

LA TANATOLOGIA DEL SIGLO XXI

MARCO ANTONIO POLO SCOTT

*Quien conoce a los demás es sensato.*

*Quien se conoce a sí mismo, es sabio.*

*Quien vence a otros, es fuerte.*

*Quien se vence a sí mismo, es poderoso.*

*Quien consigue sus propósitos, es voluntarioso.*

*Quien se contenta con lo que tiene, es rico.*

*Quien no abandona su puesto, es perseverante.*

*Quien no muere ni siquiera con la muerte, posee la vida.*

**LAO TSE.**

## INDICE

PREFACIO.....	
INTRODUCCION.....	
<b>CAPITULO UNO</b> NOCIONES FUNDAMENTALES DE TANATOLOGIA Y GESTALT.....	
<b>CAPITULO DOS</b> DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD .....	
<b>CAPITULO TRES</b> ENFERMEDADES Y TRASTORNOS.....	
<b>CAPITULO CUATRO</b> EL SER HUMANO FRENTE A LA MUERTE.....	
<b>CAPITULO CINCO</b> SUICIDIO Y EUTANSIA.....	
<b>CAPITULO SEIS</b> TERAPIA TANATOLOGICA CON ENFOQUE GESTALT.....	
<b>CAPITULO SIETE</b> LA MUERTE, LAS RELIGIONES Y EL MEXICANO.....	
<b>CAPITULO OCHO</b> ASPECTOS JURIDICOS DE LA MUERTE.....	
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	

## **DEDICATORIA**

*A Luz María, por estar conmigo cuando es de día o es de noche.*

*A Lorena, por su cariño y amor.*

*A Sofía, por su sensibilidad y amor*

*A Mari, por su ternura, alegría y amor*

*A mis Padres, (+) por sus lecciones de vida*

*A mis Hermanas y Hermanos, por su tolerancia*

*A mi Tío Otilio, por su sabiduría*

*A mi Maestro Raymundo Tapia, por sus enseñanzas*

*A Enrique Méndez, Gustavo Mejía, César Castro,*

*Ricardo Camacho, Alberto Ávila, Juan Flores,*

*Adrián Montelongo, Víctor Tapia, Margarita Chapa,*

*León Chávez, Jorge Sánchez, Melitón Olguín, Alejandro Morales,*

*Miguel Garzón, Ángeles Solís, Olga Granados,*

*Ascencio Martínez y a Enrique Rioja con quienes he*

*pasado momentos gratamente inolvidables.*

*A la Dra. Lourdes Guillermina González Alemán, (+)  
por su lección de vida*

*A mis compañeros y amigos del equipo de Fut bol Americano  
BUHOS del IPN. por enseñarme el valor de la dedicación y del esfuerzo.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A la Psic. Beatríz Chávez Contreras,  
por su invaluable apoyo en la realización de esta obra y sin la cual  
difícilmente se hubiese llevado a cabo.*

*Al Mtro. Carlos Escobar, por su valiosa participación  
que enriquecieron este trabajo.*

*A los facilitadores y alumnos del  
Centro de Tanatología y Terapia de Duelo S.C.,  
por todo lo que me han dado.*

*Al Lic. Luís Enrique Juárez Soto por su apoyo en la recopilación de  
información.*

*A Denia Sosa, por su participación y apoyo en el trabajo de redacción.*

*A mis pacientes, por compartir y por todo lo que  
he aprendido de ellos.*

## **PREFACIO**

LA TANATOLOGIA DEL SIGLO XXI, es la nueva publicación de mi Mtro. Marco A. Polo Scott, en donde nos invita a hacer una reflexión en cuanto a las necesidades y los avances que ha habido en esta disciplina a lo largo del tiempo. Tiempo atrás se hablaba de un “buen morir”, sin entender el significado real de estas palabras; actualmente la tanatología va más allá de lo que anteriormente se pensaba. Ahora se ve al paciente desde un punto de vista integral que incluye la Calidad de vida.

Para Marco Antonio, este interés por el paciente lo ha impulsado a ampliar no solo su experiencia, sino sus conocimientos llevándolo así a ser un constante buscador, logrando una formación interdisciplinaria en la que de igual forma maneja Psicoterapia Gestalt, como Hipnosis Ericksoniana, Hipnosis Clásica; dando lugar a la Expresión emotiva e imaginaria.

La trayectoria académica aunada a la experiencia docente y terapéutica de Marco Antonio, le ha permitido ampliar su visión sobre este tema, induciéndolo a la actualización de sus publicaciones, y en particular en esta, en las que nos muestra de manera amena como el paciente, su familia y su medio en general se enfrentan a diversas pérdidas; a nosotros los tanatólogos nos muestra instrumentos para la atención del paciente y de esta forma lograr el objetivo de LA TANATOLOGÍA DEL SIGLO XXI.

Al realizar la lectura de este libro, me fue muy grato encontrar una propuesta real de trabajo tanatológico, fundamentada en el humanismo y en conceptos de psicoterapia basada en la experiencia, la diversidad de formas de trabajar que plantea Marco Antonio, genera una gran avenida por donde se puede transitar con amplia libertad en un sentido o en otro, incluso a cada paso de esa avenida se abren nuevos caminos que solo se pueden cerrar por la falta de creatividad del tanatólogo.

Es maravilloso ver como utiliza las mejores herramientas de cada uno de los enfoques terapéuticos para proporcionar la atención más adecuada a cada paciente, permitiéndole así el

desarrollo de su darse cuenta a su ritmo y a su tiempo, y es aun más apasionante cuando nos comparte sus conocimientos y experiencias dentro del proceso de enseñanza aprendizaje.

A ti querido lector te invito a que vivas con este libro de manera más cercana la experiencia de una integración metodológica, como lo hacemos en el Centro de Tanatología y Terapia de Duelo. Deseando que en cada una de sus paginas encuentres justo lo que tu necesitas.

Beatriz Chávez Contreras.

## INTRODUCCION

Querido lector, nuevamente nos volvemos a encontrar, el día de hoy pongo a tu consideración, el presente libro “TANATOLOGIA DEL SIGLO XXI”, en el que he querido registrar los avances más importantes que en los últimos años ha tenido la tanatología, no comprendo todavía, como libros escritos hace más de 30 años puedan estar vigentes, y se hayan convertido en verdaderas Biblias de la religión tanatológica.

El presente libro es el resultado del trabajo que hemos realizado con pacientes en hospitales, clínicas, grupos de autoayuda, en su domicilio y en mi consultorio; también hemos retomado algunas propuestas ya tratadas en el libro de Tanatología y duelo con enfoque gestalt en el 2004, tiempo en que la única propuesta terapéutica era la de la psicoterapia gestalt, dos años después planteamos cuatro propuestas terapéuticas, la última es la Terapia de expresión emotiva e imagineria misma que será descrita en nuestro próximo libro, deseo comentar que dicha propuesta de intervención tanatológica la estamos realizando en conjunto con la psic. Beatriz Chávez Contreras y un grupo de colaboradores del Centro de Tanatología y Terapia de Duelo y el Instituto Mexicano de Psicooncología.

La tanatología es una disciplina que con la visión de muchos de nosotros aspira a convertirse en ciencia, el camino de la ciencia esta enmarcado en la investigación, en el desarrollo de conceptos basados fundamentalmente en el trabajo con el paciente crónico o terminal.

La eficiencia, dar los mejores resultados optimizando los recursos y reduciendo los tiempos, no esta peleada con la sensibilidad que el profesional tanatológico debe de poseer, muy al contrario, humanismo sin eficiencia tiende irremediamente a la compasión; eficiencia sin humanismo toma como camino la insensibilidad y el encarnizamiento terapéutico. La eficiencia y el humanismo tomados de la mano producen los mejores resultados en el trabajo tanatológico, no perdamos de vista que nuestros pacientes no esperan, requieren la mejor atención en este momento.

El día de hoy tenemos el compromiso de continuar investigando desde distintas ciencias que concurren en le trabajo tanatológico como lo son: la filosofía, la medicina, la psicología, la

sociología, la antropología y todas aquellas ciencias que muestren algún interés por darle sentido a la muerte.

Por nuestra parte los resultados de las investigaciones realizadas en el Hospital General Regional 196 y UMAE Gineco-Obstetricia No. 3 Centro Medico Nacional La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social son muy alentadores, incluso hemos podido realizar intervenciones con procedimientos que anteriormente estaban vedados no por carecer de efectividad sino por ignorancia, como es el caso de la Hipnosis Ericksoniana.

De igual forma continuamos trabajando con nuevos métodos para atender las necesidades del paciente crónico y terminal relacionado con el dolor, incluso, parte de nuestra propuesta se encuentra en el trabajo con la Hipnosis clásica en donde los efectos registrados en los pacientes nos hacen pensar que es una estrategia altamente eficiente para reducir el uso de opiáceos y sedantes con lo que continuamos mejorando la Calidad de vida del paciente y su familia. El reto hoy, consiste en elevar todos los factores que producen bienestar, ¡que lejos están los días en que el paciente tenía que aceptar que iba a morir!, incluso también vemos lejos fechas mas recientes en las que se hablaba de muerte con dignidad, AQUÍ Y AHORA solo nos resta continuar elevando la Calidad de vida del paciente, de su familia y del cuerpo médico, la tanatología que trate de algo distinto, tal vez esta condenada a quedarse en la prehistoria, y en el mejor de los casos, en el pasado de la Tanatología del siglo XXI.

Por lo tanto en este momento, en el AQUÍ Y AHORA, pasemos a revisar lo contenido de este libro, y como parte de un ejercicio intelectual quiero pedirte que lo desgloses, y en su caso, me hagas saber tus comentarios, con lo que no estas de acuerdo o con aportaciones que nos puedan ayudar a mejorar constantemente nuestro quehacer tanatológico, empecemos pues.

MTRO. MARCO A. POLO SCOTT

## CAPITULO UNO

### NOCIONES FUNDAMENTALES DE TANATOLOGIA Y GESTALT

*"La muerte es un castigo para algunos,  
para otros un regalo,  
y para muchos un favor."  
Séneca.*

Tal vez uno de los grandes temores de nuestro mundo se dirige a la incertidumbre de la muerte. La muerte, para unos es el descanso final, para otros el inicio de una nueva vida, siendo de una forma o de otra, encontramos que la muerte es, un proceso de tránsito y un descanso, un amanecer y un anochecer, una despedida y un encuentro, una realización y una promesa, una partida y una llegada. Nuestra vida no comienza cuando nacemos y no termina cuando morimos. Sólo es pasar un tiempo para madurar y crecer un poco, como ya se ha dicho antes, todo dependerá del significado que para cada uno de los seres humano posea la trascendencia, la trascendencia de la vida o de la muerte, final para muchos, principio para todos.

La muerte invariablemente se presenta, acto ineludible, y el hombre al enfrentarse con lo cotidiano de la muerte, aprende que, a lo largo de su desarrollo se plantea este tema desde muchas perspectivas.

El aprender a afrontar la muerte desde dos ángulos distintos: mi propia muerte y la muerte de una persona altamente significativa, es también aprender a asumir, nuestra propia esencia. El tanatólogo incursiona en muchos campos de acción; desde la atención al enfermo terminal, a su familia, a sus amigos, cuerpo medico y la elaboración del proceso de duelo por una pérdida significativa propia.

Tal vez uno de los grandes temores de nuestro mundo se dirige a la incertidumbre de la muerte. La muerte, para unos es el descanso final, para otros el inicio de una nueva vida, siendo de una forma o de otra, encontramos que la muerte es, un proceso de tránsito y un descanso, un amanecer y un anochecer, una despedida y un encuentro, una realización y una promesa, una partida y una llegada. Nuestra vida no comienza cuando nacemos y no termina cuando morimos.

Sólo es pasar un tiempo para madurar y crecer un poco, como ya se ha dicho antes, todo dependerá del significado que para cada uno de los seres humano posea la trascendencia, la trascendencia de la vida o de la muerte, final para muchos, principio para todos.

El término Tanatología, "La ciencia de la muerte", fue usado por primera vez en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, quién en 1908 fue galardonado con el Premio Nobel de Medicina por sus trabajos en la teoría de la fagocitosis. 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 medico-legal.

En la década de los años 30's la tanatología solo se desarrolló en el área hospitalaria, retirándola de la casa de los enfermos, como resultado de los avances en la medicina, en los 50's esto fue cada vez más frecuente. Así el cuidado de los enfermos terminales fue trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, de modo que la sociedad de la época "ocultó" la muerte en un afán de hacerla menos visible, para no recordar los horrores de las Guerras Mundiales.

La mayoría de los estudios que se realizaron en la década de los años 60's muestran un significativo deterioro en los miembros de una familia a partir de la muerte de un familiar, esto es muy claro en un estudio realizado en Inglaterra, en el cual los miembros disminuyeron a un 25% su funcionalidad individual y colectiva como consecuencia de la muerte, la muerte en este tiempo se intenta ocultar y parece que es insignificante.

Sin embargo, a mediados del siglo pasado los médicos psiquiatras Eissler (en su obra *El Psiquiatra y el paciente moribundo*), y Elizabeth Kübler-Ross (en su libro *Sobre la muerte y los moribundos*), quien coloca a la Tanatología en la mesa de la discusión científica, centrando su estudio en los pacientes terminales y el trabajo médico. Cabe mencionar que la Dra. Kubler-Ross durante su trayectoria profesional tiene dos momentos determinados: el primero como científica e investigadora y el segundo donde la Tanatología deja de ser científica y se coloca del lado del esoterismo y la metafísica. Retomando el trabajo del primer momento cabe resaltar que centró su atención en el paciente terminal y la atención que los médicos le proporcionaban, dejando fuera a

elementos fundamentales como lo son la familia, demás miembros del cuerpo médico, los amigos, la sociedad, etc.

El estudio de la Tanatología se ha incrementado en los últimos años, sin embargo, creemos que en México su avance ha sido lento, los logros sólo han abarcado a unos cuantos, por ejemplo, en la gran mayoría de las universidades del país que imparten la carrera de medicina, psicología, trabajo social, y enfermería no existe una sola materia que trate a la tanatología como tal.

Por tal motivo, en varios casos, el cuerpo médico (médicos, psicólogos, trabajadora social, enfermeras, etc.) no están sensibilizados con el tema de la muerte y la llegan a considerar como un fracaso, hacen lo posible para que el paciente “no se les muera en su turno”, incluso, en algunos casos, sufren de tanatofobia, es decir, de un temor persistente a la muerte que se desencadena ante la muerte o la posibilidad de muerte de un paciente.

La mayoría de los elementos del cuerpo médico carecen de la preparación adecuada para dar una noticia importante como es la muerte de una persona, o de una enfermedad terminal y lo que nos llama la atención es que, en ocasiones los familiares se sienten más lastimados por la forma en que les notifican el deceso de su ser querido o la noticia de una enfermedad terminal. Les comento un caso: hace algunos meses una mujer acudió a terapia solicitando apoyo para superar la muerte de su madre, entre los temas que tratamos durante su proceso de terapia, fue el enojo. Algunas sesiones las dedicamos a trabajar el enojo que sentía hacia la trabajadora social del hospital donde murió su madre en virtud de lo que ella consideraba como una agresión y que consistió en la forma en que la trabajadora social se lo comunicó: “su madre ya se murió, ni modo”.

Antes de la muerte de un paciente y posterior a ella, lo importante del trabajo de duelo pasa desapercibido en la mayoría de los casos. ¡Qué útil sería que el personal especializado pudiese apoyar a los familiares, amigos y cuerpo médico en despedirse del enfermo, en los casos en que haya la posibilidad de hacerlo!, o el apoyo después de que haya ocurrido la muerte, no se olvide de que también existe la posibilidad de un deceso en forma súbita, con lo cual facilitará el

proceso de duelo de los involucrados en la muerte del paciente y mejoraría la calidad de vida de los mismos.

La definición etimológica de tanatología es:

THANATOS.- Es hija de la noche y hermana mayor del sueño. Abstracción que tiene la facultad de curar todos los males. Es la única diosa, que no acepta dadas.<sup>1</sup> Del griego *Thánatos*: muerte.

La muerte es hermana del sueño, al cual se daba el nombre de *Hipnos o Somnus*, que también era hijo de la noche (Eufrone), su padre era *Erebo* o el infierno quién, además de esposo, era hermano de la noche y tanto él como ella eran hijos del *Caos*. De ahí que la Muerte o Thanatos sea sobrina de Erebo o el infierno y nieta del Caos.

Es representada con una guadaña, una ánfora y una mariposa. La guadaña indica que los hombres son cegados en masa como las flores y las yerbas efímeras, el ánfora sirve para guardar las cenizas, y la mariposa que vuela es emblema de esperanza en otra vida

LOGOS.- Para los filósofos griegos la palabra logos no se entendía como estudio o tratado, sino como: sentido<sup>2</sup>

La Dra. Elizabeth Kübler-Ross inicia los trabajos tendientes a generar en la tanatología una ciencia interdisciplinaria y multidisciplinaria en la cual el paciente Terminal, principalmente reciba una atención tomando en cuenta sus aspectos psicológicos.

La tanatología a seguido evolucionando hasta nuestros días, sin embargo es claro distinguir tres etapas con claridad

Tanatología hasta finales de los 70's:

---

<sup>1</sup> Garibay, A. Mitología griega. Porrúa. Colección sepan cuantos. 1997

<sup>2</sup> Es un error considerar la palabra logos como tratado o estudio, estas acepciones corresponden al vocablo legos que significa tratar o decir. Enciclopedia Hachette Castell.

- Inicia con los estudios de la Dra. Elizabeth Kubler-Ross.
- Se atiende exclusivamente al paciente terminal en fase terminal.
- La tanatología es estudio que solo compete a los médicos.
- Lucha entre la atención médica y la eutanasia.
- La tanatología se centra en las cinco etapas de la Dra. Kubler-Ross.
- El paciente espera la muerte y se le etiqueta como “pobrecito”, “desamparado”, “desafortunado”, “condenado”.
- El objetivo es que el paciente acepte su muerte.
- El paciente muere en un cuarto oscuro, con una persona rezando, y la cruz sobre la cabecera.

#### Tanatología hasta finales del S. XX.

- Ingresan otras ciencias como psicología, trabajo social, enfermería, antropología, derecho, etc. Y se incrementan las áreas médicas.
- Se atiende al paciente con enfermedad terminal.
- La lucha se da entre la eutanasia y la atención médica integral.
- El objetivo es que el paciente tenga un “buen morir”, “una muerte con dignidad”.
- La familia toma las decisiones más importantes sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- El paciente muere en el hospital.

#### Tanatología del S. XXI

- Se da el desarrollo de nuevas especialidades como la psicooncología, terapia de duelo, la sexualidad del paciente crónico o terminal.
- Varias de las enfermedades dejan de ser terminales para convertirse en crónicas, lo que da lugar a un nuevo paciente, cuya expectativa de vida, en algunos casos es de varios años.
- El paciente conoce su diagnóstico y pronóstico y toma las decisiones sobre su tratamiento. El principal objetivo es elevar la calidad de vida del paciente, la familia y el cuerpo médico.
- La familia y el cuerpo médico también reciben atención tanatológica.

En la actualidad existen innumerables definiciones de Tanatología, ocuparemos algunas que consideramos más representativas de lo que es en la actualidad Tanatología.

La Tanatología es la disciplina que estudia e investiga el sentido de la muerte del ser humano considerando los fenómenos bio-psico-sociales y espirituales y los antecedentes y consecuentes que de ella resulten.

La Tanatología es el estudio interdisciplinario del moribundo y la muerte, especialmente de las medidas para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, así como los sentimientos de culpa y pérdida de los familiares y amigos y evitar la frustración del personal médico.<sup>3</sup>

Rescatando los elementos más significativos de las definiciones anteriores como lo son, el estudio e investigación, sentido de la muerte, ser humano en su totalidad, calidad de vida y duelo podemos decir que la Tanatología es: el estudio científico y humanístico de todo conocimiento relacionado con el morir, la muerte y el duelo del ser humano y nos proporciona las herramientas que necesitamos para enfrentar la muerte y sus distintos procesos. Apoya la revaloración de la calidad de vida del paciente, su familia, amigos y cuerpo médico. Se funda en el principio de que todos los seres humanos somos mortales.

Para Campiore la tanatología es ciencia, sabiduría y experiencia y la define como un campo de reflexión, investigación y experiencia, que no se limita a ser una ciencia natural ni una ciencia humana, pudiendo, según los casos 'hacer ciencia' ser sabiduría o guiar la experiencia. Es un campo multidisciplinar e interdisciplinar unificado por una perspectiva sobre el mundo y sobre el hombre: la perspectiva de la muerte y el morir.

Considerando como multidisciplinar la participación de disciplinas tales como: médica, psiquiatría, psicológica, social, educativa, etc. que se integran para proporcionar un mejor servicio en la atención tanatológica, incluso dentro de la disciplina médica, por ejemplo: participan áreas como: oncología, algología, angiología, radiología, etc.

---

<sup>3</sup> Apuntes del IMEXTAC.

La Tanatología ha existido desde los tiempos ancestrales del ser humano, en un principio no como ciencia ni disciplina, sino como una visión total de lo que es la vida y la muerte, una línea que contiene un principio y un fin, en cada principio un fin, y en cada fin un principio, su principal representante es el Chaman, brujo, hechicero, etc. que es el hombre que lucha contra lo natural y lo sobrenatural y les arranca los conocimientos necesarios para beneficiar a algunos hombres o para matar a otros, aunque la muerte sea en vida, para el caso de México podemos hablar de tres situaciones históricas: la primera en las culturas prehispánicas, en segundo término la visión religiosa de la muerte por parte de los españoles y el tercero el México actual.

En el Centro de Tanatología y Terapia de Duelo consideramos que el abordaje de pacientes con cualquier enfermedad estaría incompleto sino incluyera a toda la perspectiva familiar, amigos y cuerpo médico. Aclaremos lo anterior.

Aunque el enfermo terminal es el centro de atención en la investigación tanatológica, la participación de la familia y amigos es crucial, ya que no es raro encontrar que el conflicto de la muerte o de la enfermedad terminal se ubique en uno ó varios miembros de la familia. De igual manera sucede con el cuerpo médico que tiene conflictos con la muerte del ser humano, pues los va a proyectar sobre sus pacientes.

Actualmente en varias escuelas o universidades de medicina a los alumnos se les enseña a conservar la vida de los pacientes a cualquier costo, incluyendo la falta de respeto por el ser humano que tienen frente a ellos, que en ocasiones puede tener la capacidad de elegir que es lo que considera mas conveniente para él, puesto que es su vida.

Algunos casos que deseamos comentar para ejemplificar lo anterior son:

“Pedro D” paciente de 82 años con cáncer en la próstata en fase terminal se encuentra muy enojado porque su familia le ha hecho creer que si se toma sus medicamentos pronto se va a aliviar, sin embargo, él se ha ido percatando que cada vez sus dolores son más fuertes y su organismo se está deteriorando, el conflicto que le impide a la familia decirle la verdad es el

supuesto temor a se “va a morir” si le dicen que tienen cáncer, aunque probablemente sea la familia quien tiene miedo a la muerte.

En este caso el trabajo tanatológico tal vez sea principalmente con la familia para sensibilizarla con respecto al derecho de su familiar enfermo de conocer su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Y posibilitarlos a que cierren los asuntos inconclusos que existan, y puedan despedirse de Pedro.

Otro caso es el de “Maria N.” paciente de 71 años con cáncer en el hígado en fase terminal, no conoce el diagnóstico porque cuando sus hijos preguntaron al doctor si debían o no decirle la verdad la respuesta fue –si fuera mi madre, yo no lo haría- , los hijos tomaron la recomendación pareciendo olvidar que su madre es un ser humano que tiene derechos. Aunado a lo anterior la familia se encuentra dividida entre los que están de acuerdo en ocultarle la verdad y un hijo que tiene dudas al respecto.

Es posible que la intervención tanatológica, el proceso de terapia tanatológica, también se tenga que realizar con el cuerpo médico a la par de la familia buscando sensibilizar a ambos con respecto a la enfermedad terminal y la posible muerte de “Maria N”.

Josefa “A” paciente de 63 años con cáncer en los pulmones en fase terminal, conoce su diagnóstico y sin embargo, sus hijos se niegan a visitarla por temor a no poderse contener. Ellos están interesados en visitar distintos santuarios con la intención de solicitar un milagro y que éste se presente y salve a su mamá, tal vez desaprovechando la oportunidad de estar con ella en estos momentos y cerrar los asuntos pendientes, que tienen con ella y los que ella tiene con ellos y empezar el proceso de despedida.

No estamos en desacuerdo en que los hijos sigan buscando el milagro, sino que estén perdiendo la posibilidad de darle mayor calidad de vida a su mamá compartiendo más tiempo con ella.

En otro orden de ideas, nosotros consideramos que la noticia del diagnóstico la debe dar el médico tratante, en un lenguaje claro y sencillo de tal forma que pueda aclarar las dudas que

pudiese tener el paciente o cualquiera de los familiares, sólo en los casos en que el paciente desee conocer su diagnóstico, en virtud de que es su derecho. Es recomendable que durante la noticia del diagnóstico esté presente un tanatólogo para que apoye el trabajo de las emociones y pseudoemociones que pudiesen presentarse como consecuencia del diagnóstico.

La finalidad de la tanatología es concientizar y sensibilizar al ser humano del proceso de muerte y proporcionar a la persona que muere, una buena muerte, así como a las personas que se encuentran alrededor, facilitarles su proceso de duelo. Sheneidman dice: “cuando hablamos de una buena muerte, implicamos que es la apropiada, no sólo para el que muere, sino también para los principales sobrevivientes: una muerte con la que ellos puedan vivir.

La finalidad de la Tanatología, también es apoyar al paciente y a su familia para pasar del supuesto en el cual tener una enfermedad crónica o terminal implica sufrir y como consecuencia morir, a una dimensión en la cual, enfermar, en muchos casos pasa a ser “vivir con la enfermedad” con mejor calidad de vida.

Así como identificar las necesidades que se van presentando en el paciente crónico o terminal y en su familia a través de las distintas etapas del proceso de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, profilaxis quirúrgica y medicación.

Durante la intervención tanatológica el paciente va a desplegar un complejo sistema de estilos de enfrentamiento que comprende por lo menos cinco factores a considerar:

- ✓ El paciente con su historia biográfica y su entorno familiar y social
- ✓ El impacto psíquico y físico en su Sistema Nerviosos Central, producto de su enfermedad.
- ✓ Sus recursos psíquicos y el funcionamiento de estos recursos.
- ✓ Sus recursos espirituales, emocionales y sociales.
- ✓ El médico y/o equipo tratante y las reglas de la institución.

La atención en el área tanatológica va a depender de cómo jueguen e interactúen estos factores y que tipo de conflicto generen. De todas maneras, la no aparición de conflicto no implica que no

exista sino que en ocasiones puede indicar una seria dificultad en la atención médica y tanatológica

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud los derechos del enfermo terminal son:

- ✓ Tiene derecho a vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, psicológico, espiritual, social y ocupacional.
- ✓ Tiene derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de su muerte.
- ✓ Tiene derecho a vivir independiente y alerta.
- ✓ Tiene derecho a expresar sus emociones y sentimientos en todo momento.
- ✓ Tiene derecho a tener alivio a sus sufrimientos físicos, emocionales, espirituales y sociales.
- ✓ Tiene derecho a conocer o rehusar conocer todo lo concerniente a su enfermedad.
- ✓ Tiene derecho a ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores pero competentes en su campo.
- ✓ Tiene derecho a ser el eje principal de las decisiones que incumban a sus cuidados relacionados con la etapa final de su vida.
- ✓ Tiene derecho a que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente, ni se le apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales.
- ✓ Tiene derecho a no morir solo.
- ✓ Tiene derecho a morir sin dolor.
- ✓ Tiene derecho a morir con dignidad tan confortable y apaciblemente como sea posible.

El objetivo de la Tanatología es mejorar o elevar la calidad de vida del paciente crónico o terminal, de su familia, de sus amigos y del cuerpo médico.

La calidad de vida se refiere al nivel de satisfactores que experimentan las personas en su nivel de funcionamiento personal, es subjetiva y objetiva. Pudiendo ser ponderadas por la escala de valores, y expectativas personales. Es subjetiva porque depende de cada persona el valor que le otorgue a lo que considera como calidad de vida, y es objetiva porque la calidad de vida es susceptible de ser evaluada por otras personas.

Ferriols y Alós (1995) mencionan: La calidad de vida es una estructura multidimensional, que esta constituida por una serie de dimensiones y factores y estos factores incluyen fundamentalmente:

- ✓ Estado y funcionamiento a nivel físico.- Estado funcional, morbilidad, actividad física, etc.
- ✓ Enfermedad y síntomas relacionados con el tratamiento.- Síntomas específicos de la enfermedad o efectos secundarios de la terapia (vómitos, nauseas).
- ✓ Funcionamiento psicológico.- Depresión, ansiedad, angustia y delirium que puedan ser secundarios a la enfermedad como resultado del tratamiento.
- ✓ Funcionamiento social.- Alteraciones en la actividad social normal. (familia, trabajo, amigos).

Gray plantea que las necesidades físicas, psicológicas y espirituales de pacientes con enfermedades terminales son las siguientes:

Físicas:

- ✓ El enfermo empieza a perder la sensibilidad, los movimientos y los reflejos.
- ✓ Al aparecer abundante sudoración es señal del deterioro de la circulación periferia, la piel se enfría aunque la temperatura del organismo aumente, necesitan ropas ligeras y circulación de aire fresco.
- ✓ Al paso del tiempo el enfermo va perdiendo la visión y la audición por lo que debe propiciarse un ambiente agradable con buena luz y hablarle con voz clara y respuestas sinceras.
- ✓ Aunque vaya disminuyendo su sensibilidad hay que preguntarle al enfermo si le place que lo toquen y lo acaricien.
- ✓ La presencia del dolor físico puede continuar a lo largo del proceso agónico. Hay que mantener constante la comunicación con el cuerpo médico, para atender el dolor.

- ✓ Con frecuencia el enfermo en fase terminal permanece con plena conciencia casi hasta el final, lo que significa que hay que brindarle un cuidado total: biofisiológico, psicológico, emocional, social, afectivo, místico, religioso y espiritual.

