



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PROPUESTA DE UN TALLER “DEL  
DOLOR Y DESESPERANZA ANTE LA  
MUERTE”**

**TESINA  
PARA OBTENER EL TÍTULO  
DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA  
MARIA DEL CARMEN ALONSO  
Y CORONADO**

**DIRECTOR DE LA TESINA  
MTRO. CELSO SERRA  
PADILLA**



**MÉXICO, D. F.**

**2009**



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.

## IN MEMORIAM

De mis padres, mi hermano Guillermo,  
Dr. Rafael Nuñez Ovando  
A quienes llevo en mi corazón.

### AGRADECIMIENTOS.

Dr. José Guadalupe Ortiz Medina, que por varios años atendió a mi madre y haciendo honor a su especialidad de Cardiólogo, siempre demostró su gran corazón, su honestidad hasta el último momento pensando siempre en su paciente para hacer lo correcto.

Prof. Javier Toral Martín del Campo, con quien me une una amistad de muchos años, a pesar de la distancia.

A los sinodales por su apoyo y dedicación.

Dr. Armando Nava Rivera.

Mtro. Celso Serra Padilla.

Lic. María Concepción Conde Alvarez.

Mtra. Laura Ángela Somarriba Rocha.

Mtro. Manuel Alfonso González Oscoy

A todos los maestros y guías que he encontrado en mí camino.

## ÍNDICE

ÍNDICE .....	1
RESUMEN .....	4
INTRODUCCIÓN .....	5
CAPÍTULO I	
<b>1. EL ESTUDIO DE LA MUERTE</b> .....	<b>9</b>
1.1 Vida y mortalidad .....	10
1.2 La muerte biológica .....	10
1.3 Las etapas de la muerte biológica .....	11
1.4 La muerte que proviene del organismo .....	12
1.5 Envejecimiento celular .....	12
1.6 Muerte celular programada .....	13
1.7 Envejecer nunca ha matado a nadie .....	14
1.8 Envejecer no es una enfermedad .....	14
1.9 La muerte social .....	15
1.10 Por exclusión .....	16
1.11 Por jubilación .....	16
1.12 En el asilo .....	17
1.13 La muerte para el psicoanálisis .....	18
1.14 Instinto de muerte, Instinto de vida.....	19
1.15 Vida y muerte .....	21
1.16 Potencialidad para la vida .....	22
1.17 Análisis de las teorías de Freud, S .....	23
CAPÍTULO II	
<b>2. PROCESO DE MORIR</b> .....	<b>25</b>
2.1 Actitudes frente a la muerte .....	25

## CAPÍTULO III

<b>3. DUELO</b> .....	29
3.1 Definición de duelo .....	29
3.2 Origen del vínculo .....	29
3.3 Proceso de duelo .....	31
3.4 Duelo por muerte súbita .....	38
3.5 Duelo anticipatorio .....	38
3.6 Duelo Normal .....	39
3.7 Duelo Crónico .....	39
3.8 Duelo Patológico .....	40
3.9 Duelo del Cuerpo .....	41
3.10 Elaboración del duelo .....	42
3.11 Intervención en Crisis: Soporte Emocional .....	44

## CAPÍTULO IV

**4. PERCEPCIÓN DE LA MUERTE EN DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA..50**

## CAPÍTULO V

<b>5. CUIDADOS PALIATIVOS</b> .....	57
5.1 Definición .....	57
5.2 Los inicios de Cuidados Paliativos .....	57
5.3 Criterios de terminalidad .....	59
5.4 Trabajo de equipo interdisciplinario .....	60
5.5 Importancia del apoyo espiritual .....	61
5.6 Evaluación psicológica del paciente con dolor .....	66
5.7 Definición de dolor .....	66
5.8 Dolor y sufrimiento total.....	68
5.9 Bioética .....	71
5.10 Deberes en el tratamiento paliativo.....	72
5.11 Clasificación de la Eutanasia .....	73
5.12 Los derechos del paciente terminal .....	75

5.13 Análisis de una novela de León Tolstoi .....	76
---	----

**6. PROPUESTA DE UN TALLER “DEL DOLOR Y DESESPERANZA ANTE LA MUERTE” .....** 82

6.1 Formato del taller .....	88
------------------------------	----

6.2 Desarrollo del taller .....	91
---------------------------------	----

Conclusiones .....	112
--------------------	-----

Bibliografía .....	114
--------------------	-----

Anexos .....	119
--------------	-----

## RESUMEN

Para dar apoyo psicológico a la persona que experimenta dolor y desesperanza ante la muerte, se parte de la premisa de que lo desconocido, debe temerse más que la realidad, por más espantosa que sea, porque la falta de información crea incertidumbre.

Por eso el estudio de esta tesina es con la finalidad de tener, el mayor conocimiento posible sobre la muerte, no sólo física, cuando la persona se vuelve cadáver, sino la muerte social que viven las personas adultas mayores, o alguna otra persona que lo sufra por alguna enfermedad, se hace hincapié que envejecer no es una enfermedad, que envejecer nunca ha matado a nadie.

Se analizan las fases que se presentan en el proceso de morir, así como las etapas que hay en el duelo, todo esto con la finalidad de conocer las emociones que se manifiestan, en el proceso de elaboración del duelo, y posteriormente ayudar a las personas a trabajar esas emociones.

Se hace la diferencia entre enfermo terminal y enfermo en fase terminal. Se investiga lo que son Cuidados Paliativos, para evitar el encarnizamiento terapéutico así las personas que tengan una enfermedad terminal puedan decidir sobre los fines de su tratamiento, el médico ofrece alternativas.

La parte espiritual que es muy importante para el enfermo terminal, se toma en consideración, haciendo la diferencia entre espiritualidad y religiosidad. Se refuerza la importancia de los valores, para enfrentar la adversidad.

La creación del taller, es con la finalidad de aliviar el sufrimiento de las personas adultas mayores, de los enfermos terminales, familiares y dolientes, porque al compartir la información, comprender su enfermedad y su proceso les va a generar menos angustia, menos dolor, menos incertidumbre.

## INTRODUCCIÓN

“Aquel que camina una sola legua sin amor,  
camina amortajado hacia su propio funeral”

Walt Whitman

La vida y la muerte han representado para el hombre una búsqueda de significados y propósitos para su existir y es así que en 1901 se acuña la palabra “tanatología”, para designar el estudio científico de la muerte, en 1903 el término “gerontología”, para el estudio científico del envejecimiento, y en 1956 se organiza el primer simposio con “El concepto de la muerte y su relación con el comportamiento”

Para que haya muerte necesita primero haber vida y mortalidad desde la célula, la sustancia viva que contiene una mitad mortal que es el soma, y una inmortal, que son las células germinales “esta forma de inmortalidad del linaje germinal es indispensable no sólo para la conservación de la especie, sino para la vida” dice Weismann (cit por Klarsfeld y Revah, 2002:31). La senectud es parte del ciclo vital. Nos encontramos que los viejos no tienen lugar en esta sociedad y sucede lo que llamamos la muerte social (con o sin muerte biológica) pues los hemos excluido, abandonado, a pesar de que es una población que esta en crecimiento.

Existen en nosotros dos impulsos, el instinto de muerte, fuerza destructiva que nos puede llevar a nuestra propia destrucción, en contraposición el instinto de vida, que es la fuerza interna para la potencialidad para la vida que todo ser humano tiene y que es necesaria para enfrentarnos a una enfermedad terminal, a un proceso de morir o vivir un duelo por una pérdida o la muerte de un ser querido.

La confrontación ante la muerte del otro nos obliga a afrontar la realidad, negada o no de nuestra propia muerte y encontramos en el proceso de morir que la actitud con que se enfrenta el enfermo terminal en su etapa final esta



relacionado con la estructura del carácter de la personalidad, con los sentimientos de culpa por lo que pudo o no pudo haber hecho en su vida (Feifel, 1959).

Hablando del duelo solemos pensar que sólo es por la muerte de un ser querido y no como reacción ante la pérdida de la libertad, la patria, etc. (Freud, 1917), de una persona amada (Caruso ,1972), en todo tipo de situaciones vitales como la pérdida de empleo, la salud, etc. Como expone Thomas (1983), en todas las muertes sociales, toda pérdida significativa produce la necesidad de hacer un duelo.

La intensidad del duelo es proporcional a la fuerza del apego, dice Bowlby (1983) no depende de la naturaleza del objeto perdido sino del valor que se le atribuye, en la persona doliente las emociones que va experimentando en el proceso del duelo pueden ser emociones constructivas, que permiten sacar su dolor, o destructivas que afecten al organismo creando enfermedades. Vemos por ejemplo que lo que plantea Freud, (1917) en *Duelo y melancolía*, la melancolía es porque el sujeto no ha establecido la paz con el objeto perdido, al contrario la pérdida origina que vierta sobre de sí mismo toda la agresión, que no fue capaz de poder volcar en su momento sobre la persona que fue significativa en su vida, al revertir la agresión sobre de sí mismo es una emoción destructiva.

Para la elaboración del duelo, el soporte emocional en intervención de crisis, va a facilitar a las personas a concluir efectivamente su duelo, con la finalidad que la persona supere las dificultades que impiden el reajuste posterior a la pérdida, y promover el sano retiro emocional del vínculo con la persona fallecida y facilitar que se sienta tranquila revirtiendo sus afectos en otra relación. Así mismo la percepción de la muerte va a ser diferente según la etapa de la vida en que se encuentre la persona.

Por otro lado hay que considerar ofrecer calidad de vida al final de la vida, cuando los pacientes ya no tienen posibilidad de curación, ayudarles en el trayecto

final de su vida para poder brindar una muerte digna, es la meta de Cuidados Paliativos, ya que su objetivo es reafirmar la vida y ver la enfermedad y la muerte como un proceso normal, no acelerar ni retrasar la muerte. Brindar alivio del dolor y otros síntomas, trabajar en equipo interdisciplinario enfocado en el bienestar de cada paciente y su familia.

Este trabajo esta elaborado con la finalidad de abarcar un panorama completo en relación al dolor y desesperanza que enfrenta la persona ante la muerte.

Contenido de este trabajo.

- En el capítulo I abordo el tema El estudio de la muerte, desde la base biológica, envejecimiento celular, la muerte social, la muerte para el psicoanálisis.
- En el capítulo II se describe las actitudes frente a la muerte en el proceso de morir.
- En el capítulo III se menciona lo que es el duelo, el origen del vínculo, el proceso del duelo de varios autores, diferentes tipos de duelo, elaboración del duelo, intervención en crisis.
- En el capítulo IV percepción de la muerte en diferentes etapas de la vida, desde infantes, hasta ancianos.
- En el capítulo V se describe lo que son Cuidados Paliativos, los inicios, los criterios de enfermo terminal y enfermo en fase terminal, evaluación psicológica al paciente con dolor, Bioética, clasificación de la eutanasia, análisis de una novela de León Tolstoi.
- Por último la propuesta de una taller “del dolor y desesperanza ante la muerte” con el objetivo de ayudar al sufrimiento de las personas que experimentan dolor y sufrimiento ante la muerte.

Los puntos importantes dentro de la investigación son: para Freud, (1920) lo que le da sentido a la vida es la muerte y no la vida por sí misma, ya que el principio a la compulsión a la repetición, es el objetivo del ser humano y sería volver a lo inorgánico, por lo tanto su punto de vista es pesimista. En contraposición de lo que plantea Lepp (1967) y Fromm (1989) la vida consiste en vivirla a través del amor, este punto de vista es optimista, humanista. Y es tan importante porque la persona que se está enfrentando a la muerte, lo que más teme es al dolor y al abandono, a morir solo, a no sentirse comprendido, porque sentirse comprendido, es sentirse amado, darnos a nosotros mismos significa dar lo que en el momento esta vivo dentro de uno, entender su enfermedad, su proceso y aliviar su sufrimiento.

Otro punto importante es la fuerza espiritual, esa fuerza interna, que permite tener la capacidad para soportar una pérdida o resistir una adversidad, es aquella fuerza que nos mueve a trascender como persona, ir más allá, las cualidades del espíritu humano, compasión, tolerancia, paciencia, amor como diría Fromm (1989), es potencialidad para la vida, esa fuerza interna que todo ser humano tiene, es de suma importancia, se podría pensar que desde aquí se gesta la resiliencia y se define como la capacidad de una persona de reaccionar y recuperarse ante adversidades, todo ello implica un conjunto de cualidades las cuales fomentan un proceso de adaptación. Regresando a Fromm, nos dice que no existe otro significado en la vida, excepto el que el hombre da a su vida al desplegar sus poderes y vivir productivamente con actividad y esfuerzo para evitar que fracasemos en la única tarea importante. El pleno desarrollo de nuestros poderes dentro de nuestras limitaciones. Si se ha logrado esto en el caminar de la vida, el aceptar la muerte será con menos angustia porque la persona terminará diciéndose así misma “vida nada te debo, vida estamos en paz”

## CAPITULO I

### 1. EL ESTUDIO DE LA MUERTE

EL concepto Tanatología, procede del griego thánatos = muerte, y logos = conocimiento. Este era el nombre que se le daba a la diosa de la muerte dentro de la mitología griega junto a su hermano Hypnos, son los portadores del muerto, cumpliendo la función de dulcificar el viaje, junto a Hermes y Caronte.

Es el biólogo francés de origen ruso Élie Metchnikoff que en 1903, acuña el término “gerontología” para designar el estudio científico del envejecimiento y también la palabra “tanatología” en 1901, para investigar el estudio científico de la muerte. (Klarsfeld y Revah, 2002:25)

En ese momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense, que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres, desde el punto de vista médico legal.

Con el tiempo, se hicieron estudios directos con el paciente terminal y en el año de 1956, el psicólogo Herman Feifel, organizó y dirigió el primer simposio con “El concepto de la muerte y su relación con el comportamiento” en la que diferentes autores aportan sus conocimientos como el psiquiatra Carl Jung, el teólogo Paul Tillich y el filósofo Herbert Marcuse. Posteriormente, se encargó de reunir los artículos que formaron el libro *The Meaning of Death*

La Sociedad de Tanatología de lengua francesa, creada en 1966, afirmó en el comienzo de su primer manifiesto: “La muerte es la certidumbre suprema de la biología (...) La muerte en sí misma tiene un carácter intemporal y metafísico, pero deja siempre un cadáver actual y real.” Pero el texto se preocupaba de agregar: “En la sociedad humana, la muerte es ante todo un acontecimiento sociológico.” (Thomas, 1983:33)

Aquí en México, la Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. (AMTAC) es fundada el 18 de noviembre de 1988, es la pionera en el estudio científico y profesional en los campos Tanatológicos y Suicidiológicos.

## 1.1 VIDA Y MORTALIDAD

La posibilidad de una nueva vida que, a lo largo de su existencia, tendrá pérdidas desde el nacimiento hasta su muerte como dice Rank (1985) pero también un sentido de trascendencia que le fortalecerá al final de sus días, será la base de este estudio. Así las investigaciones realizadas por Weismann (1882, 1884, 1892, cit. por Freud 1920) que hacen la diferenciación de la sustancia viva en una mitad mortal y una inmortal, la mortal es el soma, que está sujeto a la muerte natural, las células germinales son *potentia* (en potencia) inmortales que en condiciones favorables se desarrolla un nuevo individuo.

Es importante partir de una serie de conceptos básicos para entender el tema de estudio y empezamos con el concepto de que todos sabemos que vamos a morir, es lo único seguro que tenemos, como, cuándo, o el momento exacto no lo conocemos, pero en sentido estricto la muerte será completa hasta que se dé.

## 1.2 LA MUERTE BIOLÓGICA

Chauchard (1960) nos dice que un cuerpo vivo es limitado en su duración, y posee lo que se denomina vida y está necesariamente sujeto a perderla, a sufrir la muerte que es el término de su existencia. El instante en que el cuerpo pierde la vida, no es fácil determinar pues se extingue por grados y sucesivamente a los diferentes órganos, sólo los cuerpos vivos son llamados a conocer la muerte y quien dice muerte dice cadáver, que es un despojo inanimado de aquello que ha vivido.

Cuando se enfrenta la muerte celular, el proceso de la muerte es relativamente simple: “o la célula muere instantáneamente o su muerte es más progresiva, pero mientras está viva nada de ello está muerto”. (Chauchard, 1960:67).

Todo morirá poco a poco, célula por célula, órgano por órgano. Por tanto frente al cuerpo que acaba de morir, se debe decir que en realidad comienza a morir.

### 1.3 LAS ETAPAS DE LA MUERTE BIOLÓGICA

M.d' Halluin (cit. por Chauchard (1960:69) distingue tres estadios fundamentales en la muerte:

- a) La muerte *aparente*, donde hay una disminución de signos vitales que en la terapéutica se usa la reanimación. Ejemplo en un accidente con pérdida repentina del conocimiento de la sensibilidad, debido a la suspensión momentánea de la acción cardiaca, un coma con pérdida del conocimiento, detención de la respiración, actividades cardiacas y circulatorias débiles. Aunque la reanimación espontánea pueda llevarse a cabo se podrá creer sin asombro en la muerte.
- b) La muerte *relativa* o muerte *clínica* con suspensión completa y prolongada de la circulación sanguínea, ningún despertar espontáneo es posible; el pronóstico es fatal. Prácticamente se tiene el derecho de decir que la persona está muerta, sin embargo en este estadio, ciertos métodos de reanimación pueden todavía hacer reaparecer una actividad vital más o menos reducida según el tiempo transcurrido.
- c) La muerte relativa deja el lugar a la muerte *individual u orgánica absoluta*, donde el deterioro de un gran número de tejidos y de órganos vuelve imposible la restauración de las funciones vitales. Esta es la verdadera

muerte de la persona, por la desaparición de la integridad del *substratum* de la vida, va hacia la muerte *total*, en donde no hay ninguna célula viva y el camino que lleva a la muerte se continúa hacia la descomposición del cadáver.

A continuación se trata de comprender el proceso del envejecimiento. Éste empieza cuando termina la maduración o desarrollo y finaliza con la muerte. Es una característica de todas las formas de vida multicelular y por supuesto de la vida de los seres humanos. Se analizan los conceptos desde la célula misma, para tener una mayor comprensión del desarrollo del organismo

#### 1.4 LA MUERTE QUE PROVIENE DEL ORGANISMO

Klarsfeld y Revah (2002) nos dicen que la muerte, proviene directamente del interior del propio organismo, como consecuencia del envejecimiento. “El estudio de la muerte de los organismos no se concibe sin una mejor comprensión del funcionamiento de las células, las verdaderas unidades fundamentales del ser vivo”.

#### 1.5 ENVEJECIMIENTO CELULAR

En el proceso de envejecer ocurren cambios progresivos en las células, en los tejidos, en los órganos y en el organismo en total.

Alexis Carrel en la primera mitad del siglo XX afirmaba que el origen del envejecimiento y de la muerte no está en las células, “aseguró que toda célula es inmortal, siempre y cuando se separe del organismo del que forma parte originalmente”. Pero a principios de los años 60, es cuando Leonard Hayflick (cit.

por Klarsfeld y Revah 2002) descubre la “senescencia celular, que se manifiesta mediante una limitación intrínseca de la capacidad de la división de las células”.

#### 1.6 MUERTE CELULAR PROGRAMADA (Apoptosis)

Aquí podemos decir que es ley de la naturaleza que todas las cosas cambian con el tiempo, tanto en su estructura como en su función.

En 1964, se acuña la expresión “*muerte celular programada*” o *apoptosis* para describir un fenómeno concreto: el “suicidio” colectivo de grupos enteros de células. Es una muerte al servicio de la vida, sobre todo en el desarrollo embrionario, el sistema nervioso o el sistema inmunitario. Claro si se produce un desarreglo, también puede amenazar la vida a través del cáncer.

Así mismo dice “hoy en día nadie puede afirmar con certeza que la muerte celular programada o la senescencia celular desempeñen un papel directo en el envejecimiento y la muerte de los individuos”. Pero ayuda a entender los procesos del envejecimiento normal y las patologías asociadas a la edad. (Klarsfeld y Revah 2002:15)

La senectud es parte del ciclo vital y corresponde a un proceso complejo de orden biológico. Cada órgano o sistema envejece de manera particular y heterogénea.



## 1.7 ENVEJECER NUNCA HA MATADO A NADIE

La vejez es un proceso multifacético de maduración y declinación, pese al hecho de que en todo momento hay lugar para el crecimiento de nuevas células, hay declinación en la energía física. También aumenta la susceptibilidad a las enfermedades e incapacidades.

Pero “nada mide con más precisión el envejecimiento de un organismo que el paso de los años” El aumento de la tasa de mortalidad con la edad, es más elevada a medida que nos hacemos mayores, pero “*envejecer nunca ha matado a nadie*”. La ausencia de envejecimiento implica que la muerte afecta a todos de la misma manera con independencia de la edad. (Klarsfeld y Revah 2002:51).

Podríamos concluir que el proceso como tal no provoca la muerte, la falla orgánica, el cese de las funciones son consecuencia de alteraciones de la homeostasis de los diferentes aparatos y sistemas.

## 1.8 ENVEJECER NO ES UNA ENFERMEDAD

El envejecimiento es un estado de graduales cambios degenerativos, de lento desgaste, pero no es una enfermedad, ni tiene que venir necesariamente acompañada de dolores ni angustias.

Weismann, (cit.por Klarsfeld y Revah 2002:51) distinguía entre “la muerte normal” causada por el envejecimiento, y la que es consecuencia de una menor capacidad del organismo anciano de “resistir” a una enfermedad, pero “*envejecer no es una enfermedad*”. El que “la enfermedad aumente con la edad se debe en parte a que los individuos de edad avanzada combaten con menos eficacia el desarrollo de los tumores”. (Klarsfeld y Revah 2002:53)

Somos lo que hemos vivido. Debemos decir que hay tantas vejeces como personas y cada una lo vive de manera única y particular. Nos podemos encontrar a una persona de 90 años que tiene buena salud y puede ser funcionalmente más joven que una persona de 65 años que no está sana.

Reconociendo la importancia del contexto sociocultural e histórico al que se enfrenta el viejo, nos encontramos que los viejos sienten no tener lugar en esta sociedad, ya que ésta evita enfrentarse con esa realidad que algún día vivirá, desvirtuando su imagen, lesionando su autoestima, conduciéndolos a crear cuadros de enfermedad, que los lleva a una muerte antes de tiempo. Por eso como sociedad debemos integrar a nuestros ancianos y no provocar su separación para que no se de la muerte social, que es otro factor que influye en nuestra sociedad, que se produce cuando se carecen de vínculos afectivos con personas significativas.

### 1.9 LA MUERTE SOCIAL

Es causada por la pérdida de derechos que hace perder la propia condición de ser humano, al ser tratados como objetos.

Para Feifel (1963) una de las razones del por qué solemos rechazar a las personas de edad, es que nos recuerdan la muerte y actitudes fóbicas frente a la muerte se observan en algunos médicos, que suelen rechazar al paciente debido a que reactiva o hace surgir en ellos sus propios temores acerca de la muerte.

