hacia el evento.

El auge que está teniendo internet en los países desarrollados es importante porque de alguna manera, este medio ayuda, a quien atraviesa por una situación de pérdida, a enfrentarla más fácilmente, sin embargo, internet no debe de sustituir la relación interpersonal que en el proceso de muerte es básica para los enfermos y sus familias y en general, para cualquier ser humano. Aunque en México se sabe aún poco sobre esta situación, se debe tener conocimiento de ella ya que el hecho de que en Estados Unidos funcione o esté teniendo auge obedece, a la situación cultural y social de ese país que dista mucho de parecerse a la de la sociedad mexicana.

En relación con lo anterior, Barak (1999) observa las ventajas y desventajas que tiene el establecer una consejería o terapia a través de correo electrónico: como ventajas menciona a) la posibilidad de hacer la terapia tan flexible como las necesidades del paciente la requieran, b) al acumularse las expresiones escritas tanto por el paciente como por el terapeuta, se tiene acceso a las frases exactas utilizadas por el paciente para confrontarlo, o en el caso del terapeuta recordar lo que se ha expresado para dirigir su sesión; c) al poder guardar en un disquete toda la sesión se cuenta con el material exacto para supervisar el caso y d) es accesible para las personas que necesitan terapia, aquellas que quieren permanecer en el anonimato, que por su horario de trabajo no tienen tiempo de asistir a una

sesión regular, siéndoles difícil utilizar cualquier método convencional de terapia; las desventajas son a) la ausencia de interacción cara a cara y de contacto visual entre terapeuta y paciente; b) por el aspecto anterior no se logra establecer una verdadera relación con el paciente y c) el tipo de comunicación que se logra por correo electrónico no es considerada confidencial ni privada.

El uso de internet así como de muchas otras herramientas, tiene limitaciones y lo anterior es un ejemplo de ello, aunque es posible que este tipo de servicios ocurra actualmente, se debe ser responsable profesionalmente para tomar esta aplicación de internet con reserva ya que, si en profesionales de la psicología se acepta que la relación interpersonal puede ser sustituida por una comunicación electrónica, en una situación como el proceso de muerte, entonces se contribuye a hacer cada vez menos seria la actividad científica de psicólogos y tanatólogos pues al ser internet un medio aún sin restricciones, cualquier persona, de cualquier edad puede fungir como profesional y generar en el que lo consulta, mayores dudas sobre su problemática.

Por otro lado, es sabido que en nuestro país son pocas las personas que tienen acceso a este medio, y aunado esto a la falta de profesionales dedicados al trabajo con pacientes terminales y a la poca difusión de los organismos que proporcionan estos servicios, el derecho a una muerte digna y en paz, es algo que en México sigue siendo un proyecto a largo plazo.

Este derecho ha sido ampliamente discutido en diversas partes del mundo ya que cada vez se escucha más frecuentemente la eutanasia como una posibilidad para aquellas personas con enfermedades irreversibles y mortales en un periodo relativamente corto, este aspecto ha generado diversas opiniones y necesariamente ha contribuido a la percepción que se tiene sobre la muerte en todas partes del mundo, de modo que se consideró como un apartado dentro de este trabajo con la pretensión de dar una revisión general pero no exhaustiva sobre el tema.

EUTANASIA Y DIGNIDAD DE LA MUERTE.

Con frecuencia el uso de terminología con poca base científica o imprecisa, confunde los conceptos de ahí, la necesidad de definir el concepto de eutanasia que según Montejo (1998) viene del griego "eu" (bien) y "thanatos" (muerte) y significa primariamente buena muerte, muerte apacible sin sufrimientos; en la actualidad el término eutanasia se concibe como la muerte debida a las medidas tomadas por un médico para abreviar el dolor o sufrimiento en pacientes terminales, agónicos, en condiciones extremas de dolor o de un estado psíquico de gran sufrimiento no controlado por los tratamientos.

Algunos estudiosos de la materia (Gutiérrez, J. 1997; Quevedo, J. 1997; Sgreccia, E.1996) dividen la eutanasia para fines de definición en pasiva y activa, la eutanasia activa consiste en proporcionar conscientemente la muerte a una persona gravemente enferma por medio de una acción como por ejemplo la inyección de sustancias letales; la eutanasia pasiva se caracteriza por no proporcionar al moribundo una terapia que prolongue su vida, como por ejemplo no conectarlo al respirador artificial o no administrarle una terapia con antibióticos.

Entre los argumentos que se han utilizado a favor de la eutanasia están por un lado, el progreso social que propone eliminar a los discapacitados físicos o mentales para proteger a los demás miembros de la comunidad; y la economía, argumentando el alto costo social y médico que implica el cuidado de los que tienen enfermedades incurables (Montejo, 1998).

La aprobación de la eutanasia así como su práctica tiene lugar sobre todo en los países de una sociedad industrializada, en 1969 es aprobado en Gran Bretaña el llamado testamento de vida en el cual el paciente, en pleno uso de sus facultades mentales, solicita la aplicación de la eutanasia en caso de padecer alguna enfermedad seria o discapacitante, incurable y que le cause molestias o haga imposible razonar.

Esta conducta ha sido seguida por varios países de Europa entre los que destacan Holanda y Dinamarca, en Estados Unidos comenzó cuando en 1976 se activó una ley en el estado de

California que despenalizaba la eutanasia previa petición del paciente, expresada como voluntad testamentaria, al año siguiente otros seis estados de la unión emitieron leyes similares en las que se reconoce el derecho de cualquier mayor de edad a redactar por escrito, una serie de instrucciones a su médico para que no utilice o para que interrumpa las terapias de sostenimiento vital (Sgreccia, 1996; Montejo, 1998).

A esta presión en pro de la legalización de la eutanasia contribuyen asociaciones como la Euthanasian Society of America que presentó en la ONU una petición para que el derecho a la eutanasia fuera incluido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Esta presión cultural se refuerza con la influencia de grupos y movimientos propagandísticos a favor del suicidio concebido como self deliverance. Grandes periódicos como La monde, Time o The Lancet, dan a menudo noticias de muertes por piedad provocadas a niños que nacieron deformes, práctica que en Inglaterra han propuesto algunos médicos para evitar los gastos y los riesgos del diagnóstico en recién nacidos con deficiencias. En los países desarrollados, el 70% de las muertes se producen en los hospitales y el 80% del gasto sanitario se invierte en los tres últimos años de vida de las personas; la eutanasia se puede presentar como una forma rápida para reducir las cargas sociales que suponen los enfermos incurables (Sgreccia, 1996).