### Psicológicas-emocionales

El paciente sufre diferentes pérdidas, las principales son:

- ✓ Pérdida de la salud: que incluye su seguridad, esperanza, su tranquilidad, estabilidad, autonomía y capacidad de decisión, aunque se trate de su propia vida.
- ✓ Pérdida de libertad: de movimientos, pensamiento y privacidad.
- ✓ Pérdida de la capacidad funcional del cuerpo: lo pierde como aliado, como amigo, desde el comienzo del proceso degenerativo, su cuerpo se convierte en el enemigo actual y un obstáculo para su autorrealización.
- ✓ Pérdida de la paz interior: ante la cercanía de la muerte mediante un análisis que hará el paciente sobre su vida y si no ha superado alguna de sus pérdidas el saldo será negativo para él.

### Espirituales:

Las personas cuando sienten que están muriendo, en algunos casos, buscan darle significado a su sufrimiento, para ellas es importante hablar de la muerte y encontrar respuestas a preguntas tales como: ¿a dónde vamos después de la muerte? ¿qué va a ser de mi familia cuando muera?

- ✓ Búsqueda de la fe en Dios y confianza de que exista otra vida después de la muerte.
- ✓ La posibilidad de dejar la trascendencia en esta y en la otra vida.
- ✓ Paz y descanso del cuerpo y del alma.
- ✓ Gratificación por el sufrimiento que se experimentó producto de la enfermedad terminal.

El ser humano que busca la Calidad de vida de los otros, a partir de un proceso en el cual esta inmersa la enfermedad terminal requiere para la atención que va a proporcionar tener o estar en

un proceso de resolución de ciertas áreas de su vida que son necesarias para evitar proyectar sus necesidades y asuntos inconclusos sobre el paciente. Estas áreas son:

- ✓ Su propia muerte y la posibilidad de muerte de sus seres significativos.
- ✓ Sus padres y su relación con ellos.
- ✓ Su sexualidad, conocer su preferencia y satisfacción sexual.
- ✓ Su infancia y los acontecimientos más significativos de su niñez.

El tanatólogo tiene tres lugares específicos para realizar su trabajo:

- ✓ El hospital
- ✓ La casa del paciente
- ✓ El consultorio (en los casos en que el tanatólogo sea médico, psicólogo, psiquiatra o psicoterapeuta).

Existen lugares que reúnen ciertas características como “el hospice”, que es el lugar que se recomienda para la atención personalizada y profesional del enfermo terminal ya que cuenta con las distintas áreas que el necesita como son el área médica, psicológica, espiritual, legal, pedagógica, ocupacional, etc. Y que le pueden ofrecer al final una muerte con calidad. Por desgracia en México son muy pocos los hospices que existen, y en la mayoría de los casos son privados.

Desde nuestro punto de vista el mejor lugar para la atención de un enfermo crónico o terminal es su casa, en donde se encuentran sus seres queridos, sus cosas materiales, sus colores, sus olores y todo aquello que es suyo y le pertenece.

Además el paciente y su familia, vista la enfermedad como un proceso, atraviesan por diferentes etapas en las que desarrollaran distintos mecanismos para afrontar la problemática que están viviendo, estas etapas son: prediagnóstico, diagnóstico, tratamiento, control, recidiva, progresiva, medicamentosa, paliativa, fase terminal y muerte.

En la etapa del prediagnóstico el paciente se realiza las distintas pruebas médicas que los especialistas solicitan, los resultados deben comunicarse lo antes posible al paciente, con la intención de eliminar la incertidumbre y la preocupación que se produce ante el diagnóstico. En esta etapa surgen conductas como la hipervigilancia, la preocupación excesiva o la hipocondría; en ocasiones, se presentan trastornos alimenticios y del sueño.

En la etapa del diagnóstico el paciente puede experimentar un desequilibrio emocional, es una crisis circunstancial y es probable que se requiera la intervención de un especialista para atender los distintos mecanismos como la negación a la enfermedad y tratamiento, y trastornos de depresión, ansiedad, estrés, desadaptativo, alimenticios y del sueño.

En el tratamiento pueden surgir diversos miedos: a la cirugía, a la anestesia, a la pérdida de alguna parte del cuerpo, al dolor y a la disminución del funcionamiento autónomo. La pérdida de un órgano dañado (próstata, útero, mama, una extremidad, etc.), unida a la pérdida temporal o definitiva de la capacidad de trabajo y actividad social, pueden producir una baja a la autoestima del paciente, que en ocasiones se manifiesta en duelos prolongados y cuadros depresivos.

En la etapa de control, puede presentarse una recuperación parcial de la salud, sin embargo, el paciente tiene miedo a las recaídas, esto puede producir un estado de expectativa ansiosa, incluso de obsesiva observación corporal, es probable que se presenten reacciones hipocondriacas. Las consultas de revisión del paciente, programadas pueden significar un comportamiento de intensa ansiedad anticipatoria; en este momento, algunas veces, aparecen conductas desadaptativas que se manifiestan con ansiedad y depresión importante

La etapa de recidiva produce un choque emocional y una gran decepción. El proceso desadaptativo continua su desarrollo, es factible que encontremos conductas de incredulidad, desensibilización, enojo, culpa, cambios bruscos en el estado de ánimo para pasar a la ansiedad/depresión que se presenta de nuevo con mayor fuerza.

En la etapa progresiva, el paciente con la progresión de la enfermedad suele iniciar una búsqueda de información y acudir a solicitar segundas opiniones con otros especialistas, buscar nuevos

tratamientos fuera de la medicina convencional. Pueden darse situaciones como que el paciente abandone todo tipo de tratamiento y busque la curación de su enfermedad por el camino de la espiritualidad y la religión. En esta etapa con frecuencia se presentan cuadros depresivos que es importante que sean tratados

La etapa medicamentosa, que contradictorio es que varios de los medicamentos utilizados para buscar, en primera instancia, la curación y posteriormente el alivio, presenten reacciones secundarias que afecten significativamente al paciente, la presencia del delirium en más del 75% de los pacientes en la etapa terminal esta vinculada al pobre control que sobre los medicamentos tienen los médicos encargados de procurar la atención del paciente, el delirium es posiblemente uno de los trastornos más difíciles de diagnosticar, no porque no sean evidentes sus signos o síntomas, sino que, por lo regular, el médico pocas veces presta atención a la posibilidad de que se presente.

La etapa paliativa, en todo momento de la atención es necesario mantener una alta calidad de vida del paciente, sin embargo, una vez que los tratamientos ya no funcionan la parte principal de la atención se centra sobre como mejorar la calidad de vida del paciente, sabemos que el miedo al dolor es uno de los factores principales que atentan contra este punto, en muchos casos, el temor de morir con dolor puede producir cuadros de depresivo/ansiosos que requieren la participación inmediata del psiquiatra. El control del dolor es fundamental en esta etapa, no es valido el día de hoy que un paciente experimente momentos de angustia y sufrimiento físico como consecuencia de una mala atención por parte de la clínica del dolor o prejuicios con respecto a consecuencias adictivas como resultado del consumo de opiáceos. De igual forma los aspectos psicológicos tienen un papel importante en lo que respecta a la calidad de vida, sin dejar de lado la espiritualidad que el paciente profese.

La etapa de fase terminal esta determinada por la posibilidad de la conciencia de lo irreversible de la situación, sin embargo, es frecuente que el paciente luche hasta el final por mantenerse con vida, es indudable que el instinto de supervivencia estará presente hasta el último momento.

La etapa de muerte, en esta se determina por parte del médico la muerte clínica del paciente y en muchos casos el inicio del proceso de duelo, sobre todo en aquellas familias la posibilidad de curación estuvo presente en todo momento.

## GESTALT

Cuando hablamos de gestalt nos estamos refiriendo específicamente a la psicoterapia gestalt, escuela psicoterapéutica que se desarrolló a mediados del siglo pasado. Entre sus iniciadores destacan: Fritz Perls, psicoanalista alemán que realiza una síntesis coherente de distintas escuelas del pensamiento psicológico y las agrupa en una nueva escuela a la que denominó, gestalt.

Las corrientes psicológicas, por el orden de aparición se clasifican en:

- ✓ Psicoanalítica o Freudiana,
- ✓ Conductista-Positivista y
- ✓ Humanista o Existencial. En esta última corriente, fundada por Abraham Maslow se encuentra la Psicoterapia Gestalt de Perls.

Sigmund Freud nació el 6 de mayo de 1856 en Checoslovaquia a los cuatro años emigró a Viena, estudió medicina. La teoría psicoanalítica se centró en que el hombre es como un animal que está en constante búsqueda de placer. Centró toda la estructura de la personalidad en la libido, que además es el núcleo de gran parte de lo que ocurre en la personalidad y resulta afectada por aquella.

B. F. Skinner es, tal vez, el psicólogo de mayor influencia actual en Norteamérica. Sus obras se estudian y se conocen fuera de los límites de la psicología. Su obra se centra en la modificación de la conducta a través de técnicas que cambian las conductas específicas más que las actitudes globales.

Abraham Harold Maslow nació el 1º de abril de 1908 en Estados Unidos. Es un teórico de la personalidad de orientación realista. Sus estudios fueron orientados hacia la conducta humana considerando esencialmente características optimistas y pesimistas. Algunos especialistas en

teorías de la personalidad consideran que Maslow, presentó sus mejores trabajos bajo los temas de motivación en el ser humano.

Las necesidades fundamentales del ser humano que Maslow plantea son:

- ✓ Fisiológicas. Son las necesidades de aire, comida, agua y comodidad física, que han de satisfacerse antes de poderse pasar a las necesidades siguientes.
- ✓ De seguridad. Usando niños como ejemplo, Maslow haya en ellos el deseo de verse libres del miedo y la inseguridad. Se desea evitar incidentes dañinos o dolorosos.
- ✓ De amor y pertenencia. El hombre ha tenido, tiene y tendrá el deseo de amar a alguien y de ser amado a su vez, al mismo tiempo desea ser alguien aunque sea en un grupo pequeño por lo tanto desea pertenecer.
- ✓ De estimación. Saberse digno capaz de dominar el ambiente propio, saberse competente, independiente, libre y que se le reconozca su labor y esfuerzo
- ✓ De autoactualización. Son las más elevadas necesidades de cognición y de realidad estética. El hombre tiene no nada mas un hondo deseo de conocerse y entenderse, sino de conocer y entender al mundo que lo rodea. Además no quiere vivir en un mundo desnudo y feo, sino que necesita la belleza y el arte, apreciar y crear cosas de naturaleza estética.

La actualización también es un proceso continuo de desarrollo de nuestros potenciales. Esto significa ampliar nuestras habilidades y nuestra inteligencia y “trabajar para hacer bien lo que deseamos”<sup>4</sup>

Maslow decía que, “al autoactualizarse, las personas trascendentes se enteran con mas frecuencia del carácter sagrado de las cosas, de la dimensión trascendental de la vida en medio de sus diarias actividades. Sus experiencias cumbre o místicas son valoradas como los aspectos mas importantes de la vida”<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Fadiman, J. Teorías de la personalidad. Harla P. 335

<sup>5</sup> Ibidem. P. 354

La psicoterapia gestalt es un proceso psicoterapéutico que tiene como finalidad que el paciente descubra sus propios recursos, los potencialice en el aquí y ahora, dándose cuenta de sus asuntos inconclusos y permitiendo cerrarlos, para ir del apoyo externo al autoapoyo.

La psicoterapia gestalt percibe los conflictos y la conducta social inadecuada como señales dolorosas creadas por polaridades.

La psicoterapia gestalt no fue diseñada exclusivamente para el trabajo tanatológico, sin embargo sus aportaciones al trabajo de duelo son inmensos, por tal motivo este libro busca dar mayor coherencia al trabajo tanatológico ocupando un proceso terapéutico científico basado en la psicoterapia gestalt, recordando que parte del trabajo que se realiza en gestalt es la resolución de asuntos inconclusos, categoría a la que pertenecen los duelos.

Para la psicoterapia gestalt, una persona se encuentra integrada cuando su zona interna (todo lo que sucede de la piel hacia dentro), su zona de la fantasía (sus pensamientos, ideas, etc.) y su zona externa (todo lo que le rodea) están en armonía, el trabajo tanatológico consiste, en parte, en lograr con el paciente la armonía de las tres zonas, aunque una de ellas se encuentre desequilibrada como consecuencia de la enfermedad terminal.

Algunas de las bases de la psicoterapia Gestalt, parten de la Doctrina del Existir, el representante de esta doctrina es “Soren Kierkegaard (1813-1855) pensador religioso danés, sostenía que la eternidad era más importante que el tiempo; que el pecado era peor que el sufrimiento; que el hombre era un egoísta y debía experimentar la desesperación...”<sup>6</sup>

Kierkegaard define las tres fases del existir, estas fases poseen un significado válido para todas las personas, las llamó 1.- Fase Estética 2.- Fase Ética y 3.- Fase Religiosa.

1.- “Quien vive en la fase estética vive el momento y busca en todo momento conseguir el placer. Lo que es bueno es lo que es hermoso, bello o grato. En ese aspecto se vive totalmente en el

---

<sup>6</sup> Runes, D. “Diccionario de filosofía”. Grijalbo. México. 2000 3ra. Ed. P. 208

mundo de los sentidos. El estético se convierte en un juguete de sus propios placeres y estados de ánimo”<sup>7</sup>. Es el goce, el instante, la pasión, la insubordinación, es lo individual.

2.- “La fase ética se caracteriza por la seriedad y elecciones consecuentes según criterios morales. Se intenta vivir de acuerdo con la ley moral”<sup>8</sup>. Es el deber, el presente proyectado hacia el futuro, la acción, sumisión a la ley moral, es lo universal.

3.- “Para Kierkegaard la fase religiosa era la religión cristiana. Eligen la fe ante el placer estético y los deberes de la razón, es cuando por fin el ser humano encuentra la conciliación”<sup>9</sup>. Se caracteriza por la fe, lo externo, la devoción, la sumisión incondicional a Dios, es lo personal.

“En las dos primeras fases encontramos dependencia del exterior, falta de continuidad y estabilidad, lo cual genera insatisfacción, mientras la tercera fase solamente es la que él considera auténtica y trascendente. Pero el paso de una a otra no se realiza por sucesión natural sino que es producto de la elección vital del individuo”<sup>10</sup>

El paso de una fase a otra no se realiza por sucesión, sino que es producto de un salto, de una elección vital, las fases son discontinuas, existir consiste en elegir entre caminos. La existencia es algo que se adquiere en virtud de una opción que yo debo realizar heroicamente en medio de la soledad y la incertidumbre

Es existente el hombre que en su intimidad vive, más allá de la individualidad de la fase estética, más allá de la universalidad normativa de la fase ética, vive en la fe irracional ante Dios. Existir es siempre, riesgo de elección y caída “precisamente existir consiste en elegir entre caminos diversos; la existencia es algo que se adquiere en virtud de una acción que yo debo realizar heroicamente en medio de la sociedad y la incertidumbre”<sup>11</sup> El no vivir es morir y esto provoca angustia que es el vértigo de la nada.

---

<sup>7</sup> Gaarder, J. “El mundo de sofía”. Patria/sirueta. México 1995. p 467

<sup>8</sup> Ibidem. P 469

<sup>9</sup> Ibidem. P 469

<sup>10</sup> Salama, H. “Gestalt de persona a persona”. IMPG México. 1997 2ª ed. Pág. 10

<sup>11</sup> Fontana y Jubero. “Los existencialistas”. Cincel. Madrid 1980. P. 45

El principal representante de la fenomenología es Edmund Husserl (1859-1938) “se distinguió por ofrecer un método para la filosofía de la existencia, poseía una gran fuerza lógica y tenía verdadera pasión por la claridad y el rigor científico, con su método fenomenológico dio nuevo prestigio a la filosofía”<sup>12</sup>.

“La fenomenología se enfoca en los procesos objetivos mediante los que se hacen presentes los fenómenos. Va mas allá de las experiencias reales, es muy semejante a las matemáticas. Es la ciencia de las posibilidades puras, como escribió Husserl, siempre debería preceder a la ciencia de los hechos reales. La fenomenología del conocimiento es el prerrequisito de cualquier ciencia”<sup>13</sup>

La psicoterapia gestalt, de la fenomenología, retoma:

- ✓ El cómo es más importante que el por qué (describir antes que explicar).
- ✓ La percepción corporal de la vivencia inmediata es lo esencial
- ✓ Lo fundamental es el proceso que se desarrolla aquí y ahora.
- ✓ Rechazar todo conocimiento no fundamentado.
- ✓ Conocer a las personas cara a cara “en persona”
- ✓ Abstenerse de juzgar, no suponer.

“La actitud fenomenológica es reconocer y poner entre paréntesis los (dejar de lado) conceptos preconcebidos acerca de lo relevante. Una comunicación fenomenológica integra la conducta observada y las comunicaciones personales, vivenciales. La observación fenomenológica apunta a una descripción clara y detallada de lo que es, desincentivando lo que fue, será, podría o debería ser”<sup>14</sup> lo cual nos apoya en Tanatología para no dar por hecho y no interpretar lo que está viviendo el paciente, el cuerpo médico y la familia, sino descubrir lo obvio de la situación.

Las bases filosóficas de la gestalt, en gran medida parten de la corriente filosófica existencial.

---

<sup>12</sup> Salama, H. Op. cit. P. 10

<sup>13</sup> Benjamín, B. “Teorías y sistemas contemporáneos en Psicología” Roca. P 469

<sup>14</sup> Yontef, G. “Proceso y dialogo en psicoterapia Gestaltáltica”. Cuatro vientos. Santiago de Chile. 2002 3ª ed. P. 174

“La terapia gestalt es existencialista, ya que se ocupa de los problemas provocados por nuestra aversión a aceptar la responsabilidad de lo que somos y de lo que hacemos”<sup>15</sup>.

Dentro del existencialismo y que de alguna manera influye en la psicoterapia gestalt hay dos tendencias principales: la posición ateísta cuyos representantes son Martín Heidegger, en Alemania y Jean Paul Sartre, en Francia y los de la posición teísta representados por Gabriel Marcel en Francia y Karl Jasper en Alemania.

Heidegger (1889-1976), filósofo alemán discípulo de Husserl “Heidegger se preguntaba ¿Qué es el Ser o el Existir?. Para resolver el problema del Ser nos habla del Dasein (estar ahí) que es el modo especial de existir del Hombre, por el cual éste siempre se eleva sobre sí mismo, se proyecta, se trasciende y es a través del Dasein que Heidegger intentara llegar al conocimiento del Ser. La esencia del Dasein radica en su existencia (mi esencia es mi existencia)”<sup>16</sup>.

Para Heidegger solo existe un tema para filosofar: El Ser. El hombre tiene dos posibilidades: llevar una vida auténtica o inauténtica.

Las características relevantes del inauténtico modo de existir son:

- Anonimato: Ignorado, desconocido, disuelto entre la masa.
- Mediocridad: Hacer lo que hace la gente, decir lo que dice la gente, etc.
- Publicidad: Charlatanería superficial o curiosidad banal.
- Anodino: Insípido, insulso, insustancial, trivial, vulgar.
- Irresponsabilidad: Hacer lo que todos hacen sin replantearse nunca las consecuencias o implicaciones ulteriores.
- Inconciencia: Evadirse del problema de la muerte y de los grandes interrogantes de la existencia.

El Dasein en su existencia auténtica se caracteriza, pues, por los siguientes atributos.

---

<sup>15</sup> Perls, F. “Terapia Gestalt”. arbol editorial. México. 1994 P. 19

<sup>16</sup> Salama. Op. cit. P. 11

- La muerte: Que cierra el total de las posibilidades del hombre y nos abre a la angustia. El hombre no crea al mundo, es arrojado en él.
- La angustia: La angustia de nada, es decir de la nada que me aparta de los entes que ocultar, el ser.
- La derelicción: Como arrojando en el mundo y afirmándome frente a la resistencia de los entes.
- El cuidado: Mediante el cual el hombre se anticipa sobre su realidad actual y se arroja – con el consiguiente riesgo – hacia la realización de proyectos futuros.
- La libertad: Como centro autónomo de realización de sí mismo mediante la elección del porvenir.

El filósofo existencialista Sartre (1905-1980) concibe el existencialismo como una ideología de la época presente, cuyo saber real sería el marxismo.

Sartre plantea que si Dios existiera, estaríamos todos obligados a comportarnos de determinada manera y a cumplir las mismas normas.

Este existencialista libera por completo al hombre de la creencia de que fue creado por Dios y con algún fin. Como Dios no existe, tampoco existe una naturaleza o esencia humana previa a su existencia, por ello el hombre no está obligado a comportarse de determinada forma, ni a vivir de determinada manera, por ninguna fuerza natural o sobrenatural; por lo que el hombre es un ser condenado a ser libre. “Somos responsables de todo lo que hacemos y de todo lo que somos incluyendo las emociones”<sup>17</sup>

La terapia gestalt retoma la libertad que implica la responsabilidad. “de aquí se deriva la angustia que nos lleva a asumir la decisión de la existencia auténtica, pero podemos no asumirla y entonces aparece la mala fe, el auto-engaño, evitando la auto-responsabilidad. En gestalt se identifica esta mala fe como las máscaras, los papeles sociales, el actuar como sí”<sup>18</sup>, que en tanatología en ocasiones impide el reconocimiento de que se está en presencia de un duelo.

---

<sup>17</sup> Sartre, J. “Las emociones”. Esbozo de una teoría”, en Kalthoun y Solomon ¿Qué es una emoción? FCE. México. 1989. P. 263

<sup>18</sup> Salama, H. Op. cit. P. 14

Marcel (1889-1973) filósofo existencialista cristiano, admite la existencia de un ser trascendente.

Resalta la importancia de recuperar el Ser sobre el Tener. “al olvidarse de ser, por haber perdido el ser, el hombre sólo se preocupa por el tener. Se valora al hombre por lo que tiene y no por lo que es”<sup>19</sup>. “Sólo en la medida en que estoy abierto a los demás, y los considero como sujetos y no como meros objetos que puedo utilizar para satisfacer mis intereses, llegamos a conocernos verdaderamente a nosotros mismos. Esta comunión ontológica es la experiencia existencial fundamental de la reflexión segunda. Con ella adquiero la profunda certeza interior de que el ser es esa inter-subjetividad de la cual participamos y por la cual somos”<sup>20</sup>, esto es parte de las bases de la psicoterapia gestalt y en tanatología el apego a cosas nos descubre uno de los sentimientos que presenta el moribundo.

Jasper (1883-1969) considera que el hombre está en camino a la autorrealización existencial por lo que se supera constantemente a sí mismo, es decir que la libertad del hombre lo lleva constantemente a la trascendencia. Para él la libertad y necesidad forman una unidad indisoluble y se complementan en la existencia personal.

Sostiene que en la búsqueda de sí mismo, el hombre aprende a conocer sus límites -situación de límites- como el sufrimiento, la lucha y la muerte. “En la psicoterapia gestalt las situaciones límite, representan el atolladero, el callejón sin salida, en donde encontramos la angustia por ser lo que se es. Finalmente las situaciones límite nos ayudan a aclarar el sentido de nuestra existencia. En la crisis se dá el crecimiento”<sup>21</sup>

En tanatología reconocer que existe mi propia muerte, permite limitar mi existencia procurando una mejor calidad de vida y disfrutar lo que tengo aquí y ahora.

---

<sup>19</sup> Fontana y Jubero. Op. cit. P 123

<sup>20</sup> Ibidem. P 123

<sup>21</sup> Salama, H. Op. cit. P.12

“El existencialismo plantea que las cosas no deben ser explicadas sino vividas y sólo se puede tener evidencia de la existencia mediante la experiencia”<sup>22</sup>. La gestalt es una terapia existencial que no depende de hablar acerca de... o de lo que debe ser, se ocupa de lo que es o del fenómeno existente. El principio de la psicoterapia gestalt es: “el cambio en el paciente no se logra a través de la racionalización, ni de la explicación, sino por medio de la experiencia, es decir de la vivencia”<sup>23</sup>

Del existencialismo, la psicoterapia gestalt, retoma, además

- ✓ La vivencia concreta estará por sobre las abstracciones. Prioridad de lo vivido.
- ✓ Se reflexiona para actuar.
- ✓ Cada experiencia humana es singular e intransferible. Cada existencia es única.
- ✓ Cada persona es responsable de su proyecto existencial. Esto le da sentido a su vida y así crea cada día su libertad relativa.

Otra fuente de la terapia gestalt es la corriente del pensamiento oriental, el Budismo.

“El Budismo nace en la India en los S. VI y V a.C. – la religión Budista se propaga en el este y sur de la India. Otra rama se extendió por el Tibet, Japón y China y en este país se origina el Zen. El Zen es una variedad del Budismo”<sup>24</sup>.

Los Budistas en el camino de la iluminación, se ocupan más de los –cómo- de la práctica, que de los -porqué- de la existencia.

El Budismo Zen, nació mil años después del taoísmo, es un sistema de meditación y auto-disciplina y su propósito es transformar la experiencia cotidiana del practicante mediante la trascendencia espiritual y el desarrollo del pensamiento, es decir, desarrollar la conciencia de lo que hago, como lo hago y para que lo hago

---

<sup>22</sup> Ibidem. P. 7

<sup>23</sup> Ibidem. P. 7

<sup>24</sup> “Guía del estudiante. Historia universal y de México”. Cultural. España. 1997. P. 41

El Budismo Zen sostiene que el despertar o iluminación sobreviene a una espera atenta, a una vigilancia sin objeto. “no hay reglas, no hay fines en la naturaleza. Lo que es, es, lo que llega, llega. Es lo que los gestaltistas llamamos desapego o ciclo de contacto y retirada”<sup>25</sup>

El Taoísmo tuvo gran alcance dentro del desarrollo de la filosofía china. Lao Tsé el principal exponente en el S. V a.C. escribió el “Libro de la Vida”, en donde propone la no intervención en el curso de las cosas.

El Tao es el camino; principio; orden cósmico; naturaleza, no puede expresarse en palabras, es vago y evasivo, profundo y oscuro, el camino, significa seguir la razón de las cosas, y también la razón que esta en todas las cosas y a la que todas las cosas obedecen.

“El Tao propone dos principios esenciales e irrenunciables el Ying y el Yang. El Ying (femenino) comprende la belleza, la dulzura, la suavidad, la tierra, la luna, lo blando, etc., es estabilidad. El Yang (masculino) incluye la fuerza, la penetración, el cielo, el sol, lo duro, lo áspero, etc., es movimiento”<sup>26</sup> “ser y no ser son interdependientes en el crecimiento; lo difícil y lo fácil son interdependientes en la ejecución; lo corto y lo largo son interdependientes en el contraste; lo alto y lo bajo son interdependientes en la posición; los tonos y la voz son interdependientes en la armonía; delante y detrás son interdependientes en la compañía”<sup>27</sup>

El reconocimiento y la integración de las polaridades es uno de los temas de terapia gestalt, por lo tanto, también el equilibrio, pero no es un equilibrio estático. Perls dice: “observar a un equilibrista es una experiencia..., nunca está estático ni un solo momento, es dinámico, cambiando continuamente, un flujo, pero el flujo tiene un centro que equilibra”<sup>28</sup>

Otros de los conceptos de la filosofía Oriental que retoma la terapia gestalt son:

- ✓ Enfatizar lo espontáneo
- ✓ Valorizar el cuerpo como morada del espíritu

---

<sup>25</sup> Sinay, S. “Gestalt para principiantes” Nueva Era. Buenos Aires. 1995..P. 82

<sup>26</sup> Ibidem P. 81

<sup>27</sup> Sheree, R. “Lao. Los tres tesoros”. Sirio. Barcelona España, 1998. P. 11

<sup>28</sup> Perls, F. “Resolución”. En Stevens, J. “El dares cuenta”. Cuatro vientos. Santiago de Chile. 1987. P. 76-77

- ✓ Darse cuenta en el aquí y ahora
- ✓ Concentrarse en el aquí y ahora
- ✓ Eliminar introyectos seudomoralistas tipo “se debe”
- ✓ Subraya que todo cambio empieza aceptando lo que se es
- ✓ Aceptar el continuum de conciencia. (las gestalts se abren y se cierran continuamente).

Los psicólogos de la gestalt son: Max Wertheimer (1880-1943), Kurt Koffka (1886-1941), y Wolfgang Kohler (1887-1949) fueron los primeros en usar la palabra Gestalt en su teoría. En el año 1912 estos tres investigadores dieron a conocer el trabajo que se considera como base de la psicología gestáltica, ya que uno de los descubrimientos fundamentales de dicho trabajo fue el campo perceptivo, en el cual se diferencian un fondo y una forma.

“Kohler, Koffka y Wertheimer, seguían al psicólogo Christian Von Ehrenfelds, quien había dicho: el todo es diferente a la suma de las partes. Esta es una idea central de la gestalt, ya que con esto se demuestra la importancia de la percepción. Estamos rodeados de sonidos y de formas que no tiene un único significado. Es nuestra percepción en un momento determinado la que, en esa situación y en ese instante, le dan una forma significativa y dominante.”<sup>29</sup>

Teoría del campo de Lewin es como también se le conoce a la psicología de la gestalt, ya que el medio ambiente se divide en figura y fondo.

El fondo sirve de marco y la figura destaca del fondo. Una figura abierta o incompleta tiende a cerrarse o completarse. Este hecho se da de la misma manera en el pensamiento y aprendizaje. “Un problema no resuelto o tarea específica no aprendida es una gestalt incompleta que origina tensión”<sup>30</sup> de igual manera como sucede en los duelos no cerrados, producen desequilibrio en el funcionamiento de las personas.

Friedrich Salomón Perls (Fritz Perls) y Lore Pfozheim(Laura Perls) se basan en la psicología de la gestalt, y a las percepciones externas, añaden las percepciones internas, las gestalten o necesidades que surgen en el organismo.

---

<sup>29</sup> Sindy, S. Op. cit. 1995. P. 5

<sup>30</sup> Castanedo, C. “Terapia gestalt. Enfoque centrado en el aquí y ahora.” Herder. Barcelona. 3ª ed. 1997. P. 46

La gestalt y la tanatología tiene una visión holística (Del gr. Holón, todo)<sup>31</sup>, dimensiones afectivas, intelectuales, sensoriales, sociales, espirituales, emocionales y fisiológicas del ser humano. Sostiene que el organismo es una sociedad de ayuda mutua que a su vez, participa del medio. Es un todo que, en su presente, contiene su pasado y mucho de su futuro (Smuts).