Para Thomas (1983) la muerte social, (con o sin muerte biológica efectiva) es cuando la persona deja de pertenecer a un grupo, ya sea por la discriminación sufrida sobre la base de su edad o pérdida de funciones. La muerte social puede ser, por exclusión, por la jubilación, por estar en el asilo.

### 1.10 POR EXCLUSIÓN

Excluido es quedar fuera de: un colectivo, un territorio y hablar de exclusión social consiste en qué medida se tiene o no un lugar en la sociedad. Desafortunadamente los factores que influyen para que se dé esta exclusión a pesar de la edad o enfermedad frecuentemente son por falta de dinero y apoyo social.

La estigmatización del individuo trae aparejada su exclusión del grupo, lo que suele traducirse en enfermedad y muerte. Esta muerte social puede ocurrir incluso antes, durante o después de la muerte clínica e inclusive de la muerte biológica, sin pasar por alto el entorno cultural en que se presente la muerte, es común escuchar que cuando alguien muere; de ser “don fulano de tal....” se convierte en “los restos de...” y es así como una persona, aún estando viva es víctima de esa muerte social, cuando se es tratada como simple objeto; sin respetar su dignidad de persona.(Thomas,1983)

### 1.11 POR LA JUBILACIÓN

La jubilación muchas veces pone al individuo en una situación de dependencia respecto del estado o de sus familiares, a las personas les genera conflictos emocionales y sociales, sobre todo si la persona no se preparó para su jubilación.

Cuando se está jubilado se les percibe como viejos, se pierde: su papel social, sobre todo si ocupaban un puesto agradable o importante. Se produce a la vez una ruptura de las relaciones profesionales: no se ve ya a los compañeros del trabajo, una modificación en las relaciones hogareñas con el cónyuge: se pasa de doce horas de vida en común, a veinticuatro. En las condiciones de vida financiera, la pérdida de una parte de los recursos tiene por efecto la perturbación del

equilibrio general del presupuesto y como consecuencia repercusiones psicológicas y fisiológicas. (Thomas, 1983)

Se dice que una persona debe permanecer activa tanto como sea posible, para envejecer con éxito, aunque no se sabe si la persona envejece bien porque esta activa, o está activa porque envejece bien. Lo que sí es un hecho es que la terapia ocupacional ayuda a estimular su cognición, a tener una mejor relación con la familia, el entorno y disminuyen las enfermedades psicosomáticas. Cuando hay incentivos hay interés por la vida.

### 1.12 EN EL ASILO

La esperanza de vida de los ancianos depende, en gran parte, del afecto, del cariño, del amor con que se les rodee.

El asilo es a la vez la consecuencia de la muerte social y el instrumento más perfeccionado porque libera de culpa a las familias que dejan a sus padres, que se han vuelto molestos, dándoles buena conciencia, y a la sociedad que ha creado las instituciones de asistencia; de tal forma que el asilo absorbe la angustia y la culpabilidad del grupo. (Thomas, 1983)

Ya hace tiempo Beauvoir (1989:310) había escrito que más de la mitad de los viejos mueren el primer año de su ingreso. Las condiciones de vida en el asilo no son las únicas responsables. El trasladar a un anciano, sea a donde sea, puede ocasionarle la muerte. Hay que lamentar la suerte de los que sobreviven. En la mayoría de los casos se puede resumir en pocas palabras: abandono, segregación, decadencia, demencia, muerte. El pensionado sufre por el reglamento a que está sometido, separado de su pasado, de su mundo en que vivió.

Si lo analizamos, es la pérdida de sus vínculos afectivos, de su historia biográfica, de su libertad de decidir, es como si se les quisiera adelantar su muerte, sobre todo en aquellas personas que han sido obligadas por sus familiares a vivir en alguna institución.

En el Distrito Federal los servicios que hay en la comunidad para las personas mayores son: Club de la Tercera Edad, Comedores, Asilos, Albergues, Residencia Diurna y Casas Hogar.

Los asilos pueden ser privados o públicos. El INSEN cuenta con comedores, club y residencia diurna que es como un tipo de guardería, se deja a la persona y se le recoge más tarde. Las casas hogar, son lugares donde los residentes no pasan de 10 personas o menos dependiendo del tamaño de la casa, la persona o el familiar paga una mensualidad y los gastos extras, ya sean médicos o de otra índole.

Para la persona no es lo mismo sentirse abandonada, obligada por la familia, que entrar por su propia voluntad porque no se quiere sentir un estorbo para la familia, o porque no tiene familia, pero tiene recursos y seguridad social.

Una vez que sabemos lo que es la muerte social y sus variantes, se aborda el tema del instinto de vida, el instinto de muerte, para entender al ser humano en su sobrevivencia, desde el punto de vista del psicoanálisis.

### 1.13 LA MUERTE PARA EL PSICOANÁLISIS

Al analizar el instinto de vida y el instinto de muerte, se verá que el instinto de vida será indispensable para la persona que está sufriendo un duelo o padeciendo una enfermedad incurable y poder enfrentarse a la adversidad. De lo

contrario el instinto de muerte, derrumbará a la persona al no querer seguir viviendo.

#### 1.14 INSTINTO DE MUERTE, INSTINTO DE VIDA

La terminología de Freud (cit. por Fromm 1989: 442), a veces habla de los instintos de vida y muerte; otras veces de un instinto de vida y de muerte (en singular)

Freud (1920) en *Más allá del principio del placer*, da los argumentos biológicos para los instintos de muerte. Nos dice que los instintos del Yo presionan hacia la muerte, y los instintos sexuales presionan hacia la prolongación de la vida. Los instintos del Yo surgen del nacimiento de la materia inanimada y busca regresar a lo inanimado.

Todo lo vivo muere, regresa a lo inorgánico, por razones internas. “La meta de toda vida es la muerte; y, retrospectivamente: Lo inanimado estuvo ahí antes que lo vivo”, dice Freud (1920:38)

Los instintos sexuales, se proponen a la unión de la célula embrionaria. Dice Freud (1920:40) es significativo “el hecho de que es la fusión de la célula germinal con otra, semejante a ella y no obstante diversa, lo que la potencia para esta operación o, aún más, se debilita”. Sin ésta unión las células mueren, la muerte es interna (natural) o como resultado de sus propios procesos vitales. Si son capaces de unirse antes de mostrar signos de senilidad, se salvan y producen. Aquí podemos hacer referencia a lo que dicen Klarsfeld y Revah (2002) de que la muerte que proviene directamente del propio organismo, es consecuencia del envejecimiento.

Para Freud (op.cit.) el Yo es el original y verdadero depósito de la libido y una parte del Yo son instintos libidinales y sexuales. La tendencia dominante de la vida mental y quizá de la vida nerviosa, es el instinto de reducir la tensión interna debido al estímulo y que encuentra expresión en el principio del placer.

Entonces más allá del placer está dirigida a regresar a la materia inanimada y será placer y displacer. Y analizando este postulado de Freud, se encuentra que la compulsión a la repetición, como objetivo del ser humano de volver a lo inorgánico, es un punto de vista pesimista, porque el principio del placer sería entonces una tendencia, al servicio de la función de mantener la pulsión del organismo. Esta función formaría parte complementaria de la aspiración de volver a lo inanimado, al retorno de la quietud del mundo inorgánico. La pulsión de vida siempre lleva en sí algo de la muerte o la pulsión de muerte esta siempre acompañada de la pulsión de vida. (Freud, 1920:51)

El instinto de muerte, esa fuerza destructiva si la dirigimos hacia nosotros mismos, nos lleva a una enfermedad, a nuestra propia autodestrucción.

Lepp (1967) hace una crítica a Freud sobre el instinto de muerte. Dónde en un principio consideró igual el instinto de vida, al servicio de Eros, y el instinto de muerte, al servicio de Thanatos. Pero con el paso de los años, Freud, testigo de las crueldades de los nazis, llegó a la conclusión, que el instinto de muerte, es primero y esencial en el hombre, mientras los otros le están subordinados o bien destinados a ser vencido por él. Comprobó que algunas personas tienen una actitud claramente negativa ante la vida (los anoréxicos, alcohólicos, etc.) Para Lepp la teoría relativa al instinto de muerte, no se funda en la experiencia científica, ella se origina en el pesimismo y las decepciones personales del fundador del psicoanálisis.

El antídoto eficaz, contra el instinto de muerte, se halla precisamente en un intenso amor a la vida. Considera Lepp (1967) que no es el instinto de muerte el

que empujo a Hitler y a Stalin a la masacre, sino a la atrofia del sentido de vida y las causas de esta atrofia deberían buscarse en los conflictos afectivos inconscientes de esos hombres. Pone el ejemplo, que una cantidad de ancianos que se hallan a las puertas de la muerte, se opera una fuerte reactivación del instinto de conservación, se aferran a la vida, suplican al médico que se las prolongue, aun cuando deban pasar los últimos días en medio de sufrimientos. Si por último se manifiesta la resignación ante lo inevitable, ello no parece una victoria del instinto de muerte sobre el instinto de vida, sino más bien, que el instinto de vida ha perdido su fuerza.

Se ha encontrado que los que piden la eutansia, es cuando hay un desgaste emocional muy fuerte, depresión, dolor insoportable, miedo. (Gómez Sancho, 1998). Asimismo una muerte en paz, no es la resignación, es la aceptación. Se trata de un camino, un proceso que termina con la aceptación, a la que antecede la tristeza. No como si fuera un hecho de comprensión intelectual y que con el entendimiento se produjera la aceptación

### 1.15 VIDA Y MUERTE

Es en presencia de la muerte de otra persona, cuando el hombre adquiere conciencia de que somos mortales, y que uno también deberá morir.

Laplanche (1970: 14) hace una reflexión sobre el pensamiento freudiano. Vida y Muerte: dos términos constantes en la teoría de Freud, la pulsión de la Vida está presente en forma manifiesta en los escritos freudianos (la sexualidad, la biología); la Muerte resulta más enigmática. Laplanche se pregunta si Freud en 1920 cuando escribe *Más allá del principio del placer* “se sitúa, el psicoanálisis en una dimensión más ética que explicativa” al manifestar Freud en su escrito “si quieres soportar la vida, prepárate para la muerte, es decir para tu propia muerte”. Pero hace una observación orientada en un sentido muy distinto “Nuestro inconsciente es tan inaccesible a la representación de nuestra muerte, tan ávido de muerte para



con los extraños y tan dividido (ambivalente) en cuanto a la persona amada, como lo fue el hombre originario”.

Lo que en el inconsciente, la muerte sería la muerte del otro, y solamente “alcanzaríamos a tener algún presentimiento de nuestra propia mortalidad a través de la identificación ambivalente con la persona amada, cuya muerte deseamos y tememos a la vez: es decir esencialmente en el duelo”.

Lo que se traduciría en: prepárate para la muerte de otro, para soportar la vida, y que nos lleva a confirmar que toda pérdida tiene un duelo, siempre y cuando el “otro” tenga un significado para la persona.

#### 1.16 POTENCIALIDAD PARA LA VIDA

La fuerza interna que todo ser humano tiene, es de suma importancia para enfrentar las enfermedades, las pérdidas, así como cualquier adversidad de la vida y si las condiciones son favorables lograr una transformación a pesar de lo que se está viviendo.

No acepta Fromm (cit, por Moreno, 1981) que el componente fundamental de la libido sea sólo sexo, que la fuerza de la vida conlleve un instinto de muerte, ni que por lo tanto la agresividad destructiva sea una tendencia natural. Hace la diferencia entre agresividad reactiva tipo defensivo y destructividad que es el resultado de la vida no vivida en crecimiento, por los bloqueos que la energía se ve sometida a un proceso de modificación y se transforma en energía destructora de la vida.

La energía productiva es un potencial congénito del hombre, forma parte de la naturaleza humana. La potencialidad primaria ocurre bajo condiciones normales y la potencialidad secundaria es en condiciones anormales o patógenas

No existe otro significado en la vida, excepto el que el hombre da a su vida al desplegar sus poderes y vivir productivamente con actividad y esfuerzo para evitar que fracasemos en la única tarea importante: El pleno desarrollo de nuestros poderes dentro de nuestras limitaciones

### 1.17 ANALISIS DE LAS TEORIAS DE FREUD

La vida individual de cada hombre no se reduce a su vivir biológico, sino también a lo que hace y le va sucediendo en su vivir. La vida es movimiento constante y de aprendizaje, pero también de necesidades humanas como tener vínculos afectivos, que dan seguridad y apoyo.

Fromm (1989) hace una crítica a las teorías de Freud, del instinto de muerte y de Eros y nos dice que Freud después de la primera guerra mundial hace dos nuevas aportaciones: en el primer postulado dice que en el instinto de muerte se manifiesta con toda su fuerza la destructividad que debe luchar contra Eros, esto es la esencia de la vida. “El segundo postulado descubre el amor no sexual y llama al instinto de vida “instinto de amor” identifica el amor con la vida y el desarrollo, y – en la lucha con el instinto de muerte - lo hace determinar la existencia humana”. (Freud, 1930. cit. por Fromm, 1989:438)

Posteriormente Freud (1933) le da importancia a la formación de vínculos emocionales que pueden ser: las relaciones semejante a las que se forman con un objeto amado *sin fin* sexual, o el vínculo emocional por identificación cuando se comparten intereses, se produce esta comunión de sentimientos. (Fromm, 1989)

Fromm (1989) se pregunta qué motivó a Freud a postular estos cambios y responde que una razón es el efecto que le produjo la primera guerra mundial, la otra es una especulación a lo que escribió. E Jones 1957 (cit. por Fromm, 1989)

de la biografía de Freud, donde señala que él tenía la preocupación de la muerte. “Después de los cuarenta, cada día creía morir; tenía ataques de Todesangst (miedo a la muerte) y a veces le daban ganas de añadir al despedirse: “Tal vez no vuelvan a verme nunca”.

Fromm (op.cit.) reflexiona y dice que el primer signo de enfermedad de Freud aparece en 1923, varios años después de formular su teoría del instinto de muerte, pero no es exagerado suponer que sus preocupaciones por la muerte, aumentarían al irse enfermando y lo llevara a un conflicto, entre la vida y la muerte que él experimentaba, en lugar del conflicto entre las dos pulsiones afirmadoras de la vida: el deseo sexual y los impulsos del ego.

Para Fromm como humanista, todos los impulsos malvados van contra la vida, mientras todo aquello que es recto sirve para la conservación y crecimiento de la vida. La única seguridad que tenemos es la muerte, pero lo que ocurre con la vida es siempre nuevo, se reacciona ante la dualidad de su existencia, no solamente pensando, sino también en el proceso de vivir, con sus sentimientos y acciones. La vida es vivirla a través del amor.

## CAPÍTULO II

### 2. PROCESO DE MORIR

#### 2.1 ACTITUDES FRENTE A LA MUERTE.

Conocer las reacciones de las personas que tienen una enfermedad terminal o en fase terminal, nos da una enseñanza para enfrentarnos a nuestra propia muerte. Aunque la idea de la muerte puede significar cosas diferentes, para distintas personas, no siempre el miedo a la muerte se vuelve evidente. Lo importante es la estructura del carácter de la personalidad. El tipo de persona que se es, puede en ocasiones, ser más importante en la determinación de reacciones que el propio estímulo amenaza de muerte.

Feifel (1959:117) en su libro *The Meaning of Death*. Hace una investigación muy interesante para aquella época, entrevista a:

PACIENTES	EDAD PROMEDIO
85 Enfermos Mentales	36 años
40 Personas Mayores	67 años
85 "Normales"	26 años
20 Pacientes moribundos	42 años

Les hace la pregunta siguiente: ¿Qué significa la muerte para usted?, se destacaron dos criterios. Uno, en un sentido filosófico, concibe la muerte como el proceso natural del fin de la vida. El otro, es de carácter religioso, percibe la muerte, como la disolución de la vida, de la extinción de la vida corporal, pero el comienzo de una nueva vida. Para Marcuse (cit. por Feifel, 1959) hay dos contrastes, por un lado es la aceptación de lo inevitable, o la represión de la muerte, y por otra parte el idealismo que da sentido a la vida.

Feifel (cit. por May, 1963) siguiendo con sus investigaciones, nos enseña que uno de los errores que cometemos al tratar a pacientes a punto de morir, es la barrera psicológica que se pone entre los vivos y los muertos. Algunos creen que es cruel y traumático hablar de la muerte a pacientes moribundos. Pero de acuerdo con sus hallazgos indican que los pacientes tienen muchos deseos de hablar, de expresar sus sentimientos y pensamientos sobre la muerte. Cuando hablan de sus sentimientos y son escuchados, se sienten comprendidos y ayudados para no ser presa de pánico. Buscan tener una conversación con los médicos respecto de la gravedad de su enfermedad.

Cuando hizo la investigación, la inmensa mayoría mostró agradecimiento al personal, por darles la oportunidad de conversar sobre sus sentimientos en cuanto a la muerte. El compartir su preocupaciones le permite al enfermo, sentirse acompañado, comprendido, que no esta sólo.

En cuanto a la culpa Feifel (1963:82) da las siguientes razones:

- 1) A menudo expresan la sospecha de que su enfermedad y su destino fueron impuestos por ellos mismos, y por su propia culpa.
- 2) Asumen, con variantes, el papel del niño absolutamente dependiente. Algunos, conscientemente, se excusan por los trastornos y “molestias” que ocasionan. La cultura fomenta un sentimiento de culpa en la mayoría de nosotros cuando nos hallamos en una situación de dependencia.
- 3) Ese sentimiento aumenta en la persona moribunda porque siente que obliga a los vivos que lo rodean a enfrentar la necesidad y finalidad de la muerte, por lo cual lo odian.
- 4) Estrechamente vinculado a esto se halla la sombría conciencia de la persona enferma, de su envidia (es el deseo inconsciente, experimentado por el deseo intenso, en este caso de poseer la salud del otro) de los que siguen viviendo y del deseo, que rara vez penetra en su conciencia, de que la esposa, padre, hijo, o amigo, muera en su lugar. Hay fundamentos para pensar que, en parte, es éste el deseo que irrumpe bruscamente en

aquellos casos de personas gravemente enfermas, quienes no sólo se matan a sí mismas, sino también a la familia y vecinos.

Cuando se enfrentan directamente con el hecho existencial de la muerte, parecería que se nublara el funcionamiento del Yo.

Estas investigaciones, se puede decir, son la base que toma Kubler-Ross y en 1969, publica su libro "Sobre la muerte y los moribundos" y se da un giro para respetar la dignidad de la persona. Entender que aunque se esté muriendo no deja de ser persona y comprender al enfermo terminal en su dolor y desesperanza por lo que está viviendo.

Kubler-Ross (2001) para estudiar a los enfermos terminales en el hospital donde trabajaba, creó un seminario, donde se podía entrevistar a los pacientes y así estudiar sus respuestas y sus reacciones. Encontró lo siguiente: que en el proceso de morir se manifiestan cinco fases.

Primera fase: negación y aislamiento. La mayoría al enterarse que tenían una enfermedad mortal, reaccionaron diciendo: "No, yo no, no puede ser verdad". Esta negación inicial era común, en los pacientes que directamente sabían su diagnóstico, o que posteriormente lo descubrirían. Tiempo después, desaparece el aislamiento al hablar de su enfermedad, de su vida y de su muerte.

La negación es una defensa provisional y será sustituida por una aceptación parcial.

Segunda fase: ira. Cuando ya no se puede seguir manteniendo la negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimientos. Y surgen las siguientes preguntas "¿Por qué yo?" bueno, "¿Por qué no él?" Esta ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea.

Tercera fase: negociación. Hace toda clase de promesas, la mayoría de pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto. En realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos.

Cuarta fase: depresión. Cuando ya no se puede seguir negando su enfermedad, empieza a tener más síntomas, o se debilita y adelgaza, pronto aparecerá la sensación de gran pérdida y empezara a deprimirse. Si se le permite expresar su dolor, encontrará mucho más fácil la aceptación final.

Quinta fase: aceptación. Si a un paciente se le ha ayudado, a pasar las fases anteriores, habrá podido expresar sus sentimientos, sus inquietudes, sentirá la necesidad de descansar.

Estas fases durarán diferentes períodos de tiempo, se irán mezclando. Lo único que persiste en todo el tiempo es la esperanza.

## CAPÍTULO III

### 3. DUELO

#### 3.1 DEFINICION DE DUELO.

El término duelo es una palabra homónima, recaen sobre ella dos significaciones. Etimológicamente proviene de dos vocablos latinos.

Dolus, del latín tardío, que significa dolor, pena o aflicción. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien.

Duellum, variante fonética arcaica de bellum, que significa batalla, desafío, combate entre dos. (Corominas, 1991)

El duelo es la reacción natural ante la pérdida de una persona, pero se puede sufrir un duelo sin muerte física, como reacción a la pérdida de un objeto o evento significativo, como la ruptura de una relación (Caruso, 1972). Para experimentar la pérdida, es necesario que exista un vínculo entre la persona y lo perdido. (Bowlby, 1993) Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales; la intensidad y duración es proporcional a la dimensión y significado de la pérdida.

#### 3.2 ORIGEN DEL VÍNCULO

Bowlby (1993) trata de dar un punto de vista diferente a la teoría psicoanalítica, que para explicar el funcionamiento de la personalidad, elabora sus principios teóricos obtenidos, sobre los datos aportados por personas adultas. Su estudio, se basa en la observación directa; del modo en que se conduce un niño en situaciones definidas, y describir las pautas de respuestas durante la primera infancia.



En el desarrollo de vínculos desde la infancia, la teoría de Harlow, (1958, cit. por Bowlby, 1993) dice que el bebé, se interesa y crea un vínculo con la figura humana que satisface sus necesidades fisiológicas, en especial las de alimentos y calor. A esta teoría se le denomina del impulso secundario. Por tanto, la vinculación es producto del aprendizaje, que coincide con lo que dice Freud: “el amor tiene su origen en el vínculo de afecto que crea la necesidad satisfecha de alimentos”.

Bowlby (1993) difiere y postula que el vínculo que une al niño con su madre es producto de una serie de interacciones y la proximidad con la madre es una consecuencia previsible, no surge a partir de necesidades o impulsos. El reconocimiento individual, la conducta altamente diferenciada constituyen las relaciones entre padre e hijos. Y toda conducta que facilite la ansiada proximidad, puede considerarse “conducta de apego”. Desde los dos meses de edad en adelante, se busca activamente la interacción. En la mayoría de los niños la conducta de apego adquiere gran fuerza hasta fines del tercer año de vida.

La interacción social del niño, con personas de su misma edad o adultos, demuestra que la conducta de apego se desarrolla y puede dirigir sus afectos, poco o nada tiene que ver con su alimentación. La conducta de apego no desaparece con la infancia, sino que persiste toda la vida, se seleccionan nuevas o viejas figuras y se mantiene el vínculo de interacción y proximidad.