La polémica que se genera a raíz de la aceptación de la eutanasia con previa autorización del paciente o de sus familiares se debe a que tendrá como consecuencia, un abuso en su aplicación y esto nuevamente está relacionado con la educación e información casi nula que se tiene en torno del proceso de muerte. Los médicos formados para derrotar la enfermedad cada día tienen menos oportunidad para asistir a los enfermos terminales que se encuentran en las unidades de terapia intensiva, ya que intentan combatir las más mínimas complicaciones que pudieran acortar la vida del enfermo sin tomar en cuenta que los pacientes, en sus últimas semanas de vida están más preocupados por morir dignamente que en prolongar su existencia.

La principal justificación de la eutanasia es evitar el sufrimiento del enfermo, sin embargo, una muerte digna no es terminar con la vida, sino proporcionar apoyo emocional, cuidados

paliativos que ayuden al enfermo a que el proceso de la muerte sea más soportable mediante un adecuado control del dolor, respeto a su autonomía y buena comunicación, permitirle estar en compañía de sus seres queridos, y en general, proteger su dignidad humana. La tanatología proporciona la posibilidad de dar al paciente esa dignidad de muerte y se intenta con su adecuada difusión, evitar la práctica de la eutanasia, mediante programas de atención domiciliaria brindada por un equipo de salud especializado en tratar no la enfermedad del paciente X, sino al paciente X que está a punto de morir.

La eutanasia implica dar muerte anticipadamente, aunque sea por piedad, al moribundo y favorece que las ansiedades en torno al proceso se intensifiquen al no permitir que tanto el enfermo como sus seres queridos, logren una comprensión de lo que el proceso significa para cada uno y descubran las implicaciones que tienen para ellos este evento. La propuesta es informar a los involucrados adecuadamente, ya que esto da a los individuos la posibilidad de buscar alternativas que hagan más llevadero el proceso de muerte.

Las diferentes actas relacionadas con la libertad que tienen el paciente y los familiares de decidir sobre la aplicación de la eutanasia, también están relacionadas con la interacción que se establece entre el enfermo y su familia una vez conocido el diagnóstico, para los cuidadores informales del enfermo, es decir, los miembros de la familia que se encargan de atenderlo, muchas veces resulta sumamente desgastante cuidar del enfermo, en parte porque no están capacitados para ello y además, se enfrentan con actitudes hostiles y altamente demandantes por parte del paciente como lo refieren Ellingson y Fuller (1998), esta situación pone de manifiesto que no sólo la calidad de vida se orienta hacia el enfermo sino también hacia la persona que se hace cargo de él.

La aprobación de la eutanasia está íntimamente relacionada con la idea de evitar el sufrimiento del enfermo pero también con la necesidad, de quienes lo cuidan, de dar fin a las situaciones de desintegración familiar, problemas económicos, pérdida de estabilidad emocional provocadas por la enfermedad, de modo que como respuesta a esas demandas cada vez son más países alrededor del mundo los que se manifiestan a favor de la eutanasia, en lugar de proponer alternativas como la educación sobre la muerte que permita que todos,

CAPÍTULO IV CONCLUSIONES

La Tanatología en todo el mundo se orienta cada vez más a una especialidad científica e indispensable en el área de la salud, quizá porque la modernidad y el entorno social, donde lo que prevalece es la violencia, el individualismo y el escaso interés por el otro, está provocando que la percepción de la muerte, como acontecimiento natural, se distorsione y, con ello, aumente la ansiedad en torno a ella y, por lo mismo, se cuente con menos recursos personales y sociales para hacerle frente.

En este trabajo la tanatología fue planteada desde una perspectiva psicológica, como una posibilidad para ampliar el área de intervención clínica; la muerte no es un acontecimiento que acompaña a la vejez, sino, un evento que da fin a la vida y que ocurre en cualquier etapa del ciclo vital.

Parte de la formación del psicólogo implica el estudio del desarrollo del individuo, sin embargo, difícilmente se abordan las reacciones emocionales que tienen lugar durante el proceso de muerte y, menos aún, las necesidades de todo tipo que surgen ante la presencia de una enfermedad terminal, de manera que al respecto, el psicólogo tiene un campo fértil en el que puede no sólo aplicar la teoría que aprendió en su formación, sino, también desarrollar conocimiento mediante la investigación científica sobre el proceso de morir.

La realidad hoy en día es que los avances en la medicina generan, mayor expectativa de vida en los individuos, pero también privan del contacto humano a quienes no tienen posibilidad de recuperar la salud por considerarlos como parte de las estadísticas de fracaso en el tratamiento.

Ayudar a una persona que finalmente sabemos va a morir, tiene una implicación ética, pues conlleva el reconocimiento del carácter humano en todo individuo y por ello posibilita un alivio del dolor, no sólo físico, sino también, de desahogo de los conflictos internos. El hecho de enfrentarse con la muerte a través de un proceso de enfermedad terminal hace que

el paciente sienta falta de control, dificultad para afrontar la vida y se encuentre en situación de desamparo, que generalmente, le aboca a la depresión.

Otra circunstancia que aparece en estos enfermos es la pérdida de la autoestima, sobre todo cuando la enfermedad supone mutilaciones, cambios deformantes que dañan la imagen o las capacidades físicas o psíquicas de la persona; en muchos casos se experimenta la muerte como un castigo y además se reducen o cesan totalmente los intereses normales produciéndose importantes alteraciones en las relaciones interpersonales.