“Perls afirma que lo importante no es proponer una concepción holística universal que considere al individuo como un todo global, sino más bien concebir que el hombre es un organismo unificado. Esta concepción es una de las premisas trascendentales en la terapia gestalt, no dar prioridad al pensar o a la racionalización, sino por el contrario, equilibrar la importancia de los mensajes emitidos por el resto del organismo, es decir de la comunicación no verbal. De igual manera este concepto fundamenta una de las funciones preponderantes del organismo, según la teoría gestalt: el contacto”<sup>32</sup> y de acuerdo con la tanatología hacer consciente las emociones y los sentidos.

“Uno de los hechos más notorios del hombre es que es un organismo unificado. Y sin embargo este hecho es completamente ignorado por las escuelas tradicionales de psiquiatría y psicología, las cuales sea como fueren que describen su enfoque, aún operan en la antigua división Mente-cuerpo”<sup>33</sup>. El organismo actúa y reacciona con mayor y menor intensidad dependiendo del tipo de actividad que se este realizando, una vez reconocido que los pensamientos y las acciones son hechas de la misma energía, se puede trasponerlos de un nivel a otro.

Perls lo retoma y dice que “holismo significa que el todo es más que la suma de sus partes, es la unidad del organismo humano y la unidad de la totalidad del campo organismo/ambiente”<sup>34</sup>

Es el proceso por medio del cual el organismo mantiene su equilibrio de manera permanente.

---

<sup>31</sup> Runes, D. Op. cit. P. 173

<sup>32</sup> Gonzalez, J. “Psicoterapia de grupos. Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas”. Manual moderno. México. 1999. P.90

<sup>33</sup> Perls., F. “El enfoque gestaltico” Cuatro vientos. P. 23.

<sup>34</sup> Yontef, G. Op. cit. P. 79

“También se le ha llamado proceso de autorregulación, que mediante éste el organismo interactúa con su ambiente. Si el desequilibrio se prolonga el organismo será incapaz de satisfacer la necesidad apremiante, se enfermará; si falla, sin duda alguna éste morirá”<sup>35</sup>. Para que el proceso homeostático se cumpla, el individuo tiene que poseer la capacidad de registrar su necesidad y de saber como manejarse a sí mismo y a su ambiente en pos de la satisfacción de la misma.

La terapia gestalt surge en respuesta a la rigidez del psicoanálisis. Perls retoma algunos aspectos, sin embargo hay discrepancia en otros aspectos, comenta: “descubrimos que Freud sobrestimó la causalidad, el pasado y los instintos sexuales y paso por alto la importancia de la intencionalidad, el presente y el instinto de hambre. Además su técnica tendía originalmente a concentrarse en el síntoma patológico”<sup>36</sup>.

En cuanto a la neurosis también hay diferencias, ya que no la considera como un retorno de material reprimido, sino como una falta de conciencia, así como también señala que es mucha la importancia que se le presta a la pulsión sexual, considerando que existe la posibilidad de desestructuración lo que posibilita la integración. Para Perls la neurosis no se dá por los pseudorecuerdos de la infancia, ni por deseos prohibidos o reprimidos por el Súperyo, la neurosis se dá por una serie de gestalts no satisfechas entre el organismo y su medio.

La terapia psicoanalítica “es una constante búsqueda en el pasado, en él se hallan las causas de los conflictos actuales. La terapia gestalt es un sistema terapéutico que tiene sus bases en el aquí y ahora”.<sup>37</sup>

En el psicoanálisis es importante el insight, es todo un proceso, como una percepción significativa del paciente. En la gestalt el concepto darse cuenta, es sensorial y corporal, constituye el núcleo teórico y terapéutico de esta terapia.

La influencia que tuvo Wilhem Reich (1897-1957) es considerable, ya que Perls retoma de Reich la dimensión corporal de la teoría gestalt.

---

<sup>35</sup> González , J. Op. cit. P. 90

<sup>36</sup> Perls, F. “Ego, hambre y agresión” FCE. México. 1982. P. 106

<sup>37</sup> Salama, H. y Villareal, R.. “El enfoque gestalt; una psicoterapia humanista”. Manual moderno. México. 1992. P.9

Reich “incitó a Perls a interesarse por el comportamiento cotidiano de la persona, a observar sus características lingüísticas, posturales, musculares y gestuales. Pensaba que las repeticiones crónicas, cualquiera que sea su nivel, tenían por efecto neutralizar la experiencia y por eso era imprescindible llevar a la persona a deshacerse de ellas”<sup>38</sup>

“... se le da mayor importancia a la sensación, la expresión inmediata y la experiencia orgánica, así como enfatizar el cómo más que el por qué de los aspectos.”<sup>39</sup>

La psicoterapia gestalt también tiene influencia de Carl Jung (1875-1961) “toma el concepto de integración de las polaridades existentes en el ser humano. Jung menciona que la terapia era un esfuerzo conjunto entre el terapeuta y el paciente, quienes deberían trabajar de igual a igual”<sup>40</sup> en tanatología consideramos que tanto el tanatólogo como el paciente también son iguales. Son dos personas cara a cara, unidas para la solución de un problema.

De Jacob Levy Moreno se retoma la técnica del cambio de roles, en la psicoterapia gestalt se adapta como una técnica que permite a la persona estar en el papel del otro con el propósito de favorecer la integración.

“El psicodrama es una técnica global que integra el cuerpo, las emociones y el pensamiento con énfasis particular en la acción corporal para reforzar los sentimientos y las emociones. Esta técnica estimula a la persona a corregir la disociación del organismo”<sup>41</sup> “Perls descartó la estructura clásica del psicodrama para dejar que la persona actúe sucesivamente los roles de su propia historia”<sup>42</sup>

De Alfred Adler (1870-1937) la terapia gestalt toma el sistema holístico que Adler adoptó a la psicología individual.

---

<sup>38</sup> Ibidem. P. 11

<sup>39</sup> Salama, H. Op. cit.. P. 31

<sup>40</sup> Ibidem, P. 30

<sup>41</sup> Ibidem P. 31

<sup>42</sup> Salama, H. y Villareal, R. Op.cit. P. 12

“Este es un método para entender a cada persona como una totalidad integrada dentro de un sistema social”<sup>43</sup>

De Carl Rogers la gestalt toma la relación entre terapeuta y cliente.

Roger decía que el cliente tiene el poder de su recuperación, pero el terapeuta debe tener ciertas cualidades personales que ayuden al cliente a aprender como utilizar su potencial. Una persona recobra la salud al restaurar las partes negadas o reprimidas.

De Karen Horney retoma la importancia del medio cultural y rescata los beneficios secundarios de los problemas existentes. De Otto Ranck la gestalt coincide en reducir la duración de los tratamientos. De Eric Berne toma la utilización de juegos de las personas.

La gestalt realiza una síntesis original y coherente dando como resultado una terapia integrativa y holística. Por tal motivo, consideramos que el proceso terapéutico adecuado para el trabajo tanatológico es sin lugar a dudas el que proporciona la psicoterapia gestalt, entre otras cosas por que trabaja con las necesidades del paciente, la familia, amigos y cuerpo médico.

La tanatología comenzó en estos años definiendo la prevalencia, naturaleza y manejo de muchos de los problemas que impactan negativamente el curso clínico y la calidad de vida.

Se esta esforzando por investigar y explorar el papel de los factores psicosociales en el riesgo de las enfermedades crónicas y terminales, y la sobrevida a las mismas.

Para beneficio de la tanatología es indispensable mantener, extender y lograr un mayor desarrollo, y necesitamos desarrollar tres áreas: cuidado clínico, educación y entrenamiento a los profesionales e investigación.

En la actualidad, el cuidado medico en nuestro país y en el mundo, atraviesa una severa crisis que oscila entre la medicación excesiva (distanasia) y la ausencia o déficit severa en la atención

---

<sup>43</sup> Salama. H.Op. cit. P. 30

(mistanasia); siendo perjudicados no solo el paciente y su familia, sino también, el personal de salud que se encuentra atrapado en estas peligrosas oscilaciones y sometido por el Síndrome de Burnout o Síndrome del desgaste profesional.

Por muchos años se pensó que el objetivo único de la tanatología, se centraba en humanizar y sensibilizar al personal médico, al paciente y a la familia en relación al proceso de muerte, con el tiempo esto se malinterpretó como ayudar al paciente a “bien morir“. Para nosotros el objetivo de la tanatología es elevar el nivel de calidad de vida del paciente, de su familia y del personal médico.

Para conseguir este objetivo descubrimos que el principal impedimento son las proyecciones y conflictos del equipo médico y de la familia (miedos, tristezas, enojos, asuntos inconclusos, duelos) sobre el paciente y que en tanto no se elaboran, poco se logra en el sentido de humanizar y sensibilizar a los participantes del sistema tanatológico.

El día de hoy queremos y tenemos que ser eficientes en nuestro compromiso tanatológico.

A través de este capítulo estamos iniciando la postura que guardaremos en el libro con respecto a la tanatología, es posible que algunos conceptos que estamos vertiendo te parezcan distintos al de otras personas que han hablado de temas tanatológicos, al mismo tiempo hemos dado los conceptos principales que conforman la psicoterapia gestalt y finalmente la unión que se da entre la muerte, los enfermos crónicos y terminales, sus familias, amigos y cuerpo médico y un método científico de psicoterapia llamado gestalt.

## CAPITULO DOS

### DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

*"La muerte esta tan segura de que nos va a ganar,  
que nos da toda una vida de ventaja."  
ANONIMO.*

Durante el trabajo tanatológico encontramos personas de distintas edades, géneros y personalidades. La personalidad es un factor fundamental para entender el comportamiento del ser humano, es necesario que el tanatólogo conozca la posible conducta del paciente en tiempos de crisis; como lo es en una enfermedad crónica, terminal o incluso la muerte. Aunque en gestalt cada persona es única e irrepetible y sus vivencias son sólo suyas, es importante poner atención a las distintas teorías del desarrollo de la personalidad que existen. Para efectos de este libro consideramos que las más representativas son: Psicoanálisis (Freud), Evolutiva (Erickson), Análisis Transaccional (Berne) y Gestalt (Perls, Latner, Salama)

La personalidad es el término con el que se designa lo único y singular de un individuo. La personalidad también implica previsibilidad sobre cómo actuará y cómo reaccionará una persona bajo ciertas circunstancias.

La personalidad es la forma de ser de un individuo, como se comporta, como siente, como piensa y como realiza cada una de sus actividades cotidianas. La personalidad está influida por la “casa”, es decir, el lugar de origen del individuo: su cultura, su clima, su lenguaje, etc, y los genes del individuo.

Así que, tanto los factores genéticos como los ambientales juegan un papel fundamental en el desarrollo de la personalidad.

Los elementos de la personalidad son:

- ✓ Constitución: Conjunto de aspectos exteriores de base genético-hereditaria, origen de la reacción funcional.
- ✓ Temperamento: Tono o disposición afectiva, se refiere a la naturaleza emocional del individuo. Se nace con el temperamento.
- ✓ Carácter: Forma concreta y estable que adquieren en un individuo los rasgos afectivos-dinámicos heredados.
- ✓ Actitudes: Predisposiciones persistente a responder favorable o desfavorablemente ante una situación dada.
- ✓ Aptitud: Es la capacidad para hacer algo.
- ✓ Rasgos: Características constantes del comportamiento del individuo en una gran variedad de situaciones.

Los rasgos de personalidad se pueden dividir en tres grupos:

Rara, excéntrica

- Paranoide. Las características que distinguen este rasgo de la personalidad es la desconfianza, la suspicacia infundada, son personas muy sensibles en las relaciones interpersonales y muestran poco interés en confiar en los demás.
- Esquizoide. Las características de este rasgo es indiferencia ante los demás, son personas socialmente aisladas.
- Esquizotípico. Se caracteriza por pensamientos y conductas peculiares y en ocasiones sus relaciones interpersonales son deficientes.

Dramática, emocional y errática.

- Antisocial. Estas personas tienen conflicto para respetar reglas y códigos sociales o legales, conductas irresponsables y en pocas ocasiones sienten culpa.
- Límite. Se caracteriza por la percepción distorsionada de su imagen y con frecuencia tienen cambios intensos en el estado de ánimo.

- Histriónico. Conductas tendientes a expresar emociones exageradas que buscan llamar la atención realizando autodramatizaciones.
- Narcisista. Presentan comportamientos exagerados de autoimportancia, carentes de empatía y deterioro en sus relaciones interpersonales como consecuencia de que solo se interesan a sí mismos.

Ansiosa, temerosa.

- Evitativos. Estas personas experimentan temor al rechazo y a la humillación y también son reacios a entablar relaciones sociales.
- Dependiente. Se presenta la dependencia a los demás e incapacidad para asumir responsabilidades.
- Obsesivo-compulsivo. Son personas perfeccionistas con control interpersonal y con especial interés en los detalles y rigidez.

Es importante remarcar que los rasgos de la personalidad anteriormente comentados difieren de los trastornos de la personalidad por las siguientes características: Los trastornos de la personalidad son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro en las relaciones interpersonales y una disfuncionalidad en las actividades cotidianas como son la escuela, el trabajo, la casa, etc.

## PSICOANÁLISIS

Una de las teorías de la personalidad más influyentes es el psicoanálisis, creado por Sigmund Freud. En algunos aspectos presentó una visión totalmente nueva de la mente humana, mientras que en otros fue un producto de su propia educación.

Freud (1856-1939), inicia sus estudios de medicina en el Instituto de Fisiología de la Universidad de Viena, donde también estudiaba Josef Breuer el cual aparece vinculado a las fases iniciales del psicoanálisis, Freud inicia su concepción teórica suponiendo que no hay ninguna discontinuidad

en la vida mental; afirmaba que nada sucedía al azar, ni aun en el menor de los procesos mentales.

En 1897 postula tres sistemas: lo inconsciente, lo preconscious, y lo consciente. Estos tres sistemas se comprenden como entidades psíquicas cuyos contenidos se diferenciarían de acuerdo a su relación con lo consciente.

La premisa inicial de Freud consistía en que existen conexiones entre todos los sucesos mentales. Cuando un pensamiento o un sentimiento parecen no tener relación con pensamientos o sentimientos precedentes, las conexiones se hayan en el inconsciente. “Llamamos inconsciente al proceso psíquico cuya existencia estamos obligados a suponer -por alguna razón como ésta la deducimos de sus efectos- pero del cual no sabemos nada” (Freud 1933).

El preconscious es una parte capaz de volverse fácilmente consciente. Es aquella vaga línea donde la memoria busca ciegamente, y que con un pequeño esfuerzo viene a ser consciente.

El consciente es aquella parte mental del hombre de la que éste está por completo enterado. Estar consciente permite saber en donde se está, que sucede alrededor, quién se es, cómo hace lo que en un momento dado está haciendo.

Freud propuso tres componentes estructurales básicos de la psique; la estructura de la personalidad: el Id (Ello), el Ego (Yo) y el Superego (Super yo).

“El Id contiene todo lo que se hereda, lo que está presente al nacer, lo que está cimentado, sobre todo los instintos que se originan en la organización somática y que encuentran una primera expresión física aquí en formas desconocidas para nosotros” (Freud, 1940). En el se encuentra el instinto de vida denominado Eros y el instinto de muerte llamado Thanatos. Para Freud, estos instintos de vida y muerte son la base de todo comportamiento humano a lo largo de la vida.

Freud integro la base especulativa y la clínica, en una teoría de los instintos, que establece la existencia de dos cualidades en la psique: una, autodestructiva, el “instinto de muerte” (que puede

volverse contra el mundo externo y transformarse “en un instinto destructivo”), y otra, eros, que persigue la búsqueda de objetos, y esta empeñada en lograr unidades cada vez más elevadas.

“El ego, es aquella parte del mecanismo psíquico que está en contacto con la realidad externa. Se desarrolla a partir del id a medida que el niño se entera de su propia identidad para atender y calmar las repetidas exigencias del id”.<sup>44</sup> Opera mediante el principio de la realidad. Por ejemplo: el id dice: tengo hambre, el ego busca la comida.

El superego es la última parte de la estructura no se desarrolla del id, sino del ego. Actúa como juez o censor, respecto a las actividades y pensamientos de éste. Es el depósito de los códigos morales, los modelos de conducta y todas aquellas construcciones que constituyen las inhibiciones de la personalidad. Freud describe tres funciones del superego: la conciencia, la auto observación y la formación de ideas. Opera mediante el principio de la perfección. Por ejemplo: el id dice: tengo hambre, el ego busca la comida y el superego exige las maneras correctas de comer, los horarios, etc.

La meta más importante de la psique es mantener un nivel aceptable de equilibrio dinámico que maximice los placeres y minimice las molestias.

Cuando un infante se convierte en niño, el niño en adolescente y el adolescente en adulto, se efectúan grandes cambios en aquello que se desea y en la forma en que se satisfacen los deseos.

### ETAPAS PSICOSEXUALES DEL DESARROLLO

ETAPA ORAL	La boca es la primer área que el infante puede controlar. Tanto sus necesidades como su satisfacción se concentran primordialmente en los labios, en la lengua y un poco más tarde en los dientes. Las personas que se quedan ancladas en esta etapa, buscan el placer oral: son bebedores y fumadores compulsivos.
ETAPA	Entre los dos y los cuatro años los niños aprenden a controlar esfínteres. Las características adultas que tienen relación con la fijación parcial en esta etapa

<sup>44</sup> Fadiman, J. “Teorías de la personalidad. Harla. P. 16

ANAL	son la meticulosidad y la obstinación
ETAPA FALICA	A partir de los tres años se llega a la etapa fálica, la cual se concentra en las áreas genitales, es el periodo en el que la persona se da cuenta de que el niño tiene pene o de que carece de él. Es la primera etapa en que el niño adquiere conciencia de las diferencias sexuales.
ETAPA GENITAL	Es la etapa final del desarrollo biológico y psicológico tiene lugar en el inicio de la pubertad. Los hombres y mujeres se dan cuenta de sus diferentes identidades sexuales y empiezan a buscar medios para satisfacer sus necesidades eróticas e interpersonales.

El psicoanálisis se ha planteado desde sus inicios la cuestión de la muerte como un problema vivencial y de conocimiento, que es provocado por estímulos externos, perceptivos, discontinuos, y otros estímulos instintivos del interior del organismo, en ellos se encuentra el instinto de muerte.

Sigmund Freud, fue el primero en elaborar una teoría del duelo clara y sólida. Afirmaba que el sufrimiento de la persona en duelo es debido a su apego interno con la persona fallecida. En el artículo de “duelo y melancolía” en 1917, Freud establece diferencias entre el duelo normal y la melancolía, y explica el proceso psicodinámico que subyace a esta última en términos de una identificación con el objeto perdido. Freud sostenía que el objetivo del duelo es separar estos sentimientos y apegos del objeto perdido. Como resultado de un proceso de duelo el yo queda liberado de sus antiguos apegos y disponible para vincularse de nuevo con otra persona viva. El duelo o aflicción es un proceso normal, mientras que la melancolía es patológico. Ambos, duelo y melancolía, sobrevienen como consecuencia de la pérdida de algún objeto o situación amada; en ambos casos existe un estado de ánimo doloroso, una pérdida de interés por el mundo exterior, una pérdida de la capacidad de amar y una inhibición general de todas las funciones psíquicas (empobrecimiento anímico). Sin embargo, existe una diferencia, pues la melancolía incluye otro síntoma que no está en el duelo: la pérdida de la autoestima, lo que se traduce como autorreproches.

Para Freud la resolución del duelo implica que el sujeto va comprendiendo gradualmente que el objeto amado no existe más. Este trabajo de duelo culmina cuando el yo queda libre y sin inhibiciones, depositando la libido sobre un nuevo objeto, es decir, es capaz de recatectizar el mundo. En la melancolía, en cambio, la libido libre no fue desplazada sobre otro objeto sino retraída sobre el yo, es decir, se produjo una identificación del yo con el objeto perdido, y de esta manera los reproches del yo hacia la persona perdida se convierten ahora en autorreproches. En el fondo, la pérdida importante ha tenido lugar en el propio yo. Los reproches con los cuales el enfermo se abruma corresponden en realidad a otra persona, a un objeto erótico, y han sido vueltos contra el propio yo (regresión de la libido del yo), autorreproches que se dirigen desde la conciencia moral.

## ANALISIS TRANSACCIONAL

El Dr. Eric Berne (1910-1970), médico psiquiatra, es el creador del Análisis Transaccional. Elaboró su teoría a partir de sus observaciones en la psicoterapia de grupo a principios de los años cincuenta. La filosofía del Análisis Transaccional, basada en la filosofía humanista, parte del principio de que “todos nacemos bien”. Berne decía metafóricamente “todos nacemos príncipes y princesas”. Después en nuestras relaciones con los demás tomamos decisiones autolimitadoras con las que nos convertimos en “sapos o ranas encantadas”.

El Análisis Transaccional opera en función de un modelo de aprendizaje. Es el análisis de las transacciones que se desarrollan entre las personas al interactuar unas con otras.

Pierre Thomas <sup>45</sup> dice: de acuerdo con los postulados del A.T., la mayoría de las conductas humanas son el resultado de los aprendizajes educacionales prejuiciados y de las influencias negativas a las que se encuentran expuestas la mayoría de las personas en el seno de sus familias y de su entorno psicosocial.

En su enfoque teórico y práctico, el A.T. parte de los siguientes postulados:

---

<sup>45</sup> Castanedo. C. “Seis enfoques psicoterapeúticos” Manual moderno. México. 1999. P.56

- ✓ Por naturaleza los seres humanos propenden y son capaces de vivir en armonía, consigo mismos, con los demás y con la naturaleza.
- ✓ Las personas aquejadas de dificultades emocionales y, por ende, de problemas conductuales son, con todo, seres humanos completos e inteligentes.
- ✓ Todas las dificultades emocionales son curables.

Constituída como una teoría de la personalidad, con un cuerpo teórico conceptual y práctico el A.T. explica de manera clara y concisa el porqué las personas difieren unas de otras y actúan de la manera en que cada una de ellas lo hace, proporcionándole a esta los medios cognoscitivos que les permiten entender su conducta y asumir la responsabilidad que les incumbe en cuanto a un cambio y adopción de conductas más positivas, adecuadas y satisfactorias dentro de un proceso susceptible de asegurar una máxima evolución emocional y espiritual.

Como teoría el A.T. explica la estructura y funcionamiento de la personalidad humana mediante un lenguaje sencillo y claro, con base en la experiencia personal de cada cual.

Como modelo científico el A.T., observa, coteja, evalúa, valora, actualiza, integra y actúa sobre la conducta, al separar el comportamiento en unidades simples y fácilmente identificables y comprensibles, y al aplicar dicho análisis a los intercambios de estímulos y respuestas entre las personas.

Como modelo humanista el A.T., tiene como objetivo el ayudar al hombre a crecer y desenvolverse plenamente al liberarlo de sus ataduras y compromisos argumentales, enseñándole los caminos hacia la autonomía, intimidad y autenticidad.

Como técnica o instrumento de cambio el A.T. proporciona respuestas a una multiplicidad de preguntas que las personas formulan habitualmente con respecto a sí mismas, a los demás y a las conductas de cada cual. El A.T. ubica en las personas mismas la responsabilidad con respecto al uso adecuado y oportuno de los instrumentos conductuales ofrecidos al brindarle alternativas para el cambio conductual a través del mejoramiento de sus formas de relación y su emancipación con respecto a un estilo de vida conflictivo y supeditado a prejuicios y fantasías.

Las distintas formas en que se manifiesta el comportamiento individual perfectamente identificable en cualquier persona y para cualquier observador, conforman las fases de la personalidad y ponen en juego diversos rasgos, a veces antagónicos entre sí de dicha personalidad. Estas fases fueron identificadas por Eric Berne como los Estados del Yo: Niño, Adulto y Padre. Cada uno de los cuales corresponde a un sistema de emociones y de pensamientos acompañados de un conjunto de patrones de conducta y constituye la manifestación fenomenológica y operacional de las tres entidades que conforman la estructura de la personalidad:

- ✓ La **arqueopsiquis** corresponde a los vestigios de la niñez que sobreviven en el individuo adulto, independientemente de su edad cronológica (estado niño).
- ✓ La **extereopsiquis** constituida por todos los mandatos y normas externas al individuo, que este interioriza y que rigen su percepción y su relación con los demás (estado padre).
- ✓ La **neopsiquis** caracterizada por un examen de la realidad y estimación racional y razonable de los fenómenos que conforman dicha realidad (estado adulto).

Basados en Berne, podemos decir que la estructura de la personalidad humana es el producto de los años de formación autogénica (infancia) a partir de los condicionamientos biológicos del ser humano y de los estímulos del medio físico y social en el cual el individuo se desenvuelve. La estrecha interacción entre los componentes orgánicos y sociales, configura la personalidad y determina en ella sus rasgos peculiares.

El A.T. nos dice que una personalidad óptima es aquella equilibrada entre los tres estados del yo, que el Yo adulto esta emancipado (sin ninguna influencia negativa). Cuando se toma una decisión y un estado del yo no está de acuerdo con los otros dos surge un conflicto interno.

El A.T. nos ayuda a vernos a nosotros mismos y comprender a los demás viendo su infancia. Es diferente aceptar a comprender. Se puede no aceptar ciertos comportamientos, sin embargo, si se puede comprender a la persona.

Las distintas formas en que se manifiesta la conducta individual claramente identificable en cualquier persona y para cualquier observador, conforman, las facetas de la personalidad y ponen en juego diversos rasgos, a veces antagónicos entre sí, de dicha personalidad. Berne identificó estas facetas como: “estados del yo: Niño, Adulto y Padre”, cada una de las cuales corresponde a “un sistema de emociones y de pensamientos acompañados de un conjunto afín de patrones de conductas”.

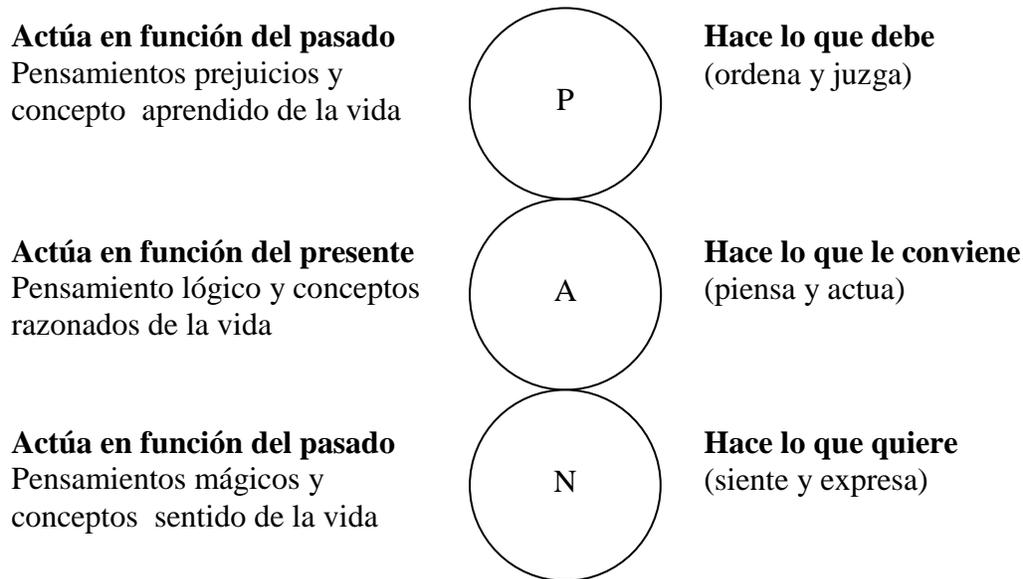


FIGURA 2.1 ESQUEMA ESTRUCTURAL

## YO PADRE

Conceptos aprendidos de la vida, de aquellas personas con autoridad moral sobre individuos que influyen en niño. Valores, principios, costumbres.

Creencias acerca de lo que se debe o no se debe hacer. Trabaja en tiempo pasado, en el allá y entonces. Las respuestas son automáticas, condicionadas, depende de la mente como funciona el cuerpo. Se desarrolla de los dos a los ocho años.

Padre crítico. Es el que critica para proteger. Positivo (protector) marca las reglas adecuadamente para crecer. Negativo (perseguidor), cuando desvaloriza, abusa de su autoridad, regaña por

errores cometidos en el pasado, se juega con las necesidades de la persona; marca las reglas desvalorizando.

Padre nutricional. Positivo. (permisor). Nutre, protege, comprende emociones, respeta decisiones, fomenta el desarrollo, permite el ser uno mismo. Da tiempo, información y bienes materiales, da consejos, no impone. Negativo. (salvador). Sobreprotege, es meloso y hostiga, no deja tomar decisiones, impide el desarrollo, es solapador. Siempre da consejos sin pedirlos, así descalifica el intelecto. Mantiene una relación de simbiosis.

## YO ADULTO

Conceptos razonados de la vida, pensamiento adulto. Lo que conviene y no conviene hacer. Equilibrio entre calidad emocional y mental. El yo adulto pone las cosas en equilibrios y asegura que el margen de error en decisiones sea menor. Ocurre en el aquí y ahora. Se desarrolla de los dos años a la hora de la muerte.

El Yo adulto tiene tres características:

ETHOS.- escandaliza, cuestiona y procesa los conceptos aprendidos en el yo padre, si no van de acuerdo a la realidad, los cambia, desarrolla la ética actualizada. No juzga al padre, comprende que las cosas ya no funcionan en el aquí y ahora, cambia valores aprendidos en el pasado.

Ética actualizada: tenemos una escala de valores humanos, en ocasiones ciertos valores tienen más peso que otros. Se van dando prioridad a esos valores.

TECHNOS: Es la parte fría y calculadora de la personalidad, 100% puro razonamiento, no toma en cuenta valores y sentimientos. Razonamiento lógico en base a la información obtenida. Las motivaciones de su funcionamiento pueden estar en el yo padre o en yo niño. Se trata de aspectos donde no interviene los valores y sentimientos. Aquí se desarrollan las estrategias y los planes. Se alimenta a través de los sentidos y se almacena la información en la memoria. Todas las experiencias se quedan y nada se borra.

PATHOS. Toma las características del yo niño y las actualiza, forma el carisma, la simpatía, el encanto, el ángel.