La distinción que debe hacerse entre apego y conducta de apego es: decir que un niño, o un adulto “está apegado o que tiene apegos a alguien significa que está absolutamente dispuesto a buscar la proximidad y el contacto con ese individuo”, y hacerlo en circunstancias específicas. En contrario la conducta de apego “se refiere a cualquiera de las diversas formas de conducta que la persona adopta de vez en cuando para obtener y/o mantener una proximidad”. Así la conducta de apego puede manifestarse en diferentes momentos con varias

personas, “un apego duradero o un vínculo de apego está limitado a unos pocos”. (Bowlby 1995:42)

La relación con el duelo la podemos encontrar desde aquí: el niño se siente seguro en presencia de una figura de apego importante o cerca de ella. El temor de perderla le causa angustia, y “su pérdida real lo sume en el dolor”, ambas circunstancias suelen provocar su enojo.

### 3.3 PROCESO DE DUELO

El proceso de duelo, ha sido analizado por varios autores a través del tiempo, para tratar de comprender sus causas, sus manifestaciones y todas sus fases que implica poder resolverlo.

Freud (1917) en *Duelo y melancolía*, nos dice que “El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” Pero en muchas personas, se observa, en lugar de duelo, melancolía (lo que ahora suele describirse como estados de depresión). La melancolía la describe como un estado anímico, donde hay una desazón profundamente dolida, falta de interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, el melancólico describe a su Yo como indigno, se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo. El duelo muestra los mismos rasgos, excepto uno; falta en él la perturbación del sentimiento de sí, es comparable al talante de “dolido”, el objeto amado ya no existe más, en la pérdida, no se abandona de buen grado una posición libidinal que se tenía. El duelo es una reacción frente a la pérdida del objeto de amor.

Para Caruso (1972) en el ensayo que hace sobre la pérdida del ser amado, dice que el duelo no es por la muerte física de la persona a quien se ama, es por la separación de los amantes, en el sentido estricto de la palabra. Esta separación surge de forma consciente o convenida por ambos y se da en un marco de un principio de realidad su amor es imposible, son amantes.

Lo doloroso es que aun se aman, no es el desgaste de la relación, como la disolución progresiva de una vida en común, que termina en divorcio por cansancio y desaliento. El dolor producido, es uno de los más terribles que se puedan soportar, se trata de una relación que ha sido satisfecha real y efectivamente, y luego es rota por no dañar a terceras personas o por sus propios conceptos ideológicos.

En todos los casos estudiados dice Caruso (op.cit) el sentimiento de culpa, es el que se manifestó y el amor fue sacrificado a un sistema superyoico.

“La separación tiene el sabor a muerte en vida” Ambos saben, que el sufrimiento será breve, que cada uno de ellos olvidará al otro, es la recíproca sentencia de muerte. El olvido es la primera defensa contra la propia muerte. Los otros mecanismos del morir (etapas del duelo) que se presentan son:

- Catástrofe del Yo: Se produce una muerte en la consciencia y de tal muerte surge la desesperación; la pérdida del objeto de amor, que es al mismo tiempo objeto de identificación, conduce a una mutilación del Yo, a una catástrofe por la pérdida de la identidad y por tanto una regresión amenazante para el Yo. Para evitar que la muerte en la consciencia no se convierta en psicosis, en manifestaciones psicosomáticas o suicidio, se ponen de manifiesto los mecanismos de defensa.
- Agresión: Es el primer mecanismo de defensa Freud, Lagache (cit. por Caruso, 1972) encontraron que la aflicción, contiene gran dosis de agresividad y esconde el reproche: “¿Cómo pudiste abandonarme?”, la

agresividad permite la desvalorización, la desidentificación con el objeto, que transforma el amor en odio, pero al mismo tiempo persiste unido al mismo. La agresividad tiene su origen en el vacío que experimenta el Yo.

- Indiferencia: Este mecanismo existe incondicionalmente en la situación de separación. La expresión: “¿Me importa un bledo?” es la disminución del Ideal del Yo, el debilitamiento del Yo por la desidentificación e inflación del narcisismo. Esto lleva a la desesperación, pues contradice al Superyó y al Yo que aún se defiende, conduce a una fuerte inhibición depresiva, que no es exitosa contra la desesperación, por eso surge otro mecanismo.
- Huida hacia delante: Esta impulsado por el Superyó para lograr la conservación del Ideal del Yo, se desplaza hacia un nuevo objeto sustituto. La huida se manifiesta en la actividad como un llenarse de ocupaciones, laborales, sociales, o hacia la búsqueda de placeres, al vino, al juego, etc.
- Ideologización: Es la última meta hacia la cual se dirigen los mecanismos de defensa, la racionalización apoyada por creencias, o filosofías. Son múltiples las máscaras de la ideología para legitimar a la muerte, o lograr un enriquecimiento psíquico. Al lograr la ideologización, es más probable que ella sea un “no” que un “sí” frente a la separación.

Los mecanismos de defensa no se presentan siempre en este orden, ni aislados, están entrelazados y ocasionalmente pueden ponerse en conflicto entre sí. La elaboración del duelo, consiste en la liberación del Ideal del Yo, para poder seguir viviendo.

Kavanaugh (1972) identifica siete etapas por las que se atraviesa en el proceso de duelo a la pérdida de algo o alguien querido.

Estas siete etapas son:

1. El impacto emocional: Aparece casi de forma inmediata frente a la muerte de un ser querido, o cuando se sabe de una enfermedad incurable. Es lo que generalmente decimos se quedó en “shock”, cuando la mente tiende a bloquear la realidad, se dicen expresiones como: ¡no puede ser!, esta expresión se acompaña de llanto, o de no querer ver, ni hablar con nadie.
2. La desorganización de sí mismo: Esta acompañada de frases como: “¡No sé que hacer!”, hay conductas contradictorias, como decir que acepta descansar y levantarse casi inmediatamente, porque decide hacer otra cosa. Las emociones no responden a su voluntad, la persona no está en condiciones de tomar decisiones. Aquí podemos observar como Bowlby (1983) nos dice que la causa está entre el deseo de alejarse de sus recuerdos o conservarlos.
3. El sentimiento de coraje: Cuando el doliente siente el desamparo en que se encuentra, reacciona con enojo contra todo, e incluso con la persona muerta, sentimiento que si no lo manifiesta se transforma en ira reprimida.
4. El sentimiento de culpa: La persona comienza a recordar con cierto resentimiento lo que hizo ó dejó de hacer a la persona muerta, para perder la salud etc. Se dice a si misma: “Sí hubiera hecho...o no hubiera hecho...”, etc. En ese momento el doliente, requiere apoyo, necesita ser escuchado, buscar una razón para perdonarse a si mismo.
5. La aceptación de la pérdida o experiencia de soledad: Es la etapa más dolorosa del proceso del duelo, la persona empieza a sentir con intensidad

la soledad y el sentimiento de vacío que le ha quedado. Debe reconocer que puede seguir adelante, aun sin la persona que ha perdido.

6. El alivio: Pasada la etapa anterior de aceptación plena, deja un sentimiento de libertad y paz, que le permite a la persona valorarse, y darse cuenta que sigue siendo el mismo, aun con la pérdida.
7. El restablecimiento de sí mismo: Se vuelve a las actividades cotidianas, las capacidades mentales regresan a su estado normal, el doliente se ha reencontrado a sí mismo.

La palabra duelo Bowlby (1983) la utiliza en dos acepciones:

- 1.- Para referirse a todos los procesos psicológicos, conscientes e inconscientes cuando hay una pérdida;
- 2.- La aflicción, que describe el estado doloroso que se experimenta frente a la pérdida.

En su sentido analítico, el trabajo del duelo (trauerarbeit) significa, el esfuerzo que hace el individuo para aceptar lo ocurrido en el mundo exterior (la pérdida del objeto catectizado) y para llevar a cabo cambios en el interior (retiro de la libido del objeto perdido, identificación con el objeto perdido) Bowlby (1983:41)

En los mecanismos de defensa que describe Caruso (1972) se encuentra ejemplificado, como la persona que ama, esta "cargado", catectizado libidinalmente por la persona que ama, y se tiene que dar un proceso defensivo del Yo. Debe sustituirse el ideal del ausente, por otros ideales, para garantizar la continuidad del Yo.

Bowlby (1983) nos dice que la forma en que se responde ante la pérdida, son las siguientes fases, aunque señala que no siguen un orden riguroso, los límites de tiempo entre ellas no son precisos y se puede oscilar entre una fase y otra.

- Fase de embotamiento de la sensibilidad: Es la reacción inmediata ante la pérdida, la persona se siente aturdida, incapaz de aceptar la realidad, con estallidos de enojo, tristeza, pánico intensos, dura desde algunas horas hasta una semana. Se puede continuar con la vida normal pero funcionando en forma automática.
- Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida: Puede durar algunos meses e incluso años, la persona alterna entre dos estados de ánimo, comienza a percibir la realidad de la pérdida, con dolor, tristeza y anhelo; por otro lado persiste la incredulidad que da lugar a la esperanza, de que las cosas se pueden arreglar, y poder reunirse con el ser querido o hay una imperiosa necesidad de buscarlo. La búsqueda de la figura perdida, se manifiesta con inquietud, insomnio, pensamientos y sueños recurrentes con el ser amado, incluso la sensación y percepción de su presencia, se interpretan los ruidos como señales de que la persona ha regresado (Parkes, 1970. cit. por Bowlby, 1983) Dado lo inútil que resulta el esfuerzo por restablecer el vínculo, surge la frustración y con ella la ira, que permanecerá en cuanto no se acepte la pérdida y se conserve la esperanza.
- Fase de desorganización y desesperanza: Entre el deseo de conservar sus recuerdos y alejarse de ellos, de hablar de cómo y por qué se produjo la pérdida, se producen estados depresivos con deseos de morir para unirse con el ser querido.
- Fase de mayor o menor grado de reorganización: La persona en forma gradual, reconoce y acepta la pérdida como un hecho permanente y poco después empieza a crear una nueva vida, y en la medida que adquiere confianza e independencia comienza a recuperarse.

Para Rank (1985) nuestras vidas están repletas de separaciones, empezando por la del nacimiento, el trabajo de Rank se refiere al trauma del nacimiento, y esa ansiedad experimentada en el nacimiento, será el modelo de todas las experiencias de ansiedad futuras. Es necesario para desarrollarnos que nos enfrentemos a nuestros miedos, a nuestras separaciones, es decir enfrentarnos a la vida y la muerte.

Bauab (2001:113) hace un análisis de lo dicho por Freud, en *Duelo y melancolía*, en donde se pueden leer tiempos lógicos del duelo, tres tiempos para la elaboración de la pérdida.

- Primer tiempo en que el golpe producido por la pérdida, envía al sujeto a una negación con respecto a ella. Universalmente como dijo Freud, el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, y se produce diversos fenómenos que intentan anular aquello que la realidad afirma. Al nombrar la pérdida, es un modo de reconocerse en su nueva relación, con la persona ausente.
- Segundo tiempo es propiamente la elaboración de la simbolización de lo perdido. “Los recuerdos y las expectativas en que la libido se enlazaba, son clausurados y en ellos se consuma el despego de la libido” dice Freud.(1917)
- Tercer tiempo, en que la libido luego de retornar al Yo, si no se trata de un duelo patológico, se está disponible, para sustituir el objeto perdido por otro.

Dice Bauab (op. cit.) que el duelo es dolor psíquico, pesar, aflicción pero también es un desafío a la estructura. En el duelo, el sujeto se identifica con el objeto de amor perdido, dominado por esa identificación, la persona también de algún modo se pierde, se desorienta, se extravía.



### 3.4 DUELO POR MUERTE SÚBITA

La anticipación es una variable para enfrentar la muerte inminente, lo mismo la propia que la de un ser querido, pero cuando sucede una muerte repentina las reacciones emocionales pasan por las siguientes fases. (Linderman, 1944; Moos, 1976, Parkes, 1970, cit. por Slaikeu, 1996):

1ª. Fase el impacto es de aturdimiento, negación respecto a la realidad de la muerte, es una reacción natural autoprotectora, al admitir solo la realidad que se pueda soportar.

2ª. Fase huida de la cruda realidad de la muerte, la persona no puede soportar más, hay sentimientos asociados con la persona fallecida, y una intensa aflicción por la ausencia de quien se ha perdido. En esta fase el trastorno emocional y desorganización se manifiesta por: depresión, ira, ruptura de las actividades acostumbradas en el trabajo, sueño, así como una incapacidad para el funcionamiento.

3ª. Fase la aceptación gradual de la realidad de la pérdida y la ruptura de los lazos con el difunto. Se da cuando hay una vida funcional sin el ser querido, y el desarrollo de nuevas relaciones para reemplazar al individuo que se ha perdido.

### 3.5 DUELO ANTICIPATORIO

El duelo anticipatorio nos dicen Kaplan y Sadock (1999:79) es el que se expresa por adelantado cuando una pérdida se percibe como inevitable, a diferencia del duelo que se produce después de la pérdida. Por consiguiente, el duelo anticipatorio termina cuando se produce la pérdida, independientemente de las reacciones que puedan surgir después. A diferencia del duelo normal, cuya intensidad disminuye con el paso del tiempo, el duelo anticipatorio puede aumentar o disminuir en su intensidad cuando la muerte parece inminente. En algunos casos, cuando la muerte esperada se demora, el duelo llega a extinguirse

y la persona expresa pocas manifestaciones dolorosas de duelo cuando se produce.

Se presenta de la misma manera cuando se acompaña a un ser querido o a un familiar, que padece una enfermedad terminal, cuando vemos que la persona se somete a todos los tratamientos posibles y la enfermedad sigue avanzando. La duración de este duelo anticipatorio es proporcional al avance de la enfermedad. Pero llevará menos tiempo y tendrá más facilidades para superarlo, aquellas personas que estuvieron a lado del enfermo, donde se tuvo tiempo para decirle todo lo que sentían, las cosas buenas y malas, recordar momentos felices, para perdonarse mutuamente, para respetar las decisiones del que se murió.

### 3.6 DUELO NORMAL

El duelo normal se inicia inmediatamente después, o en los meses subsiguientes, a la muerte de un ser querido. Los signos y síntomas típicos del duelo son: tristeza, recuerdo reiterativo de la persona fallecida, llanto, irritabilidad, insomnio y dificultad para concentrarse y llevar a cabo las labores cotidianas. El duelo tiene una duración variable que, normalmente no es superior a seis meses, sin embargo un duelo normal puede acabar provocando un trastorno depresivo completo que requiera tratamiento

### 3.7 DUELO CRÓNICO

Cuando la cólera y resentimiento pueden persistir después de las primeras semanas, es indicador de un duelo crónico, según comprobó Parkes (1972, cit, por Bowlby, 1983). Esto sucede por la persistencia de la tensión, de la intranquilidad y del intenso anhelo. Las respuestas emocionales perduran por largo tiempo y generalmente con mucha fuerza. Estas respuestas son, por lo general: pena,

accesos de cólera y autorreproches. El síntoma principal que aparece es la depresión, la cual a menudo se combina con ansiedad. La persona es incapaz de integrarse a las relaciones sociales, apareciendo una triste desorganización. Este tipo de duelo, según Parkes (cit. por Bowlby, 1983) suele desarrollarse cuando la relación existente con la figura perdida se caracteriza por la dependencia. Puede aparecer el deseo de morir como un medio de reunirse con el ser amado, así como el fenómeno llamado “momificación” que es el término que introduce Gorer (cit. por Bowlby, 1983) que consiste en la preservación de las cosas tal y como las dejó el muerto, como una manera de asegurarse de que volverá.

Algunos estudios (Glik, 1974 y Parkes, 1975, cit. por Bowlby 1983:161) sugieren que si transcurrido un año desde la pérdida no se ha iniciado la recuperación, el pronóstico no es muy favorable

### 3.8 DUELO PATOLÓGICO.

Cuando hay alteraciones de la salud física, así como de la salud mental. Las respuestas emocionales a la pérdida de una persona amada, son intensas y prolongadas. La persona se recrimina, tiene accesos de cólera, es incapaz de rehacer su vida. La depresión es el síntoma principal que tiene la persona, alternando con ansiedad, agorafobia, hipocondría y alcoholismo. (Bowlby 1983). De acuerdo con las investigaciones realizadas por Parkes 1994 (cit. por Bowlby, 1983) se encuentra en quienes han experimentado la pérdida de la pareja o cónyuge, tienen más propensión a desarrollar un duelo patológico. Pero por otro lado Sherr (1992) y otros autores opinan que el duelo que atraviesan los padres que han perdido a un hijo es más severo, complejo y traumático que los duelos ocasionados por otras pérdidas. Por lo mismo se hace más prolongado.

El duelo patológico o anormal, de acuerdo a Kaplan y Sadock (1999) puede adoptar diversas formas, que van desde la ausencia o el retraso en su aparición,

hasta el duelo excesivamente intenso y duradero, pasando por el duelo asociado a ideaciones suicidas o con síntomas claramente psicóticos. Y tienen mayor riesgo de sufrir un duelo patológico, los que experimentan una pérdida repentina o en circunstancia catastróficas, los que están aislados socialmente, los que se sienten responsables de la muerte (ya sea real o imaginaria su responsabilidad), los que tienen historia de pérdidas traumáticas y los que sostenían una relación de intensa ambivalencia o dependencia con el fallecido. La negación de ciertos aspectos de la muerte es normal; sin embargo, la negación que implica la certeza de que la persona muerta sigue viva, no lo es.

### 3.9 DUELO DEL CUERPO

Para Bucay (2005) el duelo del cuerpo consiste en las sensaciones corporales que sienten los que están viviendo el duelo y éstas son:

Nauseas

Palpitaciones

Opresión en la garganta

Dolor de nuca

Nudo en el estómago

Dolor de cabeza

Pérdida del apetito

Insomnio

Fatiga

Sensación de falta de aire

Pérdida de fuerza

Dolor de espalda

## LAS PÉRDIDAS A TRAVÉS DE LA VIDA

En el desarrollo de la vida, todos tenemos pérdidas, desde pequeños cuando se muere una mascota que representa la capacidad de responsabilidad y de amar, pero también confronta con la muerte del otro. La pérdida del objeto de amor de la adolescencia, de identidad por deseos de pertenecer a un grupo. De la edad adulta, de la dependencia a la independencia cuando se deja el hogar. En la vejez muchos ancianos hablan de su muerte con una naturalidad aparente. Enfermedades crónicas, que representan el cambio de vida y de la independencia y es un colapso para el enfermo y los familiares. Muerte de amigos y familiares ocasionando un desgaste emocional. La soledad y la pérdida de vínculos significativos. Pérdida de seguridad económica y así podríamos enumerar un etcétera. En la vida hay que experimentar todas estas pérdidas y seguir viviendo.

### 3.10 ELABORACIÓN DEL DUELO

Se entiende el transcurso del proceso desde que la pérdida se produce hasta que se supera. Esta elaboración puede comenzar antes de la pérdida en el caso de que ésta se pueda prever con cierta antelación.

Las reacciones que experimenta la persona que está sufriendo un duelo, es en función del tipo de pérdida y las reacciones suelen ser en varias áreas:

- Reacciones psicológicas: pueden incluir rabia, culpa, ansiedad o miedo.
- Reacciones físicas, que incluyen dificultad en el dormir, problemas de alimentación, síntomas somáticos o enfermedades.
- Reacciones de tipo social: el deseo de ver o no ver a determinadas personas amigos o familiares, el deseo de regresar al trabajo o no.
- Reacciones emocionales: que redundan en extrañar, recordar, llorar o patlear como un niño.

Las conductas más habituales después de una pérdida son: llorar, suspirar, buscar y llamar al ser querido que no está, querer estar solo, evitar a la gente, dormir poco o en exceso. (Bucay, 2005)

Factores que influyen en la elaboración del duelo:

Antecedentes: Experiencias pasadas, historia de pérdidas importantes, relación afectiva con quién murió, tipo de muerte, duración de la enfermedad mortal y la agonía en caso de existir.

Concurrentes: Edad, sexo, situación socio-económica, religión, factores que influyen la expresión del dolor.

Factor cultural y social: Apoyo social, presencia de terceros a quienes la pérdida les afecte, con lo que se puede dar un duelo solidario.

Ayuda profesional: Se ayuda a la persona a concluir efectivamente su duelo, facilita la evolución de un duelo no complicado, normal.

Objetivos:

- 1.-Incrementar la realidad de las personas.
- 2.-Ayudar a superar las dificultades que impiden el reajuste posterior a la pérdida.
- 3.-Promover el sano retiro emocional del vínculo con la persona muerta y facilitar que se sienta tranquila revirtiendo sus afectos en otra relación.

Duración del duelo

Algunos autores manejan de un año a dos, no hay una certeza en cuanto a la duración, pero en lo que si están de acuerdo es que una vez concluido; la vida de

la persona ya no va a ser igual como lo era antes de su pérdida. No existe un tiempo fijo para vivir el duelo. (Glik, 1974, Parkes, 1975, cit. por Bowlby, 1983).

Podemos decir que se ha terminado cuando somos capaces de recordar al ser querido sin sentir dolor, cuando se ha aprendido a vivir sin él o ella, cuando invertimos toda nuestra energía en la vida y en los vivos.

### 3.11 INTERVENCION EN CRISIS: SOPORTE EMOCIONAL

Para lograr dar un soporte emocional es necesario estar presente en los momentos de crisis, Para Slaikeu (1996) la intervención en crisis es la estrategia que se usa, en el momento que hay un colapso en la capacidad para resolver un problema, la cual podemos utilizar, cuando se produce un trauma por la muerte de un ser querido, o cuando se tiene un diagnóstico de enfermedad incurable, o en algunas otras crisis vitales.

Al ser un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familiar a sobrevivir un suceso traumático, permitirá que ésta intervención oportuna, reduzca la vulnerabilidad y evitar un colapso posterior, que lleva a un deterioro tanto psíquico, como físico.

Empezaremos por analizar el significado de la palabra crisis: En chino (weiji) se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad, concurrentes a un mismo tiempo (Wilhelm, 1967) y crisis que viene del griego Krinein, significa decidir. Las derivaciones de la palabra, indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento, así como el momento crucial durante el que habrá un cambio para mejorar o empeorar (Lidell y Scott, 1968, cit. por Slikeu, 1996)

Pero la persona que esta sufriendo la crisis para poder decidir, debe primero procesar una serie de emociones y para lograr un cambio interior y encontrarle

sentido a lo que esta viviendo es porque ha superado las etapas que se manifiestan ante la crisis, por eso es necesario conocerlas.

Y será un “peligro” si la resolución de las crisis conduce a un deterioro psíquico a largo plazo (Caplan, 1964, cit. por Slaikeu, 1996) esto se da porque algunos sucesos como los que mencionamos en un principio relacionados con la muerte pueden ser tan devastadores en algunas personas, que su estado de crisis los deja en un estado de vulnerabilidad y sugestibilidad (Taplin, 1971, cit. por Silekeu, 1996). Provocando una reducción de las defensas cuando la persona ya no es capaz de seguir adelante. Para el enfrentamiento de la crisis hay que tomar en cuenta una serie de emociones que se deben expresar, para que la persona encuentre su equilibrio.