En nuestro país fueron fundados una asociación y un instituto de tanatología, con el propósito de dar apoyo emocional a quienes son diagnosticados con enfermedades terminales, sin embargo, su existencia es prácticamente desconocida. En el Congreso sobre Tanatología y Suicidio, celebrado en México el año pasado, se puso de manifiesto la importancia de hacer de la tanatología una ciencia y por lo tanto profesionalizar su práctica además de la necesidad de difundir el trabajo tanatológico con mayor fervor, ya que, como se hizo evidente, la población en general desconoce de qué se trata cuando se hace mención, siquiera, de la palabra y, más aún, cuando se le enfoca como un servicio de atención a la salud.

Por lo anterior y con base en lo referido a lo largo de este trabajo, se establecen las siguientes conclusiones:

- ψ La tanatología es una técnica de intervención que debe estar a cargo de profesionales de la psicología y de la medicina, ya que sólo de este modo la intervención tanatológica superará su carácter de voluntariado y se generará en los tanatólogos un compromiso real con el paciente.
- ψ Para los psicólogos, un área como la tanatología debe ser considerada como una técnica breve de intervención, ya que los principios en los que se fundamenta, están tomados de la Psicología, además, la función tanatológica obliga a tener como característica un adecuado nivel de análisis, a través del cual, el tanatólogo comprenda

verdaderamente la situación del enfermo y logre elaborar preguntas o realizar comentarios oportunos de acuerdo con el discurso o silencio del paciente, ésto no se puede lograr si el conocimiento que se tiene del proceso psicológico del individuo es deficiente, pues entonces el tipo de intervención que se realiza no se diferencia en nada de un encuentro cotidiano e informal y lo que el enfermo necesita, es percibir que el profesional que lo acompaña en su proceso de muerte tiene la formación profesional, capacidad intelectual y fortaleza emocional para escuchar lo que el paciente necesita expresar para que actúe en consecuencia.

ψ Se considera importante incluir en el currículum de la carrera de Psicología, una materia como la tanatología, en donde se estudien las reacciones emocionales del paciente así como de la gente que lo rodea, ante una enfermedad terminal; se fundamenten los conceptos que guían la actuación del terapeuta, en una teoría de la personalidad y en proposiciones relacionadas con el diagnóstico, con la dinámica del padecimiento y con el tratamiento de las causas y/o de los efectos, para que su intervención esté en relación con las necesidades particulares del usuario.

ψ En Psicología se puede desarrollar investigación científica que aporte conocimiento sobre el enfermo terminal y permita incluso la elaboración de instrumentos válidos para evaluar tanto al enfermo como al personal que lo atiende ya que hasta hoy, los cuestionarios para este fin dependen totalmente de la subjetividad de quien los utiliza.

La Psicología cuenta con el área de medición que puede generar, con base en investigaciones serias, el conocimiento necesario para abordar el proceso de muerte con objetividad y, de este modo, implementar acciones que lleven a una mayor calidad en la intervención del paciente terminal; incluso desde el aspecto cualitativo, se obtendrían mayores elementos de análisis para poner en práctica los tratamientos adecuados, considerando los casos de forma particular.

- ψ En México un área como la tanatología es necesaria pues, en la actualidad, ante la presencia de la muerte se han dejado de lado las tradiciones y rituales que, en otros tiempos, hacían más fácil la elaboración de la pérdida; hoy en día lo que se promueve es la negación de la pérdida y la represión de las emociones que ésta conlleva por considerar este comportamiento como signo de fortaleza, adaptación e incluso madurez.

- ψ El trabajo del psicólogo en esta área debe dirigirse también, hacia la prevención de trastornos en un nivel primario, mediante su participación en programas de salud que propicien en los individuos el asumir la responsabilidad sobre sus propias vidas para que se enfrenten a la muerte sin dimensionarla como una catástrofe.

- ψ Por lo anterior se encontró necesaria una educación para la muerte en todos los niveles y edades para que se la conceptúe como parte de la vida y así, los individuos aprendan a desarrollar estrategias de afrontamiento que incluyan la expresión de las emociones relacionadas con el evento. La implicación de este tipo de educación es tener una percepción realista de la muerte que genere menos ansiedad y, como consecuencia, disminuya la actitud permisiva en torno a la eutanasia, vista por el enfermo y sus familiares como una forma rápida de alejarse del problema al que no saben como hacer frente.

Una investigación documental sobre Tanatología tiene el propósito de informar sobre las alternativas con que cuenta la psicología clínica en cuanto a su campo de intervención profesional; la Tanatología es un área de especialización que no sólo implica la intervención en el paciente terminal sino también, el capacitar al personal sanitario mediante cursos y talleres para que la atención que se da al enfermo sea más humana.

La perspectiva del Instituto y de la Asociación es que la tanatología debe ser practicada al nivel de consejería y de acuerdo con Darley, Glucksberg y Kinchía (1990) los consejeros tienen estudios de posgrado en Psicología o en psicoterapia y después hacen un internado en la especialidad. En este trabajo se planteó la necesidad de que el psicólogo se forme en el área de tanatología para que su intervención, sea verdaderamente profesional.

Pese a la proliferación de estudios sobre el tema, aún cuando hoy en día se tiene mayor conocimiento de lo que es el miedo y ansiedad ante la muerte, todavía en México, no se ha pasado de una fase meramente exploratoria y por tanto no se dispone de información adecuada que tenga suficiente validez explicativa, por eso se arguye que al contar la Psicología con un marco teórico como el que tiene, puede generar modelos de investigación que permitan el desarrollo de conocimiento científico sobre esta área.

El progreso médico que hoy hace posible curar enfermedades hasta ahora intratables, el avance de la técnica y el desarrollo de los sistemas de resucitación para prolongar la vida de una persona, retrasan el momento de la muerte y en consecuencia se ignora la calidad de vida de los enfermos terminales, la soledad a la que se ven sometidos, su sufrimiento, el de sus familiares y el del personal sanitario que los trata.

Montejo (1998) hace la diferencia entre reclamar un derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte, que la tanatología ofrece, y el derecho a una muerte digna que es argumento de la eutanasia, pero que en realidad no la proporciona. El médico no puede reducir al paciente terminal a un mero sistema fisiopatológico desintegrado sino que debe reconocer que su imposibilidad de curar es manifestación de humanidad y ética.