## YO NIÑO

El cuerpo es estimulado por los sentimientos y expresa emociones vividas durante la vida. Actúa en base a lo que le gusta o no le gusta hacer. Presenta respuestas naturales. Ocurre en el pasado. Se desarrolla de los cero a los ocho años.

De acuerdo con Eric Berne y su análisis transaccional, existen cinco emociones auténticas: amor/respeto, alegría, tristeza, ira y miedo. La característica básicas de las emociones, es que surgen de adentro hacia fuera del individuo. Se diferencian de los sentimientos, ellos surgen de algún estímulo externo, es decir de fuera hacia dentro.

Existen también las emociones rebusque, las cuales son emociones falsas o sustitutos de una emoción auténtica, estas surgen de fuera hacia dentro, originada por algún estímulo externo.

Una emoción rebusque muestra los sentimientos mezclados con las emociones autenticas o viceversa, puede ser que se muestre lo que auténticamente se siente o se muestre algo diferente a eso mismo, es decir, se pueden falsear las emociones autenticas.

Las emociones auténticas se encuentran en el niño libre. Algunas emociones rebusque son envidia, egoísmo, celos, odio, rabia, coraje, lujuria, angustia, soledad, depresión, rencor, sadismo, masoquismo, etc.

Una emoción auténtica: libera, se divide en alta intensidad y corta duración; la puedes controlar; porque el adulto razona. Son el cuerpo y la mente.

Una emoción rebusque: retiene, se vive con baja intensidad y dura mucho tiempo. Es automática y provoca enfermedades psicosomáticas.

NIÑO LIBRE. Expresa las cinco emociones auténticas y actúa de acuerdo a su necesidad:

EMOCIÓN	EXPRESION	NECESIDAD
1.- Alegría	placer	compartir
2.- Afecto	placer	compartir
3.- Miedo	displacer	proteger
4.- Tristeza	displacer	proteger
5.- Ira	displacer	permitir

PEQUEÑO PROFESOR PSICÓLOGO (p.p.p.) que forma parte del niño libre. También se le llama la “batería de la personalidad”. Tiene dos cargas: en la carga positiva contiene la curiosidad y la intuición, en la carga negativa la capacidad de manipulación, chantajismo y exigencia. No es malo que el niño haga berrinche, lo malo es cumplírselos y dejarse manipular. Es una inteligencia rudimentaria que sirve para aprender y manejar el medio ambiente. Graba las programaciones para ser ocupadas toda la vida. Obtiene y contiene los conocimientos heredados, ya que nacemos con algunos de ellos y más que ir aprendiendo, vamos descubriendo, lo que sabemos. Contiene la inteligencia, el Yo adulto desarrolla el razonamiento.

NIÑO ADAPTADO. Es producto de la culturalización y adaptación. Positivo. Respeta la autoridad y sigue las reglas, se adapta convenientemente a las mismas.

Negativo. Se respetan dos formas: sumiso.- se sobre adapta a las reglas y le teme a la autoridad. Es la victima. Producto de convivir con padres críticos negativos perseguidores. No desarrolla respeto, sino miedo.

Rebelde. Rompe las reglas y se burla de la autoridad. Es producto de vivir con un padre nutricao negativo, solapador.

Dentro del A.T. el niño se va adaptando a las condiciones que la vida continuamente le va presentando, esto lo obliga a modificar su conducta natural y confrontar un mundo cambiante y

agresivo que tiene enfrente. Los duelos y las pérdidas son parte de este mundo cambiante y agresivo en el cual el niño se tiene que desenvolver y como consecuencia afectan al padre y al adulto.

## ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE ERIK ERIKSON

Erik Homburger Erikson (1902-1994) nació en Alemania y fue un experto analista dentro de la tradición freudiana.

AÑOS	ETAPAS	VIRTUDES BASICAS
0-2 INFANCIA	Confianza VS Desconfianza	Esperanza
2-4 PRIMERA INFANCIA	Autonomía VS Vergüenza	Voluntad
4-6 EDAD DE JUEGO	Iniciativa VS Culpa	Determinación
6-12 EDAD ESCOLAR	Laboriosidad VS Inferioridad	Capacidad
ADOLESCENCIA	Identidad VS Confusión	Amor y devoción
JUVENTUD	Intimidad VS Aislamiento	Amor y afiliación
ADULTEZ MEDIA	Generatividad VS Estancamiento	Cuidado, afecto y producción
ADULTEZ TARDIA O VEJEZ	Integridad VS Desesperación	Sabiduría

El Ego (Yo) para Erikson, representa el agente de la personalidad encargado de coordinar las necesidades del individuo con las demandas impuestas por su ambiente. La identidad del yo es una continuidad o igualdad interna y se relaciona con la elaboración de compromisos a largo plazo. Cuando se logra un sentido de identidad se experimenta un estado emocional placentero,

de estar bien con los demás y consigo mismo, de aceptar su cuerpo, saber que dirección lleva su vida y valorar a las personas cercanas.

Aunque Erikson marca etapas del desarrollo, no acepta el encasillamiento de las mismas. Habla de un continuo evolutivo, en donde las primeras pautas son significativas e integrantes de las más avanzadas y éstas a su vez forman parte de las situaciones en que la pauta adaptativa sea más primitiva. “si las ocho etapas de la vida son vividas exitosamente, agregan algo al Yo. Estos logros son llamados “fuerzas del Yo”. Conforme el niño crece hay cambios en sus potencialidades y capacidades, pero también un aumento de su vulnerabilidad a sufrir daño. Al aprender a hacer más, el niño aumenta su susceptibilidad a las frustraciones y los conflictos y aunque la realización de un logro en particular prepara al pequeño a vivir de una manera más eficaz, puede fácilmente reincidir o regresar. Si una crisis no se resuelve con éxito en la etapa adecuada de desarrollo, puede haber una segunda oportunidad; sin embargo, un logro alcanzado en la etapa adecuada prepara al niño a encargarse de la siguiente etapa”. (Dicaprio, 1989.)

Estadio I Confianza básica vs Desconfianza.

El primer logro social del niño es permitir que su madre se aleje de su lado, porque ella se ha convertido en una certeza interior y en algo exterior previsible.

Esta etapa inicia con el nacimiento y termina con el destete. En ella la primera tarea del yo es establecer formas de solución de conflictos, que perduren el resto de la vida, lograr adquirir la virtud de la esperanza ante la inseguridad. Estas formas se basan en el logro de una confianza básica en oposición a la desconfianza básica y se alcanza mediante la relación con la madre (y el padre), en especial en lo referente a la satisfacción, de las necesidades básicas como el alimento, la higiene, los cambios de temperatura, el cariño y la atención.

Estadio II Autonomía vs Vergüenza y duda.

Esta etapa corresponde al control de esfínteres, por tanto, implica una capacidad mayor de voluntad muscular y la influencia de la educación cultural del medio. El niño debe ser respaldado,

protegido, impulsado y limitado en sus decisiones y actos. Así se evitará un sentimiento de vergüenza o duda sobre que hacer y se logrará que adquiera un sentimiento de autocontrol y podrá ser capaz de oponer su voluntad a la de otros.

El niño podrá desarrollarse en esta etapa si se le permite hacer las cosas por sí mismo aunque al final reciba ayuda. Un niño abandonado a sus fuerzas fracasará frecuentemente y perderá la confianza en sí mismo; un niño al que le hacen todo, se estancará y una permanente duda, permanente dependencia serán las consecuencias.

La seguridad en sí mismo se caracteriza por una sensación definida de independencia de la familia como matriz de autoimagen.

### Estadio III Iniciativa vs Culpa

Los órganos de la locomoción adquieren mayor fortaleza y el niño se desplaza hacia lo que despierta su interés. El extraordinario desarrollo que ha tenido hasta ahora plantea nuevos retos y nuevas posibilidades. El dominio del lenguaje permite al niño hacer sus propios planes, actuar con intencionalidad, tomar decisiones.

El desarrollo de más de un niño se ve desbaratado cuando la vida familiar no le prepara para la vida escolar. Tiene tendencias a imitar, de la que descubre la diferencia de los deseos, y se inicia la identificación con el progenitor del mismo género.

Así como existe una identificación con el padre o la madre, existe un acercamiento con el progenitor del sexo opuesto para llamar su atención, con la fantasía de ser grande y conquistar su amor.

La libertad de la iniciativa del niño y su sentido de un propósito en las tareas de los adultos que prometen la realización de sus capacidades es la contribución a la identidad “yo soy lo que puedo imaginar que seré” (Erikson, 1977).

#### Estadio IV Laboriosidad vs Inferioridad

En este, el niño tiene la oportunidad de concentrar su atención y aprender, se interesa en las relaciones sociales a través de la experimentación, la planeación, y en compartir actividades obligaciones y disciplinas dentro de una división de trabajo. Se inicia la imitación de los adultos que no son sus padres.

A partir de los seis años el niño empieza a interactuar efectivamente con gente ajena a su círculo familiar. En la escuela y en el vecindario, algunas de estas personas ejercerán una notable influencia en su desarrollo. Particularmente importantes serán las de sus amigos.

Este estadio crea la identidad de “soy lo que puedo aprender a funcionar” (Erikson 1977); aprendizaje frente a la parálisis en el trabajo. Esto significa incapacidad para concentrarse en las tareas que se han exigido o sugerido, o una preocupación autodestructiva por una actividad parcial. Es la consecuencia lógica de un profundo sentimiento de inadecuación de las habilidades propias, ya sea por un exigente ideal del yo, porque el medio social no da lugar al desarrollo de las potencialidades del individuo o por haberse enfocado a una especialización laboral muy tempranamente.

#### Estadio V Identidad vs Confusión del rol

En esta fase Erikson señaló que son explícitamente las dos fases fundamentales del desarrollo.

Alrededor de los 12 años los adolescentes plantean mil preguntas y buscan las respuestas a través del diálogo con otros jóvenes que son iguales y que enfrentan las mismas tareas de desarrollo. Sostienen conversaciones interminables, donde, sin proponérselo interrogan a la vida. Su poderoso pensamiento exige explicaciones.

La adolescencia ofrece una moratoria psicosocial donde el individuo, al experimentar diferentes roles, encuentra un lugar en su sociedad. Esta lo reconoce reaccionando positivamente ante sus logros y otorgándole una función y estatus como si tuviese una personalidad definida. El

adolescente necesita esta moratoria para integrar los componentes de su identidad, donde la sociedad reemplaza al ambiente familiar.

La identidad yoica es la integración que se adquiere como suma de las identificaciones infantiles; es la confianza acumulada de que la mismidad y la continuidad anteriores encuentren su equivalente en el significado que se tiene para los demás.

El proceso de la adolescencia termina cuando el individuo subordina sus identificaciones infantiles a una nueva identificación en donde la sociabilidad y el aprendizaje competitivo con y entre compañeros de la misma edad la delinear y obligan al joven a elegir y decidirse en lo que lo conducirá a compromisos para toda la vida.

Estadio VI Intimidad vs Aislamiento.

Una persona sana deberá ser capaz de amar incondicionalmente; pero también deberá ser capaz de renunciar a su objeto amoroso si las circunstancias lo obligan. La evitación de la intimidad por el temor a la pérdida del yo puede llevar a un profundo sentimiento de aislamiento.

El joven adulto cuando alcanza su identidad y busca reafirmarla, está dispuesto a fundirla con la de otros, es decir, de intimidar, de entregarse a las relaciones que establece sin el temor de perder algo propio. A partir de este estadio empieza a establecerse la pertenencia a una generación y de ahora en adelante se considera la identidad como “somos lo que amamos” que se manifiesta en la polarización sexual ante la confusión bisexual.

La incapacidad de establecer satisfacciones íntimas satisfactorias, a menudo deja a las personas con un sentimiento profundo de aislamiento y extrañeza. Si la necesidad de amar no se satisface se sienten incompletos.

Estadio VII Generatividad vs Estancamiento.

Generatividad es alcanzar la cúspide de la madurez al entregar todo el amor sin perder la integridad del yo, su modelo perfecto es la madre que ama a sus hijos y todos aquellos entregados a la tarea de construir y crear un mundo mejor.

Es por lo general la etapa de mayor productividad en la vida; las personas establecen en una profesión, forman una familia y se forjan una reputación en la comunidad. Es la época en que el sujeto alcanza la más completa madurez física, psicológica y social.

Es un empobrecimiento personal no alcanzar satisfactoriamente la etapa de generatividad.

En el estancamiento el individuo puede sentir que la vida es monótona y vacía, que simplemente transcurre el tiempo y se vuelve viejo sin cumplir sus expectativas. Las personas generativas encuentran significado en el empleo de sus conocimientos y habilidades para su propio bien; por lo general, les gusta su trabajo y lo hacen bien.

#### Estadio VIII Integridad vs Desesperación

La última etapa del ciclo de la vida, cuando el fruto de los siete estadios anteriores madura, es la aceptación del propio y único ciclo de vida como algo que debía ser, que no pudo modificarse y que fue adecuado tal como se vivió.

Sólo el adulto que ha generado bienestar no sólo para los suyos sino para su comodidad o para la humanidad entera, será capaz de madurar el fruto de las siete estaciones. Es decir podrá alcanzar un sentido de integridad. Quien no lo consiga al término de su vida se hundirá en la desesperación.

#### PSICOTERAPIA GESTALT

La psicoterapia gestáltica se define como un enfoque psicoterapéutico centrado en el momento existencial que vive la persona, en el aquí en el ahora, su presente.<sup>46</sup> Uno de los requisitos en su

---

<sup>46</sup> Castanedo, C. Op cit. P. 237.

aplicación terapéutica reside en que el individuo tome conciencia o se dé cuenta de lo que está pasando momento a momento dentro de sí mismo y a su alrededor.

El organismo humano como totalidad está compuesto de partes que funcionan como una unidad: la persona. “Perls considera que la separación mente-cuerpo es una separación arbitraria y engañosa. La actividad mental es simplemente una actividad que se lleva a cabo en un nivel menos intenso que la actividad física”<sup>47</sup>

Perls no tenía ningún interés por exaltar el concepto de sí mismo (la persona en sí, el self) para incluir algo fuera de lo que somos todos los días, de lo que manifestamos obviamente.

La personalidad se manifiesta por los patrones de conducta habituales del individuo, sus actividades mentales y físicas, sus acciones y actitudes, todo ello en respuesta a los estímulos que le llegan y proceden del medio. También la personalidad expresa las necesidades y deseos individuales y su capacidad para satisfacerlos al interior de su medio.

Kepner y Brien (1970) establecen la relación existente entre la terapia gestalt, el conductismo y fenomenología, partiendo de la base de que la conducta del ser humano es aprendida, la psicoterapia entonces, representa un método reeducativo o un proceso de aprendizaje. Todo lo anterior indica que la única manera de determinar los efectos de la experiencia es por medio de la conducta sea verbal o no verbal.

Enright al igual que Perls considera que la persona no necesita cambiar, sino que tiene que ser como es. Y dice “en la vida no nos enfrentamos con la realidad, sino con nuestra descripción de la realidad y esto es cada vez más cierto a medida que más aculturizados estamos.

“Perls decía que la salud y la madurez psicológica consisten en salir del apoyo y la regulación brindadas por el medio hacia el autoapoyo y la autorregulación, el proceso terapéutico constituye

---

<sup>47</sup> Fadiman, J. Op. cit. P. 186

un esfuerzo por lograr esta salida. El elemento definitivo para el apoyo del propio esfuerzo y para la autorregulación es el equilibrio”<sup>48</sup>

Perls dice: “Cualquier trastorno del equilibrio orgánico constituye una gestalt incompleta, una situación inconclusa que fuerza al organismo a volverse creativo, a buscar la forma y el medio de buscar dicho equilibrio... y la base figura fondo, que es la más vigorosa, se apodera temporalmente del control del organismo total. Tal es la ley fundamental de la autorregulación orgánica”. También considera que la evitación del conocimiento y sus correspondientes rigideces de percepción y conducta son los obstáculos principales para el desarrollo psicológico. Los neuróticos no pueden ver claramente sus propias necesidades ni pueden hacer una distinción adecuada entre ellos mismos y el resto del mundo.

“La terapia gestalt como desarrollo del psicoanálisis, emplea mucha terminología de Freud y sus discípulos, sin embargo, la mayoría de estos términos (y especialmente el yo, el ello y el ego) se utilizan con un significado específico dentro de la psicoterapia gestalt. Se aconseja al lector que prescinda de cualquier otro uso de estas palabras con el que esté familiarizado”<sup>49</sup>.

Cuando se habla de la personalidad y de su organización en gestalt se hace alusión a la imagen del individuo, como va cambiando durante la vida y como va manifestándose en forma diferente en situaciones distintas.

El término que se usa en psicoterapia gestalt para designar a la personalidad es el Yo, es uno mismo. El Yo es nuestra esencia es el proceso de valorar las posibilidades del ambiente, integrarlas y llevarlas a su realización de acuerdo con las necesidades del organismo. El Yo es el agente del contacto con el presente, realizando la adaptación creadora dándole un significado. El Yo es nuestro proceso sano en marcha, en cuanto funcionamiento para sostenernos en la existencia y para desarrollar nuestro organismo.

---

<sup>48</sup> Ibidem. P. 182

<sup>49</sup> Latner, J. “Fundamentos de la gestalt” Cuatro vientos. Chile. 1973. P. 58

La fuerza dinámica del Yo reside en nuestro compromiso total con el proceso siempre en movimiento de la vida. El Yo se esfuerza en completarse, en hacer y terminar las gestalts. El Yo es un involucrarse en cualquier figura, hasta en la que nos amenaza.

La psicoterapia gestalt concibe al Yo como un concepto unitario. Abarca los aspectos físico, emocional y cognitivo.

En el curso de un funcionamiento sano, el Yo tiene distintas cualidades o estilos de acuerdo con las exigencias de la situación. Por ejemplo: mostrar la emoción de enojo de manera nutritiva y no tóxica.

Hablemos del ello, cuando la figura se forma claramente y la excitación del organismo y del ambiente es grande, el funcionamiento del ello puede ser enérgico. La espontaneidad atractiva de los niños se debe en gran parte al funcionamiento del ello.

El Ello es aquel aspecto del proceso del Yo en el que la energía, la excitación y el movimiento sobresalen. La forma de funcionar del ello es una cualidad típica y sana del Yo. En la terapia gestalt la espontaneidad, la desenvoltura y las expresiones abiertas de las emociones se tienen por aspectos necesarios de una conducta madura y adecuada.

El ego es el funcionamiento del yo en el polo opuesto del ello. Mientras este último es pasivo y relajado, el modo del ego es voluntarioso, deliberado y activo. El modo del ego se convierte en el estilo característico del Yo cuando no se logra establecer fácilmente el equilibrio del organismo y entonces se necesita movilizar más energía del ambiente para conseguir la adaptación.

Mientras que la función del ello reduce a un mínimo los límites entre el organismo y las otras partes que integran el campo el funcionamiento del ego las resalta.

En el funcionamiento normal y sano del ego, nos identificamos con lo que nos interesa o con lo que es adecuado para nuestras necesidades y repudiamos lo que no nos interesa.

Para Salama la personalidad del ser humano se da en un “Yo” que tiende siempre al éxito es nuestra esencia; es el proceso de valorar las posibilidades del ambiente, integrarlas y llevarlas a su realización de acuerdo con las necesidades del organismo. El yo es nuestro proceso sano en marcha y en un “No Yo” es normativo (debes y tienes) y/o manipulador (victimario y/o víctima.). Freud llamo a estas polaridades “super yo” y “ello”, en el cual el primero dicta las normas y el segundo la imperencia de los impulsos, instintos, generalmente en oposición al primero. En A.T. estos conceptos pueden definirse como al padre vs niño.

Continuando con Salama, el menciona que las características del Yo y No yo son las siguientes:

Yo	No yo
Cuestiona	Da por hecho
Promueve el cambio	Resistencia al cambio
Observa	Reacciona sin observar
Analiza y particulariza	Racionaliza y generaliza
Puede elegir	No puede elegir
Reconoce y diferencia	Repite en automático
Creativo y espontáneo	Impulsivo y rígido
Presente	Pasado y futuro
Juzga	Prejuzga
Tiene conciencia	No tiene conciencia
Tiene capacidad de espera	Es impulsivo
Puede graduar	Todo o nada

Con lo anterior terminamos la revisión, de lo que a nuestro juicio son las teorías de la personalidad que podemos retomar en el trabajo tanatológico, esto con la finalidad de que el tanatólogo conozca las posibles conductas, comportamientos, sentimientos, emociones, ideas, pensamientos, etc. que un paciente, su familia, amigos y cuerpo médico pueden manifestar en una situación de crisis producto de enfermedades crónicas, terminales e incluso la muerte, así como

de alguna pérdida significativa como lo es; el trabajo, el abandono, la mutilación de alguna parte del cuerpo.

Durante el modulo seis abarcamos tres formas de intervención terapéutica, aunque, dos de ellas no fueron abordadas dentro de este capítulo, nos referimos a la Hipnosis Ericksoniana en la cual existe muy poco en cuanto al desarrollo de la personalidad, en virtud de que Milton Erickson consideraba que las teorías de la personalidad etiquetan, limitan a la persona. La otra forma de intervención propuesta es la Hipnosis Clásica, para la cual no existen estudios serios sobre el desarrollo de la personalidad.

## CAPITULO TRES

### ENFERMEDADES Y TRASTORNOS

*Para la humanidad, el dolor es un amor  
mucho más terrible que la muerte misma.  
A. Schweitzer.*

A través de este capítulo nos introduciremos en el estudio de algunas de las enfermedades terminales como es el cáncer y sus tipos, sobre todo el cáncer ginecológico, que en la actualidad representa alrededor del 40% de todos los tipos de cáncer, y que también, según cifras del INEGI ocasiona la mayor mortandad, debido a dos cánceres ginecológicos, mama y cervicouterino. Abordaremos el tema del VIH-SIDA y sus distintas repercusiones en el ámbito social, la visión del cuerpo médico y de los encargados de atender a pacientes que padecen esta enfermedad.

Nos introduciremos en la historia de la psiquiatría y los principales trastornos que alteran la calidad de vida del paciente terminal y del paciente crónico, que por su importancia requieren de un abordaje integral que no se limite solo a cuestiones psiquiátricas, sino, que considere a la psicoterapia, la espiritualidad y el humanismo.

La posibilidad de la muerte tiene efectos sobre la mente de las personas, de tal manera que se pueden presentar situaciones que corresponden, en términos generales, a la psicosis o a la neurosis.

Neurosis: conjunto de ideas, pensamientos y conductas que son distónicas al Yo, lo que significa que la persona aunque no se da cuenta está en desacuerdo con sus pensamientos y conductas, y muy probablemente viva toda su vida realizándolas, a menos que se presente una crisis que reestructure su funcionalidad o ingrese a un proceso terapéutico.

Algunas de las características de la neurosis es la existencia de emociones displacenteras como: el miedo, la tristeza y el enojo, incluso de pseudo emociones tales como: culpa, soledad,

desesperanza, al mismo tiempo, tener ideas recurrentes de algún evento en el pasado o fantasías catastróficas en el futuro.

Para Latner, la neurosis es el resultado de la incapacidad para resolver adecuadamente los conflictos psíquicos. La neurosis tiene como resultado los fracasos del Yo. Estos se manifiestan en las vivencias psíquicas del neurótico por su disminución de la efectividad funcional y del desarrollo de sus aptitudes, y por una incapacidad para alcanzar la satisfacción y establecer adecuadas relaciones interpersonales. Los síntomas de la neurosis difieren según el tipo de personalidad, en el neurótico siempre existe una ganancia secundaria.

Perls decía, que neurótico es quien no ve lo obvio, el neurótico no se da cuenta, ni acepta sus propias necesidades. En una relación terapéutica usa parte de su energía contra sí mismo y parte para controlar el diálogo del terapeuta; no puede abarcar plenamente el Yo-Tú porque su carácter es rígido. El neurótico quiere que el terapeuta le diga como ser, el terapeuta debe frustrar las manifestaciones neuróticas forzando a dirigir sus habilidades para satisfacer sus necesidades reales.

Una persona neurótica como en algunos casos lo es el enfermo terminal no cree que pueda autoregularse (sistematizarse a través de sus propios recursos) ni autoapoyarse (afirmarse a través de sus experiencias y vivencias) y manipula a otros para que le digan como ser o se obliga a vivir con reglas rígidas que se tragó sin asimilar, a lo anterior se le conoce como introyectos.

Psicosis: se puede definir como un nivel en el cual el pensamiento se encuentra en desorden y la persona no es capaz de diferenciar entre la realidad y la fantasía a causa de la alteración de su capacidad para realizar la prueba de la realidad. Para comprender mejor la psicosis, en lo particular y la psicopatología en lo general, es conveniente que hagamos un alto, para considerar algunos aspectos históricos de la psiquiatría.

La psiquiatría ha sufrido distintos cambios a lo largo del tiempo. Nace en medio de la revolución francesa y se transforma en medicina mental con el crecimiento del campo anatomoclínico y finalmente a lo que hoy se conoce como psiquiatría cuyas bases fueron planteadas por Klapelin

y Magnan. La definición etimológica de psiquiatría es *psyche* = alma y *iatréia* = curación, *iatros* = medico, se le considera la rama antropológica o humanista de la medicina, es la parte de la medicina que trata de las enfermedades mentales, distinguiéndose de la neurología que trata las enfermedades del sistema nervioso.

La psiquiatría se ha definido como la rama de la medicina, que se ocupa del estudio, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos psíquicos, entendiendo como tales, las enfermedades psiquiátricas como las patologías psíquicas, su carácter científico se alcanza a través de la psicopatología. La psiquiatría se maneja dentro de un alto campo y esta en estrecha relación con la patología médica general, la neurología con la que comparte una base neurofisiológica cada vez más amplia, la psicología principalmente en el área de psicología médica y psicopatología clínica y la sociología con respecto a los elementos psicopatogenos ambientales y sociales.

Hipócrates (460-370 a.C.) sostenía que las enfermedades se producían por un desajuste de los cuatro humores esenciales: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre. El exceso de bilis negra era la causante principal de la demencia, en tanto que la bilis amarilla provocaba ira maniaca. Hipócrates ubico en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar. También fue pionero en describir y clasificar racionalmente enfermedades como epilepsia, manía, paranoia, delirio toxico, psicosis puerperal, fobias e histeria.

Dentro de la psiquiatría actual es importante resaltar a los siguientes personajes que con sus estudios han incrementado el quehacer científico de la psiquiatría:

Eugen Bleuler, en su libro demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias en 1911, afirmo que, no todos los casos de demencia precoz evolucionan hacia la demencia, por lo tanto el término más adecuado es el de esquizofrenia. Ubico cuatro síntomas fundamentales en esta enfermedad: autismo, ambivalencia y alteraciones en la asociación y afectividad.

Karl Jasper (1863-1969) realizo un estudio fenomenológico sobre la mente humana. Influyo notablemente en la psicopatología y en la psicoterapia en general.

Ernest Kretschmer (1888-1964) describió dos tipos corporales: leptosómico y pícnico, los cuales vinculo con la esquizofrenia y la psicosis maniaco depresiva, respectivamente.

Adolf Meyer (1866-1950) desarrollo un concepto psicobiológico de la psiquiatría, que integraba aspectos biológicos y psicológicos en la génesis y tratamiento de los trastornos mentales. Es el autor del libro “psicobiología: una ciencia del hombre”.

Kurt Schneider (1887-1967) autor de psicopatología clínica (1950), implemento los enfoques descriptivos y fenomenológicos de Kraepelin y Jasper, respectivamente. Dividió los síntomas de la esquizofrenia en primarios y secundarios.

Con el desarrollo de la psicofarmacología los tratamientos realmente efectivos contra distintas patologías dieron a la psiquiatría un gran empuje. La aparición de los psicofarmacos ha significado la mayor revolución en el campo de la psiquiatría, siendo en la actualidad parte imprescindible de los tratamientos para la gran mayoría de las enfermedades psiquiátricas.

La psiquiatría ha contribuido a la comprensión más precisa del hecho mismo de estar enfermo, que no es el funcionar anormal de un órgano o un sistema de órganos, sino un desequilibrio del ser humano frente a sí mismo y frente a su ambiente, en la actualidad la psiquiatría es una disciplina que es necesario que todo tanatólogo conozca, los componentes psicológicos, también son importantes, pero no podemos asumir un trabajo profesional científico sin conocer el origen de las patologías y mucho menos negarnos a la realidad diaria con lo cual mantendríamos al paciente al margen de un tratamiento integral.

El enfermo terminal puede sentirse atrapado por el temor a morir. En nuestra cultura la enfermedad se ubica como un fracaso y más aún la muerte, entonces, la muerte es el fracaso fatal. En ocasiones, en el paciente terminal se presentan sentimientos mágicos de omnipotencia e inmortalidad, producto del temor a fallecer y desaparecer, por lo tanto, el psicótico puede vivir en un estado de terror permanente.

Las características de la psicosis son: aparecen ideas delirantes, que se organizan en delirios sistematizados, en ideas erróneas patológicamente engendradas, alucinaciones (percepción que se produce sin que haya estimulación de los receptores sensoriales, puede corresponder a cualquiera de los sentidos), lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico (síndrome caracterizado por periodos de rigidez física, negativismo, agotación y estupor), disfuncionalidad laboral y afectividad inapropiada

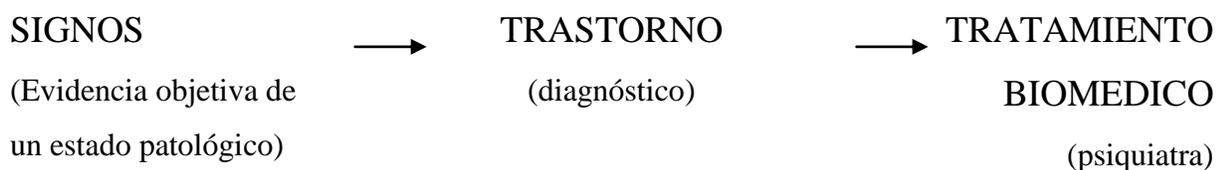
El enfermo psicótico no tiene la capacidad de distinguir entre el mundo externo y su propia vida psíquica, el enfermo considera parte de sus impulsos, angustias y fantasías como algo que tiene una realidad externa.