#### Definición de emoción.

La definición de emoción, viene del latín “motere” que significa mover, además del prefijo “e” que significa alejarse de. En toda emoción hay implícita una tendencia a actuar.

Goleman (1995) nos dice que las emociones son impulsos que nos llevan a actuar, es un estado subjetivo que se acompaña de cambios fisiológicos y conductas peculiares; las sentimos, son personales, surgen sin permiso, nos enfrentan a la realidad que no deseamos. La mejor alternativa es, permanecer en contacto con nuestras emociones y sólo cuando tenemos conciencia del origen o causa de nuestras emociones negativas o destructivas y la enfrentamos, éstas “pierden su poder y dejamos de sentirnos impotentes, sin control; entonces estamos preparados para construir una relación armónica y fructífera con nosotros mismos y con los demás”. Y como controlamos nuestras emociones se llama inteligencia emocional.



Greenberg (2000) expone que las emociones dan significado personal a nuestra experiencia y no hay un cambio emocional sin que produzca uno cognitivo. Los problemas emocionales solo pueden curarse a través del acceso a la emoción junto con el significado, la expresión de la emoción no resolverá la situación, pero el mensaje que la propia experiencia emocional aporte será una guía para una acción constructiva.

Izard (1979, cit. por Greenberg. 2000) dice que la emoción es la combinación de procesos afectivos e intelectuales. En los afectos no hay una evaluación reflexiva, simplemente suceden, no son conscientes. La emoción, el sentimiento, reflejan un estado afectivo, el sentimiento consiste en el darse cuenta de las sensaciones básicas del afecto junto con la vivencia corporalmente sentida. Las emociones emergen a la conciencia cuando hay la sensación-sentida corporalmente. Gendlin (cit. por Greenberg. 2000) considera que una sensación-sentida surge cuando uno puede sentir más de lo que comprende, y ésta se simboliza en el darse cuenta.

El bloquear una experiencia emocional importante durante los procesos de duelo, y en los trastornos de estrés postraumático prolongan el sufrimiento en lugar de aliviarlo (Horowitz, 1986, Herman, 1992, Pennebaker. 1990, cit. por Greenberg 2000).

Así por ejemplo, la fuerte preocupación por la enfermedad que una persona padece contribuye a desencadenar la ansiedad. Los pensamientos de la persona giran en torno al futuro, a la muerte, a su vida personal, familiar y todas las cosas que circulan por su mente.

Tomando como base lo que dice Bowlby (1993) la estructura del miedo se establece cuando el niño no ve a su madre y el temor de perderla le causa angustia, es un sentimiento de indefensión. Una vez adultos para calmar nuestros miedos tendemos a racionalizar los hechos buscando causas lógicas, pero si la racionalización no es suficiente empezamos a tener otra reacción que es la

negación, que es una de las emociones que sucede ante el enfrentamiento de la muerte y del duelo o en circunstancias de crisis. Pero aquellas personas que niegan su miedo, empiezan a somatizar, los lleva a la incertidumbre, a gastar energía en la inseguridad, y para llenar ese hueco pueden crear un mundo de fantasía que no existe. O la respuesta neurótica que puede llegar a ser patológica al querer narcotizar el miedo, con el alcohol, o las drogas para tratar de olvidar ese miedo.

Se debe también tomar en consideración las relaciones entre la angustia de separación del desarrollo y el trastorno por “angustia de separación”, como refiere Vila y Mouren-Siméoni, (1992, cit. por Bailly, 1997), donde considera que el trastorno por angustia de separación ADS es “cuantitativamente como una patología por exceso de apego que conduce a una excesiva dependencia y cualitativamente como un trastorno de las interacciones entre el niño y sus principales figuras de vinculación”, sus padres, particularmente la madre, esto tiene como origen una fragilidad en la constitución del Ello.

Ira o rabia.

La ira es una emoción súbita, de tendencia agresiva, que se puede manifestar por una viva animación de expresión verbal y, en ocasiones, con violencia física.

Abarca tres etapas, dice Goleman (1995):

1. Desconfianza ante el medio que rodea a la persona.
2. Sentimientos de molestia o rabia como tal.
3. Conducta expresiva como gritar, agredir, romper o tirar cosas.

El poder de la ira para Reoch (1998) es cuando a la persona se le dice que tiene ella o un ser querido una enfermedad mortal. Es probable que le embargue una ira que no había experimentado nunca, una ira tan intensa que tal vez se sienta incapaz de expresarla, es una energía poderosa. “Algunas personas la viven como

una furia cósmica contra el universo, por permitir tanto sufrimiento e injusticia”. Otros experimentan un rencor profundo.

## Depresión

En el caso de un diagnóstico para la depresión hay que tomar en cuenta que la culpa puede llevar a una depresión y una emoción dolorosa también lleva a una depresión y en el campo de la tanatología se encuentran los siguientes tipos de depresión. Bucay (2005) las clasifica de la siguiente forma:

- Depresión reactiva: la que aparece desde el momento mismo del conocimiento del diagnóstico de la enfermedad. Cuando el enfermo está solo, enfrentándose a la idea de su muerte, sintiendo que nadie lo comprende, y conforme vaya perdiendo el derecho a decidir sobre su cuerpo y sobre su vida. El enfermo padecerá, además de los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios de los medicamentos prescritos, la culpa y la vergüenza, consecuencia de ésta depresión.
- Depresión ansiosa: cuando todo el Yo del enfermo desea vivir, y al mismo tiempo, todo su Yo desea morir. Aunque suene contradictorio se da cuando aceptan las quimioterapias por que desean vivir y ante los efectos de tanto sufrimiento, anhelan morir. No sólo la sufre el enfermo, también su familia y todos aquellos que aman al paciente.
- Depresión anticipatoria: nace cuando el enfermo sabe, que va a morir en lo más profundo de su Yo, el cuerpo sabe, como se siente, mejor que el médico. El paciente necesita despedirse de todos los que ama y a todo lo que ama.

La desesperanza es la característica principal de la depresión del suicida.

No todas las aflicciones representan crisis, por lo mismo no todos los que experimentan una crisis vital, necesitan de una terapia para resolverla. Muchos

individuos resuelven de manera exitosa la crisis por sí mismos, al beneficiarse de consejo de amigos, las lecciones recordadas en el pasado o de las estrategias aprendidas sin la ayuda de un terapeuta. (Slaikeu, 1996:154)

La duración de la crisis es de cuatro a seis semanas (Caplan, 1964, cit. por Aguilera, 1976). La resolución de una crisis de duelo puede llevarse años (Lazarus, 1980, cit. por Slaikeu, 1996).

Para Bellak (1980) la intervención en crisis y psicoterapia de emergencia ayudan a alcanzar un mejor nivel de ajuste al que existía antes, ya que la meta de la psicoterapia rápida se limita a quitar o reducir un síntoma determinado, no se propone la reconstitución de la personalidad. Cada persona reacciona diferente al duelo, se debe animar a la persona a expresar su dolor, no importa lo breve o larga que pueda ser esa expresión.

En el manejo de las creencias irracionales Ellis (1980) hace ver a los pacientes que sus filosofías son irracionales y contraproducentes y como estas crean trastornos emocionales. Las personas ante la muerte de un ser querido, tienen una percepción de pérdida del sentido de vida, se ven sin valor y sin futuro, como respuesta emocional no solo están tristes que sería lo normal, sino que se deprimen y como consecuencia descuidan la salud.

## **CAPITULO IV**

### **4. PERCEPCION DE LA MUERTE EN DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA**

#### Infantes hasta los 2 años de edad

Aunque los infantes no reconocen lo que es la muerte aún, los sentimientos de separación y pérdida les afectan. Los niños que han sido separados de sus mamás pueden exhibir una conducta apática, callada, y no responden a sonrisas o arrullos. También pueden verse cambios físicos como pérdida de peso, desvelo y falta de actividad.

#### De 2 a 3 años de edad

Los niños de esta edad suelen confundir la muerte con el dormir y pueden sentir ansiedad a una edad muy temprana, incluso a los tres años. Como reacción pueden perder el habla y mostrar angustia generalizada.

#### De 3 a 6 años de edad

A esta edad los niños ven la muerte como una forma de dormir; la persona está viva pero limitada en alguna forma. Estos niños no separan completamente la muerte de la vida y pueden pensar que la persona todavía está viva, aun después de estar enterrada, y hacer preguntas sobre ella (por ejemplo, cómo come, va al baño, respira o juega). Los niños de esta edad saben que la muerte es física pero creen que es temporal, reversible y no definitiva. Su concepto de la muerte puede tener un componente de pensamiento mágico. Por ejemplo, pueden creer que un pensamiento malo suyo causó que la persona se enfermara o muriera. Los niños menores de cinco años pueden exhibir trastornos en el comer, el dormir y el control de las funciones corporales.

### De 6 a 9 años de edad

No es inusual que los niños en esta edad empiecen a mostrar curiosidad acerca de la muerte, inclusive haciendo preguntas concretas acerca de lo que le pasa al cuerpo cuando uno muere. Estos ven la muerte como si fuera una persona o un espíritu separado del individuo que falleció, por ejemplo, un esqueleto, un fantasma, un ángel de la muerte o sencillamente el coco. Los niños en este proceso de la pena pueden desarrollar fobia a la escuela, problemas de aprendizaje, comportamiento agresivo o antisocial, volverse extremadamente preocupados sobre su propia salud (por ejemplo, mostrando síntomas de enfermedades imaginarias) y aislarse de los demás. También pueden convertirse en niños sumamente apegados y dependientes de otros. (1)

### De 9 a 12 años de edad

Para cuando el niño cumple los 9 años, ve la muerte como algo inevitable y no como un castigo, y para los 12, entiende que la muerte es irreversible y que le pasa a todo el mundo.

### En el adolescente de 12 a 20 años

Al igual que con las personas de todas las edades, las experiencias previas y el desarrollo emocional influyen en gran medida en el concepto de la muerte de un adolescente.

Independientemente de haber o no tenido experiencias previas con la muerte de un familiar, un amigo o una mascota, la mayoría de los adolescentes comprende el concepto de que la muerte es permanente, universal e inevitable.

Un tema predominante de este período es el sentimiento de inmortalidad o de estar exento de la muerte. Cuando la muerte se vuelve una amenaza real para ellos, todos sus objetivos se destrazan.

Una enfermedad terminal con los efectos del tratamiento puede provocar muchos cambios físicos que enfrentar. El adolescente puede sentirse solo en su lucha, temeroso y enojado. (2)

En adultos jóvenes de 20 a 40 años

La muerte es algo lejano, asumido como inevitable, sin embargo con una certeza inconsciente de que a uno jamás le va a pasar, comienza la carrera por la consecución de lo que uno pueda llegar a ser, y junto a quienes ame, construir una vida plena de satisfacción.

Para un individuo que se encuentra en esta etapa de la vida, la aparición de una enfermedad catastrófica se vivencia como algo muy frustrante y difícil de llevar debido a la imposibilidad de conquistar las metas anheladas.

Estos adultos piensan de manera evasiva, rehuyen hablar u oír de la muerte pues es un tema que no les agrada.

Adulto intermedio de 40 a 65 años

En esta edad puede ocurrir la defunción de los padres, lo cual constituye el motivo que en esta etapa es donde se instala la certeza de la muerte en nuestros corazones, en ese momento sabemos muy adentro que de veras moriremos. Esta sensación de límite impulsa al sujeto a buscar sacarle provecho a lo que le resta de vida, y nace un nuevo ímpetu por hacer mayores cambios en su vida.

En ancianos de 65 años en adelante.

Papalia (2005:676) refiere que hay tres grupos de adultos mayores: El *viejo joven*, personas entre 65 y 74 años. El *viejo viejo*, entre 75 y 84 años, y el *viejo de edad avanzada*, de 85 años en adelante. Sin embargo, una clasificación significativa se basa en la edad funcional.

La muerte puede sobrevenir en cualquier etapa de la vida, sin embargo el orden natural supone que se produzca al final del ciclo completo, cuando su cercanía forma ya parte de la experiencia cotidiana. En esta edad casi la mayoría del tiempo está destinada a la solución de asuntos acerca de la muerte y están significativamente menos ansiosos que los adultos intermedios con respecto a la muerte. (3)

(1) <http://www.cancer.gov/español/cuidados-medicos-apoyo/duelo/Patient/page9-65k>

Consultado el día 15/02/09 a las 10.15 a.m.

(2) <http://www.mailxmail.com/curso/vida/muerteinfantil/capitulo3.htm>.

Consultado el día 15/02/09 a las 10.25 a.m.

(3) <http://www.monografias.com/trabajos5/permu/permu.shtml?relacionados>

Consultado el día 15/02/09 a las 10.30 a.m.



Este cuadro está basado en lo que se expone en las páginas anteriores:  
(50, 51, 52 y 53).

<b>PERCEPCION DE LA MUERTE EN DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA</b>		
<b>EDAD</b>	<b>COMPRENDIENDO LA MUERTE</b>	<b>MANIFESTACIONES DE LA PÉRDIDA</b>
Infancia hasta los 2 años	No existe una comprensión cognitiva de la muerte.	Quiétude, gruñón, disminución de la actividad, sueño precario y pérdida de peso.
	La separación maternal causa cambios.	
De 2 a 6 años	La muerte similar al dormir.	Hace muchas preguntas (¿Cómo van al baño? ¿Cómo comen?).
	Los muertos continúan viviendo de alguna otra forma.	Trastornos en el comer, el dormir y el control de los intestinos y la vejiga.
	La muerte es temporal no final.	Miedo al abandono.
		Rabietas.
La muerte es reversible.	El pensamiento mágico (¿Pensé o hice algo que causó esta muerte? Fue cuando dije que te odio y cuando dije que deseaba que te murieras.)	
De 6 a 9 años	La muerte está personificada como un espíritu (esqueleto fantasma o coco).	Curiosidad sobre la muerte.
		Hace preguntas concretas.
		Podría tener fobias escolares.
	La muerte es final y asusta.	Presentar comportamientos

PERCEPCION DE LA MUERTE EN DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA		
EDAD	COMPRENDIENDO LA MUERTE	MANIFESTACIONES DE LA PÉRDIDA
		agresivos (especialmente los varones).
	La muerte no es universal (le sucede a otros, no a mí).	Algunas manifestaciones hipocondríacas.
		Podría sentirse abandonado.
De 9 a 12 años	Todo el mundo morirá.	Estados de alteración emocional, culpa, rabia y vergüenza.
		Estados de alteración y ansiedad sobre la propia muerte.
		Cambios de humor.
		Miedo al rechazo; no querer diferenciarse de sus compañeros.
		Trastornos alimenticios.
	Trastornos del sueño.	
	La muerte es final e irreversible.	Conducta regresiva (pérdida de interés en las actividades externas).
	Incluso yo moriré.	Conducta impulsiva.
		Culpa por haber sobrevivido (sobre todo cuando se trata de la muerte de un hermano).
Adolescente	La muerte es permanente,	Se vuelve una amenaza.

<b>PERCEPCION DE LA MUERTE EN DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA</b>		
<b>EDAD</b>	<b>COMPRENDIENDO LA MUERTE</b>	<b>MANIFESTACIONES DE LA PÉRDIDA</b>
de 12 a 20 años	universal e inevitable.	
		Sus objetivos se destrazan
		Sentirse solo, temeroso y enojado
Adultos jóvenes de 20 a 40 años	La muerte es algo lejano, asumido como inevitable.	Muy frustrante.
	Certeza en el inconsciente de que a uno jamás le va a pasar.	Piensan de manera evasiva
Adulto intermedio de 40 a 65 años	Se instala la certeza de la muerte en sus corazones.	Sensación de límite Busca sacarle provecho a lo que le resta de vida.
		Inconformidad, genera desesperanza, frustración y un sentimiento de vacuidad.
En ancianos de 65 en adelante	La muerte puede sobrevenir.	Reorganiza sus pensamientos y sentimientos.
	Forma parte de la experiencia cotidiana.	

## **CAPITULO V**

“Tú me importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que este a nuestro alcance no solo para ayudarte a morir en paz sino también a vivir hasta el día en que mueras.” Cicely Saunders

### **5. CUIDADOS PALIATIVOS.**

#### **5.1 DEFINICIÓN**

Etimológicamente el término paliativo viene del latín “pallium”, que quiere decir manta. Paliar significa cubrir con una manta los síntomas sin entrar en sus causas. (Corominas, 1991)

Los cuidados paliativos se centran en el alivio del dolor y sufrimiento de los pacientes que están en la fase final de su vida, sea cual sea la causa o enfermedad inicial.

#### **5.2 LOS INICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS.**

La palabra latina “Hospes” significa huésped. También significa lugares donde los peregrinos descansan y son bienvenidos (Hostel u Hotel). Con el tiempo los Hospes al recibir también enfermos y moribundos se asocian a lugares donde se cuida a las personas que lo necesitan (Hospice, Hospicio u Hospital)

La palabra “Hospice” denomina instituciones que cuidan de los moribundos y es utilizada por primera vez en 1842 por Jeanne Garnier en Lyons Francia. Posteriormente Mary Aikenhead funda en 1879 con las Hermanas de la Caridad en Dublín el Lady’s Hospice. En 1893 el St. Luke’s Home, y en 1905 es fundado el

St. Joseph's Hospice en Londres. Cicely Saunders en 1967 funda el St. Christopher de Londres considerado como la cuna de cuidados paliativos.

En 1975 Penson y Fisher crean la primera "Unidad de Cuidados Continuados" en Christchurch Hospital en Dorset, Inglaterra. Al mismo tiempo comienza a funcionar el Macmillan Nursing Service para "Cuidados domiciliarios" (Home Care) y los "Equipos de soporte" (Support team) para los hospitales.

En 1977 nace la denominada "Medicina Paliativa" actualmente reconocida por el Colegio de Médicos como especialidad en el Reino Unido. El término CUIDADOS PALIATIVOS o MEDICINA PALIATIVA que viene a sustituir a cuidados tipo HOSPICE, es acuñado en el Hospital Royal Victoria de Canadá (Belfor Mount, 1977). El término es más universal, es el que se emplea en la actualidad.

En 1990 la OMS definió cuidados paliativos como "el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento". Tiene prioridad el control del dolor, de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual. (World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative: a report of an OMS expert comité. Geneva: OMS; 1990)

## Objetivo

Reafirmar la vida y ver la enfermedad y la muerte como un proceso normal, no acelerar ni retrasar a la muerte. Brindar alivio del dolor y otros síntomas, la prevención de las posibles complicaciones. Conocer los criterios de bienestar del paciente y la atención a la familia en el proceso final y en el duelo. (European Association for Palliative Care. Newsletter 1989:1)

## Meta

Ofrecer calidad de vida al final de la vida. Cuando los pacientes ya no tienen posibilidad de curación, se les puede y se les debe cuidar con el objetivo de proporcionar el mayor confort posible y ayudarles en el trayecto final de su vida para poder brindarles, una muerte digna.

La calidad de vida se define como el bienestar, felicidad y satisfacción de una persona, es la percepción que un individuo tiene en su existencia, en su cultura, en su sistema de valores en los que vive, en sus expectativas. Este concepto está influido por la salud física, por su estado psicológico, su independencia y como se relaciona con su entorno. (Martínez Arronte, 2001)

### 5.3 CRITERIOS DE TERMINALIDAD

Enfermedad terminal: Enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida inferior a 6 meses, con una variedad de síntomas intensos sin control. Dar un límite es irreal, inseguro e inútil y las familias deben acostumbrarse a la incertidumbre y la duda. La tarea es informar al enfermo y a sus familiares que el tiempo que quede se les va acompañar y se va hacer todo lo posible para que tengan una mejor calidad de vida. La cifra de 6 meses tiene un valor estadístico, en los Estados Unidos, es un requisito para ser cuidado en un Programa Hospice. (Gómez Sancho 1998:121)

Enfermedad en fase terminal: Situación de agonía. La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, dificultad en la ingesta de alimento, trastornos cognitivos y de la conciencia y pronóstico de vida en horas o días. Hallazgos físicos de muerte inminente: pupilas dilatadas y fijas, incapacidad para moverse,

pérdida de reflejos, pulso rápido y débil, descenso de la presión arterial, respiración ruidosa (estertores de la muerte) Muy importante por el impacto emocional negativo que provoca. (Gómez Sancho, 1998: 436)

Debido a que el paciente terminal y su familia pasan por una serie de modificaciones en todas las áreas de sus vidas es necesaria la intervención de un equipo interdisciplinario.

#### 5.4 TRABAJO DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.

Está formado por gente sensible ante el dolor del ser humano: Profesionales de diversas ramas de capacitación en cuidados paliativos. Todo el equipo trabaja en conjunto, enfocado en el bienestar de cada paciente y su familia. El grupo está, organizado de tal modo que siendo las posiciones y funciones diferentes se dirijan hacia un mismo fin, se trabaja con un objetivo en común con responsabilidad. La interacción es indispensable, se justifica no sólo por la multiplicidad de dimensiones del ser humano, sino por la complejidad e interacción de los mismos. (Gómez Sancho, 1998)

Cada miembro del equipo no solamente ocupa una cierta posición en relación con los otros, es decir, su propio lugar, cada cual tiene una preparación distinta.

- Médico: Diagnostica, valoración de síntomas, tratamiento, manejo farmacológico.
- Enfermera: Asistir al enfermo tratando de proporcionar bienestar físico (dar cuidados de confort) y moral (logrando hacer sentir al paciente su calidad de vida).
- Psicólogo: Atender la respuesta emocional al paciente, familiar y de las personas encargadas del cuidado del paciente a lo largo del proceso de la enfermedad, es detectar “in situ” e intervenir en aquellas fracturas psicológica del comportamiento y aspectos sociales que pueden influir en la mortalidad (supervivencia) y calidad de vida.

- Apoyo espiritual: La escucha empática de las necesidades del paciente como sentimientos de culpa y perdón, sentido de vida, sentido de trascendencia, paz interior.
- Tanatólogo: Acompañar y dar soporte al enfermo y a la familia en el dolor del proceso de la muerte y del duelo.
- Trabajo Social: Valorar la parte social, económica, ver las redes de apoyo y las necesidades de la familia.
- Voluntariado: Cubre las necesidades que requiera el paciente con acompañamiento, tiempo.

Cuidados Paliativos menciona la espiritualidad como un aspecto importante a considerar en los pacientes, ya que repercute en el bienestar general de los enfermos.

## 5.5 IMPORTANCIA DEL APOYO ESPIRITUAL

La Organización Mundial de la Salud dice que lo “espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales. No es lo mismo que “religioso”, aunque para muchas personas la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso”. (World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative: a report of an OMS expert comité. Geneva: OMS; 1990)

La dimensión espiritual no es asunto exclusivo del sacerdote o pastor, rabino, lama, sino que es tarea de todo profesional, estar atento a la espiritualidad de las personas a quienes atiende, de modo especial en medio del sufrimiento, cuando esta dimensión cobra una especial relevancia. Todos los componentes del equipo pueden y deben, en uno u otro momento, ayudar a la persona en unos aspectos de su recorrido, tan importantes como intangibles. (Gómez Sancho ,1988:800)



Boff (2003:41) dice que la etimología de la palabra experiencia nos proporciona la primera clave para acceder a su comprensión. Ex – peri – encia es la ciencia o el conocimiento (ciencia) que el ser humano adquiere cuando sale de sí mismo (ex) y trata de comprender un objeto por todos lados (peri). La experiencia no es un conocimiento teórico o de estudio, sino que se adquiere en contacto con la realidad, que no se deja penetrar fácilmente y que incluso se opone y resiste al ser humano. Por eso, la experiencia espiritual significa estar bien atento a la realidad impregnada por su presencia y por su ausencia.