Se puede decir que mientras no se reconozca la necesidad de educar para la muerte, seguirán teniendo aceptación las soluciones tajantes como la eutanasia, sobre la comprensión y realización de acciones que lleven a una verdadera dignidad de vida y muerte, "el hecho de no vivir con miedo a la muerte significa llegar a una avenencia con ella, aceptarla por dura e inaceptable que pueda parecer al principio, necesitamos ser

ESCALA DE REYES ZUBIRÍA PARA EVALUACIÓN DEL ENFERMO TERMINAL

Nombre del paciente _____
Hospital o Domicilio _____
Cama o cuarto _____
Médico tratante _____
Otros especialistas _____
Diagnóstico(s) Pronóstico _____
Posición sociocultural _____
Posición económica _____
Religión: Personas(s) significativa(s) _____
Dirección(es) y teléfono(s) de ésta(s) _____
Tanatólogo _____
Fecha de inicio del tratamiento tanatólogo _____
Fechas de visitas subsiguientes _____

La calificación puesta al finalizar el párrafo de Angustia, sirve para las demás emociones, a menos que se indique una puntuación especial.

1. - ANGUSTIA

Preocupación manifiesta, o miedo, al futuro o a la Muerte ()
Llanto o irritabilidad debidos a ese miedo ()
Miedo al tratamiento u hospitalización, por doloroso, por costoso o por inútil ()
Llanto fácil, tensión, incapacidad de relajarse ()
Temor a médicos, a extraños ()
Miedo a quedarse solo ()
Problemas de sueño: interrumpido, insomnio, pesadillas, sensación de no descansar ()
Dificultad de concentración, pobre memoria a corto plazo ()
Preocupación por cómo están los suyos ()
Preocupación por cómo quedarán los suyos cuando muera ()
Miedo a conocer el diagnóstico, miedo a no conocerlo, a ser engañado ()
Preocupación exagerada o negación manifiesta, por la situación económica ()
Preocupación exagerada o negación al hablar del tema por otros problemas: legales, sociales, familiares, etc. ()
Cuáles son éstos: Manifestaciones de inquietud, impaciencia, suspiros, respiración rápida no debida a la enfermedad, tics, rostro preocupado. (Subrayar cuáles o anotar otros) ()

Calificación: 1= leve; 2= moderado; 3= serio; 4= urgente atención.

2. - FRUSTRACIÓN

Rabia notoria e irracional contra (anotar nombres, relación, parentesco) ()
Enojo por estar solo, enojo por no estar solo ()
Manifestaciones abiertas de ira, enojo, rabia, odio, envidia ()
Enojo contra alguien en especial (nombre) ()
Tristeza marcada por su situación actual ()
Tristeza marcada por su futuro, el que sea ()
Tristeza por lo triste de sus seres queridos ()
Llanto por el miedo a no tener ya tiempo ()
Llanto por sentirse impotente ()

Sentimiento de que su vida no tiene ya sentido ()
Sentimiento de que su vida no ha valido la pena ()
Negarse a seguir tratamiento, dietas, indicaciones médicas o de enfermería ()
Pérdida de toda esperanza real ()
Aferramiento a falsas esperanzas o a esperanzas mágicas ()
Ausencia o pobreza de valores trascendentales ()
Negarse a recibir todo tipo de ayuda: tanatológica, espiritual, legal, de trabajo social, otras ()
Impaciencia, enojo, muestras de no escuchar, silencios, sueño inesperado, actitud de ira. (Subrayar cuáles o anotar otros) ()

3. - CULPAS

Temor de que vaya a suceder lo peor, muerte o no por castigo divino ()
Sentirse culpable de algo, incluso de su enfermedad ()
Sentir la necesidad de ser castigado, por Dios o por cualquier otra persona ()
Aceptar que merece en justicia su enfermedad ()
Miedo a ser castigado en él mismo o en un ser querido ()
Llanto por haber sido malo durante su vida, o en algunas etapas de su vida ()
Sentimiento de que no merece ningún buen trato ()
Sentimiento de no ser querido por quien(es) él quiere ()
Cambios notorios y positivos en su conducta ()
Necesidad de hacer promesas a Dios, a la Virgen, a un santo, a la vida, a alguien de la familia, a otros ()
Tener esperanzas mágicas, fruto de sus promesas o de sus cambios de conducta ()
Abierta conciencia de culpabilidad (Anotar cuáles son éstas culpas) ()
Actitud de sonrisa, bondad, gratitud, cooperación, o de querer congraciarse con el personal del hospital, o con alguien en particular (Nombrarlos y subrayar la actitud) ()

4. - DEPRESIÓN

a) Reactiva:

Sentimiento de abatimiento o melancolía mayor a lo esperado ()
Tristeza ante las pérdidas reales o simbólicas (Anotar cuáles son estas pérdidas) ()
Llanto sin causa aparente, o deseo de llorar sin causa conocida por él mismo ()
Pérdida o aumento de apetito no debido ni a la enfermedad, ni a la hospitalización, ni al tratamiento ()
Pérdida o aumento de sueño no debido ni a la enfermedad ni a la hospitalización ni al tratamiento ()
Sentimiento de que "terminó mi vida" debido a las pérdidas reales o simbólicas sufridas ()
Pérdida de toda otra esperanza debida a estas pérdidas ()

b) Ansiosa

Síntomas hipocondríacos (cuáles) ()
Deseo profundo de morir y deseo profundo de vivir ()
Miedo de morir y/o miedo de vivir ()
Miedo de vivir en circunstancias no buenas junto con un velado deseo de morir ()
Pérdida de esperanza real y aumento de esperanzas mágicas ()
Nueva aparición e todas las emociones ya trabajadas: angustia, ansiedad, frustración, tristeza, rabia, culpa, depresión (Subrayar cuáles) ()

c) Anticipatoria

Conciencia real de la proximidad de la Muerte ()

- Silencios largos ()
- Palabras o actitudes de "despedida" ()
- Deseos sinceros de hablar de su próxima muerte ()
- Llanto íntimo, sin miedo, sin desesperación ()
- Miedo a permanecer solo ()
- actitud de encerrarse en él mismo ()