Para efectos de este libro, las psicosis se pueden dividir en:

- ✓ Orgánicas.- Existe una patología cerebral o somática general (tumores, infecciones, etc.) como causa de la perturbación psíquica.
- ✓ Funcionales o endógenas.- En la que no existe una alteración orgánica concreta, en las que se considera que existe una multiplicidad de factores somáticos (hereditarios, metabólicos, etc.) y psicológicos (desarrollo del yo, experiencias infantiles, etc.) que se conjugan de diversos modos, dando lugar a la aparición de la enfermedad.

Psicopatología: es el estudio de los trastornos mentales. En los trastornos mentales están alterados los procesos psicológicos básicos: pensamiento, lenguaje, memoria, motivación, percepción, emoción, atención, inteligencia.

El diagnóstico para una psicopatología se realiza a partir del examen mental de estos procesos psicológicos, junto con la historia clínica. Para lograr el diagnóstico psicopatológico se utiliza un criterio descriptivo a partir de la categorización de signos y síntomas.



## SINTOMAS

(Queja subjetiva)

## EVALUACION

### PSICOLOGICA

(mental, conductual, de personalidad y social)

## PSICOTERAPIA

(psicólogo)

El texto normativo actual para el diagnóstico en psicopatología es el DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) 2002.

El DSM-IV define al Trastorno Mental como “un patrón psicológico que produce síntomas dolorosos y deterioro del funcionamiento”.

De acuerdo con Latner (1999) al hablar de trastorno no nos referimos a trastornos mentales, puesto que si así lo hiciéramos, estaríamos dividiendo el cuerpo, lo cual representaría una forma trastornada de pensar, por lo tanto en gestalt consideramos que el organismo en si es el que padece un trastorno o desequilibrio del funcionamiento y desarrollo del Yo.

Enfermedad es la falta del libre funcionamiento del organismo, se inicia en la infancia cuando borramos o cambiamos el contacto en nuestros límites y movilizamos la energía para modificar la realidad que vemos.

Continuando con lo que dice Latner si persiste la modificación de la realidad y estamos llenos de sufrimiento y no se nos permite hacer coraje o gritar nuestra molestia, haremos la adaptación que podamos; quizá ocultar nuestro sufrimiento tras una máscara desprovista de emoción.

La importancia de que el tanatólogo del S. XXI tenga conocimientos del área psiquiátrica le permite identificar la posible presencia de un trastorno y en su caso canalizar al paciente o a su familia al área correspondiente.

De acuerdo a los estudios realizados dentro de la psicooncología, y que pueden ser llevados a la tanatología, los principales trastornos que pueden afectar a los pacientes terminales o crónicos

son los siguientes:

- ✓ Depresión
- ✓ Delirium
- ✓ Ansiedad
- ✓ Estrés post-traumático
- ✓ Adaptativo
- ✓ Adictivos.

## DEPRESION

Para algunos autores la depresión en pacientes terminales es tres veces superior que en la población general y dos veces superior en los pacientes internados por otros problemas clínicos. Varios son los factores de riesgo para padecer depresión: relacionado tanto con factores personales, factores del tratamiento y la propia enfermedad.

Es importante detectar y canalizar al psicólogo para el tratamiento psicoterapéutico y que el psiquiatra lo haga farmacológicamente, lo referente a los cuadros depresivos en los pacientes terminales, ya que no sólo alteran su calidad de vida, sino también pueden alterar el curso y evolución de la enfermedad, incluso acelerar el proceso de muerte ya que la depresión afecta directamente el sistema inmunológico.

La depresión puede producir un desequilibrio en el sistema inmunológico que favorecería la aparición de infecciones, lo cual puede producir baja en las defensas y la posible presencia de enfermedades oportunistas en los pacientes.

Para poder diagnosticar la depresión, hay que pensar en ella, descartarla o confirmarla durante la entrevista, procurando no minimizar los síntomas bajo el esquema “es lógico que el paciente se sienta deprimido”. No es lo mismo estar triste que tener un cuadro depresivo.

De acuerdo al DSM IV la depresión se encuentra dentro de los trastornos del estado de ánimo y esta a su vez se clasifica:

- ✓ Trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o mas episodios depresivos mayores (por ejemplo: al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).
- ✓ Trastorno distímico se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin el, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- ✓ Trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso o depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).
- ✓ Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica

Entre los criterios de diagnóstico que maneja el DSM IV para los trastornos del estado de ánimo se encuentran.

- ✓ Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
- ✓ Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día.
- ✓ Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso
- ✓ Insomnio o hipersomnia casi cada día
- ✓ Agitación o enlentecimiento psicomotores cada día.
- ✓ Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- ✓ Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados.
- ✓ Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día.

- ✓ Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o un plan específico para suicidarse.

Para algunos autores la incidencia de depresión en el paciente terminal es de aproximadamente el 41 % lo anterior medido con la escala de Hamilton.

Existen otros criterios más amplios para identificar la depresión, a partir de la psicoterapia, podemos ubicar las distintas manifestaciones que se pueden presentar en un cuadro depresivo, las cuales enunciaremos a continuación, desde distintas áreas, según la Dra Teresa Robles.

### **Fisiológicos**

- Alteración del sueño: (hipersomnia o insomnio).
- Alteración del apetito (hiperfagia o hipofagia).
- Fatigabilidad fácil o disminución de la energía.
- Cambios marcados en el peso corporal.
- Cambios en el deseo sexual (disminución de la libido).
- Ansiedad.
- Quejas físicas vagas sin origen orgánico aparente.
- Magnificación o persistencia de los síntomas físicos (dolor).

### **Cognitivos**

- Expectativas negativas (desesperanza).
- Disminución en la capacidad de resolver problemas.
- Auto evaluación negativa.
- Interpretación negativa de los eventos.
- Ideación suicida.
- Indecisión.
- Bradipsiquia (lentitud de pensamiento).
- Confusión.
- Foco primario interno.
- Disminución de la concentración.

- Orientación temporal en el pasado.
- Pensamiento global.
- Posición de "víctima" (desamparo).
- Distorsiones cognitivas (patrones erróneos de pensamiento).
- Rumiación.
- Amplificación o minimización perceptual Rigidez.
- "Nada cambia, nunca".

### **Simbólicos**

- Pobreza de las simbolizaciones.
- Imágenes y fantasías destructivas.
- Pesadillas recurrentes.
- Imágenes molestas.
- Interpretación del "significado" de la depresión.

### **Conductuales**

- Alteraciones en el nivel de actividad (hiper o hipoactividad).
- Actos agresivos o destructivos.
- Episodios de llanto.
- Conducta suicida.
- Discurso enlentecido.
- Abuso de sustancias.
- Impulsividad generalizada.
- Conductas inconsistentes con los valores personales.
- Destructividad compulsiva.
- Agitación o retardo psicomotor Acting out.
- Actitud de derrota, "tirar la toalla".
- Conducta perfeccionista.

### **Afectivos**

- Ambivalencia.

- Pérdida de las fuentes de gratificación.
- Anhedonia, falta de disfrute.
- Pérdida del sentido del humor.
- Baja autoestima.
- Sentimientos de inadecuación, futilidad.
- Pérdida de los lazos emocionales.
- Apatía.
- Tristeza.
- Sensación de ser rechazado.
- Sensación de ser castigado.
- Sensación de ser perseguido.
- Culpa excesiva e inapropiada.
- Impotencia.
- Irritabilidad y enojo.
- Hipersensibilidad o hiposensibilidad a los estímulos externos.
- Pérdida de motivación.

### **Relaciones interpersonales**

- Rol de "víctima".
- Dependencia marcada en los demás.
- Incremento en la reactividad hacia los demás.
- Ganancias secundarias sociales.
- Retraimiento social, aislamiento.
- Evitación social.
- Patrón de excesiva búsqueda de aprobación.
- Auto sacrificio y martirio.
- Hiper responsabilidad por los demás.
- Rol de "chivo expiatorio".
- Patrones de conducta pasivo-agresivos.
- Límites rígidos o difusos.
- Búsqueda o evitación del poder.

- Hipercrítica de los demás.
- Insatisfacción con el medio ambiente.
- Disminución de las habilidades de comunicación.

Es pertinente resaltar, según lo expuesto, la importancia del equipo interdisciplinario y la preparación que debe de tener el tanatólogo para identificar y canalizar al paciente a las áreas correspondientes.

## ANSIEDAD

La ansiedad es un trastorno que se produce como consecuencia de la espera, la incertidumbre y el miedo incontrolado asociados, en este caso a una enfermedad crónica o terminal, en general se acompaña de temor a la muerte, al abandono por parte de sus seres queridos, a la desfiguración física, a las consecuencias del tratamiento, a no poder reconstruir su vida después de la enfermedad.

Las causas de ansiedad en los pacientes crónicos o terminales pueden ser de diferente índole:

- ✓ Situacionales
- ✓ Relacionadas con la enfermedad y la posibilidad de la muerte.
- ✓ Relacionadas con el tratamiento y la agresividad del mismo
- ✓ Incremento de un trastorno de ansiedad preexistente.

Entre las causas de origen situacional se encuentra el diagnóstico de la enfermedad junto con el pronóstico de la misma, lo cual va a impactar de manera simultánea o diferida a los miembros de la familia más significativos.

Otros factores situacionales son:

- ✓ La crisis que desencadena la enfermedad y el tratamiento.
- ✓ Conflictos con la familia y el equipo médico

- ✓ Preparación de un procedimiento atemorizante como lo son las intervenciones quirúrgicas, las quimioterapias y las radioterapias.
- ✓ Espera de los resultados de los análisis y de los estudios la cual se puede dar en la etapa de diagnóstico o de tratamiento de la enfermedad.
- ✓ Miedo a la reaparición de la enfermedad.

A lo anterior en ocasiones se suman ideas de muerte que son mucho más frecuentes en los pacientes terminales que en la población que presenta algún trastorno psiquiátrico. En general la idea de muerte esta relacionada con el pobre control de los síntomas y principalmente con el poco o nulo control del dolor. Por lo regular este trastorno desaparece cuando se controlan los síntomas y el dolor.

Otras causas de ansiedad relacionadas con la enfermedad son:

- ✓ Estados metabólicos anormales.
- ✓ Tumores secretantes de hormonas.
- ✓ Síndromes paraneoplásicos (efectos remotos en el Sistema Nervioso Central).

La ansiedad se puede presentar de forma anticipada, regularmente en los pacientes que están realizando algún tipo de tratamiento como la quimioterapia, presentándose como síntomas frecuentes de náuseas y vómitos antes de llegar al hospital o en la sala de espera del hospital, aun cuando no se le ha colocado la medicación.

También encontramos fármacos que pueden producir trastornos de ansiedad por drogas.

La mayoría de las veces cuando un paciente se siente acompañado, informado por los profesionales que lo tratan, cuando puede tomar decisiones sobre su tratamiento, la ansiedad se controla.

El diagnóstico de trastorno de ansiedad en pacientes clínicamente enfermos a veces puede ser difícil, algunos síntomas somáticos involucran varios órganos, especialmente el

cardiovascular y el gastrointestinal, los que pueden superponerse con síntomas propios del cáncer, por ejemplo o con efectos adversos del tratamiento. Además interfieren en el control del dolor. También puede acompañarse de trastornos en el sueño, fatiga, irritabilidad, pobre concentración, temblores, tensión muscular, hiperactividad autonómica (palpitaciones), sudoración, boca seca, incremento de la diuresis, diarrea).

En el DSM IV existe un apartado que clasifica los distintos trastornos de ansiedad.

Los pacientes crónicos y terminales pueden presentar dentro de los trastornos de ansiedad:

- ✓ Trastorno de angustia con o sin agorafobia
- ✓ Fobias
- ✓ Trastorno obsesivo-compulsivo
- ✓ Trastorno por estrés post-traumático
- ✓ Trastorno de ansiedad generalizada
- ✓ Trastorno de ansiedad por causas médicas

Entre los criterios de diagnóstico que maneja el DSM IV para los trastornos de ansiedad se encuentran.

- ✓ Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- ✓ Sudoración.
- ✓ Temblores o sacudidas.
- ✓ Sensación de ahogo o falta de aliento.
- ✓ Sensación de atragantarse.
- ✓ Opresión o malestar torácico.
- ✓ Náuseas o molestias abdominales.
- ✓ Inestabilidad, mareo o desmayo.
- ✓ Desrealización o despersonalización.
- ✓ Miedo a perder el control o volverse loco.
- ✓ Miedo a morir.

- ✓ Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- ✓ Escalofríos o sofocaciones.
- ✓ Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis.
- ✓ Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias.
- ✓ Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.
- ✓ Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil.
- ✓ Miedo excesivo o irracional.
- ✓ Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes.
- ✓ Comportamientos (lavado de manos, puesta en orden de objetos) o actos mentales (rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo.
- ✓ Dificultad para mantener o conciliar el sueño.
- ✓ Irritabilidad o ataques de ira.
- ✓ Dificultad para concentrarse
- ✓ Hipervigilancia.
- ✓ Respuestas exageradas de sobresalto.

Las distintas manifestaciones de la ansiedad podemos ubicarlas desde los trabajos de la Dra. Teresa Robles, la cual la establece desde tres áreas distintas:

Conductuales: En las acciones.

Cognitivos: En los pensamientos.

Fisiológicos: En las reacciones fisiológicas o biológicas.

### **Conductuales**

- Inquietud por la posibilidad de más crisis.
- Comportamientos (lavado de manos, puesta en orden de objetos) o actos mentales (rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo.
- Irritabilidad o ataques de ira.
- Respuestas exageradas de sobresalto.
- Hipervigilancia.

## **Cognitivos**

- Pensamientos de evitación casi siempre presentes.
- Preocupación acerca de ataques futuros.
- Miedo a perder el control.
- Miedo a volverse loco.
- Miedo a morir.
- Pensamientos intrusivos, recurrentes y persistentes.

## **Fisiológicos**

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca.
- Sudoración. Temblores o sacudidas.
- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- Sensación de atragantarse.
- Opresión o malestar torácico.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Inestabilidad, mareo o desmayo.
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- Dificultad para mantener o conciliar el sueño.

No toda ansiedad es patológica, tengamos en cuenta que estamos frente a un paciente que sufre una enfermedad que está poniendo en peligro su vida. Una enfermedad que somete al individuo a tratamientos agresivos o con efectos colaterales como son la quimioterapia, las radiaciones o las amputaciones, que van a alterar su vida más de lo que estaba alterando la enfermedad misma, este paciente seguramente va a tener emociones displacenteras de acuerdo con la situación. Eso es lo que se debe evaluar, la coherencia emocional relacionada con la circunstancia y en que medida afecta o limita sus posibilidades de relacionarse con su entorno, consigo mismo o con sus tratamientos y con su capacidad de decisión sobre el camino a seguir en relación a su enfermedad.

## **DELIRIUM**

Es el segundo trastorno psiquiátrico mas frecuente encontrado en los pacientes crónicos y terminales, el primero es la depresión.

El delirium es un trastorno que se produce a consecuencia de la distorsión de la relación de la persona y el mundo exterior por la presencia de ideas delirantes a las que se adhiere una convicción absoluta. Esta caracterizado por obnubilación de la conciencia, ideas incoherentes, ilusiones y alucinaciones.

El delirium de aparición frecuente en los pacientes terminales en fase terminal, es el cuadro que más dificultad presenta para el diagnóstico, no porque no sea un cuadro claro desde el punto de vista clínico, sino porque en general el cuerpo médico se haya poco preparado para pensar en el, incluso se le llegan a atribuir situaciones esotéricas como por ejemplo: de que los familiares muertos del paciente vienen por él porque ya va a morir. Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial ya que la resolución del cuadro orgánico cerebral de causa médica o generada por fármacos es la causa primaria del delirium.

Las causas más comunes que originan este trastorno son:

- ✓ Encefalopatía metabólica debido a la falla de un órgano vital.
- ✓ Desequilibrio electrolítico.
- ✓ Tratamiento de efectos colaterales.
- ✓ Infección.
- ✓ Anormalidades hepáticas.
- ✓ Desnutrición.
- ✓ Síndromes paraneoplásicos.

Además de todas las consecuencias de tipo emocional que acompañan las distintas enfermedades crónicas y terminales que padecen los pacientes. A lo que se suma la edad avanzada de muchos de ellos y los efectos adversos de los tratamientos quimioterapéuticos.

En el DSM IV el delirium se clasifica dentro de trastornos amnesicos, delirium, demencia y otros trastornos cognitivos.

La causa del delirium, sabemos, tiene su origen en la enfermedad o en los fármacos que se están administrando al paciente, para curar o aliviar la enfermedad, por lo que su resolución va a estar en relación directa con la resolución de la causa que le dio origen.

Los trastornos de conducta y de la percepción que frecuentemente acompañan al delirium junto con deterioro de la memoria, atención y orientación, tienden a desviar la atención del cuerpo médico con respecto a la etiología orgánica del problema. Si a ésto le suman quejas del paciente como cansancio, dificultad para concentrarse, irritabilidad, el resultado suele ser, en el mejor de los casos que se le envié al psiquiatra por un problema de depresión, o bien, se piense que estos síntomas podrían ser superados con un poco de esfuerzo por parte del paciente.

Entre los criterios de diagnóstico que maneja el DSM IV para el delirium se encuentran

- ✓ Alteración de la conciencia (disminución de la capacidad de atención al entorno).
- ✓ Disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- ✓ Cambio en las funciones cognitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje).
- ✓ Presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la presencia de una demencia previa o en desarrollo.
- ✓ Alteración en un corto periodo de tiempo.

## ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Esta relacionado con la exposición a un evento traumático y se manifiesta con pensamientos intrusivos relacionados, conductas de evitación e hiperactividad autonómica. A mayor periodo de supervivencia mayor posibilidad de sufrir este trastorno.

Entre los criterios de diagnóstico que maneja el DSM IV para el trastorno de estrés post-traumático

- ✓ Dificultades para concentrarse.
- ✓ Irritabilidad o ataques de ira.
- ✓ Hipervigilancia.
- ✓ Respuestas exageradas de sobresalto.
- ✓ Desesperanza o un horror intenso.
- ✓ Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento.
- ✓ El acontecimiento traumático es reexperimentado.
- ✓ Evitación persistente de estímulos asociados al trauma.

## TRASTORNO ADAPTATIVO

Es un trastorno que se basa en la mala adaptación de un individuo a un factor estresante, hasta el momento en que el estresor cede o surge la adaptación a la nueva situación. En los pacientes con enfermedad crónica o terminal, el diagnóstico, tratamiento y el significado propio de la enfermedad son factores críticos que favorecen la aparición de este desorden.

Entre los criterios de diagnóstico que maneja el DSM IV para el trastorno adaptativo

- ✓ Aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante.
- ✓ Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
- ✓ Deterioro significativo de la actividad social o laboral.

## TRASTORNOS ADICTIVOS

Los trastornos adictivos pertenecen a los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios a un medicamento y la exposición a tóxicos.

En el trabajo tanatológico hablar de los trastornos adictivos es necesario, por un lado varias de las sustancias que se ocupan para disminuir el dolor son adictivas y es claro que pudiesen producir algún trastorno debido a su uso, por el otro, dentro de las causas de mayor mortandad. En México se encuentran los accidentes automovilísticos y en varios de los casos estos acontecimientos están ligados directamente al consumo de sustancias como el alcohol, sin mencionar la posibilidad de que algunos suicidas ocupen diversas sustancias de manera planeada o no planeada para realizar su cometido.

En otros casos se considera la muerte de un ser querido como desencadenante en el uso y abuso de distintas sustancias.

Hoy en día para la Tanatología la calidad de vida del paciente crónico y terminal es prioritaria y en ocasiones se ve afectada por la incapacidad y falsas creencias que algunos tanatólogos tienen con respecto al uso de sustancias que reducen e incluso anulan el dolor. Por lo tanto el uso de sustancias es recomendable en los casos, en que el dolor producto de la enfermedad sea tal, que impida que el paciente lleve una mejor calidad de vida.

En el DSM IV el consumo de sustancias se clasifica dentro de trastornos por consumo de sustancias y trastornos inducidos por sustancias.

#### Trastornos por consumo de sustancias

- ✓ Dependencia. La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continua consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ellos. El individuo necesita de una sustancia para funcionar normalmente
- ✓ Abuso. Empleo autoadministrado de cualquier droga de modo que se desvía de los patrones médicos o sociales.

#### Trastornos inducidos por sustancias

- ✓ Intoxicación
- ✓ Abstinencia
- ✓ Delirium
- ✓ Demencia
- ✓ Trastorno amnésico
- ✓ Trastorno psicótico
- ✓ Trastorno del estado de ánimo
- ✓ Trastorno de ansiedad
- ✓ Trastorno sexual
- ✓ Trastorno del sueño

El abuso es el consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual, en el abuso no existe un síndrome de abstinencia o tolerancia.

Se habla de una dependencia cuando aparecen tres o más criterios en un periodo de 12 meses.

- ✓ Tolerancia.- Capacidad fisiológica adaptativa a mayor cantidad de la sustancia
- ✓ Síndrome de abstinencia.- Conjunto de signos y síntomas que se presentan cuando se reduce o interrumpe el consumo de la sustancia, después de un tiempo de uso prolongado.
- ✓ Patrón de uso compulsivo
- ✓ Intentos infructuosos de abandonar la sustancia
- ✓ Dedicar la mayor parte del tiempo a obtener la sustancia
- ✓ Abandono o reducción de actividades sociales, laborales o recreativas
- ✓ Continuar el consumo pese a la conciencia de los problemas que se han generado (fisiológicos y Psicológicos)

La codependencia es permanecer durante largos periodos de tiempo en íntima relación con un adicto, sin buscar tratamiento u otro apoyo, es invertir tiempo y energía acompañando e

intentando controlar las conductas del adicto, además de postergar las propias necesidades y deseos en función de atender las necesidades del adicto.

Los síntomas que presenta un codependencia son trastornos en el sueño, la alimentación o el estado de ánimo, asumir responsabilidades por los adictos, encubrir y proteger al adicto, realizar demandas y exigencias al adicto aunque no las pueda realizar además de sentimientos de culpa y depresión.

Las drogas según sus efectos que producen en el sistema nervioso central se clasifican en: depresores, estimulantes y alucinógenos.

Retomando la clasificación de los trastornos relacionados con sustancias a continuación se presentan las distintas drogas con los posibles trastornos, consecuencias de su consumo, así como su prevalencia, curso y algunas observaciones en base al DSM-IV

- ✓ El alcohol. Su consumo es oral. Los trastornos que produce son: abuso, dependencia, intoxicación, abstinencia, delirium, demencia, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno sexual, trastorno del sueño, trastorno relacionado no específico. La dependencia alcohólica se inicia entre los 20 y 30 años. La dependencia alcohólica es de 3 a 4 veces mayor en los familiares de sujetos con dependencia alcohólica. El pronóstico de recuperación es mayor al 65 % con tratamiento.
- ✓ Alucinógenos (LSD, extasis). Su consumo es habitualmente oral, ocasionalmente fumada e intravenosa. Los trastornos que produce son: demencia, abuso, intoxicación, delirium, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad y trastorno relacionado con alucinógenos no especificado. Pueden ser consumidos como parte de prácticas religiosas establecidas. El consumo y la intoxicación por alucinógenos son tres veces más frecuente en hombres que en mujeres.
- ✓ Anfetaminas. (hielo, pastilla para adelgazar). Su consumo es oral, fumada, e intravenosa. Los trastornos que produce son: dependencia, abuso, intoxicación, abstinencia, delirium, trastorno psicótico con ideas delirantes, trastorno psicótico con alucinaciones, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno sexual, trastorno del sueño y

trastorno relacionado no específico. Algunos sujetos se convierten en dependientes o abusan con la intención de bajar de peso. La dependencia aparece más rápido por vía intravenosa o fumada que por vía oral. La dependencia y abuso es más frecuente entre los 18 y 30 años. La proporción es de 3 a 4 a 1 a favor de los hombres.

- ✓ Cafeína. Su consumo es oral. Los trastornos que produce son: intoxicación, trastorno de ansiedad, trastorno del sueño, trastorno relacionado no específico. La vida media de los efectos de la cafeína es de 2 a 6 horas. La ingesta es mayor en hombres que en mujeres.
- ✓ Cannabis. (marihuana y hashish). Su consumo es habitualmente fumada, ocasionalmente oral. Los trastornos que produce son: dependencia, abuso, intoxicación, delirium, trastorno psicótico y trastorno de ansiedad. La dependencia y el abuso se presenta al cabo de un largo periodo de tiempo. Se consume frecuentemente por varones, entre los 18 y 30 años.
- ✓ Cocaína. (speed-ball, crack). Su consumo es esnifado a través de la nariz, fumada, intravenosa. Los trastornos que produce son: dependencia, abuso, intoxicación, abstinencia, delirium, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno sexual, trastorno del sueño y trastorno relacionado no específico. Su consumo se da en forma episódica o a diario. Los episodios la consumen generalmente los fines de semana. Los patrones de consumo están repartidos tanto en hombres como en mujeres.
- ✓ Fenciclidina. (polvo de ángel, píldora de la paz). Su consumo es oral, intravenosa o fumada. Los trastornos que produce son: dependencia, abuso, intoxicación, abstinencia, delirium, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad y trastorno relacionado no específico. Su consumo está implicado al 3% de las muertes asociadas al consumo de sustancias. Su consumo se da en relación de 2 a 1 a favor de los varones entre los 20 y 40 años.
- ✓ Inhalantes. (thiner, gasolina, pegamento). Su consumo es inhalado por boca y nariz. Los trastornos que produce son: dependencia, abuso, intoxicación, delirium, demencia, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad y trastorno relacionado no específico. La dependencia y el abuso solo se da en pequeñas proporciones de los sujetos que consumen inhalantes. Es difícil definir la dosis de consumo que provoque dependencia y abuso por la gran cantidad de sustancias inhalantes que existen.

Los efectos duran de unos pocos minutos a una hora. Se da en niños, adolescentes y adultos de los niveles sociales más bajos.

- ✓ Nicotina. (tabaco, chicles, polvo, pipa, parches). Su consumo es fumada, oral, masticada. Los trastornos que produce son: dependencia, abstinencia y trastorno relacionado no específico. EL 55% de la población por lo menos a fumado una vez en su vida. Se inicia su consumo en la juventud, entre los que continúan fumando después e los 20 años se convierten en fumadores habituales y menos del 25% dejan el tabaco con éxito. El riesgo de fumar es tres veces mayor entre familiares de fumadores, el consumo es igual tanto en hombres como en mujeres.
- ✓ Opiáceos. (morfina, heroína, etc.) Su consumo es oral, intravenosa, fumada, aspirada. Los trastornos que produce son: dependencia, abuso, intoxicación, delirium, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, trastorno sexual, trastorno del sueño y trastorno relacionado no específico. El 1.3% de la población a consumido opiáceos en por lo menos una ocasión en su vida. La dependencia puede ocasionarse a cualquier edad. Sin embargo el mayor consumo se da entre los 18 y los 23 años. Los familiares de individuos con dependencia de opiáceos están predispuestos a presentar alteraciones psicopatológicas y trastorno antisocial de la personalidad. Su consumo se da entre el rango de 3 ó 4 a 1 a favor de los hombres.
- ✓ Sedantes, hipnoticos o ansiolíticos. Su consumo es oral, o intravenosa. Los trastornos que produce son: dependencia, abuso, intoxicación, abstinencia, delirium, demencia, trastorno amnesico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno sexual, trastorno del sueño y trastorno relacionado no específico. Inicialmente se ocupa como parte de un tratamiento médico. El 1.1% de la población los a consumido con criterios de diagnóstico de dependencia o abuso alguna vez en su vida. El curso más habitual implica jóvenes alrededor de 20 años que los consume en forma “reactiva” hasta que produce la dependencia y el abuso. Los alcohólicos son sujetos con alto riesgo dado que se los prescriben para el insomnio o para la ansiedad
- ✓ Otras sustancias. (esteroides, anabolisantes, poppers, gas inhalante). Su consumo es de todo tipo. Los trastornos que produce son: dependencia, abuso, intoxicación, abstinencia, delirium, demencia, trastorno amnesico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo trastorno de ansiedad, trastorno sexual, trastorno del sueño y trastorno relacionado no

específico. Se reserva para clasificar los trastornos con sustancias que no se han mencionado o que son desconocidas.

- ✓ Varias sustancias. Su consumo es de todo tipo. El trastorno que produce es: dependencia. Este diagnóstico se reserva para aquellos casos en los que durante un periodo de tiempo de 12 meses el sujeto consume repetidamente como mínimo 3 grupos de sustancias sin que predomine una sustancia sobre otra.

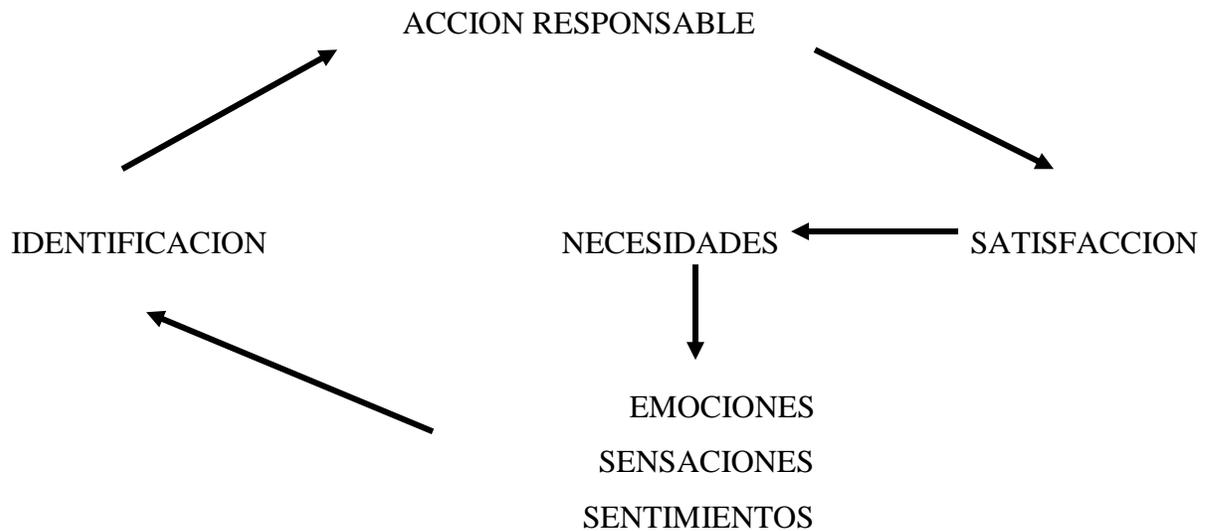
Hasta aquí nos hemos centrado en explicar el consumo de sustancias a partir de los trastornos, otra forma de ver las adicciones es la que nos marca la psicología, para tal efecto iniciaremos hablando de los tres factores que repercuten en un proceso adictivo:



En el abordaje de las adicciones, en ocasiones no se toman en cuenta la multifactorialidad que se genera en un proceso adictivo, incluso, se puede dar el caso de profesionales de la salud que se centren en los síntomas y no consideren las causas que originan las conductas adictivas, el tanatólogo del S. XXI puede visualizar en las adicciones un posible suicidio crónico, y que sus causas están interrelacionadas entre lo psicológico, lo biológico y lo social, y considerar al mismo tiempo la espiritualidad del paciente.