Speck (1993) describe la espiritualidad desde tres dimensiones: la capacidad de trascender lo material, la dimensión que tiene que ver con los fines y valores últimos y el significado existencial que cualquier ser humano busca

Para Sherr (1992) el término “religioso” se refiere más a la necesidad de poner en práctica la propia expresión natural de la espiritualidad. Lo espiritual es contemplado como una búsqueda de significado coincidiendo con Speck, (1993) y hace referencia a lo que dijo Frankl (cit. por Sherr, 1993) “El hombre no se destruye por sufrir, se destruye por sufrir sin ningún sentido”

La persona enferma podrá manifestar varios síntomas de angustia espiritual como:

- **SENSACIÓN DE VACÍO/DESESPERANZA:** la persona enferma puede encontrarle poco sentido a continuar con el tratamiento.
- **SUFRIMIENTO INTENSO:** El sufrimiento intenso aumenta el sentimiento de desesperanza “Ya no tolero más esto; ¿Qué sentido tiene seguir viviendo así?”
- **SENTIMIENTOS DE CULPA O DE VERGUENZA:** Muchas personas sienten que cualquier enfermedad que padecen es por lo que hicieron en el pasado. “No merezco aliviarme” Sherr (1992:48). En este punto coincide con Feifel (cit, por May, 1963).

Aquí lo importante como psicólogos es tomar en cuenta los recursos que las personas pueden movilizar, y tienen que ver con la estructura de su personalidad, con el tipo de problema de que se trate, con sus experiencias previas, el modo de resolver conflictos habitualmente y también depende de las respuestas que reciben de las personas que están a su alrededor, en este caso del equipo interdisciplinario. Y como dijo Erich Fromm (cit. por Reoch 1998) “La tarea espiritual que la persona puede y debe emprender no es buscar seguridad sino aprender a tolerar la incertidumbre”.

Teniendo un enfoque general del objetivo, la meta, el trabajo del equipo interdisciplinario y la importancia de la espiritualidad, que se maneja en cuidados paliativos, el siguiente punto importante es: como evaluar al enfermo terminal.

Una forma de valorar el estado del paciente terminal, desde el punto de vista médico y psicológico es la aplicación de la escala de Karnofsky. (Rojas, 2004). Es una escala estándar para medir la capacidad de los pacientes, para realizar tareas rutinarias. Los puntajes de la escala de rendimiento de Karnofsky oscilan entre 0 y 100. Un puntaje más alto significa que el paciente tiene mejor capacidad de realizar las actividades cotidianas. Se puede usar para determinar el pronóstico del paciente, medir los cambios en la capacidad del paciente para funcionar o decidir si un paciente puede ser incluido en un estudio clínico. En un inicio solo se utilizo para pacientes con cáncer. También se le denomina KPS.

Para el psicólogo es muy útil cuando la familia, quiere sobreproteger a su enfermo antes de tiempo, y eso no ayuda al enfermo. Se habla con la familia para hacerle ver que su angustia lo limita.

ESCALA DE KARNOFSKY		
Equivalente físico	Puntuación	Actividades
Capaz de desarrollar actividad normal y trabajar. No requiere cuidado especial.	100	Normal sin evidencia de la enfermedad.
	90	Actividad normal, signos menores de enfermedad.
	80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas de enfermedad.
Incapaz de trabajar. Capaz de vivir en casa y cuidar de sí mismo. Necesidad de ayuda variable.	70	Cuida de sí mismo. Aún cuando es incapaz de llevar sus actividades cotidianas de manera normal o trabajar.
	60	Requiere asistencia ocasional, logra cubrir sus necesidades.
	50	Requiere considerable asistencia y cuidados.
Incapaz de cuidarse a sí mismo. Requiere cuidados hospitalarios o equivalentes. La enfermedad progresa rápidamente.	40	Incapacitado, requiere cuidado especial.
	30	Severamente incapacitado.
	20	Muy enfermo.
	10	Moribundo.
	0	Muerto.

### ESCALA DE KARNOFSKY

GRADO 0: con actividad normal y capacidad para realizar todas las actividades que desempeñaba previamente

GRADO I: con restricción al ejercicio físico intenso, pero con capacidad para el trabajo ligero y la deambulaci3n

GRADO II: con capacidad para valerse por sí mismo y para la deambulaci3n, pero con incapacidad para cualquier clase de trabajo. Permanece en cama o sentado menos del 50% del tiempo diurno

GRADO III: con capacidad limitada para valerse por sí mismo, pasa en cama o sentado más del 50% del tiempo diurno

GRADO IV: completamente incapacitado

Otro elemento importante a tomar en consideración son los síntomas que presenta el paciente.

Frecuencia de síntomas en enfermos terminales.

Astenia	91%
Anorexia	85%
Dolor	82%
Pérdida de peso	79%
Ansiedad	69%
Depresión	65%
Estreñimiento	63%
Confusión	22%

(Gómez, Batiste, 1988)

Síntomas frecuentes al final de la vida, en función del tipo de padecimiento.

Dolor	90%
Depresión o Ansiedad	80%
Disnea	60%
Falta de Apetito	98%
Sequedad de Boca	98%
Constipación	98%
Debilidad	98%

## 5.6 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL PACIENTE CON DOLOR

En la etapa final de la vida de un enfermo se acompaña, por lo general, de un gran impacto físico, emocional y social para el paciente y su familia, por lo que las metas básicas de la paliación son: el cuidado total y activo de los pacientes, para aliviar el sufrimiento cuando la cura no es posible y establece Saunders (1980) tres vías para lograrlo.

- 1.- Tratamiento de los síntomas. Controlar los síntomas comunes de la enfermedad, especialmente su dolor, si es posible con tratamientos curativos, de apoyo y prevención.
- 2.- Apoyo psicológico e información. Dar mucha importancia a la comunicación y al soporte emocional en las diversas etapas de adaptación en la enfermedad terminal.
- 3.- Comunicación continua del equipo con el enfermo y su familia. La comunicación en todo el proceso, es uno de los más poderosos instrumentos de alivio no sólo para el paciente sino también para su familia, además de ser un medio muy importante de transmisión del apoyo social y emocional.

El dolor es uno de los síntomas más importantes que pueden afectar significativamente la calidad de vida de los enfermos.

## 5.7 DEFINICIÓN DEL DOLOR

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable (no placentera) asociada con un daño tisular (del tejido) real o potencial, o descrita en términos de tal daño. El dolor es siempre subjetivo. (Miró, 2003:28)

IASP Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain, 1979) reafirma lo anterior.

Así mismo Nava-Rivera (2007:41) escribe: “El dolor no es sólo una respuesta sino una experiencia. El dolor tiene una categoría subjetiva, con dimensión psicológica. El dolor es un estado psicológico que responde a una causa física específica”.

El dolor se produce cuando llegan a distintas áreas corticales del sistema nervioso central un número de estímulos suficientes a través de un sistema aferente normalmente inactivo, produciéndose no sólo una respuesta refleja, ni sólo una sensación desagradable, sino una respuesta emocional con varios componentes:

- Sensorial- discriminativo: hace referencia a cualidades estrictamente sensoriales del dolor, tales como localización, calidad, intensidad y sus características tempero-espaciales.
- Cognitivo-evolutivo: analiza e interpreta el dolor en función de lo que se está sintiendo y lo que puede ocurrir.
- Afectivo-emocional: la sensación dolorosa se acompaña de ansiedad, depresión, temor, angustia etc. Respuestas en relación con experiencias dolorosas previas, a la personalidad del individuo y con factores socio culturales. (Miró, 2003).

Dolor Agudo: No pasa de 7 días.

Dolor Crónico: Mayor de 7 días.

El dolor es lo que el paciente dice que le duele. Es lo que el paciente describe y siente **NO** lo que los demás piensan que debe ser. El dolor no aliviado causa o agrava otros problemas. Problemas no tratados o resueltos causan o agravan el dolor.

El dolor para el paciente con una enfermedad terminal tiene significado, por lo general indica que su padecimiento está empeorando y que la muerte está próxima. El dolor crónico incesante es agobiante, desmoralizador, puede estar acompañado de pérdida del apetito, náusea y depresión. (Sherr, 1992:9)

En cambio para Reoch (1998: 55) cualquier lesión o enfermedad tiende a crear una espiral de dolor, ansiedad y tensión, que se convierte en un círculo vicioso. Se trata de un proceso común en los enfermos terminales, el temor y la ansiedad asociados con la idea de morir pueden provocar intensos dolores.

Nava-Rivera (2007:50) señala: “Así en fenómenos como el dolor, sin duda corresponde a una estructura neuro-psicológica. No podríamos entender el dolor solamente neurológico sin sus características psíquicas, de otra manera nuestros conocimientos serían incompletos”. Sin duda existe una retroalimentación entre las neuronas que originan la información y el significado del dolor. Significado que nos plantea la unidad Objetivo-subjetivo indivisible. Toda función es objetiva, como todo significado es subjetivo.

## 5.8 DOLOR Y SUFRIMIENTO TOTAL.

Existe una diferencia entre el dolor y el sufrimiento ya que éste es un estado de severo desagrado asociado con sucesos que amenazan la integridad de la persona. Y una de las características que influyen sobre el dolor es la personalidad del sujeto. La personalidad es un complejo que comprende las emociones, la cognición, y la motivación, procesos que se reflejan en la conducta de cada individuo. (Nava-Rivera, 2007)

Es así como podemos observar que el dolor físico y el sufrimiento psicológico están interrelacionados. Para llegar al sufrimiento total, es porque el paciente viene arrastrando, varios impactos emocionales, desde el momento que tiene el diagnóstico, conforme avanza su enfermedad va perdiendo la capacidad física, la

autosuficiencia, ver como disminuye su energía. Sus temores y preocupaciones, por dejar importantes compromisos personales sin resolver, abandonar las cosas y las personas que ha amado, cuestionándose lo que hizo en su vida para encontrarle algún significado, sintiendo como se acerca al fin de su existencia, no deseando estar solo y con dolor. Lo podemos resumir así en esta suma de sus componentes.

+ Dolor  
 + Síntomas físicos.  
 + Problemas psicológicos.  
 + Dificultades sociales.  
 + Factores culturales.  
 + Preocupaciones espirituales.  
 -----  
 = Dolor y Sufrimiento Total

Otro de los factores que hay que sumar son las diversas crisis en el período que va de ser un enfermo terminal a un enfermo en fase terminal. Se dice que si el paciente llega a superar la crisis del conocimiento de su cercana muerte, podrá llegar a un camino de aceptación, paz y dignidad. En caso contrario durante 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, narcisismo, e identidad, entre otros. Es como si se disolviera su Yo de la persona al enfrentarse con la muerte y esto hace que el enfermo sufra de miedos. (Reyes, 1996:130)

- Miedo a la soledad: el aislamiento y la privación del contacto humano lo llevan rápidamente a una depresión.
- Miedo de perder el cuerpo: sentido psicológico de la pérdida del Yo.
- Miedo de perder el autocontrol: cada día que pasa y que la enfermedad se agrava, va creciendo la dependencia.
- Miedo al dolor: no es solamente miedo al dolor físico, sino miedo a estar viviendo el sufrimiento.



- Miedo de pérdida de identidad: surge como resultado del vacío del contacto humano, al no sentirse persona.
- Miedo a lo desconocido: no saber que va a pasar después de muerto.
- Miedo a la destrucción: de no saber de lo que le va a pasar a su cuerpo.
- Miedo a morir sin dignidad.

Otros síntomas que también influyen en la calidad de vida del paciente terminal, que se deben observar para entender al paciente son:

Ansiedad: No se debe diagnosticar con dolor no controlado.

Comprobar su origen:

- Estrés crónico.
- Ansiedad Familiar.
- Dolor.
- Estados metabólicos.
- Efectos secundarios de medicamentos (corticoides, neurolépticos, opiodes).
- Trastornos de ansiedad preexistentes
- Interrupción de los tratamientos.
- Tumores que segregan hormonas (productores ACTH: adrenocorticotropa)\*

\*Maier.SF. Wakins LR, Fleshner M. Psychoneuroimmunolgy. American Psychologist, Dic. 1994

Depresión vs. Síntomas comunes

Identificar causas:

- Soledad, aislamiento.
- Pérdidas funcionales.
- Imagen corporal.
- Dolor.
- Incertidumbre.
- Muerte.

Factores físicos o médicos.

- Alteraciones endócrinas.
- Infecciones.
- Medicamentos: antihipertensivos, barbitúricos, corticoesteroides, metoclopramida, AINES: antiinflamatorio no esteroide, etc.
- Anemia.
- Alteraciones electrolíticas.

Lo más frecuente que sucede en la familia cuando se tiene un enfermo:

- Trastornos en la interacción de la familia con el enfermo.
- Pérdida del equilibrio familiar,
- Miedo a convivir con el sufrimiento.
- Dudas acerca de su capacidad para cuidar al enfermo.
- Problemas que puedan aparecer al momento de la muerte.

## 5.9 BIOÉTICA

Para llevar acabo los Cuidados Paliativos es importante contar con una base bioética, que el término procede del griego: bios (vida) y ethos (ética). El objetivo principal de la bioética es la de lograr un equilibrio entre esas dos realidades: de la vida y de la ética. Debe existir una auténtica interacción. (Gómez Sancho, 1998) “Es la aplicación de las ciencias biológicas a la salud y a la calidad de vida” surgió por Van Reusselaer Potter (Martínez Arronte, 2001).

Características de la Bioética.

- Nace en un ambiente científico para proteger la vida humana y su ambiente.

- Surge de un esfuerzo interdisciplinario con unión de esfuerzos en la investigación de valores humanos
- Busca humanizar el ambiente de hospitales y promover los derechos del paciente a ejercer una sana libertad y terminar sus días con una muerte digna.
- Trata de integrar la ética con las ciencias biomédicas a fin de convencer a los profesionales de salud de la necesidad de contar con la dimensión humana de los pacientes.
- La Bioética busca hacerse presente en la investigación científica y en los centros hospitalarios para ofrecer valores morales y humanización y hacer valer los derechos del paciente.( Martínez Arronte , 2001)

## 5.10 DEBERES EN EL TRATAMIENTO PALIATIVO

### 1.- Combatir el ensañamiento terapéutico. Distanasia.

Distanasia. Del griego dis (dificultad, obstáculo) y thánatos (muerte). Muerte dolorosa. Agonía prolongada

Prolongamiento exagerado de la agonía, del sufrimiento y de la muerte de un paciente. Muerte lenta médicamente prolongada acompañada de sufrimiento. No se prolonga la vida propiamente dicha, sino el proceso de morir. Consiste en el “encarnizamiento o ensañamiento terapéutico”. Práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo, de un anciano o de un moribundo, sin esperanza humana de recuperación y utilizando para ello no sólo los medios ordinarios, sino extraordinarios, muy costosos en sí mismos o en relación con la situación económica del enfermo y su familia.

### 2.- Hacer lo correcto. Ortotanasia.

Ortotanasia. Del prefijo griego orto (correcto) y thánatos (muerte)

Consiste en dejar morir a tiempo sin emplear medios desproporcionados y extraordinarios. Es sensible al proceso de humanización de la muerte y al alivio del dolor. Es una muerte digna del enfermo terminal

3.- Exigir respeto por lo expresado por el enfermo.

Se debe encontrar juntos, a través de una buena comunicación, cuáles son sus deseos, prioridades y objetivos del tratamiento y su posible participación. El enfermo es un ser autónomo que tiene derecho a decidir sobre sí mismo y, por tanto ha de ser informado adecuadamente sobre cualquier actuación médica.

4.- Devolver a la muerte su carácter humano.

## 5.11 CLASIFICACIÓN DE LA EUTANASIA

Eutanasia. Deriva del griego Eu (bien) y thánatos (muerte)

Es todo acto u omisión cuya responsabilidad recae en personal médico o en individuos cercanos al enfermo, y que ocasiona la muerte inmediata de éste con el fin de evitarle sufrimientos insoportables o la prolongación artificial de su vida.

Se le califica de directa o indirecta en cuanto existe o no la intención de provocar primariamente la muerte en las acciones que se realizan sobre el enfermo terminal, se distingue entre la eutanasia como acción y la eutanasia como omisión (dejar morir). Su equivalente sería eutanasia activa y eutanasia pasiva, respectivamente. También se utilizan, en forma casi sinónima, las calificaciones de positiva y negativa respectivamente.

1. Eutanasia directa: Adelantar la hora de la muerte en caso de una enfermedad incurable, esta a su vez posee dos formas:

Activa: Consiste en provocar una muerte indolora a petición del afectado cuando se es víctima de enfermedades incurables muy penosas o progresivas y gravemente invalidantes.

Pasiva: Se deja de tratar una complicación, con lo cual se precipita el término de la vida; es una muerte por omisión. La eutanasia pasiva puede revestir dos formas: la abstención terapéutica y la suspensión terapéutica. En el primer caso no se

inicia el tratamiento y en el segundo se suspende el ya iniciado ya que se considera que más que prolongar el vivir, prolonga el morir

2. Eutanasia indirecta: Consiste en efectuar procedimientos terapéuticos que tienen como efecto secundario la muerte, por ejemplo la sobredosis de analgésicos. Aquí la intención, sin duda, no es acortar la vida sino aliviar el sufrimiento, y lo otro es una consecuencia no deseada aparentemente.

Otros conceptos relacionados son: Suicidio asistido: Significa proporcionar en forma intencional y con conocimiento a una persona los medios o procedimientos o ambos necesarios para suicidarse, incluidos el asesoramiento sobre dosis letales de medicamentos, la prescripción de dichos medicamentos letales o su suministro. Se plantea como deseo de extinción de muerte inminente, porque la vida ha perdido razón de ser o se ha hecho dolorosamente desesperanzada.

Mistanasia. Del griego *mys* (infeliz) y *thánatos* (muerte)  
La muerte que ocurre con abandono, social, médico y espiritual. Sería éticamente reprobable abandonar a un paciente cuando rechaza determinado tratamiento.

Kubler-Ross (1993:17) respecto a los niños que por su enfermedad se van debilitando y se acercan a la muerte, preguntarán a su mamá: ¿voy a morirme? Es que “un niño sabe (no conscientemente, sino por intuición) cuál será el término de su enfermedad. Todos los pequeños tienen conciencia - no a nivel intelectual, sino espiritual – si está próximo a morir”.

Para Feifel (1963, cit, por May) a menudo la crisis de la persona no consiste en el hecho de aguardar la muerte *per se*, sino en pensar en no haber aprovechado el tiempo, en lo que no realizó, en el desaprovechamiento de sus capacidades, en los males infligidos y evitables. “La tragedia que así se pone de manifiesto es que

el hombre muere prematuramente y sin dignidad, que la muerte no ha llegado a ser realmente “su muerte propia”.

No hay que esperar a sentirse morir, para aprender a vivir.

#### 5.12 LOS DERECHOS DEL PACIENTE TERMINAL. POR LA OMS. (Ginebra, 1990)

- ❖ Estar libre de dolor.
- ❖ Ser tratado con humanismo hasta el momento de su muerte.
- ❖ Mantener una esperanza, cualquiera que ésta sea.
- ❖ Tener la posibilidad de expresar sus sentimientos, deseos y emociones frente a la cercanía de su muerte
- ❖ Recibir la atención de médicos y enfermeras para lograr el máximo confort.
- ❖ Ser cuidado por personas sensibles y competentes.
- ❖ Obtener una respuesta honesta, cualquiera que sea su pregunta.
- ❖ Conservar su individualidad y no ser juzgado por sus decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros.
- ❖ No ser engañado.
- ❖ Recibir ayuda de su familia y para su familia en la aceptación de su muerte.
- ❖ No morir solo.
- ❖ Morir en paz y con dignidad.
- ❖ Que su cuerpo sea respetado después de su muerte.

### 5.13 ANÁLISIS DE LA NOVELA “LA MUERTE DE IVÁN ILICH” DE LEÓN TOLSTOI.

Por medio de la literatura se puede tener un atisbo de diferentes fenómenos, para May (2000) las obras clásicas, expresan aspectos de la experiencia humana. “Porque la literatura es la autointerpretación de los seres humanos a lo largo de la historia”. La literatura tiene símbolos y mitos perdurables que expresan la esencia de lo que significa la vida.

El análisis del libro de Tolstoi “La muerte de Iván Ilich” es un ejemplo de ello. Novela del Siglo XIX, que puede ser tan actual como el Siglo XXI

Tolstoi en 1886 escribe “La muerte de Iván Ilich”, en la que el personaje se va enfrentando a su propia muerte y describe esas etapas que el paciente sufre en ese proceso y como el horror, más que de la muerte, es el vacío de su propia vida.

La trama del relato se inicia con la noticia de la muerte de Iván Ilich que llega al juzgado donde trabajaba. Las reacciones de sus colegas oscilan entre la vaga inquietud ante la muerte ajena y la frivolidad terrenal donde cada uno piensa qué pasará con el cargo que deja vacante el finado y qué provecho se podrá sacar de la vacante.

Iván Ilich es un funcionario que gracias a sus relaciones sociales y su destreza con personas influyentes logra el ascenso social: de juez de instrucción a miembro del Tribunal Supremo. Su matrimonio, al igual que su vida es por conveniencia y, aunque no le proporciona felicidad personal, se conforma con él, le permite vivir “como debe ser” Siglo XIX. Tiene tres hijos de los cuales uno murió.

Un día, dio un resbalón y cayó; se dio un golpe en el costado contra el marco de la ventana. Le dolió un poco, pero aquel dolor pasó pronto. Fue un golpe aparentemente insignificante que, no obstante, causó daño en algún órgano interno.

Al pasar los días, comienza “el gusto extraño que Iván Ilich sentía a veces en la boca y la molestia que experimentaba, decía él en el lado izquierdo del vientre”. Esa sensación de molestia se hizo más penosa, era una especie de pesadez continua, y el humor le cambió; empezaron las disputas familiares. Su esposa “llegó incluso a desearle la muerte, pero esa muerte la hubiese privado del sueldo de Iván Ilich, y eso la molestaba más todavía”.

Fue a ver al médico, pero él no le aclara, “esta enfermedad, ¿es peligrosa o no?”. **(El paciente tiene derecho de saber la verdad, máxime si lo pide)** Su estado va empeorando paulatinamente a pesar de los esfuerzos de los médicos. “El dolor no disminuía; pero Iván Ilich se esforzaba en persuadirse de que iba mejor. Y llegaba a mentirse tanto, que nada podía ya inquietarlo”. **(Negación)**

“Y se enojaba contra las molestias y contra la gente que le causaba disgustos y que lo iba matando; y aunque comprendiera que aquella cólera le hacía mucho daño, no podía resistirse a ella”. **(Ira)**.