5. - ACEPTACIÓN

- Necesidad de silencios largos y profundos ()
- Sueños cortos y seguidos (como de bebé) ()
- Actitud como de "vaciamiento" de sentimientos ()
- Sentir la cercanía de Dios o la de algunos de sus seres queridos ya muertos ()
- Necesidad de sentir la presencia de alguien ()
- Necesidad, o deseo al menos, de ser tocado ()
- Exigencia de no estar solo ()
- Aceptación manifiesta de aceptar la voluntad de Dios ()
- Manifestación de resignación, más que de aceptación ()
- Actitud de tranquilidad, aceptación, paz, dignidad ()
- Deseos manifiestos de despedirse verbalmente de todos ()
- actitud manifiesta de "despedida" (llanto, miradas, otras) ()

6. - TRISTEZA

Aunque esta emoción la hemos calificado en algunas de las anteriores, dado que está presente de manera casi constante, hay que calificarla en cada una de las visitas ()

1= leve; 2= moderada; 3= importante; 4= urgente atención; 0= no hay.

7. - ESPIRITUALIDAD Y RELIGIÓN

- El paciente es persona responsable ()
- Es persona con auténtica libertad ()
- Tiene valores trascendentales ()
- Cuáles ()
- Tiene necesidad o gusto de hablar de cosas espirituales ()
- Tiene necesidad, o gusto de orar y/o meditar, solo o con otros ()
- Tiene necesidad de los consuelos de la Religión: recibir sacramentos, lectura e la Biblia, oración, otros (subrayar o escribir cuáles) ()
- Dios es muy importante en su vida ()
- Su Religión es muy importante en este momento ()
- Es bueno para él hablar sobre religión y espiritualidad ()
- Para él morir significa un encuentro con Dios, vivir en Él, una paz, alegría, tranquilidad (subrayar cuál) ()
- Para él la muerte es otra reencarnación y esto le produce miedo a la re-muerte ()
- Para él morir significa pasar a la nada total ()

1= leve; 2= moderada; 3= importante; 4= profundo; 0= no hay

8. - MUERTE

(Para contestarse cuando el paciente esté en fase terminal).

El tanatólogo siente que por la ayuda tanatológica, médica, espiritual, social, familiar y otras, que recibió adecuadamente su enfermo a lo largo de su padecimiento terminal logrará morir con verdadera:

Dignidad ()
Aceptación ()
Paz ()

1= urgente; 2= moderada; 3= muy bien; 4= se alcanzó la meta.

ESCALA DE REYES ZUBIRÍA PARA EVALUACIÓN DE LOS FAMILIARES DEL ENFERMO TERMINAL Y LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD INVOLUCRADOS

(Como en la escala anterior los datos generales se anotan una sola vez, pero se calificarán las emociones cada vez que se trate a una persona y se tendrá una escala por cada uno de los involucrados).

Nombre del paciente _____
Hospital o domicilio _____
Cama o cuarto _____
Diagnóstico(s) _____
Pronóstico _____
Posición socio-cultural _____
Posición económica _____
Nombre del familiar y parentesco _____
Religión _____
Tipo de familia (completa, incompleta, clan, coyuntura, nuclear, integrada, tradicional, etc.) _____
Nombre del miembro del equipo de salud _____
Relación con el enfermo _____
Religión _____
Nombre del Tanatólogo _____
Fecha de inicio del tratamiento con el familiar o persona involucrada _____
Fechas de visitas subsiguientes _____

1. - ANGUSTIA

Preocupación exagerada por el enfermo ()
Miedo a que muera pronto ()
Miedo a que el enfermo vaya a sufrir mucho ()
Miedo a no saber darle, a no poder, la ayuda adecuada ()
Llanto, irritabilidad, por la enfermedad del paciente ()
Llanto, irritabilidad no justa por la hospitalización ()
Llanto, irritabilidad por el tratamiento: doloroso, largo, caro, otra causa (subrayar cuál) ()
Tensión, incapacidad de relajarse, llanto fácil ()
Temor a los médicos, a las enfermeras a otros ()
Temor a conocer la verdad ()
Temor a decirsele al enfermo o a un familiar delicado ()
Temor a no poder ayudar al enfermo, en sus reacciones, cuando se le diga su diagnóstico o pronóstico ()
No querer apartarse del paciente ni para descansar ()
Preocupación por el futuro de la familia ()
Preocupación por un familiar en concreto (cuál) ()
Inquietud, impaciencia, suspiros, tics, respiración rápida, palpitaciones, otros (subrayar cuáles) ()

Miedo a equivocarse con el enfermo ()
Miedo a equivocarse con algún familiar (quién) ()

1= leve; 2= moderado; 3= profundo; 4= urgente atención

2. - FRUSTRACIÓN

Sentimiento de rabia incontrolable e irracional contra el enfermo u otra persona (escribir quién) ()
Sentimiento de rabia incontrolable e irracional sin saber contra quién ni por qué ()
Llanto por las frustraciones que se están viviendo ()
Deseo de interrumpir ya todo tratamiento ()
Rabia, ira, enojo, odio, envidia hacia algunas personas (subrayar y escribir quienes) ()
Rabia, ira, enojo, odio contra el paciente ()
Pérdida de toda esperanza real ()
Pérdida de toda esperanza falsa o mágica ()
Pérdida del sentido de la vida ()
Aferramiento a esperanzas mágicas (cuáles) ()
Vivir una sensación de injusticia hacia él, hacia el paciente, hacia otros (quiénes) ()
Ausencia de valores trascendentales ()
Pobreza de valores trascendentales ()
Incapacidad de valorar la vida pasado con el enfermo ()
Incapacidad de descubrir el valor del dolor, de la enfermedad, de la Muerte ()
Impaciencia, enojo, no querer estar o escuchar a ninguna persona ()
Impaciencia, enojo, no querer estar o escuchar al paciente ()
Rechazar cualquier ayuda tanatológica ()
Rechazar cualquier ayuda espiritual, legal, de trabajo social, económica, médica, otras (subrayar, anotar) ()
Manifestaciones de coraje durante la entrevista, de abatimiento, de tristeza, de frustración ()