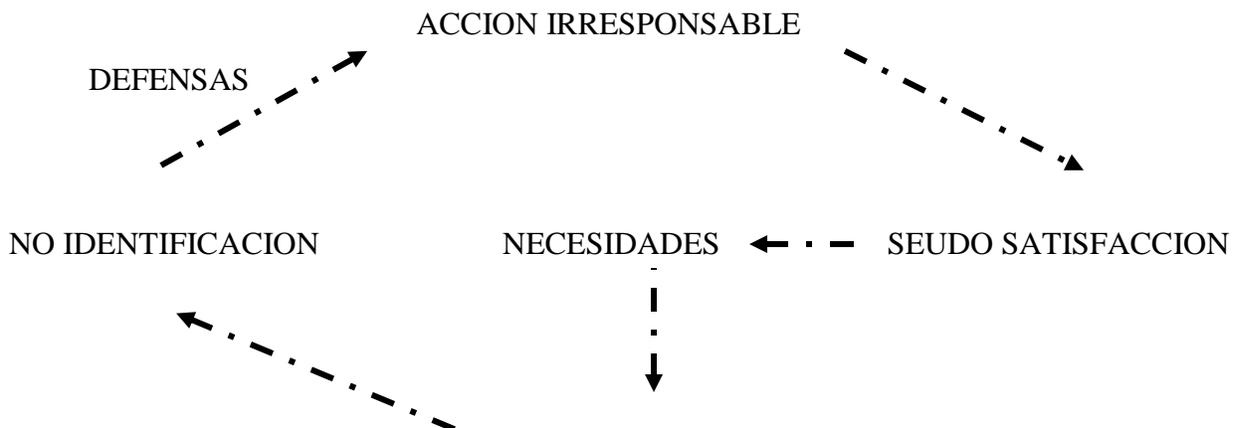
El proceso adictivo no es un momento histórico específico, sino que se gesta a través del tiempo, en la mayoría de los casos esta ligado a la falta de capacidad para reconocer las necesidades que tienen como consecuencia conductas irresponsables y nuevamente la insatisfacción de la necesidad original, para explicar lo anterior recurriremos a las siguientes graficas:

## CICLO DE LA ADICCION



Grafica 1

En esta primera grafica podemos observar como se desarrolla de forma sana una persona cuando se origina una necesidad, esta genera emociones, sensaciones o sentimientos, identifica lo que necesita, asume una acción responsable que conlleva a la satisfacción de la necesidad, dando paso a nuevas necesidades.



EMOCIONES  
SENSACIONES  
SENTIMIENTOS

**Grafica 2**

En esta segunda grafica observamos como se produce un proceso adictivo, se genera una necesidad que provoca sensaciones, emociones o sentimientos, la persona no identifica o no reconoce que es lo que necesita, por lo que ocupa distintas defensas para equilibrar su organismo, esto lo lleva a tomar acciones irresponsables, como es el consumo de sustancias, la comida, las relaciones destructivas, el sexo, las compras, etc. con lo que produce una seudosatisfacción. Como consecuencia de constantes insatisfacciones o de seudosatisfacciones se produce la adicción.

Una alternativa que se tiene para el tratamiento del alcoholismo y drogadicción son los grupos de AA. la experiencia de trabajar con estos grupos es extraordinaria y sus resultados son buenos, sin embargo, si se complementan con terapias de tipo psicológico los resultados son mejores.

Mi agradecimiento a los miembros del grupo Paso 12 Tlaltenco 24 hrs. y a los miembros de la oficina intergrupal del centro de grupos 24 hrs. de A.A., con quienes tuve la oportunidad de trabajar y compartir experiencias inolvidables y de quienes tanto he aprendido en este viaje existencial, su “sólo por hoy”, que sólo tiene significado dentro de los grupos de alcohólicos anónimos, y que considera momento a momento, espacio a espacio, la posibilidad de dejar de beber o de drogarse, y empezar a vivir, es tan parecido al “aquí y al ahora” gestaltico. De igual forma les agradezco las facilidades durante mi trabajo tanatológico con varios enfermos alcohólicos. El programa de recuperación que ellos sugieren se basa en los Doce Pasos de A.A. y en las Doce Tradiciones.

Alcohólicos anónimos clasifica de la siguiente manera a las personas que consumen alcohol:

- ✓ Bebedor social.- Consume ocasionalmente bebidas con contenido alcohólico y fácilmente puede cambiar a bebidas que no contienen alcohol.

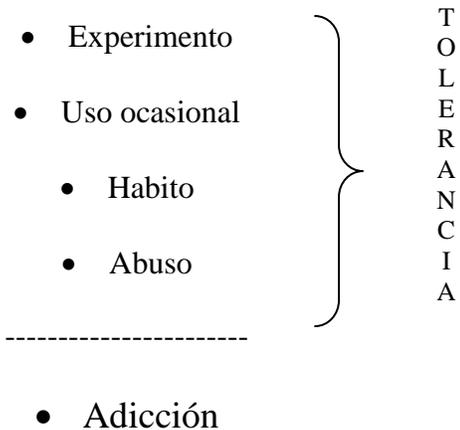
- ✓ Bebedor fuerte.- Consume grandes cantidades de alcohol, regularmente sus actividades cotidianas no se ven afectadas por este consumo.
- ✓ Bebedor problema.- No importa la cantidad de alcohol que ingiera, sin embargo, en ocasiones su forma de beber le trae como consecuencias conflictos de tipo familiar, laboral, social, económico, etc.
- ✓ Alcohólico.- Sus características están descritas en apartados anteriores.

Para la Organización Mundial de la Salud las etapas que vive una persona que puede llegar a ser un adicto son:

- ✓ Uso
- ✓ Abuso
- ✓ Dependencia o adicción

Los especialistas en el área de las adicciones reconocen que el proceso adictivo va ligado a distintos niveles, para lo cual establecen el inicio a partir del experimento, en el cual eventualmente la persona entra en contacto con la sustancia o conducta adictiva, una vez que encuentra placer en tal comportamiento, incrementa la conducta para llegar a un uso ocasional, la diferencia entre el experimento y el uso ocasional es la frecuencia, mientras el experimento se da en una sola vez, el uso ocasional son varias veces aunque dispersas en el tiempo. Al incrementarse el placer que origina la conducta adictiva de uso ocasional la persona pasa al hábito, que en esencia es la conducta adictiva de manera regular y se diferencia del nivel anterior porque esta conducta se vuelve cotidiana dando paso al abuso, el abuso es el uso cotidiano de manera intensa. Durante los niveles anteriores se desarrolla el síndrome de la tolerancia, para finalmente pasar a la adicción, cuyas características principales producen en la persona altos niveles de frustración por no poder evitar la conducta adictiva, la obsesión-compulsión, que consiste en pensamiento repetitivo e intrusivo acompañado de conductas que tienden a favorecer la adicción, los problemas reiterados con las personas con las que se mantienen relaciones y, finalmente disfuncionalidad en las distintas áreas en las que se desarrolla la persona.

## PROCESO ADICTIVO



Existen otras alternativas en México para el trabajo con alcohólicos y adictos, la mayor parte son clínicas privadas que por sus costos solo son accesibles a una pequeña porción de la población, el gobierno ha realizado esfuerzos en la prevención de las adicciones, sin embargo, sus resultados no han sido los esperados.

## ENFERMEDADES CRONICAS Y TERMINALES

Nosotros consideramos que la enfermedad es la interrupción de la homeostasis del organismo. Es una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del organismo que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución tiene la posibilidad de ser previsible.

Para la doctora Teresa Pineda, la enfermedad crónica es aquella que presenta una patología por tiempo prolongado, más de seis meses de evolución sin tener en cuenta el género y edad del paciente. Es la que deteriora el funcionamiento y en forma directa no ocasiona la muerte del paciente.

La enfermedad terminal es aquella que en forma progresiva y de forma inevitable causaría la muerte del paciente si continua su curso.

Podemos clasificarlas en tres fases:

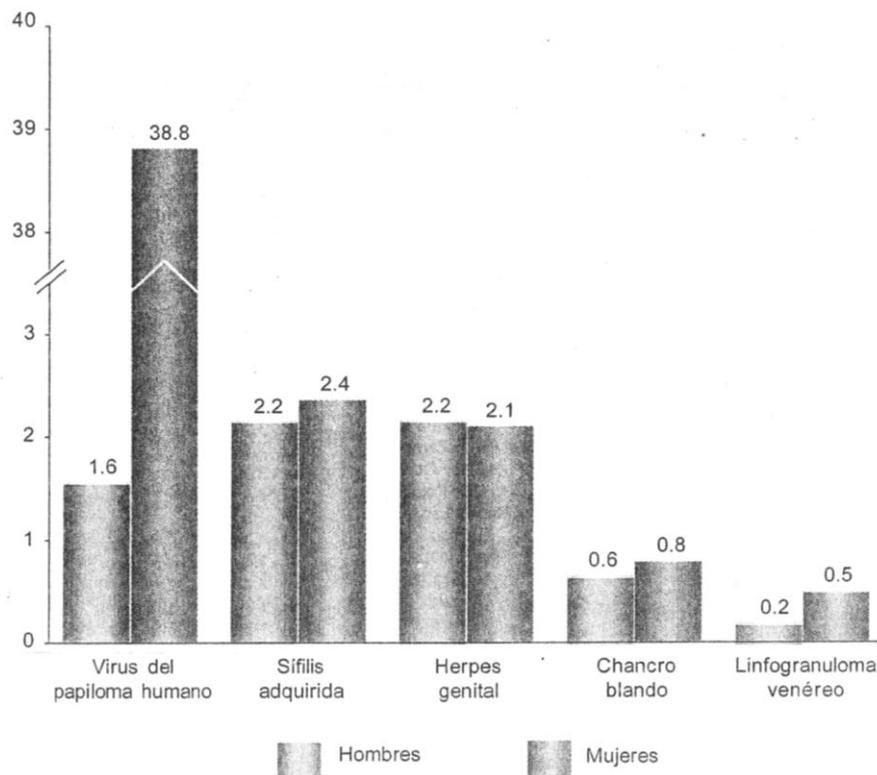
- ✓ Inicio. En la cual la detección oportuna de la enfermedad, y a través de un tratamiento integral, podría existir la recuperación total. De acuerdo a la enfermedad y de su sintomatología no es factible determinar su duración.
- ✓ Progresiva o media. En ella se desarrolla la enfermedad como tal. En ocasiones puede llegar a durar años o en muchos casos no presentar síntomas o no son atendidos por los pacientes hasta que es demasiado tarde
- ✓ Fase terminal. Etapa menor a seis meses en donde se presentan signos y síntomas inminentes de la muerte del paciente. El trabajo tanatológico es fundamental en esta etapa para el cierre del duelo, de despedida y mejoramiento de la calidad de vida.

## SIDA Y LA FAMILIA

La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) son en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública en el mundo.

Para el caso de México es importante tomar las medidas preventivas para prevenir y erradicar esta enfermedad, sin embargo, la realidad nos muestra que parejo a la lucha contra el VIH-SIDA se deben coordinar los esfuerzos para atender otras enfermedades de transmisión sexual que en la actualidad afectan a la sociedad mexicana, como muestra la siguiente grafica, donde dentro de las primeras cinco enfermedades de transmisión sexual no aparece el VIH-SIDA, probablemente como resultado de la lucha que se a emprendido en contra de esta enfermedad.

**Tasa de incidencia de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual por tipo de infección y sexo  
2004**



NOTA: Tasa por cada 100 000 habitantes mayores de un año.

FUENTE: SSA, DGE, *Sistema Único de Información para la vigilancia Epidemiológica 2004*.

[http://www.dpepi.salud.gob.mx/Anuario/2004/morbilidad/distribucion\\_casos\\_nuevos\\_enfermedad\\_grupo\\_edad](http://www.dpepi.salud.gob.mx/Anuario/2004/morbilidad/distribucion_casos_nuevos_enfermedad_grupo_edad). (12 de octubre de 2005).

A pesar de los avances en la materia, es importante resaltar el hecho de que persiste la discriminación, negación de la consulta, la estigmatización y el maltrato de los pacientes infectados por el VIH y enfermos con SIDA por parte de la población y del personal de salud dentro de las instituciones públicas. Dicha actitud es inaceptable y no existe argumento alguno que lo justifique.

Cualquier persona puede estar infectada por VIH, independientemente de su nivel de escolaridad o socioeconómico, apariencia física o motivo de consulta. Tomando en consideración que la gran

mayoría de los individuos infectados son asintomático y a la importancia del diagnóstico temprano, se debe establecer la posibilidad de riesgo de acuerdo a los antecedentes o a la presencia de datos clínicos que obliguen a descartar esta infección.

El diagnóstico de la infección por VIH se basa en las pruebas de detección contra el VIH. Estas pruebas se clasifican en:

- ✓ Pruebas iniciales de detección o tamizaje.- Son las de ELISA, aglutinación, y las rápidas con formato de inmunodot con mínima extracción de sangre.
- ✓ Pruebas suplementarias o complementarias.- Entre estas pruebas la más usada es la inmunoelectrotransferencia o Western blot. (Wb).

La infección por VIH es un proceso crónico que implica una producción elevada y constante de nuevos viriones, acompañada de la destrucción de linfocitos T de tipo CD4. El SIDA es la consecuencia de la destrucción de linfocitos CD4 y la presencia de inmunodeficiencia adquirida manifestada por infecciones oportunistas y neoplasias secundarias.

Las formas de adquirirla son:

- ✓ Transmisión sexual: Todas las formas de contacto sexual tienen riesgo de transmisión, los factores que influyen son el número de parejas, la prevalencia del VIH, el tipo de contacto sexual, la susceptibilidad de la pareja receptora. Prácticas sexuales durante el periodo menstrual o hemorragia vaginal de otro origen, y en hombres con hemorragia de pene. Puede ocurrir incluso durante un solo contacto sexual. La presencia de úlceras genitales en la pareja receptiva sirve como puerta de entrada del VIH. La posibilidad de transmisión por contacto oral-oral u oral –genital no se ha comprobado.
- ✓ Transmisión sanguínea: Es el método más preciso de transmisión de la infección por VIH. El riesgo de infección por esta vía es del 100%.
- ✓ Transmisión perinatal: Puede ocurrir transmisión vertical de una mujer infectada a su hijo durante la gestación, el parto o la lactancia. La posibilidad de que una madre transmita la infección a su hijo es de 25% a 30%

- ✓ Transmisión por inyecciones endovenosas: frecuencia y número de personas con quien se comparten las agujas, el número de inyecciones y la prevalencia de infección por VIH en la población.
- ✓ Transmisión ocupacional: La posibilidad de contraer la infección en personas que se exponen accidentalmente es del 0.3%. las enfermeras y el personal de laboratorio concentran el mayor número de casos.
- ✓ Transplante de órganos

En este momento es importante hacer un alto, para revisar algunos de los datos que el INEGI nos proporciona y que nos permiten conocer la realidad con respecto a esta enfermedad, de los datos más importantes contenidos, se encuentran la distribución según factor de riesgo, año de diagnóstico, según edad y sexo y casos diagnosticados por entidad federativa

Además en las mujeres infectadas se recomienda:

- ✓ Papanicolau y colposcopia inicial y posteriormente dependiendo de la cuenta de CD4.
- ✓ Valorar la conveniencia de evitar el embarazo, proporcionando toda la información sobre los riesgos de transmisión perinatal.
- ✓ Si ya se encuentra embarazada, ofrecer las alternativas o tratamientos antirretrovirales recomendados para la prevención de la transmisión perinatal.
- ✓ Las madres infectadas por el VIH no deben amamantar a sus hijos y deben hacer lo necesario para mantener una alimentación adecuada, completa y segura para el bebé con sustitutos de leche materna.

La prevención de infecciones oportunistas retrasa la progresión de la infección por VIH, mejora la calidad de vida y prolonga el tiempo de sobrevivencia de las personas con VIH/SIDA. La prevención debe ser tanto primaria, es decir, antes de que ocurra una infección oportunista, como secundaria, para evitar que esta recurra, después que el paciente ha presentado un episodio agudo de alguna infección oportunista.

De acuerdo con la organización mundial de la salud los 14 derechos básicos de los enfermos con VIH/SIDA

1. La ley protege a todos los individuos por igual; no debe sufrir discriminación de ningún tipo.
2. No se esta obligado a someterse a la prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a la declaración de que vive con VIH, y tiene derecho a que esta sea realizada de forma anónima y que los resultados sean manejados con discreción.
3. En ningún caso puede ser objeto de detección forzosa, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con VIH o haber desarrollado SIDA
4. No podrá restringirse su libre transito por el territorio nacional
5. Si desea contraer matrimonio no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH.
6. Vivir con VIH no es impedimento para el ejercicio de la sexualidad
7. Cuando solicite empleo no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección de VIH
8. No se le puede privar del derecho de superarse mediante la educación formal
9. Tiene derecho a asociarse libremente con otras personas o afiliarse a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.
10. Tienen derecho a buscar, recibir, difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerse
11. Si se vive con VIH o se ha desarrollado SIDA se tiene derecho a recibir información sobre sus padecimiento, las consecuencias y tratamiento a los que se pueda someter
12. Tiene derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar la calidad de vida.
13. Tiene derecho a una atención médica digna y su historial médico deberá mantenerse en forma confidencial
14. Tiene derecho a una muerte y servicio funerario dignos.

Las familias en que se encuentra un enfermo de SIDA en ocasiones tienden a expulsar al familiar infectado por prejuicios de tipo moral y social. El que dirán pesa mucho para algunas personas.

Por desgracia en la actualidad muchas familias con enfermos de SIDA son segregados por la sociedad lo que incrementa la crisis en que viven producto de la enfermedad. Algunas veces se discriminan a los niños de padres con SIDA o a los niños enfermos de SIDA en las escuelas.

Para que un enfermo con SIDA se considere en etapa terminal, el indicador clínico es el más importante. El paciente con enfermedad terminal puede definirse como aquel que presenta fatiga grave y debilitamiento progresivo, puede tener también demencia grave, y la respuesta al tratamiento de las complicaciones agregadas es pobre, los procesos infecciosos oportunistas empeoran o ya son constantes y aparecen nuevos problemas, como: enfermedad gastrointestinal con diarrea, dolor abdominal intratable, náusea, vómito, incapacidad para deglutir y alimentarse, neuropatía, falla renal y alergias a múltiples tratamientos, que van limitando progresivamente las opciones de tratamiento. En estas condiciones el objetivo del cuidado médico se encamina a la terapéutica paliativa, y el pronóstico es desfavorable a corto tiempo.

Las recomendaciones en la atención a enfermos de SIDA en etapa terminal.

- ✓ Mantener al paciente confortable.
- ✓ Decidir cuales medicamentos deben administrarse.
- ✓ Controlar los síntomas incapacitantes o el dolor.
- ✓ Apoyar en la estructura familiar las condiciones para una muerte digna.

Algunas de las familias en las que hay un niño con SIDA se encuentran en malas condiciones socioeconómicas y sus necesidades sobrepasan los pocos ingresos que tienen. Algunos de los niños nacen de la unión entre adictos de drogas intravenosas, son hijos de madres solteras o producto de violaciones, carecen de un hogar con las condiciones necesarias para su desarrollo, y de una familia con recursos para solventar los problemas alimenticios y proporcionarles medicamentos y acceso a cuidados médicos especiales.

Otra parte importante de esta enfermedad en los niños consiste en constituirse entre dos puntos huérfanos del SIDA, refiriéndose con este término a niños cuyos padres han muerto por el padecimiento. Los niños con SIDA deben enfrentar la ausencia de quien velaba por ellos, pues sus familiares los rechazan por el estigma social de la enfermedad.

Un sentimiento que permanece en los padres es la culpa. Culpa por haber transmitido la enfermedad a sus hijos, por las acciones o el estilo de vida que los llevó a tener esa enfermedad; porque pueden morir justo cuando sus hijos más los necesitan; por la familia que hubieran podido llegar a ser y que ya nunca serán; al ver que su hijo sufre y no pueden hacer algo por remediarlo.

Con respecto a los adolescentes, representan nuevos casos de VIH/SIDA dentro de la población, pues su vida sexual activa la inician cada vez a más temprana edad y muchas veces carecen de educación sexual necesaria para ejercerla de manera responsable y protegida.

En México, uno de los grupos de mayor riesgo es el de los adolescentes, los jóvenes que se encuentran dentro de la etapa de exploración sexual en varias ocasiones tienen contactos sexuales de alto riesgo.

Algunos estudios indican que en relación con los varones, las mujeres adquieren el VIH a una edad más temprana, esto se puede explicar porque ellas suelen tener relaciones sexuales con varones de mayor edad, aunado al hecho de que en ocasiones se involucran más profundamente desde el punto de vista emocional en la relación.

La incertidumbre ante la posibilidad de haber contraído VIH/SIDA puede ocasionar que la persona sufra la misma angustia y estrés que alguien que conoce su diagnóstico.

Algunas de las cifras que el CONASIDA maneja para el 2002 son las siguientes:

Casos de SIDA registrados por año de notificación y por año de diagnóstico

4to. Trimestre del 2002

Año	Notificados en el año*	Diagnósticos en el año
-----	------------------------	------------------------

1983	6	62
1984	6	200
1985	29	367
1986	246	720
1987	518	1599
1988	905	2224
1989	1605	2875
1990	2587	3719
1991	3155	3904
1992	3210	4318
1993	5058	4306
1994	4111	4577
1995	4310	4934
1996	4216	5311
1997	3670	5827
1998	4758	5965
1999	4372	6998
2000	4855	5650
2001	4297	3015
2002	16231	1574
<b>16983-2002</b>	<b>68145</b>	<b>68145</b>

\*Estos casos fueron publicados en su mayoría en los boletines de CONASIDA en los años respectivos.

FUENTE: DGE. Notificación inmediata de Casos de SIDA.

Casos de SIDA diagnosticados en el año según entidad

4to. Trimestre del 2002

Entidad Federativa	En el trimestre en el año	Acumulados
Aguascalientes	11	21
Baja California	67	94
Baja California Sur	13	21
Campeche	33	33
Coahuila	10	40
Colima	3	3
Chiapas	16	17
Chihuahua	6	47
Distrito Federal	104	104
Durango	18	37
Guanajuato	21	65
Guerrero	7	26
Hidalgo	12	28
Jalisco	87	90

México	38	62
Michoacán	17	56
Morelos	29	97
Nayarit	13	26
Nuevo León	29	53
Oaxaca	75	151
Puebla	57	119
Querétaro	7	18
Quintana Roo	1	6
San Luis Potosí	8	13
Sinaloa	33	38
Sonora	19	28
Tabasco	14	26
Tamaulipas	3	24
Tlaxcala	63	154
Veracruz	12	35
Yucatán	2	6
Zacatecas	2	4
Se desconoce	4	4
<b>Total*</b>	<b>835</b>	<b>1567</b>

\*No se incluyen los casos de extranjeros en tránsito en México.  
FUENTE: DGE. Notificación inmediata de Casos de SIDA.

Nota importante: Cabe señalar que, las cifras se incrementan notablemente con respecto al trimestre anterior, en virtud de la incorporación de una cantidad importante de casos de SIDA, como resultado del Programa de Corrección del Subregistro

Distribución porcentual de los casos de SIDA diagnosticados en el año según factor de riesgo

4to. Trimestre del 2002

Categoría	En el trimestre en el año	Acumulados
<b>Sexual</b>	<b>82.3</b>	<b>88.8</b>
Homo y bisexual	32.7	36.3
Heterosexual	49.6	52.5
<b>Sanguínea</b>	<b>0.5</b>	<b>0.3</b>
Transfusión Sang.	0.0	0.0
Hemofílico	0.4	0.2
Donador	0.0	0.0
Drogas intravenosas	0.1	0.1
Exp. Ocupacional	0.0	0.0
<b>Perinatal</b>	<b>0.8</b>	<b>0.6</b>
<b>Otras (Homo/DIV)</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>
<b>Desconocido</b>	<b>16.4</b>	<b>10.3</b>
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

\* Por fecha de diagnóstico

FUENTE: DGE. Notificación inmediata de Casos de SIDA.

Nota importante: Cabe señalar que, las cifras se incrementan notablemente con respecto al trimestre anterior, en virtud de la incorporación de una cantidad importante de casos de SIDA, como resultado del Programa de Corrección del Subregistro.

Distribución porcentual de los casos de SIDA diagnosticados en el año según sexo y grupos de edad

4to. Trimestre del 2002

Grupos de edad	En el trimestre			En el año		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Menores de 15 años	1.6	1.4	1.5	0.9	2.3	1.1
De 15 a 44 años	80.8	83.8	81.4	80.6	80.2	80.6
De 45 y más años	17.6	14.8	17.1	18.5	17.5	18.3
Edad ignorada	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: DGE. Notificación inmediata de Casos de SIDA.

Nota importante: Cabe señalar que, las cifras se incrementan notablemente con respecto al trimestre anterior, en virtud de la incorporación de una cantidad importante de casos de SIDA, como resultado del Programa de Corrección del Subregistro.

La poblaciones en contextos de vulnerabilidad, a saber: hombres que tienen sexo con otros hombres, mujeres y hombres dedicados al trabajo sexual y usuarios de drogas inyectables.

## CANCER Y FAMILIA

Un poco de historia

La Medicina griega

En Medicina griega, las enfermedades podían ser naturales o enviadas por los dioses, y así la

Iliada comienza con una plaga enviada por Apolo. En esta cultura, al principio, hubo una mezcla de religión y superstición, de forma que Asclepio, discípulo aventajado de Quirón (hijo de Zeus), creó unos templos destinados a la práctica de la salud, que fueron considerados como de naturaleza divina, de forma que su culto se extendió.

La real medicina se estableció desde la era hipocrática, a partir de Hipócrates (460 a 375 años a.C.) médico griego de Cos, isla situada en el mar Mediterráneo oriental, que llevó a cabo las primeras descripciones de tumores con significado científico. Los escritos hipocráticos recogen los términos carcinos y carcinomas, que en ambos casos significan cangrejos. El sufijo -oma se interpreta como de origen neoplásico o tumoral, aunque no siempre tenga un significado de tumor maligno. Keil también se refirió al término oncos, y lo asoció a la inflamación que un tumor puede experimentar en un momento determinado.

Los escritos de Hipócrates y otros médicos, del Corpus Hippocraticum recopilado en la Biblioteca de Alejandría, describen temas relacionados con enfermedades en la mama, en el estómago y en la piel. Se creía que la enfermedad provenía de alguno de los cuatro humores del cuerpo: sangre, flema, bilis blanca y bilis negra, siendo la bilis negra la responsable del cáncer. Hipócrates conoció de las dificultades de tratar estas y otras enfermedades y es probable que esto diera el motivo para que expresara la frase: «*Primum non nocere*» (primero no perjudicar). Se atribuye a Hipócrates el famoso juramento

Para Hipócrates, la práctica médica se basa en los siguientes principios éticos:

- Preservar la vida
- Aliviar el sufrimiento
- No hacer daño
- Decir la verdad al paciente
- Tratar a los pacientes con justicia

En el periodo posthipocrático aparecieron escuelas distintas, como resultado de la adaptación a las nuevas influencias filosóficas y, surgió la escuela dogmática, en que la razón o la doctrina estaban por encima de la realidad o de la observación experimental. Los partidarios de estas tendencias defendían el uso de procedimientos terapéuticos drásticos o agresivos. Además del

dogmatismo aparecieron otras escuelas tales como el empirismo, el metodismo y el eclecticismo. El núcleo importante del pensamiento y la práctica médica fue el centro cultural griego de Alejandría que se fundó en el año 331 a.C. por Alejandro Magno. Los dos médicos alejandrinos destacados fueron Herófilo y Erasítrito, siendo sus puntos de vista con respecto al cáncer no diferentes de los de Hipócrates.

### La Medicina romana

Floreció a partir del año 146 a.C. En ella destaca el médico romano Cornelio Celso (30 años a.C.) que trató diversos tumores y dejó algunos escritos sobre las dificultades de resecar el músculo pectoral mayor, sobre el tratamiento del cáncer de labio y el de las metástasis. Ocupó el espacio que mediaba entre los escritos griegos de Hipócrates y los de la escuela de Alejandría (el núcleo cultural griego se había trasladado a Alejandría en torno al año 300 a.C. donde se estableció una famosa escuela de medicina).

En el siglo II de nuestra era surge Galeno (años 131 a 203) natural de Pérgamo. Galeno se apoyaba en la teoría hipocrática, en cuanto que había cuatro humores, pero introdujo un factor nuevo, regulador de los anteriores y que era el pneuma. Cuando el equilibrio pnéumico se veía alterado, se producía una elevación de la bilis negra, que no se podía eliminar y que se almacenaba sobre todo en las mamas, cara y labios, dando lugar a la enfermedad. Galeno hizo la primera descripción del cáncer gástrico. Este médico mostró un gran interés por los detalles anatómicos y trabajó ampliamente en animales estudiando en profundidad sus estructuras neuroanatómicas. Galeno utilizó las sangrías y las purgas, pero fue un claro discípulo de la línea hipocrática en favor de la dieta, el descanso y el ejercicio.

En la primera mitad del siglo XX las escuelas de Cirugía Oncológica en E.U. con respecto a la radioterapia estaba desarrollándose con dificultades por problemas técnicos y por otra, los tratamientos médicos (quimioterapia) aún no había llegado, de ahí que escuelas como el Memorial Sloan Kettering Cancer Center, la Universidad Johns Hopkins o la Clínica Mayo entre otras innumerables logren un máximo desarrollo. A mediados del siglo XX surgen las primeras

unidades de alta energía que cristalizan en las unidades de cobaltoterapia (Universidad de Stanford) y más recientemente en los aceleradores de partículas.