Su enfermedad aumentaba. “Pero cuando consultaba a los médicos, le parecía que su estado empeoraba, incluso muy rápidamente; y a pesar de eso, no dejaba de acudir a los médicos”. **(Esperanza)** “Sus fuerzas menguaban” **(Astenia)** “su apetito disminuía” **(Anorexia)**. Su familia, su mujer, y su hija no comprendían nada, ellas se irritaban al encontrarlo tan exigente, tan triste. “Aunque se esforzaban en disimularlo, él adivinaba que les era un estorbo. Y se veía obligado a vivir así, al borde del abismo, completamente solo, sin un ser que lo comprendiera y que le tuviese lástima” **(Depresión)**



Controlada su enfermedad aquello duró unos meses. De repente sintió “aquel dolor que conocía también, sordo, obstinado, persistente, misterioso, (**dolor físico y el sufrimiento psicológico están interrelacionados**) Y en la boca de nuevo aquel gusto detestable; tuvo náuseas y la cabeza le dio vueltas” Esto obliga a Iván Ilich a enfrentarse con la visión de su propia muerte, exclama.

-“¡Dios mío! ¡Dios mío!-dijo-¡Aquí está de nuevo, y ya no cesará nunca!”

“Y súbitamente (**Insight: Freud considera el insight como la recuperación consciente de los recuerdos reprimidos**) la cosa se le presentó desde un punto de vista completamente distinto”. –Pensó- no se trata del apéndice o del riñón, “sino de la vida..., y de la muerte. Sí la vida estaba ahí y ahora se va, se va y no puedo retenerla .Sí, ¿para qué mentirme a mi mismo? ¿No es evidente para todo el mundo y para mí que me muero y que ya no es cuestión más que de semanas, de días..., quizá ahora mismo ¿ Antes había luz aquí y ahora hay tinieblas. Yo estaba aquí, y ahora voy... ¿A dónde? Cuando ya no exista, ¿qué habrá? No habrá nada, entonces ¿dónde estaré cuando ya no exista? ¿Es esto morir? No, no quiero”. Le sobrecogió un frío, se le detuvo la respiración (**Disnea**), solo sentía los latidos de su corazón (**Angustia, Miedo**)

“Iván Ilich veía que se moría, y estaba desesperado. En el fondo de su alma sabía muy bien que se moría. En el transcurso de tercer mes de enfermo, comprendió Iván Ilich, que todo el interés que sentían los demás por su situación, era saber cuándo se moriría. Dormía cada vez menos. Le daban opio y le ponían inyecciones de morfina. (**Control del Dolor**). Pero aquello no lo aliviaba, el dolor no quiere ceder.

Un día al no poder subirse los pantalones vio con terror sus desnudas y descarnadas manos, así como sus músculos (**Caquexia, pérdida de la masa muscular, extrema desnutrición**). Guerassime el campesino que ayudaba a Iván Ilich atender sus necesidades lo hacía con gusto, hábilmente, con sencillez y con una bondad que enternecía a Iván Ilich El no le mentía, tenía piedad de su amo,

con franqueza le dijo una vez- Todos morimos. ¿Por qué molestarse por su trabajo?- no le resultaba penoso precisamente porque lo hacía por un moribundo. Iván Ilich “hubiera querido que le tuvieran compasión, o lástima, como a un niño pequeño que se encuentra enfermo. Sentía ganas de que lo acariciasen, de ser besado, de que llorasen cerca de él, como se acaricia y se consuela a los niños.”

**(Necesidad de compartir su sufrimiento, de no sentirse solo, abandonado)**

Lloraba a causa de su impotencia, de su terrible soledad, de la crueldad de la gente, de la crueldad de Dios, de la ausencia de Dios, y le pregunta “¿Para que has hecho todo esto? ¿Para qué me has traído aquí? ¿Por qué, por qué me atormentas así?...”.

Aunque no esperaba respuesta lloraba porque no la había ni podía haberla. El dolor se agudizó, pero él no se movió, ni llamo a nadie. Se dijo: “¡Está bien, otra vez...,golpéame más fuerte! Pero, ¿por qué? ¿Qué te he hecho yo?... ¿Por qué?”. Iván Ilich se calmó y no sólo cesó de llorar, sino que retuvo el aliento y todo él se puso a escuchar, pero era como si escuchara, una voz silenciosa, una voz de su alma, el curso de sus pensamientos que fluía dentro de sí. **(Acceso a la experiencia espiritual)** “¿De qué tienes necesidad?” fue la primera idea, ¿De qué?...De no sufrir. ¡De vivir!”, se respondió. “¿Vivir? ¡Vivir cómo?” preguntó la voz de su alma.

Empezó a repasar en su imaginación los mejores momentos de su vida agradables, pero, cosa rara, todos, excepto los primeros recuerdos de su infancia fueron hermosos, algo con lo que sería posible vivir si pudiese volver, y todas las alegría que había vivido, le parecen dudosas y vacías. Se tendió de espaldas y se puso a examinar su vida desde un punto de vista nuevo.

Un par de horas antes de su muerte, su hijo, el colegial, entra calladamente y se acerca a su padre, moribundo (**Fase terminal**) seguía gritando desesperadamente y agitando los brazos. Su mano cayó sobre la cabeza del muchacho. Éste la cogió, la apretó contra su pecho y rompió a llorar. Abrió los ojos y miró a su hijo, su mujer

se le acercó. En ese mismo momento Iván Ilich se hundió, vio la luz y se le reveló que, aunque su vida no había sido como debiera haber sido, se podría corregir aún. (**Aceptación**)

Y de pronto vio claro que lo que le había estado sujetando y no lo soltaba era que les tenía lástima a todos, era menester hacer algo para no hacerles daño: liberarlos y liberarse de esos sufrimientos.”¡Qué hermoso y que sencillo-pensó-, ¿Y el dolor? –Se preguntó-, ¿A dónde se ha ido? ¿Dónde estás dolor? Y prestó atención. “Sí, aquí está .bueno. ¿Y qué? Que duela “Y la muerte... ¿dónde está?” Buscaba su anterior y habitual temor a la muerte y no lo encontraba” ¿Dónde está? ¿Qué muerte? No había temor alguno porque tampoco había muerte.

En lugar de muerte había luz

Conclusión:

Cuándo muestra la posibilidad de superar el miedo a la muerte y la desesperación por el sin sentido de su propia vida, gracias al encuentro con su hijo, representa una aceptación de la muerte. Y en el último momento antes de perder definitivamente la conciencia, el amor y la compasión hacia su familia, le da fuerza extraordinaria para aceptar su propia muerte.

Nota: no se esta analizando la personalidad de los protagonistas.

Todo esto está en mí.  
No sé lo que es, pero sé que está en mí.

Angustiado me he retorcido por sacar de mi corazón  
todo cuanto poseía...  
Ahora mi cuerpo está tranquilo y quiero dormir...  
dormir...dormir.

No sé qué es esto.  
Es algo que no se ha dicho nunca...  
Algo sin nombre que aún no está en el lenguaje ni  
en el símbolo.

Es algo que gira más que la Tierra en que yo giro  
y me anuncia que la creación es el abrazo del amante  
que nos despierta.

Tal vez pudiera decir más.  
Acaso este poema no es sino un expediente en que he  
abogado por todos...  
en el que he dicho por ti y por mí.

que la muerte no existe,  
que el mundo no es un caos...  
que es forma,  
unidad...  
plan...Vida Eterna... ¡Alegría!

Walt Whitman

## **6. PROPUESTA DE UN TALLER “DEL DOLOR Y DESESPERANZA ANTE LA MUERTE”.**

### **JUSTIFICACION:**

El objetivo de crear este taller, es aliviar el sufrimiento de las personas de la tercera edad, de los enfermos terminales, familiares y dolientes, para que al compartir la información, comprender su enfermedad y su proceso tengan menos angustia, menos dolor, menos desesperanza ante la incertidumbre.

El dar apoyo psicológico ante el impacto emocional que aparece casi de forma inmediata, ante una enfermedad incurable, o a la muerte de un ser querido, es cuando la mente tiende a bloquear la realidad, que no se queda a nivel cerebral la negación de “no puede ser”, se queda a nivel corazón, es necesario dar soporte en intervención de crisis, para poder sacar esas emociones, y que posteriormente no dañe a la persona que esta sufriendo.

EL crear conciencia de que las personas de la tercera edad, es una población que se está incrementando, que existe poco interés en apoyarlos, que las personas que los rodean no toman en consideración que el ser humano es un fin en sí mismo, no es un medio, no es una cosa, es una persona por lo que es, por su trascendencia.

Lo que está detrás de estas experiencias, es en muchos casos, la crisis ante la enfermedad, la vejez pero también una falta de guía y orientación por parte de la familia en su labor más importante: proporcionar el cuidado, la atención, y el respeto del enfermo.

Las causas pueden ser muy diversas, pero lo cierto es que la falta de apoyo emocional y de sentido de vida, redundan en la calidad de vida del enfermo y de las personas adultas mayores.

Durante las sesiones, el propósito e interés es ofrecer herramientas, para que las personas que participen, puedan tener una orientación, prevención o apoyo en los temas a trabajar, con la finalidad de poder reestructurar, de poder concientizar para que las personas al conocer sus emociones, les permita reconciliarse con los demás si hay algo pendiente, buscar el sentido al sufrimiento, aceptar la realidad de lo que se esta viviendo, saber disfrutar el día a día, tener la experiencia espiritual con la vida misma, estar en paz, para ayudarse, y poder ayudar a otros.

## OBJETIVOS GENERALES

1. Implementar en los hospitales, centros de salud, e instituciones que lo requieran el taller del dolor y desesperanza ante la muerte, creando un espacio de reflexión conjunta entre los profesionales de la salud y personas interesadas, a través de sesiones que aborden temas referentes al proceso de morir.
2. Que las personas recuperen el equilibrio emocional que tenían antes de los acontecimientos para poder enfrentarse a sus circunstancias que estén viviendo, y si lo necesitan canalizarlos a una terapia ya sea individual o de grupo.
3. Examinar de manera conjunta con los profesionales de la salud y personas interesadas la diversidad de temas concernientes al estudio de las etapas de la muerte, las emociones, y la búsqueda de acciones preventivas o de contención y recuperación emocional, para el enfermo y la familia.
4. Apoyar y acompañar a los profesionales de la salud y personas interesadas en su responsabilidad de dar orientación e información a los enfermos y familiares.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Apoyar a los adultos mayores, en todas sus necesidades, evitando el abandono, hacerlos sentir su propio valor por ser persona.
2. Ayudar a la persona que está enfrentando su propia muerte, o la de un ser querido.
3. Quitar el miedo a la muerte, a través del conocimiento y aprender a vivir el aquí y ahora.
4. Trabajar con las emociones, para prevenir enfermedades, ya que esta demostrado en las enfermedades psicosomáticas.
5. Ayudar a las familias o a las personas que están cuidando un enfermo.
6. Trabajar con una metodología de aprendizaje activa y participativa, que promueva el intercambio y el enriquecimiento entre los profesionales de la salud y las personas interesadas.
7. Sensibilizar a los profesionales de la salud y las personas interesadas acerca de la importancia de los cuidados paliativos del enfermo.
8. Construir un espacio de reflexión para los profesionales de la salud y personas interesadas en torno al papel en la familia, para el cuidado de los adultos mayores, y sus enfermos a partir de las diversas características que ésta tenga.
9. Trabajar a partir de casos reales, las diferentes problemáticas que afectan actualmente al enfermo y a la familia.

## ASPECTOS QUE SE DEBEN CONSIDERAR

Por medio de este taller será posible experimentar un aprendizaje significativo

- Aprendemos a través de la vivencia del taller.
- Cuando lo que aprendemos, se realiza a través de nuestros pensamientos, sensaciones, sentimientos y corazón.
- Si aprendemos con honestidad, responsabilidad, dando lo mejor de nosotros mismos. Cuando asumimos nuestros roles con conciencia.
- Al crear un ambiente armónico, en donde impere el respeto ya que al conformar un grupo de personas en crecimiento merecemos ser escuchados, vistos y respetados. Esto no implica que tengo que estar de acuerdo con otros. Además de no realizar juicios, crítica ni consejos. Cada uno tiene una historia de vida y con ello una forma muy específica de analizar y resolver situaciones.

## INDICACIONES PARA EL PARTICIPANTE DEL TALLER

Estas son algunas sugerencias para un mejor aprovechamiento de las sesiones, así como un agradable ambiente de trabajo.

### TENER CONFIANZA

Para que sea un espacio de crecimiento muy importante y sentirse en confianza, al no recibir juicios ni críticas.

### SABER ESCUCHAR

A mayor atención en el grupo, mayores serán las posibilidades de crear un ambiente propicio al intercambio de opiniones y reflexiones.



## RESPETAR OPINIONES DIFERENTES A LA PROPIA

Si respetamos la opinión de los demás, ellos respetarán la de nosotros aunque no coincidan.

## CONOCER EL PROPÓSITO

Para que el acercamiento a los temas se dé con mayor precisión, es importante escuchar con atención el propósito de los temas y resaltar los puntos que son coincidentes.

## POBLACION A QUIÉN ESTA DIRIGIDO

A los adultos mayores

A las personas que tienen una enfermedad terminal.

A las personas que tienen un familiar con enfermedad terminal, o en fase terminal.

A toda persona doliente por la muerte de un ser querido.

A toda persona que cuida un enfermo.

A toda persona interesada en conocer estos temas.

## DURACIÓN

El taller tendrá una duración de tres meses.

## TIEMPO

Las sesiones serán 1 vez por semana, con duración de 2 horas.

## PARTICIPANTES

Máximo de 20 personas, con la finalidad de proporcionar la debida atención a las preguntas y respuestas.

## LUGAR

Podrá ser impartido en hospitales, centro de salud o instituciones que lo soliciten que cuenten con las instalaciones apropiadas para ello.

## PAPEL DEL FACILITADOR

Este debe de ser desempeñado por una persona que domine estos temas relacionados con la muerte, y la actitud deberá ser ante todo momento abierta, saber escuchar y comunicar, manejo adecuado de las habilidades y las técnicas que permitan el desarrollo de la empatía así como tampoco debe de perder de vista que las personas por más enfermas que estén, no dejan de ser personas.

## 6.1 FORMATO DEL TALLER

TALLER "DEL DOLOR Y DESESPERANZA ANTE LA MUERTE"					
NO.	NOMBRE DE LA SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	MATERIAL	TIEMPO
1	Bienvenida al taller	Dinámica de Integración. Encuadre de la sesión. Cierre	Ayudar a los participantes del grupo, para que se conozcan. Identificar actitudes que ofrecen un ambiente de confianza y de trabajo de grupo. Dar por concluidas las actividades, en un clima seguro. Ejercitar en los participantes el contacto físico del abrazo.	Gafete, o etiquetas autoadheribles. Hojas de rotafolio y/o acetato, con las reglas del encuadre.	2 horas
2	Muerte Social	Por exclusión, jubilación, etc.	Que los participantes descubran que nunca es tarde, aún para los adultos mayores el amar y soñar.	Diapositivas, hojas blancas, lápices, DVD, Proyector, Película de "Elsa & Fred"	2 horas
3	Proceso de Morir	Etapas de la muerte de Kúbler-Ross. Y el proceso de morir en fase terminal	Los participantes deben identificar las etapas del proceso de morir. Y el impacto emocional que genera.	Diapositivas, hojas blancas, lápices, copias de un extracto de la novela de León Tolstoi "La muerte de Iván Ilich".	2 horas
4	Vínculos Afectivos	Origen del vínculo. Y la importancia de los vínculos en la vida.	Que los participantes reconozcan la importancia de los vínculos afectivo, a través de su propia historia familiar y	Diapositivas, hojas blancas, lápices, fotografías o algo significativo que los participantes hayan traído. (Cartas, tarjetas, etc).	2 horas

			social.		
5	Duelo	Etapas del duelo de Kavanaugh.	Que los participantes conozcan el impacto emocional que genera la pérdida de un ser querido, a través de la dinámica. Que contacten con sus emociones ante sus pérdidas que hayan tenido.	Diapositivas, hojas blancas, lápices, flores, cuatro velas tipo cirio, mesa, sábana blanca.	2 horas
6	Miedos	Los miedos del moribundo. Los miedos ante la muerte del participante.	Que los participantes identifiquen sus miedos ante la muerte y el malestar emocional que les genera.	Diapositivas, copias del cuestionario "Miedos ante la muerte".	2 horas
7	La culpa y el perdón	Sentimientos de culpa del enfermo ante la muerte de acuerdo a las investigaciones de Feifel, y sentimientos de culpa y perdón del doliente.	Reconocer los sentimientos de culpa, el saber perdonarse, el perdonar a otros.	Diapositiva, copias de los siguientes cuestionarios: sobre el sentimiento de culpa con seis reactivos, el perdonarse a sí mismo con seis reactivos, perdonar a otros con siete reactivos, hojas blanca, lápices, dos cestos de basura pequeños.	2 horas
8	Pérdidas	Pérdidas a lo largo de la vida. La elaboración del duelo.	Reconocer las pérdidas que se han tenido en la vida y soltar las cosas a las cuales nos aferramos para elaborar el duelo.	Diapositivas, copias del cuento del "alpinista" de Jorge Bucay.	2 horas
9	Cuidados	El conocimiento	Conocer los	Diapositivas, hojas	2 horas

	Paliativos	de los cuidados paliativos.	objetivos y la meta de cuidados paliativos, e informar que es la distancia.	blancas, lápices, DVD, proyector, película "Ganas de Vivir"	
10	Espiritualidad	Importancia de la espiritualidad.	Conocer la diferencia entre espiritualidad y religiosidad.	Diapositivas, hojas blanca, lápices, cuestionario de hoja de vida y clarificación de valores, hojas de rotafolio, plumón.	2 horas
11	Emociones	Definición de emociones	Reconocer las sensaciones corporales de las emociones	Diapositivas, hojas blancas, lápices, copias del cuestionario Autorreflexión de mis emociones, copias del cuento de "seis mineros" de Jorge Bucay.	2 horas
12	Somos seres de luz	Cierre del Taller	Sentir la luz y despedir a los seres queridos con esa luz.	Reproductor de CD's, disco CD que consiste en una meditación de Erick Estrada, veladoras, encendedor.	2 horas

## 6.2 DESARROLLO DEL TALLER

### SESION 1: BIENVENIDA AL TALLER

TEMA: Dinámica de Integración.

OBJETIVO: Ayudar a los participantes del grupo de manera más profunda, para que se conozcan.

MATERIAL: Gafete (pueden ser etiquetas autoadheribles) con el nombre de los participantes. (Se les pide que escriban, como les gustaría ser nombrados)

#### ACTIVIDAD A DESARROLLAR:

- 1.1 El facilitador explicará que se hará una actividad para conocerse entre ellos.
- 1.2 El facilitador formará subgrupos de 2 personas, orientando a todos para que, procuren hacer un trabajo de conocimiento mutuo. (¿Cómo me llamo, Por qué estoy aquí, Qué espero del taller, Cómo te sientes cuando percibes esto? Describir a tres personas que más quieran en la vida).
- 1.3 Posteriormente se forma el círculo mayor; corresponde a cada participante presentar a su compañero del subgrupo de dos. El que hace la presentación quedará de pie. Persona que está presentando usando la primera persona, como si fuese ella misma la que se presenta, (ejemplo: si su compañera dijo llamarse Marina, se presenta como Marina).
- 1.4 Aquel que ésta siendo presentado no puede intervenir, hasta el final haciendo la pregunta. ¿Cómo te sientes, te sentiste ser escuchado? Algo de lo que quieras hablar. El facilitador, al final de la actividad, dará las gracias por todo lo que compartieron y les dirá que ya se conocen pero en el transcurso del taller se conocerán aún más.

Es importante:

- Que el facilitador, pase cercano a los equipos formados observando y escuchando para ir haciendo un análisis de estos comentarios. Revisar que están haciendo contacto visual.

TEMA: Encuadre de la sesión.

OBJETIVO: Identificarán actitudes que ofrecen un ambiente de confianza y de trabajo en el grupo

MATERIAL: Hojas de rotafolio y/o acetato, con las reglas del encuadre.

.ACTIVIDAD A DESARROLLAR:

2.1 El facilitador hablará de la importancia que tiene, para el grupo, el poder estar y sentirse seguro en un ambiente de confianza y para ello, se requiere establecer reglas.

2.2 Por medio del rotafolio, el facilitador puntualizará cada aspecto. Leyendo y explicando cada punto en forma sencilla.

ENCUADRE:

1.- **Participación Abierta:** Es importante que los participantes se sientan a gusto, es por ello que se respeta su tiempo de adaptación, si en ese momento no quieres participar puedes pasar o cambiar tu turno.

2.- **Escuchar:** Todos los seres humanos nos hacen sentir bien si somos escuchados, más aún cuando se trata de sentimientos, es por ello que cuando alguien nos haga partícipe de su experiencia sea escuchado con atención, mostrando interés a lo que nos comparte. Ello motiva a los demás a participar.

3.- **El tiempo:** Tenemos que considerar que el tiempo durante la sesión nos pertenece a todos, evitando hablar mucho, esto genera que otros hablen poco o no participen; resulta fundamental que todos puedan ser escuchados. Solicitar al grupo que sea compartido el tiempo, para que todos tengan la oportunidad de ser escuchados, reconocido, aceptados, etc.

4.- **No juicios, Consejos y Crítica:** Es un taller vivencial de desarrollo humano, es importante aceptar a los demás como seres valiosos e irrepetibles. La verdad nadie la tiene es por ello que no se debe dar consejos.

5.- **Lo que se escuche aquí:** No se comenta fuera, se comparten intimidades que lastimarían la confianza.

2.3 Al término de este encuadre se invitará a los participantes a sugerir algunos otros aspectos que no se abordaron.

Es importante:

- Dar la oportunidad a los participantes para sugerir y adicionar reglas en el encuadre.
- Es recomendable tener colocado en un espacio visible el encuadre durante cada sesión.
- Se recomienda dejar la frase de la sesión en un lugar visible.

TEMA: Cierre

OBJETIVOS:

- Dar por concluidas las actividades de la sesión.
- Cerrar emociones en un clima seguro
- Ejercitar en los participantes el contacto físico del abrazo.



**ACTIVIDAD A DESARROLLAR:**

- 3.1 El facilitador invita a que el grupo se integre haciendo un círculo humano, deben estar lo más cerca el uno del otro, tomándose de la mano.
- 3.2 El facilitador les solicitara a los participantes que se abracen con los con los compañeros que estén más cercanos.
- 3.3 Al final el facilitador, toma la palabra agradeciendo lo que se compartió en el grupo, reconociendo de cada uno el interés de estar presente en esa sesión; que se den cuenta que hubo un cálido acompañamiento del grupo, que se les reconoce como seres irrepetibles y únicos.