3. - CULPAS

Temor de que suceda lo peor al enfermo, la muerte o no por castigo divino ()
Conciencia de haber sido malo y que por eso el paciente es castigado por Dios ()
Conciencia de ser castigado en el enfermo por sus pecados ()
Necesidad de ser castigado por Dios, en él o en su enfermo ()
Miedo a que, por sus pecados, la familia sufra consecuencias ()
Sensación de tener culpas, incluso sin saber cuáles ()
Necesidad de hacer promesas a Dios, a la Virgen, a un santo, a la Vida, para alcanzar un premio merecido ()
Cambios notorios de conducta, de negativa a positiva ()
Aferrarse a esperanzas mágicas, o a un milagro, como premio merecido por sus promesas o cambios positivos ()
Sentimiento de que no merece nada bueno, ni para él ni para el paciente ()
Sentimiento de que algún miembro de la familia sí merece el premio de la curación del enfermo ()
Tratar de congraciarse notoriamente con el personal hospitalario "para merecer un premio" ()

4. - DEPRESIÓN

a) Reactiva

Sentirse más abatido, melancólico, triste, que lo normal ()
Tristeza anormal por las pérdidas, reales o simbólicas del paciente ()
Tristeza anormal por sus pérdidas, reales o simbólicas en relación al paciente ()
Tristeza anormal por la posible y próxima muerte del paciente ()
Llanto o deseo de llorar, sin causa aparente ()
Pérdida o aumento de apetito en relación con la situación del paciente ()
Pérdida o aumento del sueño por lo mismo ()

- Pérdida de interés por su vida si el paciente muere ()
- Pérdida del sentido de la vida por lo mismo ()
- Sentimiento de desesperanza ()

b) Ansiosa

- Síntomas hipocondríacos cuáles ()
- Manifestación notoria de emociones ya trabajadas: rabia, angustia, culpa, ansiedad, depresión (subrayar) ()
- Deseo profundo de que ya muera el paciente ()
- Deseo profundo de que se alivie y viva ()
- Culpa profunda por el deseo de muerte del paciente ()
- Tristeza anormal por ver el sufrimiento de su enfermo ()
- Dificultad para descansar, distraerse, hacer algo ()
- Miedo anormal a enfermarse, a ser contagiado ()

d) Duelo

- Conciencia real de la cercana muerte de su enfermo ()
- Dolor profundo, sin consuelo por dicha muerte ()
- Rabia intensa hacia Dios, médicos, familiares, otras personas, contra quiénes ()
- Sentimiento de autocompasión ()
- Silencios largos, no querer conversar con nadie ()
- Sensación de injusticia hacia él, los suyos, el enfermo ()
- Necesidad de no separarse del paciente en fase terminal ()
- Necesidad de no estar con el paciente en fase terminal ()
- Necesidad de aislarse de todos ()

5. - ACEPTACIÓN

- Querer estar junto al paciente, tocarlo, besarlo, en señal de despedida ()
- Necesidad de hablarle al oído cosas bonitas ()
- Actitud de resignación ()
- Necesidad de estar unido a Dios ()
- Necesidad de manifestar que acepta la voluntad de Dios ()
- Incapacidad de aceptar la voluntad de Dios ()
- Llanto tranquilo ()
- Actitud de aceptación ()

6.- DUELO

(Para calificar a partir del momento en que murió el ser querido)

- Desmayo, actitudes histéricas, al llegar la muerte del ser querido (quiénes) ()
- Necesidad de recibir una ayuda especial ()
- Necesidad de platicar con todos los familiares sobre el que murió ()
- Necesidad de participar en todos los servicios fúnebres ()
- Necesidad de estar en el velorio y en el entierro ()
- Necesidad de desahogo ()
- Necesidad de hablar con alguien en especial. Quién ()
- Necesidad de hablar con el tanatólogo ()
- Necesidad de estar unido a Dios o a su iglesia ()
- Necesidad de no oír hablar de Dios ni de iglesias ()
- Atención especial en el comienzo de terapia tanatológica, respecto al trabajo de duelo ()

1= leve; 2= moderado; 3= fuerte; 4= urgente atención; 0= no hay

7. - TRISTEZA

Aunque esta emoción la hemos calificado en casi todas las emociones, hay que anotarla luego de cada entrevista dada la importancia que tiene en la vida del sobreviviente ()

1= leve; 2= moderada; 3= fuerte; 4= urgente; 0= no hay

8.- RELIGIÓN Y ESPIRITUALIDAD

Religión del familiar

La religión es importante: nada - poco - regular - mucho - lo más

Es fuente de paz: nada - poco - regular - mucho - lo más

Es fuente de cargas: nada - poco - regular - mucho - lo más

Tiene un Ministro religioso que le dé confianza ()no () si

Nombre del Ministro

Manera de comunicarse con él

Tel:

Dirección

Los Sacramentos o la práctica religiosa son muy importantes: nada - poco - regular - mucho - lo más

La religión es muy importante pero en este momento para nada ()

El familiar tiene sentido de auténtica responsabilidad ()

Tiene sentido de auténtica libertad ()

Tiene valores trascendentales ()

Tiene valores trascendentales pero muy pobres ()

Cuáles son estos valores: Dios, su Dios personal es importante en su vida ()

Necesidad de hablar de cosas espirituales ()

Necesidad de orar o meditar solo o con los otros ()

Necesita la ayuda de su espiritualidad en este momento ()

Necesita de Dios pero no en este momento ()

9. - SENTIMIENTOS HACIA QUIEN MURIÓ Y HACIA OTROS

(Para familiares y miembros del equipo de salud)

Siente que le dio toda la ayuda posible ()

Siente que sí recibió toda la ayuda necesaria: médica, psicológica, espiritual, religiosa, de enfermería, de trabajo social, legal, tanatológica (subrayar) ()

Siente que faltó una ayuda en concreto. Cuál ()

Siente que murió con dignidad, aceptación, paz ()

Sentimientos de culpa en relación con quién murió. Cuáles ()

Sentimientos de culpa en relación con otra persona. Cuáles ()

Sentimientos de rabia contra el que murió ()

Sentimientos de rabia hacia alguno e los familiares o miembros del equipo de salud. Quiénes ()