En el ámbito terapéutico habían surgido algunos intentos de tratamiento médico del cáncer a base de auténticos tóxicos como los arsénicos y las mostazas. Estas últimas se habían empleado en forma de gas durante la segunda guerra mundial y demostraron resultados prometedores en linfoma de Hodgkin. A partir de la década de los años 50 el descubrimiento de sustancias o agentes citostáticos ha sido una constante. Desde el metotrexate, la 6 mercaptopurina, a la doxorrubicina, pasando por el descubrimiento del cisplatino (Rosenberg en 1969) llegando a los modernos taxanos o nuevos agentes hormonales. A las formas tradicionales de investigación y aparición de armas terapéuticas, se añade una nueva perspectiva de trabajo, que consisten en la terapia biológica, de manera que en la segunda mitad de siglo se realizan espectaculares descubrimientos en el área de investigación, tales como la identificación del ADN por James Dewey Watson y Francis H. Compton Crick en 1953, lo que supuso obtener el premio Nobel compartido en 1962.

JD Watson FCH Crack A partir de ello, ha sido imparable el desarrollo de las nuevas formas de investigación y aplicación, resultando la aportación de George Mathé en Francia o los estudios más recientemente realizados en materia de oncogenes por el español Mariano Barbacid.

Hasta aquí hemos mencionado algunos aspectos históricos relacionados con el cáncer, para una profundización mas amplia sobre el tema, es importante considera la escuela árabe, la edad media, el renacimiento, la escuela rusa y la escuela francesa, por nuestra parte pasaremos a definir que es el cáncer.

El cáncer puede definirse como la proliferación anormal de células trasformadas, que no responden apropiadamente a los sistemas fisiológicos de regulación del crecimiento. Como resultado del proceso proliferativo se penetran las barreras titulares (invasión); se pierden diversas funciones reguladoras (destrucción) y ocurren nuevas formaciones en sitios distintos al tumor primario (metástasis).

También el cáncer puede considerarse como un grupo heterogéneo de padecimientos, de origen multifactorial, relacionados por la manera como se desarrollan, se diseminan y por su conducta biológica, que puede conducir a la muerte del huésped.

Hay cuatro tipos de cáncer y estos se clasifican según el tejido embrionario de donde surgieron

Carcinomas, son cánceres que surgieron de tejidos ectodérmicos y endodérmicos, tales como la piel y el forro epitelial de origen interno y glandular.

Sarcomas, son cánceres que surgieron de tejidos de origen mesodérmicos tales como los huesos, grasa y cartílago entre otros.

Leucemias, son tumores “líquidos” de células hematopoyéticas de la médula ósea.

Linfomas, son tumores “sólidos” de origen linfático

Para su estudio, los promotores del cáncer se pueden dividir de la siguiente manera:

- ✓ Factores genéticos.
- ✓ Factores ambientales.
- ✓ Factores internos (hormonas, factores inmunológicos, etiología viral).
- ✓ Otros factores (irritación crónica y traumatismo).

El desarrollo del cáncer empieza cuando los genes que controlan el crecimiento y la multiplicación celular se transforman y su desarrollo se hace incontrolable. Una vez que la célula normal se transforma en una célula formadora de tumores, el cambio se trasmite a todas las células de su estirpe, por tanto, se establece un pequeño grupo de células anormales que se dividen con mayor rapidez que las células normales que hay, que en realidad se comportan como parásitos, pues siguen consumiendo sustancias nutritivas.

De entre las diversas causas que originan el desarrollo del cáncer en general son las siguientes:

- ✓ Consumo de tabaco y fumadores pasivos
- ✓ Radiaciones ionizantes

- ✓ Radiación ultravioleta (las personas que realizan gran parte de su vida al aire libre).
- ✓ Factores ocupacionales.
- ✓ Dieta y contaminantes alimentarios (hay una importante asociación entre el consumo de grasa y algunos tipos de cáncer. Los alimentos salados, ahumados y adobados son mostrados también se asocian con el cáncer).
- ✓ Aspectos genéticos (el tener familiares de primer grado con cáncer aumenta el riesgo)
- ✓ Fármacos (existe una clara evidencia de que varios tipos de quimioterapia contra el cáncer pueden aumentar el riesgo de leucemia).
- ✓ Hormonas (la terapia estrógeno sustitutiva, usada para aliviar los síntomas de la menopausia, reducir el riesgo de enfermedades cardíacas y prevenir la osteoporosis y las fracturas, aumenta el riesgo de cáncer.)
- ✓ Alcohol (las bebidas alcohólicas están relacionadas con cánceres de la cavidad oral, faringe, laringe, esófago e hígado)
- ✓ Hábitos sexuales y comportamientos reproductivos
- ✓ Factores genéticos (procesos hereditarios en los que entre el 80 y 90 % de las personas con o sin alteración genética desarrollan cánceres hereditarios).
- ✓ Inmunodeficiencia (personas con inmunodeficiencia genética o adquirida).

## CANCER GINECOLOGICO

El cáncer ginecológico representa 40% de las neoplasias que se diagnostican en la mujer mexicana y su epidemiología, al igual que la presentación clínica de alguna de estas enfermedades malignas, muestra características diferentes de las observadas en poblaciones de países altamente industrializados. (Torres Alfonso 2003).

Consideramos cáncer ginecológico al cáncer de mama, el cervicouterino, el de endometrio, el de ovario, el de vulva, el de vagina y el de trompa de Falopio.

El cáncer de mama se presenta con frecuencia como un tumor indoloro palpable y hasta un 30% se acompaña de adenopatias metastásicas palpables; los tumores localmente avanzados pueden

producir cambios en la piel, como retracción, piel de naranja y ulceraciones; en estos casos aún es mas frecuente la presencia de adenopatías regionales y metástasis.

En el cáncer de mama al menos un 60% de los casos carece de un factor de riesgo identificable, por lo que en un principio todas las mujeres se encuentran en riesgo.

Factores de riesgo de cáncer de mama:

- Sexo (99% en mujeres)
- Mayor de 40 años
- Alteraciones fibroquísticas proliferativas
- Menarca antes de los 12 años
- Menopausia después de los 50 años
- Diabetes
- Predisposición hereditaria
- Cáncer previo en una mama
- Nulíparas
- Primer parto después de los 34 años
- Obesidad
- Hipertensión
- Ingestión elevada de grasas

El Dr. Alfonso Torres menciona los diferentes tipos de cáncer ginecológico de la siguiente forma:

El cáncer Cervicouterino es una neoplasia maligna que por lo general se origina en la unión escamocolumbar del cuello uterino o cerviz, por lo común de estirpe epidermoide y con menor frecuencia del tipo del adenocarcinoma, que por lo general se desarrolla a partir de lesiones preexistentes en las que se identifican células displásicas y, con gran frecuencia, infección por virus del papiloma humano.

La Norma Oficial Mexicana de la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer Cervicouterino establece los siguientes factores de riesgo para el desarrollo del cáncer cervicouterino:

- Mujer en el grupo de 25 a 64 años de edad
- Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 18 años
- Múltiples parejas sexuales (de ella o de su compañero)
- Infección cervical por virus del papiloma humano
- Antecedentes de enfermedad de transmisión sexual
- Tabaquismo
- Deficiencia de folatos y vitamina A, C Y E
- Nunca haberse efectuado el estudio citológico

El cáncer de endometrio es una neoplasia epitelial maligna que se origina en el endometrio del cuerpo del útero.

Este padecimiento ocupa el tercer lugar entre los cánceres del tracto genital femenino en México.

Los factores de riesgo de son:

- Mujeres en el grupo de 55 a 65 años
- Obesidad
- Nuliparidad
- Menarca temprana
- Poliquistosis ovárica
- Menopausia tardía
- Ingesta de estrógenos
- Antecedentes de cáncer en la familia
- Antecedentes de radioterapia en pelvis
- Diabetes mellitas
- Hipertensión arterial
- Alimentación abundante en grasas saturadas

El cáncer de ovario, dentro de la población derechohabiente del IMSS se presenta como la cuarta neoplasia maligna en mujeres, solo precedida por el cáncer cervicouterino, el cáncer de glándula mamaria y el del cuerpo uterino.

Los factores de riesgo vinculados con el cáncer de ovario son:

- Antecedentes familiares de cáncer
- Edad avanzada al momento del nacimiento del primer hijo
- Nuliparidad
- Baja paridad (menos de dos hijos)
- Antecedente de cáncer de mama, colon o endometrio.

Se llama neoplasia maligna de vulva a un tumor maligno, por lo general de origen epitelial, que se presenta en forma primaria en la vulva y que se considera invasor cuando produce rotura de la membrana basal.

Los factores de riesgo que se han detectado son:

- Mayor de 65 años
- Tabaquismo

- Bajo nivel socioeconómico
- Baja escolaridad
- Enfermedades autoinmunitarias
- Verrugas genitales
- Obesidad
- Diabetes mellitus
- Frotis de papanicolau anormales
- Las distrofias vulvares

El carcinoma vaginal es una neoplasia de estirpe epitelial maligna que se origina en forma primaria en la vagina sin causar afección del cuello uterino o de la vulva.

Factores de riesgo para el desarrollo de carcinomas:

- Antecedente de carcinoma cervical in situ
- Bajo nivel socioeconómico
- Actividad sexual
- Infección por virus del papiloma humano
- Antecedentes de histerectomía
- Radioterapia de la pelvis

El cáncer de la trompa de Falopio es una neoplasia maligna que se presenta en forma primaria en las trompas de Falopio, o tuba uterina, frecuentemente de estirpe epitelial. Constituye el 1% o menos de los cánceres ginecológicos.

Los factores de riesgo se han asociado a:

- Mujeres mayores a 50
- Antecedente de infertilidad o baja paridad

## DOLOR Y CANCER

Al parecer el dolor es uno de los síntomas que más predomina en pacientes con cáncer, es el más temido, por fortuna para algunos, el dolor no es grave, sin embargo, es común encontrar que el dolor relacionado con pacientes con cáncer se trate de manera inadecuada, provocando un sufrimiento innecesario.

El dolor en un paciente con cáncer, por lo regular se debe a más factores; como son los síntomas físicos, problemas psicológicos, problemas sociales, factores culturales y conflictos espirituales, incluso a la suma de estos factores se le llama dolor total.

El dolor en pacientes con cáncer ocurre en un tercio de quienes están en tratamiento activo, y en dos terceras partes, de enfermos muy avanzados. Los adelantos en la terapéutica del dolor por cáncer han llevado al desarrollo de un enfoque sistemático para el problema.

Adelantos recientes en la anatomía, fisiología y farmacología han proporcionado un gran conocimiento de los mecanismos periféricos y nerviosos centrales del dolor.

El paciente con cáncer puede servir como modelo para el dolor agudo y crónico en el hombre y es posible diferenciar tres categorías o tipos de dolor:

- ◆ Dolor somático o nociceptivo. Resulta de la activación de nociceptores en tejidos cutáneos y profundos. Típicamente está bien localizado y con frecuencia se describe como adoloramiento o dolor mordiente. Algunos de los ejemplos de este dolor son los causados por metástasis óseas, el postquirúrgico en la incisión y el músculo esquelético.
- ◆ Dolor visceral. Es causado por infiltración, compresión, distensión o estiramiento de viseras torácicas y abdominales, por lo general, como resultado del crecimiento del tumor primario o metastático (metástasis hepática, y cáncer pancreático). Este tipo de dolor es más localizado, con frecuencia se describe como “profundo” en “apretón” y de “presión” y se puede acompañar de náuseas y vomito; en particular cuando es agudo. Este se irradia con frecuencia a sitios cutáneos quizás remotos al lugar de lesiones (dolor en el hombro por irradiación diafragmática), y se puede acompañar de hipersensibilidad en el sitio cutáneo de referencia.
- ◆ Dolor por desaferenciación. Depende de las lesiones a los sistemas nerviosos periféricos, central o ambos como consecuencia de la compresión o inflamación de nervios periféricos o de la médula espinal por el tumor o traumatismos o lesiones químicas a nervios periféricos provocados por cirugía, radiación o quimioterapia por cáncer. Los ejemplos de este tipo de dolor son las pteropatías braquial o lumbosacra, metastásicas o por radiación, la compresión epidural de la médula espinal, la cola de caballo o ambas, la neuralgia posherpética y la neuropatía dolorosa por vincristina o cisplatino.

Identificar y tratar la causa del dolor en pacientes con cáncer es primordial para el tratamiento. El estudio de enfermos con cáncer y dolor ha llevado a la descripción de una serie de síndromes dolorosos comunes, únicos para este proceso patológico con frecuencia se diagnostica erróneamente, porque los profesionales de cuidados de la salud no están familiarizados con su presentación clínica.

En la valoración de todos los pacientes con cáncer que se quejan de dolor hay que seguir algunos principios generales. La falta de atención a ellos es la principal causa del diagnóstico erróneo de un síndrome específico, estos principios son los siguientes:

1. Creer en el dolor del paciente.
2. Tener la historia clínica del dolor del paciente.
3. Valorar los factores psicológicos y sociales.
4. Conocer las limitaciones del paciente.
5. Tratar el dolor durante la intervención tanatológica.
6. Considerar las técnicas de anestesia y analgesia, según el caso, durante la intervención tanatológica.
7. Reevaluar la molestia o dolor durante la intervención tanatológica.

Los síndromes dolorosos en pacientes con cáncer se pueden dividir en tres categorías principales.

- ◆ **Primera categoría:** Es el dolor relacionado con la invasión directa por el tumor. Las metástasis a los huesos, la compresión e infiltración de nervios o la invasión de viseras huecas son las causas más comunes de dolor por invasión tumoral directa
- ◆ **Segunda categoría:** Son los síndromes dolorosos relacionados con la terapéutica del cáncer. Comprenden los enfermos en quienes el dolor ocurrió durante el curso, no como resultado de la quimioterapia, la cirugía o la radioterapia. Cada una de estas modalidades de tratamiento se acompaña de una serie de síndromes dolorosos específicos con un modelo y presentación clínica característica.

- ◆ **Tercera categoría:** consiste en el dolor no relacionado con el cáncer y su terapéutica. El diagnóstico preciso en este grupo de pacientes altera tanto el tratamiento como el pronóstico.

El tratamiento general de este padecimiento requiere cuidado continuo utilizando enfoques multidisciplinarios e interdisciplinarios el aspecto subyacente al considerar el método terapéutico para un paciente con dolor por cáncer es que ningún tratamiento se debe considerar exclusivo y desde un principio hay que pensar en todos los medios para tratar la causa del dolor.

Entre las modalidades tenemos:

1. Uso de esteroides; casi siempre se utilizan en los tratamientos de urgencia de la compresión epidural de la médula espinal.
2. Radioterapia.
3. Cirugía y métodos ablativos neuroquirúrgicos.
4. Farmacoterapia analgésica: La OMS declaró que es la base del tratamiento de este grupo de pacientes, como parte del *Cáncerpain relief program*, a nivel mundial.
5. Venoclisis continúa de opioides: Puede ser un método seguro y eficaz de administración de opioides en pacientes seleccionados con dolor por cáncer.
6. Psicoterapia:
  - Mediante intervenciones cognoscitivas conductuales.
  - Mediante intervenciones con Hipnosis Clásica
  - Mediante intervenciones con Hipnosis Ericksoniana
7. Analgesia con narcóticos y pépticos epidurales e intratecales en el tratamiento del dolor.
8. Métodos específicos antitumor.

Hasta aquí hemos abordado algunos de los aspectos más sobresalientes del dolor en relación con el cáncer, en el apartado de cuidados paliativos nuevamente trataremos aspectos del dolor, dirigidos principalmente al trabajo tanatológico, por otro lado en el capítulo 6 pondremos algunos ejemplos algunas intervenciones desde la Hipnosis ericksoniana y desde la Hipnosis clásica para trabajo con dolor.

## CANCER Y TANATOLOGIA

La tarea del tanatólogo del S. XXI, para enfrentar una enfermedad como el cáncer, implica darle al paciente todos los elementos necesarios para elevar su calidad de vida, tanto en lo emocional como en lo físico, espiritual y social. Una de las metas del tanatologo al atender familias en las que alguno de sus miembros padece cáncer consiste en facilitar el proceso de aceptación de la enfermedad, vivir un intercambio familiar real y no aparente facilitar el proceso de despedida y evitar aspectos disfuncionales y tóxicos que se pueden presentar en la familia de las siguientes formas:

- ✓ Mensajes amenazantes para impedir la critica, así como los mitos y tabúes
- ✓ Los compromisos que amplifican las obligaciones adquiridas por lealtades incuestionables.
- ✓ Las obligaciones sin sentido, como guardar secretos o mantener apariencias.
- ✓ Los vínculos que oprimen que no son compartidos por el resto de la familia.
- ✓ Los sentimientos de culpa creados y reforzados por alguno o algunos de los miembros de la familia.
- ✓ El aislamiento, la soledad emocional y la falta de comunicación.
- ✓ La pérdida de la esperanza y el pesimismo.
- ✓ La sensación de que no existe alguna salida ante la situación

Dentro de los tratamientos para combatir el cáncer se encuentra la quimioterapia y la radioterapia.

La quimioterapia es el tratamiento del cáncer con medicamentos. Estos medicamentos destruyen las células cancerosas, los medicamentos provocan que las células no se reproduzcan y las destruyen, por lo regular se ocupan varios medicamentos (citostaticos). Hay medicamentos que se pueden administrar en pastillas o cápsulas, aunque en ocasiones se administran por la vena disueltos en suero, algunas de las molestias que presentan son: nausea, vomito, perdida del apetito, malestar general, cansancio y pérdida del cabello.

La radioterapia es el tratamiento del cáncer utilizando rayos. La radiación se aplica con maquinas especiales o con sustancias radioactivas, en grandes cantidades mata a las células ya que no las deja reproducirse. Es por esta razón que la radioterapia se utiliza en el tratamiento del cáncer; por ello la radiación se dirige hacia zonas del cuerpo específicas, es decir, la radiación se enfoca.

Quizás en una enfermedad como el cáncer el paciente y la familia tienen miedo a la muerte, pero también a la forma de morir, probablemente al sufrimiento que puede ocasionar la enfermedad; así como el hecho de tener que depender de los demás y al hecho de dejar a los seres queridos o dependientes de ellos, y dejar las cosas por las cuales siente un especial apego y afecto.

El proceso de una enfermedad que en sí misma implica la posibilidad de muerte, tanto el paciente como su familia y amigos requieren de gran apoyo para después ir al autoapoyo que les permite ir asimilando la nueva realidad a la que se enfrentan. Ya sea luchando hasta el fin, sin perder la esperanza.

El paciente tiene derecho a saber cual es la realidad de su estado de salud, y muchas veces, es solo la familia la que toma las decisiones para el tratamiento, lo que conlleva a una situación estresante para ambas partes, el paciente llega a sentir que no tiene ninguna ingerencia respecto a su propia vida y al tiempo que le queda de ella. Es recomendable para la familia dar oportunidad al paciente de resolver sus pendientes materiales o afectivos en la vida, y así, oportunidad de morir tranquilo, es decir cerrar sus asuntos inconclusos, reconocer los que no puede cerrar y aceptarlo.

En los familiares, se puede presentar ansiedad, que se debe a la pérdida moral y física del enfermo, pero también el deseo de que todo se termine, si esto no se maneja adecuadamente después del deceso, se presentarían alteraciones emocionales, así como sentimientos de culpa.

Los pacientes del tanatólogo son el enfermo, la familia, los amigos, y el cuerpo médico, se sugiere lograr una participación entre estos elementos para obtener mejores resultados tanatológicos. El manejo de las emociones de la familia, o de los amigos es importante para que puedan darse el apoyo mutuo que necesitan y conservar la esperanza, es decir, las redes de apoyo.

La espiritualidad es una fuente de poder que los seres humanos poseemos y no está apartado de nosotros, no es exclusivo de la religión, es parte esencial del hombre mismo ya que puede permitir que se de la comunicación de los sentimientos, y de los resentimientos. Puede propiciar un ambiente donde se pueda perdonar y pedir perdón. Lo importante es tener de donde agarrarse, como una tablita salvadora, para mejorar la calidad de vida.

Ante la muerte la espiritualidad mostrará toda su importancia, con la espiritualidad se logrará la fortaleza para resistir y acometer lo que significa ser fuerte para vivir y fuerte para morir y finalmente llegar a la trascendencia.

Dentro de las redes de apoyo se encuentran los amigos, pues la mayoría de las veces son las personas que conocen sus secretos, sus deseos, sus esperanzas y de alguna manera han compartido la vida él o ella, por lo cual se vuelve muy importante la cercanía del amigo en esos momentos críticos.

La amistad para el enfermo de cáncer, es importante, ya que la amistad es la relación afectiva personal desinteresada, que nace y se fortalece con el trato. Entre los amigos es fácil hablar sin palabras y se tiene la libertad de manifestar lo agradable como lo desagradable, pues existe la confianza. Y es confianza lo que más necesita el enfermo de cáncer para poder expresar todo lo que siente, la confianza es la que puede permitir un mejor manejo de las emociones.

Pero no solo fortalecen las amistades y la familia, hay otras cosas significativas en la vida de todas las personas, como lo puede ser una mascota. Esto debe tomarse en cuenta en la fase terminal.

Cuando para muchos pacientes sería mucho mejor morir en casa que en un hospital.

**CUIDADOS PALIATIVOS**

Los cuidados paliativos fueron recientemente definidos por la OMS como la asistencia activa e integral de pacientes cuya enfermedad es incurable y progresiva. Sus objetivos principales son:

- ✓ El alivio del dolor y otros síntomas generados por la enfermedad
- ✓ Apoyo psicológico y social del paciente
- ✓ Apoyo psicológico y social de la familia

El dolor es un fenómeno subjetivo consistente en una sensación desagradable que indica una lesión real o potencial del cuerpo. Entre los objetivos fundamentales de la medicina se cuenta no sólo el de preservar y restaurar la salud, sino también el de aliviar el sufrimiento: Por eso, comprender y aliviar el dolor es un aspecto importante de la actividad médica.

Los síndromes dolorosos son consecuencia de muchas enfermedades crónicas (cáncer, artritis, artrosis, anemia de células falciformes, etc.) y de trastornos agudos (heridas, quemaduras, desgarros musculares, fracturas, esguinces, apendicitis, cálculos renales o ataques al corazón, etc.).

Sin embargo, ciertos trastornos psicológicos (como la ansiedad o la depresión) también pueden causar dolor, el cual se conoce como dolor psicógeno. Los factores psicológicos pueden influenciar el dolor que se siente por una herida, haciendo que se perciba con mayor o menor intensidad. El médico debe considerar todos estos aspectos.

En su evaluación, entre otros factores, el médico considera si el dolor es agudo o crónico.

El dolor agudo empieza repentinamente y es de corta duración. El dolor intenso puede causar taquicardia, aumento de la frecuencia respiratoria y de la presión arterial, sudoración y dilatación de las pupilas.

El dolor crónico se define como el dolor persistente que dura varios días, semanas o más. Este término describe el dolor que persiste más allá del mes posterior al curso usual de una

enfermedad o lesión y también se refiere al dolor que aparece y desaparece a lo largo de meses o años, o al dolor que se asocia a enfermedades de larga duración como el cáncer.

Generalmente el dolor crónico no afecta la frecuencia cardiaca ni la frecuencia respiratoria, así como tampoco afecta a la presión arterial ni a las pupilas, pero puede ocasionar alteraciones del sueño, falta de apetito y producir estreñimiento, pérdida de peso, disminución de la libido y depresión.

La clínica del dolor tiene como objetivo prevenir, controlar y suprimir el dolor físico del enfermo crónico y en fase terminal, para lo cual se requiere, siempre que sea posible, su consentimiento, de esta forma el paciente participa lo cual da mayores posibilidades de éxito al tratamiento.

Para que al prevenir, controlar y suprimir el dolor físico se impida su recuerdo y el temor de que reaparezca es recomendable seguir el programa "progresión analgésica" establecido por la OMS, la cual deberá llevarse a cabo bajo el control y supervisión de un médico especializado en medicina del dolor o algólogo, quien habrá de usar técnicas comparativa para cubrir lo más satisfactoriamente posible las necesidades del enfermo.

La progresión analgésica va de los medicamentos no opiáceos, como aspirina y paracetamol, a los opiáceos suaves, como codeína y dihidrocodeína, hasta llegar a los opiáceos fuertes, como morfina y heroína, todo ello, sin provocar somnolencia o alterar la capacidad de comunicación, ni causar las insuficiencias relacionadas con una intoxicación medicamentosa; lo anterior en la medida de lo posible.

No menos importante es proporcionar al enfermo crónico o terminal la mayor comodidad, impedir la angustia y la falta de sueño.

Curar tiene como objetivo eliminar el dolor. Paliar busca aliviar los síntomas, todo tratamiento curativo ya es paliativo, por lo que enviar a un paciente a cuidados paliativos, se está decidiendo suspender los tratamientos curativos.

Desde el punto de vista médico y tanatológico, se habla de paliativo, cuando el abordaje al paciente ya no tiene como fin la curación, pues esta no habrá de producirse, sino como una forma destinada a mejorar la calidad de vida del paciente, ocupando las técnicas y medicamentos destinados a apoyar el proceso de la enfermedad, reduciendo el dolor y el sufrimiento.

La forma de trabajar con un paciente en cuidados paliativos debe ser de muy buena calidad.

La imagen del tanatólogo sentado al lado de un paciente muriendo “tratando de ayudarlo a aceptar su destino” es de por sí detestable. En una etapa crítica en la que se requiere de un tanatólogo para trabajar con un paciente en fase terminal, la angustia y el temor deberán estar muy lejos de actitudes compasivas.

Los abordajes tanatológicos buscan mejorar la forma en que alguien vive su vida, tal vez porque se sienta mal o está angustiado o atraviesa alguna crisis, etc. y es recomendable que se convierta en un espacio para que el paciente pueda expresar su deseo, su verdad y ser escuchado.

De forma lenta, en muchos países se reemplaza el abandono médico y el aislamiento emocional del moribundo por un cuidado activo, científico y personalizado a la vez, que abarca no solo el área del bienestar físico del que va a morir, sino también los aspectos emocionales, sociales y espirituales del paciente y de su familia.

La calidad de vida incluye bienestar y satisfacción, así como la percepción que la persona tiene de la calidad de vida.

Kiebert plantea que la calidad de vida se ve influenciada por varios factores, como bienestar físico y el bienestar psicológico, los temores y las preocupaciones, las interacciones sociales y el nivel de actividad.

Se puede decir que la calidad de vida es la evaluación global que el paciente hace de su vida, y depende tanto de sus características (demográficas, de personalidad, valores, etc.) como de moduladores externos, como es el caso de la enfermedad y del tratamiento que ésta requiere.

En la calidad de vida no pueden negarse los derechos del enfermo. En algunas condiciones, existe cierto consenso sobre lo que se considera objetivamente mejor; sin embargo, esto no parece hacer justicia al derecho del paciente de valorar su propia vida.

En el caso de los pacientes con cáncer, los objetivos de los tratamientos son reducir los síntomas y prolongar la vida. Sin embargo el tiempo de supervivencia no menciona nada en cuanto a calidad de ésta. Se ha propuesto evaluar la toxicidad y entonces se evalúa la frecuencia, severidad y duración de ésta, pero no se describen las consecuencias personales y sociales de los tratamientos. Con el desarrollo de tratamientos que producen efectos colaterales y beneficios dudosos, es obvia la importancia de evaluar la calidad de vida o el bienestar de los pacientes. Esto es primordial cuando el objetivo de la intervención médica es la paliación y no la curación, como sucede con frecuencia en los pacientes con cáncer.

Probablemente, los objetivos del tratamiento no guardan relación con las necesidades del paciente, los cuidados paliativos en un paciente en fase terminal deben dar lugar a que le respeten sus derechos, para evitar el encarnizamiento terapéutico y permitirle morir con dignidad, sin prolongarle el sufrimiento.

Podríamos mencionar algunas características de tanatólogos que realizan el trabajo de cuidados paliativos:

- ✓ Actitud amorosa. No es requisito amar a la persona que se atiende, pero si tener una actitud amorosa con el ser humano que se tiene enfrente.
- ✓ Acompañamiento. De manera respetuosa, no invadiendo límites.
- ✓ Llevar los cuidados paliativos a casa. Trabajar con la familia, el paciente y cuerpo médico con respecto a que posiblemente el mejor lugar para cuidar al moribundo es su casa.
- ✓ Disminuir los internamientos de urgencia en el hospital para optimizar los recursos existentes, y como dice la Dra. Pineda “no más internamientos de urgencia que sólo hacen sufrir innecesariamente al paciente.”

Para ello, se requiere la cooperación familiar, al hacerlos responsables en los cuidados del paciente con:

- ✓ Limpieza y aseo del paciente y del cuarto
- ✓ Movilización para evitar escaras y complicaciones pulmonares. Administración de medicamentos
- ✓ Aspiración de secreciones.

Los beneficios de la atención domiciliaria son:

- ✓ Económica. (para el hospital y la familia)
- ✓ Mayor control y LIBERTAD.
- ✓ Sentirse útil y necesario.
- ✓ Elevar la posibilidad de cerrar asuntos inconclusos y facilitar la elaboración del duelo
- ✓ Los familiares no tengan la necesidad de ir constantemente al hospital
- ✓ La comida es al gusto y nutritiva
- ✓ El ambiente mejora, pues es la casa del paciente
- ✓ Existe mayor intimidad.

Morir en hospital:

- ✓ Por respeto al deseo del paciente.
- ✓ Falta de familiares
- ✓ Presencia de niños pequeños en casa o posibilidad de infecciones o contagios
- ✓ Si existe la posibilidad de que dentro del hospital se mejore la calidad de vida del paciente.