**Es importante:**

- Puntualizar la hora y día de la siguiente sesión
- Agradecerles y felicitarlos por su asistencia y participación.
- Nunca dejar de realizar el abrazo grupal.

## MUERTE SOCIAL

### SESIÓN 2

TEMA: Por exclusión, jubilación, etc.

OBJETIVO: Que los participantes descubran que nunca es tarde, aún para los adultos mayores el amar y soñar.

MATERIAL: Diapositivas, hojas blancas, lápices, DVD, Proyector, Película de “Elsa & Fred”, cuyo argumento consiste que el tiempo que les queda de vida, es precioso, se enamoran y lo disfrutan. Ella tiene 82 años es un poco mayor que él.

#### ACTIVIDAD A DESARROLLAR:

2.1 El facilitador explica a través de una presentación en PowerPoint (diapositivas) lo que es la muerte social. ( ver apartado 1.9)

2.2 El facilitador proyecta la película de “Elsa & Fred”

.

2.3 Al final, les entregará hojas blancas y un lápiz; para que los participantes en forma individual contesten las siguientes preguntas.

Dar un breve resumen de la película.

¿Qué escena te impresionó más? ¿Por qué?

Si los protagonistas fuera algún miembro de su familia, ¿qué piensan?

¿Cómo apoyarían o ayudarían a la pareja?

¿Si no estás de acuerdo? ¿Por qué?

2.4 A través de una lluvia de ideas, los participantes realizaran sus aportaciones y se llevará a cabo un análisis.

2.5 Cierre (Abrazo grupal)

## PROCESO DE MORIR

### SESIÓN 3

TEMA: Etapas de la muerte de Kübler-Ross. Y el proceso de morir en fase terminal.

OBJETIVO: Los participantes deben identificar las etapas del proceso de morir. Y el impacto emocional que genera.

MATERIAL: Diapositivas, hojas blancas, lápices, copias de un extracto de la novela de León Tolstoi “La muerte de Iván Ilich”

#### ACTIVIDAD A DESARROLLAR:

3.1 El facilitador explica a través de una presentación en PowerPoint (diapositivas), las etapas de la muerte de Kübler-Ross y el proceso de morir en fase terminal. (ver apartado 2 y 5.3)

3.2 Posteriormente les hará entrega a los participantes, las copias del extracto de la novela de León Tolstoti “La muerte de Iván Ilich”.

3.3 Uno de los participantes, leerá en voz alta el extracto de la novela “La muerte de Iván Ilich”

3.4 Los participantes deberán identificar las etapas de la muerte de Kübler-Ross y el proceso de morir en fase terminal. Y contestar las siguientes preguntas:

¿La identificación de las etapas, son las correctas por ser obvias?

¿El protagonista de la novela se relaciona con algún familiar o persona que hayan conocido en estas circunstancias?

¿Cómo les afecta si se identifican con el personaje?

¿Qué les gustaría poner si fuera su propia novela?

3.5 Al final los participantes darán sus respuestas, formando grupos de cuatro personas para compartir sus experiencias y por último las personas que quieran participar a todo el grupo su experiencia será escuchada, y todos podrán participar.

3.6 El facilitador, pedirá a los participantes que en la siguiente sesión No. 4 traigan una o dos fotografías significativas de cada etapa de su vida: infancia, adolescencia, juventud, adultez y etapa actual y objetos significativos que sean de suma importancia para el participante, ejemplo, cartas, tarjetas etc.

3.7 Cierre. (Abrazo grupal)

## VÍNCULOS AFECTIVOS

### SESIÓN 4

TEMA: Origen del vínculo. La importancia de los vínculos en la vida.

OBJETIVO: Que los participantes reconozcan la importancia de los vínculos afectivos, a través de su propia historia familiar y social.

MATERIAL: Diapositivas, hojas blancas, lápices, fotografías o algo significativo que los participantes hayan traído. (Cartas, tarjetas, etc.)

#### ACTIVIDAD A DESARROLLAR:

4.1 El facilitador explica a través de una presentación en PowerPoint (diapositivas) el origen y desarrollo del vínculo afectivo. (ver el apartado 3.2)

4.2 El facilitador con antelación (sesión anterior No. 3) habrá pedido a los participantes, que trajesen a esta sesión una o dos fotografías muy significativas de cada etapa de su vida: infancia, adolescencia, juventud, adultez y etapa actual y objetos significativos que sean de suma importancia para el participante, ejemplo, cartas, tarjetas etc. El facilitador dará las siguientes instrucciones a los participantes: por favor hagan las sillas a un lado para que busquen un lugar cómodo en el suelo en donde puedan sentarse, y extender sus fotografías frente a ustedes y acomodarlas cronológicamente para observarlas detalladamente, tratando de recordar y revivir los momentos con las personas queridas.

4.3 Ahora que están en el lugar cómodo que escogieron, el facilitador les proporcionará hojas blancas y lápiz para que escriban esos momentos tan importantes de su vida.

4.4 Una vez concluida esta tarea, el facilitador les pedirá que formen grupos de cuatro personas, para que compartan sus experiencias vividas.

4.5 Al final se les pedirá que si alguien desea compartir a todo el grupo sus experiencias serán escuchadas y nos enriquecerá a todos los integrantes.

4.6 Cierre. (Abrazo grupal)

## DUELO

### SESIÓN 5

TEMA: Etapas del duelo de Kavanaugh.

OBJETIVO: Que los participantes conozcan el impacto emocional que genera la pérdida de un ser querido. Que contacten con sus emociones ante sus pérdidas que hayan tenido.

MATERIAL: Diapositivas, hojas blancas, lápices, flores, cuatro velas tipo cirio, mesa, sábana blanca.

#### ACTIVIDAD A DESARROLLAR:

5.1 El facilitador explica a través de una presentación en PowerPoint (diapositivas) las etapas del duelo de Kavanaugh. (ver apartado 3.3)

5.2 El facilitador junto con el grupo colocarán las sillas en forma de herradura y en la abertura de la herradura se pondrá una mesa con una sábana blanca, encima unas flores y en las esquinas de la mesa las velas tipo cirio.

5.3 En seguida el facilitador, les entregará las hojas blancas y los lápices, para que escriban una o varias cartas dirigidas a sus seres queridos muertos, para que expresen todo aquello que no pudieron manifestarle o decirle cuando él o ella se encontraba con ustedes compartiendo la vida.

5.4 Una vez terminadas las cartas de escribir se les pedirá a los participantes, que cada uno de manera espontánea se ponga de pie en dirección a la mesa y lea sus cartas.

5.5 Cierre. (Abrazo grupal)

## **MIEDOS**

### **SESIÓN 6**

**TEMA:** Los miedos del moribundo. Los miedos ante la muerte del participante.

**OBJETIVO:** Que los participantes identifiquen sus miedos ante la muerte y el malestar emocional que les genera.

**MATERIAL:** Diapositivas, copias del cuestionario “Miedos ante la muerte”

#### **ACTIVIDAD A DESARROLLAR:**

6.1 El facilitador explica a través de una presentación en PowerPoint (diapositivas) los miedos del moribundo. (ver apartado 5.8)

6.2 El facilitador les pedirá a los participantes que dejen sus cosas en su lugar y formen una fila india, en el corredor, después les dirá que se tomen los hombros, cierren los ojos ya que serán guiados por el compañero/a que tienen en frente y así es como entraran al lugar donde se esta llevando a cabo la sesión. Una vez que todos estén enfrente del salón, se irán a sus lugares, para que nos comuniquen que sintieron y si confiaron en su compañero/a que los iba guiando.

6.3 En seguida se les hará entrega del cuestionario “Miedos ante la Muerte” para que lo contesten.

6.4 Después les pedirá que formen grupos de cuatro personas para que compartan sus sentimientos.

6.5 Por último, les pedirá que la persona que elijan como representante, comparta con todo el grupo, los miedos que son más manifiestos en su grupo.

6.6 Cierre. (Abrazo grupal)



## LA CULPA Y EL PERDON

### SESIÓN 7

TEMA: Sentimientos de culpa del enfermo ante la muerte de acuerdo a las investigaciones de Feifel, y sentimientos de culpa y perdón del doliente.

OBJETIVO: Reconocer los sentimientos de culpa, el saber perdonarse, el perdonar a otros.

MATERIAL: Diapositivas, copias de los siguientes cuestionarios: sobre el sentimiento de culpa con seis reactivos, el perdonarse a sí mismo con seis reactivos, perdonar a otros con siete reactivos, hojas blancas, lápices, dos cestos de basura pequeños.

#### ACTIVIDAD A DESARROLLAR:

7.1 El facilitador explica a través de una presentación en PowerPoint (diapositivas) la culpa que siente el enfermo. (ver apartado 2.1)

7.2 El facilitador entregará a los participantes el primer cuestionario de reconocimiento de “sentimientos de culpa”, para que lo contesten.

7.3 Después de un tiempo se les entregará a los participantes el segundo cuestionario el “perdonarme a mí mismo”, para que lo contesten.

7.4 Una vez terminado les hará la entrega a los participantes del tercer cuestionario sobre “perdonar a otros” para que lo contesten.

7.5 Se le pedirá a los participantes que formen grupos de cuatro personas para que intercambien sus experiencias.

7.6 Por último se les pedirá a los participantes que formen un círculo, se les entregará unas hojas en blanco para que escriban aquello que no contestaron en los cuestionarios pero que necesitan expresarlo, la hoja no llevara su nombre, al terminar se doblara y se pondrá en uno de los cestos que se encuentra en medio del círculo.

7.7 Ya que todos los participantes hayan puesto sus hojas en el cesto, uno o dos voluntarios tomara un papel y leerá en voz alta al grupo lo que esta escrito, el facilitador dirá las siguientes preguntas: ¿qué sientes al escucharlo a través de otra persona? ¿Crees que al hacerlo público aunque no sepamos quien lo escribió, podemos libéranos del sentimiento de culpa? Y por último rompamos el papel, para así destruir lo que nos tiene atrapados y no hemos podido perdonar. El papel se rompe y se arroja en el otro cesto de basura que se encuentra en medio del círculo.

7.8 Cierre (Abrazo grupal)

## **PÉRDIDAS**

### **SESIÓN 8**

**TEMA:** Pérdidas a lo largo de la vida. Elaboración del duelo.

**OBJETIVO:** Reconocer las pérdidas que se han tenido en la vida y soltar las cosas a las cuales nos aferramos para elaborar un duelo.

**MATERIAL:** Diapositivas, copias del cuento del alpinista escalando la montaña de Jorge Bucay. Trata de un alpinista que está escalando y cuando apenas empezaba a subir llega una intensa nevada, se queda atrapado, pidió ayuda, nadie lo escucho, había una voz interna que le decía que se soltara y no la quería escuchar menos hacerle caso a esa voz interna, al día siguiente cuando llega la patrulla de rescate, el escalador estaba casi muerto a un metro del suelo.

#### **ACTIVIDAD A DESARROLLAR:**

8.1 El facilitador explica a través de una presentación en PowerPoint (diapositivas) las diferentes pérdidas que se tienen a lo largo de la vida. (ver apartado 3.10)

8.2 El facilitador pedirá que se formen grupos de cuatro personas para compartir las pérdidas que se han tenido a lo largo de la vida.

8.3 Después les pedirá que un representante de cada grupo, comenten al grupo en general lo que descubrieron.

8.4 El facilitador les hará entrega del cuento de Jorge Bucay y una persona voluntaria del grupo leerá en voz alta el cuento.

8.5 El facilitador les pedirá al grupo de cuatro personas que ya esta formado, que comenten entre ellos, que los podría tener atrapados y no han querido soltar para poder elaborar un duelo satisfactorio de sus pérdidas.

8.6 Se le pedirá al representante de cada grupo que comparta con todo el grupo sus experiencias.

8.7 Cierre (Abrazo grupal)

## CUIDADOS PALIATIVOS

### SESIÓN 9

TEMA: El conocimiento de los cuidados paliativos

OBJETIVO: Conocer los objetivos y la meta de cuidados paliativos, e informar que es la distanacia.

MATERIAL: Diapositivas, hojas blancas, lápices, DVD, proyector, película “Ganas de Vivir” cuyo argumento consiste en que una doctora en filosofía tiene cáncer, pero es atendida en el estadio 3 y 4 y empieza a recibir quimioterapia con dosis de las más altas.

ACTIVIDAD A DESARROLLAR:

9.1 El facilitador explica a través de una presentación en PowerPoint (diapositivas), todo lo relacionado a cuidados paliativos. (ver apartado, 5 y 5.10)

9.2 El facilitador proyecta la película “Ganas de Vivir”

9.3 Al terminar la película, les hará entrega de hojas blancas y lápices para que contesten las siguientes preguntas:

Haz un pequeño resumen de la película.

¿Qué te impacto? ¿Por qué?

¿Qué tipo de tratamiento estaba recibiendo la doctora en filosofía?

¿Si tú fueras la protagonista de la película, qué elegirías como tratamiento una vez que sabes lo que es cuidados paliativos?

9.4 Se les pedirá que en forma espontánea, quien quiera compartir a todo el grupo sus inquietudes será escuchado.

9.5 Cierre: (Abrazo grupal)

## ESPIRITUALIDAD

SESIÓN: 10

TEMA: Importancia de la espiritualidad.

OBJETIVO: Conocer la diferencia entre espiritualidad y religiosidad.

MATERIAL: Diapositivas, hojas blancas, lápices, cuestionario de hoja de vida y clarificación de valores, hojas de rotafolio, plumón.

ACTIVIDAD A DESARROLLAR:

10.1 El facilitador explica a través de una presentación en PowerPoint (diapositivas) la diferencia entre espiritualidad y religiosidad. (ver apartado 5.5)

10.2 El facilitador les entregará a los participantes hojas blancas, lápices y el cuestionario hoja de vida, para que lo contesten.

10.3 Al concluir de contestar el cuestionario, se harán grupos de cuatro personas para que lo comenten entre ellos lo que les pareció más importante.

10.4 Terminado el tiempo, regresan a sus lugares, y cada uno de forma espontánea, comentaran a todo el grupo las tres últimas preguntas del cuestionario de hoja de vida que son: mi filosofía de vida es... las cualidades más importantes en mi son....la gente que me quiere me recordaría por...

10.5 El facilitador les entregara a los participantes el cuestionario clarificación de valores, para que lo contesten.

10.6 En seguida, les pedirá que uno de los participantes pase anotar la numeración que les van ir diciendo sus compañeros, para así anotar los números que coincidan todos y hacer una reflexión.

10.7 Cierre (Abrazo grupal)

## **EMOCIONES.**

### **SESIÓN 11**

**TEMA:** Definición de emociones.

**OBJETIVO:** Reconocer las sensaciones corporales de las emociones.

**MATERIAL:** Diapositivas, hojas blancas, lápices, copias del cuestionario, “Autorreflexión de mis emociones”, copias del cuento de seis mineros que se quedan atrapados en un túnel, de Jorge Bucay.

#### **ACTIVIDAD A DESARROLLAR:**

11.1 El facilitador explica a través de una presentación en PowerPoint (diapositivas) el tema de las emociones. (ver apartado 3.11)

11.2 El facilitador les hará entrega de las copias del cuento de Jorge Bucay, hojas blancas, lápices y uno de los participantes leerá el cuento en voz alta, y a todos les pedirá, que contesten las siguientes preguntas:

¿Qué importancia tienen las creencias en nuestra vida?

¿Cómo influyen las creencias negativas en nuestra vida?

¿Cómo influyen las creencias positivas en nuestra vida?

11.3 Después les pedirá que en forma espontánea, participen a todo el grupo lo que escribieron.

11.4 El facilitador les entregará el cuestionario de autorreflexión de las emociones, para que lo contesten.

11.5 Una vez contestado, les pedirá que formen grupos de cuatro personas para que intercambien sus experiencias.

11.6 Por último les dirá a todos que se hará un ejercicio de respiración y relajación, que tendrá como objetivo regular la emoción que pudiera estar sintiendo alguno de los participantes

11.7 El facilitador les dirá a los participantes que para la sesión No. 12 se presenten con ropa cómoda.

11.8 Cierre (Abrazo grupal)



## **SOMOS SERES DE LUZ**

### SESIÓN 12

TEMA: Cierre del taller.

OBJETIVO: Sentir la luz y despedir a los seres queridos con esa luz.

MATERIAL: Reproductor de CD's, disco CD, que consiste en una meditación de Erick Estrada\* cuyo contenido es que respiramos aire y también luz y esa luz puede ayudar a sanar alguna parte de nuestro organismo si esta enfermo porque somos seres de luz, veladoras (una por participante incluyendo el facilitador), encendedor.

#### ACTIVIDAD A DESARROLLAR.

12.1 El facilitador pedirá a todos los participantes que se haga un círculo y que las veladoras todas juntas se pongan en medio y se enciendan.

12.2 Ya que estén en sus lugares, poniéndose cómodos (con antelación en la sesión anterior No 11, el facilitador les pidió que trajeran ropa cómoda) empezaran a escuchar la meditación, de Erick Estrada.

12.3 Una vez terminada la meditación se les pedirá a los participantes que tomen sus veladoras y de pie, con la veladora en las manos y los ojos cerrados el facilitador les dirá: "nuestros seres queridos que se han ido son seres de luz, así como nosotros y por eso estamos unidos, si te permites escuchar tu corazón, y poder recordarlos con amor, y cobijados con esa luz que somos todos, estamos en paz."

12.4 Se les pedirá a los participantes que cada uno exprese, alguna frase u oración o lo que quieran decir para despedir a sus seres queridos que han fallecido.

12.5 El facilitador les dirá que si alguna persona quisiera expresar, algún sentimiento y querer compartirlo con el grupo, ya sentados lo escucharemos con gusto. Recordándoles que es nuestro último día.

12.6 Cierre (Abrazo grupal)

## CONCLUSIONES

El taller proporciona elementos y conocimientos para poder entender el proceso de morir y la muerte, las emociones que se experimentan por las pérdidas a lo largo de la vida, así como saber atender y comprender a un enfermo terminal que haya en casa para proporcionarle morir con dignidad.

El dar estos elementos y conocimientos va a posibilitar a los participantes, poder conceptualizar, tener un abordaje cognitivo y vivencial, sobre el dolor y la desesperanza que se experimenta ante la muerte, con la finalidad de que al tener el conocimiento esta incertidumbre, se diluya un poco, sabemos que el duelo, duele, que el dolor existe, que está en función de las características de personalidad, en función de la relación del vínculo que se tiene con la persona y el familiar, pero el conocimiento de cómo el enfermo pasa a la etapa de fase terminal, la forma en la cual se enfrenta al proceso, les da elementos para saber lo que esta sucediendo, a nivel biológico, a nivel emocional, a nivel social, a nivel espiritual.

El darse cuenta conscientemente de lo inconsciente, es traducir lo desconocido a conocido y el conocimiento intelectual proporciona siempre cierto grado de certidumbre, que impide que la persona siga o continúe en un estado inconsciente, da elementos de juicio para poder no solamente enfrentar el proceso de la pérdida o la muerte de un ser querido, sino también plantearse realmente un encuentro con ellos mismos, porque como dicen algunos autores, la muerte del otro, nos habla de la muerte de uno mismo, la muerte del otro nos habla de que una persona se va, pero nos deja algo a nosotros, pero eso es importante saber qué dejamos nosotros.

Sin olvidar que la persona envejece en un grupo familiar y social concreto hacemos ver a los participantes en el taller que, las personas adultas mayores se encuentran en desventaja al sentirse abandonados, rechazados, que se sienten que son una carga para la familia y esto origina que caigan en la desesperanza y

vean la muerte como un elemento, en el cual en un momento dado ya no tiene sentido su existencia.

Para evitar vivir en la ansiedad frente al futuro, la depresión por el pasado y la culpabilidad, por lo que pude hacer y no hice, la desesperanza por la pérdida de ilusiones o proyectos que se tuvo con la persona fallecida, o la que tenemos que cuidar, porque está enferma o es un adulto mayor, usemos la cualidades del espíritu humano, amor, compasión, tolerancia, paciencia, que proporcionan felicidad tanto a la propia persona, como a los demás. Si todo el proceso fue con amor, déjalo ir con amor, la muerte no existe en nuestro corazón, nos quedan las vivencias, los recuerdos. Y no dejar que las emociones afecten la habilidad de tomar buenas decisiones.

## BIBLIOGRAFÍA

Aguilera, D. (1976). *Control de los conflictos emocionales*. México. Ed. Interamericana.

Bailly, D y colab. (1997). *Angustia de separación*. Barcelona. Ed. Masson.

Bauab, A. (2001). *Los tiempos del duelo*. Argentina. Ed. Homo Sapiens.

Beauvoir, S. (1989). *La Vejez*. Barcelona. Ed. Edhasa.

Bellak, L. y Small L. (1980). *Psicoterapia Breve y de Emergencia*. México. Ed. Pax.

Boff, L. (2003). *Experimentar a Dios*. Santander, España. Ed. Sal Terrae.

Bowlby, J. (1983). *La Pérdida Afectiva: Tristeza y depresión*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidos.

Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación desarrollo y pérdida*. Madrid. Ed. Morata.

Bowlby, J. (1993). *El Vínculo Afectivo*. Barcelona, España. Ed. Paidos.

Bowlby, J. (1995). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona, España. Ed. Paidos.

Bucay, J. (2005). *Hojas de ruta*. México. Ed. Océano.

Caruso, I. (1972). *La separación de los amantes*. México. Ed. Siglo XXI.

Chauchard, P. (1960). *La Muerte*. Buenos Aires. Ed. Paidos.

Corominas, J. y Pascual, J. (1991). *Diccionario Crítico Etimológico*. España. Ed. Gredos.

Ellis, A. (1980). *Terapia Racional Emotiva*. México. Ed. Pax.

Estrada, E (2008) CD. *Meditación de la Luz*. Universidad Autónoma Chapingo.

Feifel, H. (1959). *The Meaning of Death*. New York. Ed. McGraw-Hill.

Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. Obras Completas. Volumen XIV. Argentina. Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. Obras Completas. Volumen XVIII. Argentina. Ed. Amorrortu.

Fromm, E. (1989). *Anatomía de la destructividad humana*. México. Ed. Siglo XXI.

Goleman, D. (1995). *La Inteligencia Emocional*. México. Ed. Javier Vergara.

Gómez Batiste, A. X. (1998). *Principios generales del control de síntomas en enfermos con cáncer avanzado y terminal*. México. Ed. Interamericana.

Gómez Sancho, M. (1998). *Medicina Paliativa. La respuesta a una necesidad*. Madrid. Ed. Arán.

Greenberg, L. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona, España. Ed. Paidós.

Kaplan, H. y Sadock, B. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid. Ed. Médica Panamericana.