Sentimientos de rabia hacia otro(s) sobreviviente(s). Quién(es) ()

Sentimientos como la depresión ()

Fuerte necesidad de pedir perdón a alguien ()

Fuerte necesidad de perdonar al Tú. Quién ()

Fuerte necesidad de perdonar al Yo ()

Fuerte necesidad de perdonar a quien murió ()

Ayudas específicas, concretas, que deban darse a alguien en particular. Cuáles y a quiénes ()

EVALUACIÓN DE LA CONSEJERÍA TANATOLÓGICA INMEXTAC

- ¿Qué habilidades necesita el consejero para facilitar la auto-exploración del cliente?
- ¿Qué es lo que escucho?
- ¿Atiendo tanto los mensajes verbales como no verbales del usuario?
- ¿Cómo son sus mensajes verbales?
 - Volumen - Tono - Con naturalidad - Velocidad - Coherencia - Uso de lenguaje
 - Emociones
- ¿Cómo son los mensajes no verbales?
 - Gestos - Sonidos - Posturas - Movimientos - Sonrisas - Lianto - Miradas
 - Mímica
 - Emociones
- ¿Cómo reacciona mi cuerpo?
- ¿Qué sucede dentro de mí?
- ¿Qué me gustaría hacer?
- ¿Soy genuino desde mi yo natural?
- ¿Actúo con naturalidad en mi trato con el usuario?
- ¿Soy espontáneo, o rígido, o planeado en mi conducta?
- ¿Estoy a la defensiva?
- ¿Expreso lo que pienso y siento en momentos adecuados y sin molestar o distraer al usuario?
- ¿Soy abierto?
- ¿Proyecto disposición para compartir?
- ¿Logro conclusiones lógicas?
- ¿Qué tanto conseguí con el usuario, lo ubiqué en su aquí y ahora?
- ¿Vivió más efectivamente?
- ¿Aprendió a manejar más efectivamente sus emociones?
- ¿Encuentra recompensante tener a alguien que entienda la pena y frustración de nuevos caminos e comportamiento?

REFERENCIAS

- Abengózar, T. M. (1994). *Cómo vivir la muerte y el duelo: Una perspectiva clínico evolutiva de afrontamiento*. Facultad de Psicología: Universidad de Valencia.
- Acevedo, S.O. (1994) *Intervención psicológica en la elaboración del duelo*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Fac. de Psicología, UNAM.
- Alizade, A.M. (1995) *Clínica con la Muerte*. Argentina: Amorrortu.
- Barak, A. (1999) Psychological Applications on the Internet: A Discipline on the threshold of a new millennium. *Applied and Preventive Psychology* [En línea] <http://construct.haifa.ac.il/> [consulta 23 abr.1999]
- Bellak, L. (1975) *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Pax-México
- Billings, A.G. y Moss, R.H. (1981) The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life Events. *Journal of Behavioral Medicine*. 4 139-157.
- Blanco, L.G. y Guido, W.G. (1998) Reflexiones acerca de la información que se suministra al paciente oncológico. [En línea, última modificación 10-mar-98]. http://www.bioetica.org/numero1/reflexiones_informacion.htm [Consulta: 19 abr. 1999]
- Bravo, A. (1994) *Introducción a la Tanatología*. Tesina de Diplomado en Tanatología. Universidad Iberoamericana, A.C.
- Brown, N. O. (1987) *Eros y Tanatos. El sentido psicoanalítico de la Historia*. México: Planeta.
- Campos, U. (1996, Noviembre 5). Aprender a morir. *Los Tiempos*. (En línea) <http://lostiempos.lostiempos.net/tiempos/961105/local.htm> [consulta: 06 mayo 1999]
- Childress, C. (1998). Potential risks and benefits of online psychotherapeutic interventions. (En línea) <http://www.ismho.org/issues/9801.htm>. [consulta: 28 abr. 2000]
- Darley, J., Glucksberg, S., Kinchla, R. (1990) *Psicología*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.

- Death and Dying (1999-2000). Microsoft® Encarta® Online Encyclopedia 2000. (En línea) <http://encarta.msn.com> [20 Apr.2000]
- De la Fuente, M.R. (1985). Psicología Médica. México: Fondo de cultura Económica.
- Ellingson, S; Fuller, J. (1998) A good death? Finding the balance between the interests of patients and caregivers. Generations. v22n:3. p87(5)
- Estivill, A. y Urbano, C. (1997) Cómo citar recursos electrónicos (En línea). Ver.1.0. Escola Universitària Jordi Rubió i Balaguer de Biblioteconomia i Documentació. 30 mayo 1997. <http://www.ub.es/biblio/citar-e.htm> (consulta: 27 abr.1999)
- Fericgla, J. (1999) El encuentro con la muerte en nuestras sociedades occidentales. [En línea] <http://www.pamgea.org/fericgla/integral.htm> [consulta: 02 jun.1999]
- Ferrater, J. (1980). Diccionario de Filosofía. Vol. 4. España: Alianza. p.3189.
- Fraley, L.E. (1998) A behaviorological thanatology: Foundations and implications. The Behavior Analyst. (21) 13-26
- Fromm, E. (1986). Ética y Psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económica.
 (1991). El miedo a la libertad. México: Paidós.
 (1997). Anatomía de la destructividad humana. México: Siglo Veintiuno.
- Freud, A. (1971). El yo y los mecanismos de defensa. Argentina: Paidós.
- Gaies, J; Knox, M.(1993) The therapist and the dying client: counselors must use their skills differently. Addiction & Recovery 13. (1) 21-24
- Gutiérrez, J. (1997) Eutanasia activa en pacientes terminales. Colombia Médica. 28 (3) (En línea) <http://www.hemeroteca.icfes.gov.co/revistas/comedica> (consulta: 02 jun.1999)
- Gutiérrez, Q. M. (1996) Propuesta de un programa para informar y sensibilizar al personal médico y de enfermería para ayudar al paciente moribundo en la elaboración del duelo. Tesina de Licenciatura en Psicología. Fac. de Psicología, UNAM.

- Ingram, J. (1998) Cybertherapy: Pariah or promise? (En línea)
<http://cybertowers.com/selfhelp/ppc/viewpoint/cyparpr.html>
[consulta: 28 abr. 2000]
- Jürgen, K. (1990). Corrientes fundamentales en psicoterapia. Argentina: Amorrortu.
- King, S. A. & Moreggi, D. (1998) Internet therapy and self help groups · the pros and cons. In J. Gackenbach (Ed.), Psychology and the Internet Intrapersonal, interpersonal and transpersonal implications (pp. 77-109). San Diego, CA: Academic Press. (En línea)
<http://www.concentric.net/~Astorm/Chapter5/index.html>
[consulta: 28 abr. 2000]
- Kolb, L.C. (1983). Psiquiatría clínica Moderna. México: La prensa Médica Mexicana.
- Kramer, D. (1997) How women relate to terminally ill husbands and their subsequent adjustment to bereavement. Omega 34 (2) 93-106
- Krant, M. J., Sheldom, A. (1971). The dying patient: Medicine's responsibility. Journal of Thanatology 1 (1) 1-24
- Latimer, E.; McDonald, J. y Krauser, J. (1999) Toward the provision of effective palliative care in Ontario (En línea)
<http://www.oma.org/phealth/palicare.htm> (consulta: 22 abr.1999)
- Latorre, P.J.M (1994). Psicología de la Salud: Aportaciones para los profesionales de la salud. Argentina: Lumen.
- Levy, Z.L. (1997). Aplicaciones de la Psicología Humanista a la Tanatología en la ayuda al enfermo terminal y su familia. Tesina de diplomado en Tanatología. Fac. de Medicina, UNAM.
- Long, D. J., Hildreth, G. (1997). Long-term unresolved grief: applying Bowlby's variants to adult survivors of early parental death. Omega 36, (2) 147-159
- Lund, D., Caserta, M. (1998). Future directions in adult bereavement research. Omega 36, (4) 287-303
- López, I.J.M. (1992) Dolor y muerte, psicología del enfermo terminal. Psicología Práctica 19. 134-140

- Manual de consejería tanatológica (1997). Instituto Mexicano de Tanatología (Reporte de investigación del octavo módulo del diplomado de tanatología).
- Manual de consejería tanatológica (1998). Instituto Mexicano de Tanatología (Reporte de investigación del octavo módulo del diplomado de tanatología).
- Manual de consejería tanatológica (1999). Instituto Mexicano de Tanatología (Reporte de investigación del octavo módulo del diplomado de tanatología).
- Martínez, B.C.(1998) La Nueva Tanatología. [En línea, última modificación 10- mar-98]. <http://www.bioetica.org/numero1/rese2.html> [consulta: 19 abr. 1999]
- Marwit, S.J. (1997) Professional Psychology's Role in Hospice Care. Professional psychology: Research and practice. 5. 457-463.
- Montejo, R. G. (1998) Eutanasia vs. Cuidados Paliativos. Cuidados Paliativos. 1 1-15. Hospital civil de Guadalajara. (En línea) <http://www.hcg.udg.mx/pages/nuevo/servicio/paliativ/VOLUMEN1.html> [consulta: 20 abr. 2000]
- Neigh, J.E. (1999) Hospice: A Historical Perspective. (En línea) <http://www.nach.org/HAA/history.html> [consulta: 29 jul. 1999]
- Neimeyer, R. (1997) Death anxiety research: The state of the art. Omega 36. (2) 97-120
- Papalia, D. (1992). Desarrollo Humano. Santafé de Bogotá, Colombia: McGraw-Hill.
- Pérdida, Pena y Pesar. (1998) [En línea, última modificación Jul.-98]. <http://gauss.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/306750.html> [consulta: 02 jun. 1999].
- Quevedo, C. J. (1997) Eutanasia activa en pacientes terminales. Colombia Médica. 28 (3) (En línea) <http://www.hemeroteca.icfes.gov.co/revistas/comedica> (consulta: 02 jun.1999)
- Rakos, R.F. (1998) Dying slowly with compassion and dignity: A Commentary. The Behavior Analyst 21. 27-31.

- Ramírez, A; Addington, J; Richards, M. (1998) The carers. British Medical Journal. v316:n7126. p208(4)
- Ramos, C.F. y García, O.I. (1991). Miedo y ansiedad ante la muerte. En J.Buendía (Ed.). Psicología clínica y salud (pp.131-166). Universidad de Murcia.
- Reeve, J. (1994). Motivación y Emoción. España: McGraw-Hill
- Reyes, A. (1990) La Asociación Mexicana de Tanatología A.C. Revista Mexicana de Tanatología 1 9-12
- (1996) Acercamientos Tanatológicos al enfermo terminal y a su familia. México: Triple A Diseño.
- (1999, Marzo) La profesionalización de la Tanatología. Trabajo presentado en el 3er. Congreso Internacional de Tanatología y Suicidio, México.
- Roca, J. (1979). Diccionario de Parapsicología. España: Alas.
- Rowe, D. (1989) La construcción de la vida y de la muerte: Dos interpretaciones. México: Fondo de Cultura Económica.
- Scheiner, E. (1971) A Proposal: Developing the role of the clinical associate in the field of terminal patient care. Journal of Thanatology 1. (3) 156-171
- Seale, C. (1998) Theories and studying the care of dying people. British Medical Journal 317:7171. 1518(1)
- Servaty, H y Hayslip, B. (1997) Death education and communication apprehension regarding dying persons. Omega 34. (2) 139-148
- Sgreccia, E. (1996). Manual de Bioética. México: Diana.
- Sofka, C. J. (1997) Social Support 'Internetworks', Caskets for sale, and more: Thanatology and the information superhighway. Death Studies. 21. (6) 553-564
- Tal como era (1997). Adiós, Revista de Empresas 6. [En línea] <http://www.emsf.es/rev6/ad6p14.htm> [consulta: 02 jun.1999]
- Thompson, C. (1987). El Psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económica.

Uriarte, B.V. (1991). Psicopatología básica moderna, México: Sianex.

Walker, G. C. (1997) The right to die: Healthcare workers' attitudes compared with a national public poll. Omega. 35 (4) 339-345.

Worden, J.W. (1997). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. España: Paidós.