- Kavanaugh, R. (1972). *Facing Death*. Penguin Books.
- Klarsfeld, A. y Revah, F. (2002). *Biología de la Muerte*. Madrid. Ed. Complutense.
- Kubler-Ross, E. (1993). *Una luz que se apaga*. México. Ed. Pax.
- Kubler-Ross, E. (2001). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona. Ed. Grijalbo Mondadori.
- Kubler-Ross, E. (2004). *La muerte: un amanecer*. Barcelona. Ed. Luciérnaga.
- Laplanche, J. (1970). *Vida y muerte en psicoanálisis*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
- Lepp, I. (1967). *Psicoanálisis de la Muerte*. Argentina. Ed. Carlos Lohlé.
- Martínez Arronte, F. (2001). *Revista Internacional de Tanatología y Suicidio*. Volumen I. Número 3.
- Martínez Arronte, F. (2008 – 2009) *Diplomado de Cuidados Paliativos*. Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. México, D.F.
- May, R. (1963). *Psicología Existencial*. Argentina. Ed. Paidós.
- May, R. (2000). *El dilema del hombre*. España. Ed. Gedisa
- Miró, J. (2003). *Dolor Crónico: Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. España. Ed. Desclée de Brouwer.
- Moreno, F. (1981). *Hombre y sociedad en el pensamiento de Fromm*. México. Fondo de Cultura Económica.

Nava-Rivera, A. (2007). *Psicobiología. Integracionista Intercurrente*. Facultad de Psicología. UNAM. México. Ed. del Autor.

Papalia, D.E. (2005). *Desarrollo humano*. México. Ed. Mc.Graw-Hill.

Rank, O. (1985). *El trauma del Nacimiento*. Barcelona, Ed. Paidós

Reoch, R. (1998). *Morir Bien*. Barcelona, España. Ed. Oniro.

Reyes,Z.L. (1996). *Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y a su familia*. Curso Fundamental de Tanatología. Tomo III. México.

Rojas, S.C. (2004) *Cuidado del enfermo crónico y terminal*. Zapopan, Jal., México. Ed. Religiosos Camilos.

Rojas Santes, C (2008) *VII Congreso Nacional de Tanatología*. México, D.F.

Saunders, C. (1980). *Cuidados de la Enfermedad Maligna Terminal*. Barcelona. Ed. Salvat.

Sherr, L. (1992). *Agonía, muerte y duelo*. Ed. El Manual Moderno

Slaikeu, K. (1996). *Intervención en Crisis*. México. Ed. Manual Moderno

Sosa Morfa, E. (2008) taller *El perdón y la culpa*. Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. México, D.F.

Speck, P. (1993). *Spiritual issues in palliative care, en D. DOYLE, GWC HANKS*. Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford University Press, Oxford.



Thomas, L. (1983). *Antropología de la Muerte*. México. Fondo de Cultura Económica

Tolstoi, L. (2004). *La muerte de Iván Ilich*. México. Ed. Tomo

World Health Organization. (1990) *Cancer Pain Relief and Palliative: a report of an OMS expert comité*. Geneva: OMS

(1) <http://www.cancer.gov/español/cuidados-medicos-apoyo/duelo/Patient/page9-65k>

Consultado el día 15/02/09 a las 10.15 a.m.

(2) <http://www.mailxmail.com/curso/vida/muerteinfantil/capitulo3.htm>.

Consultado el día 15/02/09 a las 10.25 a.m.

(3) <http://www.monografias.com/trabajos5/permu/permu.shtml?relacionados>

Consultado el día 15/02/09 a las 10.30 a.m.

## ANEXOS

Extracto de la novela de León Tolstoi “La muerte de Iván Ilich”

La trama del relato se inicia con la noticia de la muerte de Iván Ilich que llega al juzgado donde trabajaba. Las reacciones de sus colegas oscilan entre la vaga inquietud ante la muerte ajena y la frivolidad terrenal donde cada uno piensa qué pasará con el cargo que deja vacante el finado y qué provecho se podrá sacar de la vacante.

Iván Ilich es un funcionario que gracias a sus relaciones sociales y su destreza con personas influyentes logra el ascenso social: de juez de instrucción a miembro del Tribunal Supremo. Su matrimonio, al igual que su vida es por conveniencia y, aunque no le proporciona felicidad personal. Se conforma con él, le permite vivir “como debe ser” Siglo XIX. Tiene tres hijos de los cuales uno murió.

Un día, dio un resbalón y cayó; se dio un golpe en el costado contra el marco de la ventana. Le dolió un poco, pero aquel dolor pasó pronto. Fue un golpe aparentemente insignificante que, no obstante, causó daño en algún órgano interno.

Al pasar los días, comienza “el gusto extraño que Iván Ilich sentía a veces en la boca y la molestia que experimentaba, decía él en el lado izquierdo del vientre”. Esa sensación de molestia se hizo más penosa, era una especie de pesadez continua, y el humor le cambió; empezaron las disputas familiares. Su esposa “llegó incluso a desearle la muerte, pero esa muerte la hubiese privado del sueldo de Iván Ilich, y eso la molestaba más todavía”.

Fue a ver al médico, pero él no le aclara, “esta enfermedad, ¿es peligrosa o no?”. Su estado va empeorando paulatinamente a pesar de los esfuerzos de los

médicos. “El dolor no disminuía; pero Iván Ilich se esforzaba en persuadirse de que iba mejor. Y llegaba a mentirse tanto, que nada podía ya inquietarlo”.

“Y se enojaba contra las molestias y contra la gente que le causaba disgustos y que lo iba matando; y aunque comprendiera que aquella cólera le hacía mucho daño, no podía resistirse a ella”.

Su enfermedad aumentaba. “Pero cuando consultaba a los médicos, le parecía que su estado empeoraba, incluso muy rápidamente; y a pesar de eso, no dejaba de acudir a los médicos”. “Sus fuerzas menguaban” “su apetito disminuía”. Su familia, su mujer, y su hija no comprendían nada, ellas se irritaban al encontrarlo tan exigente, tan triste. “Aunque se esforzaban en disimularlo, él adivinaba que les era un estorbo. Y se veía obligado a vivir así, al borde del abismo, completamente solo, sin un ser que lo comprendiera y que le tuviese lástima”

Controlada su enfermedad aquello duró unos meses. De repente sintió “aquel dolor que conocía también, sordo, obstinado, persistente, misterioso, Y en la boca de nuevo aquel gusto detestable; tuvo náuseas y la cabeza le dio vueltas” Esto obliga a Iván Ilich a enfrentarse con la visión de su propia muerte, exclama.

-“¡Dios mío! ¡Dios mío!-dijo-¡Aquí está de nuevo, y ya no cesará nunca!”

“Y súbitamente la cosa se le presentó desde un punto de vista completamente distinto”. –Pensó- no se trata del apéndice o del riñón, “sino de la vida..., y de la muerte. Sí la vida estaba ahí y ahora se va, se va y no puedo retenerla .Sí, ¿para qué mentirme a mi mismo? ¿No es evidente para todo el mundo y para mí que me muero y que ya no es cuestión más que de semanas, de días..., quizá ahora mismo ¿ Antes había luz aquí y ahora hay tinieblas. Yo estaba aquí, y ahora voy... ¿A dónde? Cuando ya no exista, ¿qué habrá? No habrá nada, entonces ¿dónde estaré cuando ya no exista? ¿Es esto morir? No, no quiero”. Le sobrecogió un frío, se le detuvo la respiración, solo sentía los latidos de su corazón

“Iván Ilich veía que se moría, y estaba desesperado. En el fondo de su alma sabía muy bien que se moría. En el transcurso de tercer mes de enfermo, comprendió Iván Ilich , que todo el interés que sentían los demás por su situación, era saber

cuándo se moriría. Dormía cada vez menos. Le daban opio y le ponían inyecciones de morfina. Pero aquello no lo aliviaba, el dolor no quiere ceder.

Un día al no poder subirse los pantalones vio con terror sus desnudas y descarnadas manos, así como sus músculos, Guerassime el campesino que ayudaba a Iván Ilich atender sus necesidades lo hacía con gusto, hábilmente, con sencillez y con una bondad que enternecía a Iván Ilich. El no le mentía, tenía piedad de su amo, con franqueza le dijo una vez- Todos morimos. ¿Por qué molestarse por su trabajo?- no le resultaba penoso precisamente porque lo hacía por un moribundo.

Iván Ilich “hubiera querido que le tuvieran compasión, o lástima, como a un niño pequeño que se encuentra enfermo. Sentía ganas de que lo acariciasen, de ser besado, de que llorasen cerca de él, como se acaricia y se consuela a los niños.” Lloraba a causa de su impotencia, de su terrible soledad, de la crueldad de la gente, de la crueldad de Dios, de la ausencia de Dios, y le pregunta “¿Para que has hecho todo esto? ¿Para qué me has traído aquí? ¿Por qué, por qué me atormentas así?...”.

Aunque no esperaba respuesta lloraba porque no la había ni podía haberla. El dolor se agudizó, pero él no se movió, ni llamo a nadie. Se dijo: “¡Está bien, otra vez...,golpéame más fuerte! Pero, ¿por qué? ¿Qué te he hecho yo?... ¿Por qué?”. Iván Ilich se calmó y no sólo cesó de llorar, sino que retuvo el aliento y todo él se puso a escuchar, pero era como si escuchara, una voz silenciosa, una voz de su alma, el curso de sus pensamientos que fluía dentro de sí. “¿De qué tienes necesidad?” fue la primera idea, ¿De qué?...De no sufrir. ¡De vivir!”, se respondió. “¿Vivir? ¡Vivir cómo?” preguntó la voz de su alma.

Empezó a repasar en su imaginación los mejores momentos de su vida agradables, pero, cosa rara, todos, excepto los primeros recuerdos de su infancia fueron hermosos, algo con lo que sería posible vivir si pudiese volver, y todas las

alegría que había vivido, le parecen dudosas y vacías. Se tendió de espaldas y se puso a examinar su vida desde un punto de vista nuevo.

Un par de horas antes de su muerte, su hijo, el colegial, entra calladamente y se acerca a su padre, moribundo, seguía gritando desesperadamente y agitando los brazos. Su mano cayó sobre la cabeza del muchacho. Éste la cogió, la apretó contra su pecho y rompió a llorar. Abrió los ojos y miró a su hijo, su mujer se le acercó. En ese mismo momento Iván Ilich se hundió, vio la luz y se le reveló que, aunque su vida no había sido como debiera haber sido, se podría corregir aún.

Y de pronto vio claro que lo que le había estado sujetando y no lo soltaba era que les tenía lástima a todos, era menester hacer algo para no hacerles daño: liberarlos y liberarse de esos sufrimientos.”¡Qué hermoso y que sencillo-pensó-, ¿Y el dolor? –Se preguntó-, ¿A dónde se ha ido? ¿Dónde estás dolor? Y prestó atención. “Sí, aquí está bueno. ¿Y qué? Que duela “Y la muerte... ¿dónde está?” Buscaba su anterior y habitual temor a la muerte y no lo encontraba” ¿Dónde está? ¿Qué muerte? No había temor alguno porque tampoco había muerte

En lugar de muerte había luz

**MIEDOS ANTE LA MUERTE\***

Instrucciones: Por favor, identifique y marque con una X cuánto malestar emocional le generan (entre 0 y 10), las expresiones que aparecen en la tabla siguiente, anotando 0 cuando no se siente miedo y 10 muchísimo miedo.

Pensar en la muerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Hablar de la muerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pensar en la propia muerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pensar en la muerte de mis seres queridos	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Tener miedo a morir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pensar en intervenciones quirúrgicas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pensar en el cáncer	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pensar en un ataque al corazón	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pensar en ver un cadáver	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pensar en un cementerio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pensar en el deterioro mental de las personas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pensar en una muerte con dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Preocupaciones por la vida después de la muerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sentir temor por el futuro	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pensar que el tiempo pasa rápidamente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

\*Martínez Arronte, F (2008-2009) Diplomado de Cuidados Paliativos. Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. México, D.F.

## SENTIMIENTOS DE CULPA\*

Responda a las siguientes preguntas con sinceridad, y pueda reconocer sus sentimientos.

1.- ¿Cuándo sientes culpa en qué parte de tu cuerpo la localizas?

a) ¿Para qué te sirve?

b) ¿Qué haces con ella?

2.- ¿Qué sientes cuando no tienes libertad para actuar?

3.- ¿Culpas a las personas que te rodean por tus limitaciones? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿Por qué?

4.- ¿Cuándo no te salen bien las cosas te culpas? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

O simplemente echas la culpa a quienes te rodean.

Explique:

5.- Cuando tienes que tomar una decisión importante en tu vida, ¿cómo actúas?

a) Ante un fracaso.

6.- Analiza si tu sentimiento de culpa es actuar conforme a decisiones de otros o de creencias aprendidas.

**CONCLUSIONES:** Cada vez que detectes que actúas con un sentimiento de culpa, recuerda lo siguiente.

- Deja de culpar a los demás de tu comportamiento
- Ser responsable de sí mismo

\*Sosa Morfa, E. (2008) taller El perdón y la culpa. Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. México, D.F.

## **CULPA Y PERDON\***

### PERDONARME A MI MISMO

Completa cada una de las siguientes frases, anotando lo primero que te venga a la mente.

- 1.- No puedo perdonarme por haber.....
  
- 2.- Al no perdonarme obtengo.....
  
- 3.- Al no perdonarme renuncio a.....
  
- 4.- Qué obtengo al sentirme culpable.....
  
- 5.- Qué beneficios obtengo al perdonarme.....
  
- 6.-Este ejercicio me sirvió para darme cuenta de.....

\*Sosa Morfa E. (2008) taller El perdón y la culpa. Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. México, D.F.



**CULPA Y PERDON\***

## PERDONAR A OTROS (EXPLORACIÓN DE CREENCIAS)

Completa cada una de las siguientes frases, anotando lo primero que te venga a la mente.

1.- No puedo perdonar a:

¿Por qué?

2.- Perdonar es difícil, ¿Por qué?

3.- Si perdono me sentiría como:

4.- Perdonar significa para mí:

5.- Sí perdona a:

Perdería.

6.- Sí perdono al otro(a) creería que:

7.- No puedo dejar el resentimiento, ¿Por qué?

\*Sosa Morfa,E. (2008) taller El perdón y la culpa. Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. México, D.F.

BUWAY, J (2005)

Había una vez un hombre que estaba escalando una montaña. Estaba haciendo un ascenso bastante complicado, una montaña en un lugar donde se había producido una intensa nevada. Él había estado en un refugio esa noche y a la mañana siguiente la nieve había cubierto toda la montaña, lo cual hacía muy difícil la escalada. Pero no había querido volverse atrás, así que de todas maneras, con su propio esfuerzo y su coraje, siguió trepando y trepando, escalando por esta empinada montaña. Hasta que en un momento determinado, quizá por un mal cálculo, quizá porque la situación era verdaderamente difícil, puso el pico de la estaca para sostener su cuerda de seguridad y se soltó el enganche. El alpinista se desmoronó, empezó a caer a pico por la montaña golpeándose salvajemente contra las piedras en medio de una cascada de nieve.

Toda su vida pasó por su cabeza y cuando cerró los ojos esperando lo peor, sintió que una soga le pegaba en la cara. Sin llegar a pensar, de un manotazo instintivo se aferró a su soga. Quizá la soga se había quedado colgada de alguna amarra... Si así fuera, podría ser que aguantara el chicotazo y detuviera su caída.

Miró hacia arriba pero todo era la ventisca y la nieve que caían sobre él. Cada segundo parecía un siglo en ese descenso acelerado e interminable. De repente la cuerda pegó el tirón y resistió. El alpinista no podía ver nada pero sabía que por el momento se había salvado. La nieve caía intensamente y él estaba allí, como clavado a su soga, con muchísimo frío, pero colgado de este pedazo de lino que había impedido que muriera estrellado contra el fondo de la hondonada entre las montañas.

Trató de mirar a su alrededor pero no había caso, no se veía nada. Gritó dos o tres veces, pero se dio cuenta de que nadie podía escucharlo. Su posibilidad de salvarse era infinitamente remota; aunque notaran su ausencia nadie podría subir

a buscarlo antes de que parara la nevisca y, aun en ese momento, no podían saber que el alpinista estaba colgado de algún lugar del barranco.

Pensó que si no hacía algo de pronto, este sería el fin de su vida.

Pero ¿qué hacer?

Pensó en escalar la cuerda hacia arriba para tratar de llegar al refugio, pero inmediatamente se dio cuenta de que eso era imposible. De pronto escuchó la voz. Una voz que venía de su interior que le decía “suéltate”. Quizá era la voz de Dios, quizá la voz de la sabiduría interna... y sintió que la voz insistía “suéltate...suéltate”.

Pensó que soltarse significaba morir en ese momento. Era la forma de parar el martirio. Pensó en la tentación de elegir la muerte para dejar de sufrir. Y como respuesta a la voz se aferró más fuerte todavía. Y la voz insistía “suéltate”, “no sufras más”, “es inútil este dolor, suéltate”. Y una vez más él se impuso aferrarse más fuerte aun mientras conscientemente se decía que ninguna voz lo iba a convencer de soltar lo que, sin lugar a dudas, le había salvado la vida. La lucha siguió durante horas pero el alpinista se mantuvo aferrado a lo que pensaba que era su única oportunidad.

Cuenta esta leyenda que a la mañana siguiente la patrulla de búsqueda y salvamento encontró al escalador casi muerto. Le quedaba apenas un hilito de vida. Algunos minutos más y el alpinista hubiera muerto congelado, paradójicamente aferrado a su soga...a menos de un metro del suelo.

BUCAJ, J (2005)

Seis mineros trabajaban en un túnel muy profundo extrayendo minerales desde las entrañas de la tierra. De repente un derrumbe los dejó aislados sellando la salida del túnel. En silencio cada uno miró a los demás. De un vistazo calcularon su situación. Con su experiencia, se dieron cuenta rápidamente de que el gran problema sería el oxígeno. Si hacían todo bien les quedaban unas tres horas de aire, cuando mucho tres horas y media.

Mucha gente de afuera sabría que ellos estaban allí atrapados, pero un derrumbe como éste significaría horadar otra vez la mina para llegar a buscarlos, ¿podrían hacerlo antes de que se terminara el aire?

Los expertos mineros decidieron que debían ahorrar todo el oxígeno que pudieran.

Acordaron hacer el menor desgaste físico posible, apagaron las lámparas que llevaban y se tendieron en silencio en el piso.

Enmudecidos por la situación e inmóviles en la oscuridad era difícil calcular el paso del tiempo. Incidentalmente sólo uno de ellos tenía reloj. Hacía él iban todas las preguntas: ¿Cuánto tiempo paso? ¿Cuánto falta? ¿Y ahora?

El tiempo se estiraba, cada par de minutos parecía una hora, y la desesperación ante cada respuesta agravaba aún más la tensión. El jefe de mineros se dio cuenta de que si seguían así, la ansiedad los haría respirar más rápidamente y esto los podía matar. Así que ordenó al que tenía el reloj que solamente el controlara el paso del tiempo. Nadie haría más preguntas, él avisaría a todos cada media hora.

Cumpliendo la orden, el del reloj controlaba su máquina. Y cuando la primera media hora pasó, él dijo “ha pasado media hora”. Hubo un murmullo entre ellos y una angustia que se sentía en el aire.

El hombre del reloj se dio cuenta de que a medida que pasaba el tiempo, iba a ser cada vez más terrible comunicarles que el minuto final se acercaba. Sin consultar a nadie decidió que ellos no merecían morirse sufriendo. Así que la próxima vez que les informó la media hora, habían pasado en realidad cuarenta y cinco minutos.

No había manera de notar la diferencia así que nadie siquiera desconfió.

Apoyado en el éxito del engaño la tercera información la dio casi una hora después. Dijo “pasó otra media hora...”. Y los cinco creyeron que habían pasado encerrados, en total, una hora y media y todos pensaron en cuán largo se les hacía el tiempo.

Así siguió el del reloj, a cada hora completa les informaba que había pasado media hora.

La cuadrilla apuraba la tarea de rescate, sabían en qué cámara estaban atrapados, y que sería difícil poder llegar antes de cuatro horas.

Llegaron a las cuatro horas y media. Lo más probable era encontrar a los seis mineros muertos.

Encontraron vivos a cinco de ellos.

Solamente uno había muerto de asfixia...el que tenía el reloj.

**HOJA DE VIDA\***

Apodo de cariño:

Afectos importantes:

5 amigos de la vida:

2 anécdotas de la infancia.

3 veces donde he dejado que otros decidan por mí:

3 veces que no he permitido que decidan por mí:

3 veces que yo he pedido ayuda y que verdaderamente la necesitaba:

3 veces que me he sentido amada (o):

3 veces que me he sentido rechazada (o):

3 creencias que me han ayudado a vivir:

3 creencias que me han impedido decidir algo importante:

3 ocasiones en que me consentí (las últimas)

3 ocasiones en que me he exigido de más:

Mi filosofía de vida es:

Las cualidades más importantes en mi son:

La gente que me quiere me recordaría por:

\*Rojas Santes, C (2008) VII Congreso Nacional de Tanatología. México, D.F.

**CLARIFICACION DE VALORES\***

Ordena los valores siguientes según el lugar que ocupan en tu escala de valores (1 nivel máximo / 20 nivel más bajo)

VALORES	No. ORDEN
Vida.	-----
Consciencia.	-----
Actividad.	-----
Salud, energía, fuerza.	-----
Verdad.	-----
Placeres y satisfacciones.	-----
Felicidad.	-----
Conocimiento, sabiduría.	-----
Libertad.	-----
Seguridad.	-----
Belleza.	-----
Equilibrio vital, armonía.	-----
Poder y éxito.	-----
Paz.	-----
Aventura y novedades.	-----
Honor, buena reputación.	-----
Autoexpresión, creatividad.	-----
Afecto mutuo, amor, amistad.	-----
Buenas disposiciones morales, virtudes.	-----
Distribución justa de bienes y desgracias.	-----

\*Martínez Arronte, F (2008-2009) Diplomado de Cuidados Paliativos. Asociación Mexicana de Tanatología. A.C. México, D.F.

## **AUTORREFLEXIÓN DE MIS EMOCIONES\***

Piensa en una situación emocional que hayas vivido últimamente. Intenta responder las siguientes preguntas:

1.- ¿Qué nombre darías a la principal emoción que sentiste en aquel momento? (*Autoconciencia emocional*) Aparte de esta palabra intenta hacer una lista con el máximo número de sentimientos y emociones que percibiste en aquel momento.

2.- ¿Cuánto tiempo aproximado duró aquel estado emocional?

3.- ¿Qué sensaciones corporales lo acompañaban? (*Conciencia sensorial*)  
Ejemplo: postura corporal, nivel de tensión muscular, temblor de labios, llanto, tipo de respiración, dolor, taquicardia, sensación de nudo en alguna parte del cuerpo...etc.

4.- ¿Qué pensamientos rondaban por tu cabeza? (*Creencias, razonamientos*)  
¿Estos pensamientos se referían al pasado, al presente o al futuro?

5.- ¿Qué hiciste o que sentías deseos de hacer o de expresar? (*Actuación, acción*)

- a) Te alejaste
- b) Te aislaste
- c) Conducta agresiva
- d) Otras

\*Martínez Arronte, F. (2008-2009) Diplomado de Cuidados Paliativos. Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. México, D.F.