Algunas de las acciones que el tanatólogo puede realizar para mejorar la calidad de vida con pacientes crónicos y terminales:

- ✓ Establecer empatía y contacto
- ✓ Ser sensible y humano
- ✓ Reconocer las necesidades suyas y del paciente
- ✓ Planear la estrategia a seguir.
  - Relajación
  - Hipnosis
  - Resolución de pendientes
  - Hablar de sus necesidades y creencias espirituales
  - Intermediación paciente-familia
- ✓ Manejo y expresión de temores
- ✓ Encuentro del sentido de su vida

Estrategias a considerar dentro del trabajo tanatológico

- ✓ Antes de cualquier intervención, observar a la familia.
- ✓ Tender red de apoyo al paciente terminal o crónico y al cuidador primario.
- ✓ Incrementar la atención de los cuidadores primarios. Elevando el número de cuidadores.
- ✓ Delegar responsabilidades en los miembros de la familia.
- ✓ Apoyarse en amigos, compañeros y vecinos.
- ✓ Facilitar la resolución de asuntos inconclusos de la familia que afecten la relación con el paciente.
- ✓ Facilitar la toma de decisiones del paciente.
- ✓ Facilitar el proceso de duelo del cuerpo medico para evitar las proyecciones sobre la familia.
- ✓ Elevar la calidad de vida de todos los involucrados en el proceso tanatológico.

Durante la exposición del presente modulo hemos tenido la oportunidad de conocer los trastornos y las enfermedades.

Con lo que respecta a los trastornos hemos hecho hincapié de las principales patologías que afectan al paciente crónico o terminal, a la familia y al cuerpo medico. Revisamos los trastornos

inducidos por sustancias y sus implicaciones psicológicas y sociales, no obstante es importante resaltar que para los pacientes crónicos o terminales el uso de los opiáceos y los sedantes no es la única herramienta con la que cuenta el profesional de la salud para aliviar el dolor que aqueja al que posee una enfermedad crónica o terminal.

## CAPITULO CUATRO

### EL SER HUMANO FRENTE A LA MUERTE

*"Nacer es comenzar a morir".  
Teófilo Gautier*

Los problemas de la muerte nos atañen a todos, tarde o temprano todos vamos a morir, y aunque no lo deseemos, también nuestros seres queridos, cada persona percibe a la muerte, según su propia experiencia, de ese modo solo ve una parte del problema total que es la muerte, pero, ¿qué es la muerte?.

Louis – Vicent Thomas nos dice: la muerte es, ante todo, un proceso biológico que resulta del cese de la nutrición celular. Siempre se muere, cualesquiera que sean las causas, por autointoxicación del organismo, ya sea porque el protoplasma no actualiza más los procesos de asimilación o desasimilación que mantienen la vida, o bien porque el medio en el que evolucionan las células hace que los intercambios vitales se tornen imposibles.

Cada persona, aun la que muere junto con otras, se enfrenta sola a este hecho; la experiencia de la muerte en cuanto a una realidad corresponde solo a los seres singularizados, el animal no conoce su muerte o la de sus similares, tal vez, solo el animal domesticado que de alguna forma esta apartado de la naturaleza pudiese, por instinto darse cuenta de este hecho.

La muerte puede definirse también desde el punto de vista social, implica el que se deja de pertenecer a un grupo, por edad, pérdida de funciones, incluso por morir.

En base a la investigación realizada por el Mtro. Carlos A. Escobar dice: El ser humano ante la escena del morir se obsesiona de tal manera que la idea de la muerte se apodera de su espíritu independientemente de su voluntad. Dice Ernest Becker que la idea de la muerte se convierte en motivo de toda actividad humana.

El ser humano casi sin darse cuenta, juega con la muerte a diferentes juegos: no te conozco, no te temo, yo te gano, a mi no me toques, etc. y estos juegos se reflejan en sus actividades, desde el que disfruta la vida y se la pasa de fiesta en fiesta, como lo hacen muchos jóvenes en los festivales musicales, en donde derrochan vida como si nunca se les fuera a acabar o aquellas personas que hacen que las cosas duren y duren y nunca se acaben o los juegos de azar o los deportes extremos o atesorar dinero, cosas, mujeres, hijos o muchos juegos más. La idea de la muerte se convierte en motivo de toda actividad humana, cuyo propósito sería el poder “matar a la muerte” o evitarla o trascenderla o desdeñarla amando la vida.

El temor a la muerte tiene su polaridad, que es el deseo de eternidad, que igualmente obsesiona a todos los seres humanos y no solamente a los espirituales o dicho de otra manera, obsesiona la espiritualidad humana en sus diferentes niveles de expresión. El temor a la muerte y el deseo de eternidad no tienen límites y se confunde la motivación de uno y del otro en el cotidiano hacer del ser humano.

El evitar a la muerte y los intentos de sobrepasar sus límites se ven claramente en toda las actividades del ser humano, a través de los siglos. La encontramos en los mitos y religiones, el lenguaje, el arte, la filosofía, la historia y la ciencia.

EL MITO tiene que ver más con la poesía que con la razón. Su verdad es más romántica que intelectual. Es una forma inconsciente de explicar fenómenos como el origen del universo, la muerte, el más allá, los espíritus, los dioses, los fenómenos de la naturaleza, etc. El mito tiene que ver más con los misterios de la realidad que con la verdad comprobable de la misma realidad. El fenómeno de la muerte entra hasta hoy en día en el mundo de los mitos.

El mito está relacionado con la magia. Los brujos, los hechiceros son sus representantes que se comunican con el mundo de los espíritus, de los muertos.

En el mundo mítico la muerte es dramática, está en acción, tiene fuerza. Fuerza que enfrenta a la fuerza de la vida: es una lucha de poderes: la vida contra la muerte.

La percepción mítica de la muerte está llena de las pasiones humanas: temor, angustia, tristeza, dolor, esperanza, alegría, excitación, culpa, remordimiento, exaltación o rendición.

En el pensamiento mítico podemos apreciar esa mezcla de los contrarios: mortalidad e inmortalidad. Ya que en el pensamiento mítico no se considera a la muerte como algo natural, sino, más bien, es algo fortuito. Ernest Cassirer nos dice, - “En el pensamiento primitivo jamás se considera a la muerte como un fenómeno natural que obedece a leyes generales, su acaecimiento no es necesario sino accidental”.

En el mito la muerte no es parte de la esencia (naturaleza) del ser humano, ésta viene por causas externas: por la obra de los dioses o poderes sobrenaturales que tienen algunas personas como los brujos, los hechiceros o los enemigos.

LA RELIGION surge como consecuencia de las limitaciones conscientes del ser humano y siente la necesidad de depender de poderes externos para evitar el castigo que “merece” por faltar a sus ideales morales. A través del culto busca la protección o el perdón de los dioses.

Los espíritus de sus muertos se convierten en dioses o demonios. Y surge el culto a los muertos como un conjuro para evitar su ira o para atraer su bendición.

En el relato bíblico la muerte entra al mundo como consecuencia del pecado de los primeros seres humanos. El pecado original pesa sobre todos los seres humanos: el ser humano es mortal. Más su sentimiento de inmortalidad encuentra consuelo en la promesa del salvador, del héroe que vencerá a la muerte y los guiará otra vez al Paraíso: Jesucristo.

El culto a los muertos es el origen de los ritos religiosos. La creencia de que ser humano es más que el cuerpo, da como origen el concepto de espíritu. Los espíritus de los antepasados son ahuyentados para evitar su ira o atraídos para buscar su fuerza y protección. Esto lo buscaban por medio de los ritos, los amuletos, los conjuros, los cantos y las danzas, y los sacrificios.

Surgen los sacrificios, las ofrendas para tener contentos a los dioses: por un lado para obtener sus bendiciones: conservar la vida, la tierra produzca, nazcan niños, se reproduzca el ganado, que la vida continúe, por otro lado para evitar la ira de los dioses, la sequía, la enfermedad y la muerte.

La religión se relaciona con la ética de los pueblos. El bien y el mal entran en pugna. Cuando las enfermedades, la muerte caen sobre el pueblo es consecuencia de su pecado y tratan de agradar a los dioses con sacrificios y ofrendas para buscar su perdón y volver a tener las bendiciones de los mismos.

Las religiones en general buscan desarrollar las virtudes del ser humano y trascender la muerte para alcanzar la paz y la inmortalidad en el mundo de los muertos.

EL LENGUAJE surge con la palabra, pero con la palabra como magia. El ser humano nombra las cosas y éstas se llenan de misterio. De tabúes, de prohibiciones de nombrar y de miedo. Freud nos dice que en un principio la palabra era magia, por lo tanto la palabra está muy relacionada con el mito y la religión. A través del lenguaje se hacen las oraciones para comunicarse con los espíritus, con los dioses, con Dios, y con la palabra musical se trata de agradarlos para obtener sus favores. Es por medio del lenguaje que se pide la protección de los dioses para evitar las enfermedades o la muerte.

Es a través del lenguaje que un verbo, la acción del morir, llega a ser un sustantivo, la Muerte. El lenguaje la hace persona y el ser humano habla de ella o con ella. El dialogo con la muerte, abiertamente a través del lenguaje o veladamente, a través del culto, del rito, del silencio no ha cesado desde “en el principio”

La palabra que nombra, que invoca, se vuelve tabú. La prohibición de nombrar porque puede venir atrae el silencio de los pueblos. Entre los judíos, hasta hoy en día, el nombre de Dios es tabú. No se pronuncia ni se escribe, sino veladamente, pues Jehová puede venir y destruir al que lo invoca por su pecado. El sentimiento de culpa crea inseguridad para llamar a Dios.

Lo mismo sucede con muchas familias en la actualidad en donde no se habla de la muerte, no se invoca: puede venir.

EL ARTE es la expresión de la cultura inconscientemente, es el decir silencioso de lo indecible, es el decir de lo misterioso, para lo cual las palabras no alcanzan y, entre estos misterios, la muerte ocupa un lugar muy especial. En todas las culturas encontramos arte y, en éste, una expresión artística de la muerte.

A la muerte se le canta, se le pinta, se le hace poesía, se le danza, se le esculpe, se le dramatiza y se le hace comedia, con el fin de descubrir su misterio o de evadir su encuentro. De esta manera el ser humano desarrolla su creatividad produciendo belleza y de esta manera bella expresar su temor a la muerte. Con el juego de palabras, la combinación de colores, movimientos rítmicos o manifestación de las emociones, el artista nos representa a la muerte desde su inconsciente, cuya representación de la muerte, únicamente se puede captar con un espíritu de contemplación. Posiblemente el ser humano desde lo más profundo de su ser cree que a través del arte, como por arte de magia, le puede robar a la Muerte su misterio y con esto la podría vencer.

LA HISTORIA es el atesoramiento de hechos, pero no cualquier hecho pasa a la historia, sino solo aquellos que impresionan los sentidos del ser humano y que lo siguen a través de los tiempos y los espacios. Hechos que lo obsesionan como son los que amenazan la existencia y la contemplación de los cadáveres. Los hechos que realizan los héroes. Héroes son aquellos que desafían a la muerte y regresan victoriosos hasta que ésta los vence. Por eso la gran trascendencia de aquél curandero judío que venció a la muerte y que es predicado como el resucitado, Jesucristo. Pablo grita lleno de esperanza, de alegría, un grito de triunfo: “Y cuando esto corruptible se haya vestido de incorrupción, y esto mortal se haya vestido de inmortalidad, entonces se cumplirá la palabra que está escrita: Sorbida (chupada) es la muerte en victoria. (La Biblia)

Y continúa diciendo, - “¿Dónde está, oh muerte, tu aguijón? ¿Dónde, oh sepulcro, tu victoria?

El hecho de la muerte ha angustiado y fascinado al ser humano desde el principio. Siguiendo el relato bíblico, podemos decir que el ser humano no comprendía la maldición de Dios, la muerte, sino hasta la muerte de Abel.

Caín ante el cadáver del Abel entendió que eso le podía pasar a él y tuvo miedo.

La historia es el relato de las muertes: de hombres, de reinos, de creencias, de culturas, de dioses, pero no sólo es el relato de los hechos, sino del ser humano como actor principal en el escenario de la muerte.

La historia es la esperanza de los pueblos de aprender del pasado .para construir un futuro mejor, mejor dicho, un presente mejor.

LA CIENCIA se desprende de la filosofía cuando cree que sabe suficiente como para predecir los hechos o que puede explicar sus causas y prevenir sus efectos. Con mucha arrogancia pasa de la especulación a los hechos comprobables. Ya no son los ritos o conjuros mágicos de los hechiceros o las especulaciones filosóficas de los grandes sabios los instrumentos para dominar a la naturaleza. Estos pasaron a la historia. Ahora es el conocimiento científico, con sus métodos verificables, el instrumento que utiliza el ser humano para vencer a los fenómenos naturales, para explicar el misterio del universo, para curar las enfermedades y con el tiempo, vencer a la muerte, al encontrar el elixir de la vida, la fuente de la eterna juventud.

Las matemáticas, la física, la química, la medicina, la clasificación, la comprobación de los fenómenos, los sofisticados instrumentos científicos llega a ser la esperanza de la humanidad en su lucha contra la muerte, al combatir las enfermedades, mejorar la producción agrícola, ganadera, prevenir los desastres naturales. La tecnología se había convertido en el sustituto de Dios y la humanidad pone su confianza en los descubrimientos de la ciencia, pero a finales del siglo XIX y principios del siglo XX los resultados son paradójicos: dos guerras mundiales, la pobreza aumenta, surgen nuevas enfermedades, la despersonalización del ser humano. El conocimiento fascinó la mente del científico y se obsesiona con el saber, perdiendo de vista al ser humano, convirtiéndolo en un número o en una cosa y se vuelve contra el hombre.

A mayor conocimiento científico más hambre, más pobreza, nuevas enfermedades, cambios climáticos, más guerras, más violencia, más angustia, más muerte. Pareciera que la ciencia no ha sido suficiente para vencer a la muerte y ante esto, pareciera que el ser humano vota por el retorno de los brujos. Como si con el volverse a la herbolaria, a las religiones antiguas, quisiera decir esto. Hay un interés por volver a los principios filosóficos de donde parte la ciencia. Se lucha por una ciencia del hombre, donde el ser humano y su problemática sea el quehacer de la ciencia, y no sólo la búsqueda del saber por el saber.

El saber se vuelve un arma poderosa para oprimir a los pueblos. Se dice que la ignorancia es la causa del hambre, la pobreza, la muerte de niños por enfermedades curables. Y los pueblos que más saben son los más poderosos. Lo paradójico es que el saber como búsqueda de poder, olvida al ser humano, lo oprime, lo mata, como ha sido la consecuencia de las armas nucleares, de la sobreproducción. El ser humano produce suficientes alimentos para alimentar a la humanidad, y sin embargo, hay pueblos que mueren de hambre.

LA FILOSOFIA a quien muchos científicos miran con desdén, como si fuera un vano ejercicio mental, tal vez interesante, pero inútil para resolver los problemas humanos, alza su voz para enderezar el camino errado que ha tomado la humanidad, el camino errado que ha tomado la ciencia, al olvidar al ser humano como centro de sus propósitos y a juzgar por los resultados de la ciencia, la filosofía la conmina a volver a los principios filosóficos de la ciencia.

El pensamiento filosófico en voces como la de Heidegger dice de la muerte que es el cierre total de las posibilidades del hombre, de lo que puede hacer. La muerte es la productora de angustia y la angustia dice Heidegger, nos puede llevar a aceptar la realidad de la muerte y vivir una vida auténtica. El hombre auténtico se enfrenta con la realidad de la muerte y ante esta realidad buscará darle sentido a su existencia.

Para Sastre es un absurdo el deseo del hombre de ser Dios y la realidad de la muerte, dice, -“El hombre es una pasión inútil. Ni el nacer ni el morir tienen sentido” Sólo tendría sentido la existencia. El ser auténtico consiste en aceptar que el ser humano es libre para elegir, lo que le

produce la angustia ante la responsabilidad de sus elecciones. Sin embargo, ante la realidad de la muerte que le da la conciencia de su existencia experimenta la náusea. Náuseas es uno de los síntomas que experimenta el ser humano ante la muerte de un ser querido, ante la idea de morir el mismo.

Para Jasper, es más importante lo que se es que lo que se tiene. La comunicación con el otro es atractiva por lo que el otro es y no por lo que tiene, es un acto en que la libertad del otro al comunicar su ser, su existencia me desvela mi propia existencia, sólo en la comunión con el otro me puedo llegar a conocer a mi mismo. Cuando Jasper habla de la trascendencia se refiere a Dios y la existencia del ser humano, en esa libertad de abrirse al otro, de fundirse con el otro abre la posibilidad de comunicarse con Dios y trascender la muerte. En la trascendencia se alcanza la esperanza de la perfección y la inmortalidad del espíritu del hombre.

Para Marcel, es esencial la relación yo-tú. El amor es lo importante es una relación, se ama al otro por lo que es y la entrega es total. La confianza sin límite es el fundamento de esta relación. Sin embargo, el otro puede fallar y esto ocasiona la angustia. Solamente Dios es alguien en quien el ser humano puede confiar y es por medio de la fe que se establece esta comunicación con el Tú. La confianza en Dios establece la trascendencia y la derrota de la muerte. Por la fe el ser humano abraza la esperanza de la perfección y la eternidad.

Es la voz de los filósofos existencialistas que llama al ser humano a una existencia auténtica que busque dar sentido a su vida y trascender la muerte, ya sea con el vivir una vida con propósito o buscarla en la trascendencia, en Dios.

El ser humano en su desarrollo pasa por diferentes etapas: la niñez, la adolescencia, la adultez y la vejez. Sin embargo es importante, para el tanatólogo, tener en cuenta en este desarrollo al feto o al embrión que no vivirá al nacimiento. Estas muertes causan un dolor en la familia, específicamente los padres sufren estas pérdidas. Y muchas veces no encuentran el apoyo necesario para su dolor en el personal médico, que no alcanza a comprender que no sólo es la muerte de un embrión o de un feto, sino la muerte de muchas ilusiones, sueños y expectativas, la

muerte de la sobrevivencia a través de la familia, la especie, la muerte del nombre, del apellido. Sueños que no se realizarán y que muchas veces no se les da un trabajo de duelo adecuado.

También quiero mencionar al ser humano imaginario, al hijo que se concibió en la mente pero que nunca se materializó, por diferentes razones: soltería, celibato, preferencia sexual o infertilidad. Cuando esto causa dolor, el duelo es privado, silencioso, solitario, que se puede declarar como neurótico y en algunos casos como psicóticos, como si lo imaginario no doliera. Ya Freud decía que el dolor de las llamadas enfermedades psicósomáticas dolía igual que las otras. Esto es con el fin de llamar la atención de los tanatólogos o sencillamente, del ser humano ante el dolor que ocasiona estas situaciones.

Ya que mencionamos las neurosis y las psicosis, diremos como muchos estudios psicoanalíticos lo confirman, que las neurosis son el síntoma del temor a la muerte y las psicosis son el síntoma de creer que se ha podido vencer a la muerte.

## TIPOS DE MUERTE

- ✓ Muerte anticipada: Es la que resulta de una enfermedad fatal cuyo pronóstico inmodificable.

“La mera sospecha de que los síntomas que se tienen o los exámenes practicados pueden poner en evidencia la presencia de una enfermedad fatal, activa ansiedades, temores, ideas recurrentes y fantasías con respecto al futuro, que desorganizan la vida en forma notable. Luego la confirmación del diagnóstico, y la certeza de que no se trata de una sospecha sino de una enfermedad ya comprobada, despiertan en el paciente una sensación agobiante de terror, de pánico, de incertidumbre, de desastre inminente”.<sup>50</sup>

El paciente sufre numerosas pérdidas como pérdida de la salud, pérdida de la libertad, pérdida del cuerpo, pérdida de la imagen propia, pérdida de la paz interior. Los miedos de un enfermo son principalmente el miedo a lo desconocido, miedo a la destrucción, miedo a la soledad, miedo al

---

dolor, miedo a la regresión del Yo, miedo a la soledad, miedo a morir sin dignidad, entre otros. Entre las necesidades de un enfermo son las de verse bien y la necesidad de la verdad.

✓ Muerte súbita.- “Es la que sucede súbitamente sin un síntoma previo, como el caso de un infarto cardiaco, un derrame cerebral, un aneurisma y otras muchas enfermedades fulminantes”.<sup>51</sup>

“Requieren una comprensión e intervención especial. Aunque las muertes por suicidio entran dentro de esta categoría, hay otro tipo de muertes súbitas como las accidentales, los ataques al corazón y los homicidios”.<sup>52</sup>

“Lo que sucede es que, con la muerte no esperada, suelen aparecer otras dificultades: tratándose de una muerte súbita lo más difícil pudiera ser aceptar la realidad de la pérdida, ya que no hubo tiempo para prepararse”.<sup>53</sup>

✓ Muerte súbita violenta.-Todos somos susceptibles a sufrir accidentes o daños por hechos fortuitos, sean de índole natural o por fallas humanas. También es un evento súbito, no esperado. Este tipo de muerte presupone un sujeto sano, y se hace más difícil asimilar la noticia de alguien fuerte y saludable ayer. Hoy está muerto y no volverá.

“El dolor se agudiza por el estado en el que quedó el cadáver. Verlo quizás con heridas, manchas de sangre, a la mejor mutilado, puede ser demasiado traumatizante. Y sin embargo, generalmente los familiares y amigos deben verlo para que puedan despedirse de él”.<sup>54</sup>

“Entre menos esperable y más prevenible sea una muerte, más absurda e ilógica aparecerá a los familiares, y más difícil será el proceso inicial de aceptación. En muchos casos de muerte accidental, la desfiguración o mutilación del cuerpo lleva a los familiares a abstenerse de mirarlo

---

<sup>51</sup> Fonegra, I. Op. cit. P. 25.

<sup>52</sup> Worden. W. Op. cit. P. 137.

<sup>53</sup> Reyes, A. Op. cit. P. 212.

<sup>54</sup> Reyes, A. Op. cit. P.212.

para realizar la labor de identificación o reconocimiento, tarea que se le asigna a un pariente, quien considera prudente no divulgar el estado final de la víctima”.<sup>55</sup>

Causas seleccionadas de mortalidad por sexo  
2003

<b>Causas</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Hombre</b>	<b>261 680</b>	<b>100</b>
Enfermedades del corazón	39 723	15.2
Tumores malignos	29 456	11.3
Accidentes	26 879	10.3
Diabetes mellitas	26 774	10.2
Enfermedades del Hígado	21 940	8.4
Enfermedades cerebrovasculares	12 630	4.8
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	9 993	3.8
Las demás causas	94 285	36
<b>Mujeres</b>	<b>210 096</b>	<b>100</b>
Enfermedades del corazón	37 887	18
Tumores malignos	32 383	15.4
Accidentes	30 574	14.6
Diabetes mellitas	14 256	6.8
Enfermedades del Hígado	8 489	4.0
Enfermedades cerebrovasculares	7 337	3.5
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	7 042	3.4
Las demás causas	72 128	34.3
<b>FUENTE: INEGI. Estadísticas vitales, 2003. Base de datos</b>		

## LA MUERTE EN LAS DIFERENTES ETAPAS DEL DESARROLLO DEL SER HUMANO

La muerte aparece, desde el momento de la concepción, juntamente con la vida. Muchas veces la muerte ataca desde antes del nacimiento. La muerte del embrión, del feto o un aborto provocado o no trae un sentimiento de pérdida; sobre todo en los padres.

Algunas veces se desarrollan fantasías, planes, sueños; se le escoge nombre, se compra ropita y cuna que quedarán vacías; pues esa personita esperada no llegó a nacer.

<sup>55</sup> Fonnegra, I. Op. cit. P. 43.

Otras veces la muerte nos alcanza después del nacimiento: en la niñez, la adolescencia, la adultez o en la vejez. Cada una de estas etapas del desarrollo humano presenta características muy peculiares las cuales vamos a tratar una por una.

## EL NIÑO ANTE LA MUERTE

El desarrollo físico, psicológico y motor es un proceso complejo y dinámico durante los cinco primeros años de vida, mismos que son considerados dentro de la infancia primaria. Para que el niño crezca, es necesario atender sus necesidades básicas. Debe dormir lo suficiente, sentirse seguro, recibir cuidados adecuados y tener experiencias idóneas y estimulantes. Los sistemas de desarrollo, por ejemplo, las habilidades motoras y las perceptuales se complementan. También el desarrollo del cerebro depende de la información que el niño recibe de sus acciones y exploraciones sensoriales (Lockman y Thelen, 1993). El contexto social en el que crece el niño favorece u obstaculiza estos sistemas interactivos.

La niñez media, edad que abarca de los seis a los doce años, es un periodo interesante para aprender y perfeccionar varias habilidades, desde la lectura, la escritura y las matemáticas hasta jugar básquetbol, bailar y patinar sobre ruedas. El niño se concentra en probarse a sí mismo, en superar sus propios retos y los que el mundo le impone.

El crecimiento es más lento y estable durante la niñez media que en los dos primeros años de vida. El niño normal de seis años pesa 20.4 kg Y mide poco más de un metro. El crecimiento gradual y regular prosigue hasta los nueve años en las niñas y hasta los 11 años en los varones; a partir de ese momento comienza el "estirón del adolescente". Sin embargo, adviértase que hay una gran variabilidad en el tiempo del crecimiento; no todos los niños maduran con la misma rapidez.

La niñez media puede ser uno de los periodos más sanos de la vida. Aunque algunas enfermedades ligeras como las infecciones del oído, los resfriados y los malestares estomacales predominan en el periodo preescolar, la mayoría de los niños de seis a doce años se enferman poco.

Pero padecen también enfermedades leves. A menudo la miopía se diagnostica durante la niñez media. Por ejemplo, en el sexto grado 25 por ciento de los niños se les ha adaptado anteojos o lentes de contacto.

Los siguientes datos, puntualizados por rangos de edad, caracterizan el desarrollo normal de los niños en la infancia media:

#### **DE LOS 5 A LOS 6 AÑOS:**

- Aumento estable de estatura y peso.
- Aumento estable de la fuerza en ambos sexos.
- Creciente conciencia del lugar y de las acciones de grandes partes del cuerpo.
- Mayor uso de todas las partes del cuerpo.
- Mejoramiento de las habilidades motoras gruesas.
- Realización individual de las habilidades motoras.

#### **DE LOS 7 A LOS 8 AÑOS:**

- Aumento constante de estatura y peso.
- Aumento constante de la fuerza en ambos sexos.
- Mayor uso de todas las partes del cuerpo.
- Perfeccionamiento de las habilidades motoras gruesas.
- Mejoramiento de las habilidades motoras finas.
- Mayor variabilidad en el desempeño de las habilidades motoras, pero todavía se realizan individualmente.

#### **DE LOS 9 A LOS 10 AÑOS:**

- Inicio del estirón del crecimiento en las niñas.
- Aumento de la fuerza en las niñas acompañado de pérdida de flexibilidad.
- Conciencia y desarrollo de todas las partes y sistemas del cuerpo.
- Capacidad de combinar las habilidades motoras con mayor fluidez.
- Mejoramiento del equilibrio.

## **A LOS 11 AÑOS:**

- Las niñas suelen ser más altas y pesadas que los varones.
- Inicio del estirón del crecimiento en los varones
- Juicio exacto al interceptar los objetos en movimiento.
- Continuidad de habilidades motoras más fluidas.
- Mejoramiento continuo de las habilidades motoras finas.
- Aumento constante de la variabilidad en la ejecución de las habilidades motoras.

A medida que va ampliándose el mundo social del niño, también se amplía su opinión sobre los conflictos y las tensiones en el seno de la familia. Los que sufren maltrato, aquellos cuyos padres se divorcian o viven con un sólo progenitor deben encontrar medios para adaptarse. Éstos, a su vez, producen patrones de conducta social y emocional que influyen en la personalidad. El aumento de las alianzas con los compañeros también incide en la forma en que el niño se ve a sí mismo y su lugar en el mundo.

Se ha discutido mucho sobre las ideas que se forjan los niños de diferentes edades sobre la muerte. Las cuestiones debatidas incluyen sus ideas sobre la naturaleza de la muerte, sus causas y lo que ocurre después de la muerte.

Los adultos por lo regular se hallan presentes cuando muere un familiar cercano; si no es así reciben la noticia pronto. En cambio los niños no suelen hallarse presentes en el momento de la muerte; y en pocas ocasiones la noticia les llega inmediatamente y aun entonces a menudo, de una manera equivocada, por lo tanto no sorprende que las respuestas de los niños a veces no estén acordes con lo ocurrido.

En diferentes familias y en diferentes marcos culturales, las explicaciones que se dan a un niño varían enormemente. En un extremo de la escala están las ideas de reencarnación universal y de designio divino, en el otro están las ideas sobre el carácter irreversible de la muerte y sobre el papel que desempeñan las causas naturales. Entre estos extremos se extiende una amplia gama de creencias, entre las cuales, muchas hacen una distinción entre la muerte de lo que se considera

formas superiores de vida y formas inferiores de vida. Como resultado de estas distinciones de varias clases, la serie de creencias sobre la vida y la muerte que sustentan los adultos en las sociedades occidentales comprenden por lo general mucha incertidumbre, ambigüedades e incoherencias. No debe pues, sorprender que también las creencias de los niños varíen tanto.

“Pocas cosas deseamos tanto los adultos como dar a los nuestros una infancia alegre y libre de tribulación. Sin embargo la vida no es así. Desde el primer día los niños tienen muchos temores y preocupaciones. Así por ejemplo, el niño hacia la edad de seis años empieza a captar intelectualmente que es lo que significa la muerte y que también el esta expuesto. Es un descubrimiento angustioso, con independencia de sí el ha presenciado ya la desaparición de otra persona o no.”<sup>56</sup>

En ocasiones, cuando el niño pierde algún objeto, se le ofrece un sustituto, negándole así la posibilidad de apreciar los beneficios que obtenía del objeto, esto para que no sufra, pero esto se convierte en un “distractor” de la realidad que ha observado y que no le permiten considerar y analizar según sus propias posibilidades, no porque no se deba remplazar el objeto, sino que se le debe dar tiempo para vivenciar y asimilar la pérdida.

Sin lugar a dudas la muerte de un ser querido es una terrible experiencia, pero es parte de la vida, deja un vacío interior y dolor por la desaparición de una persona significativa.

La forma en que el niño se adapta a la pérdida de algún objeto real o imaginario depende de muchos factores:

- ✓ La edad del niño.
- ✓ Quien o que es lo que el niño perdió.
- ✓ Interacción con la cosa o la persona perdida.
- ✓ Las redes de apoyo que el niño tenga.
- ✓ Experiencias anteriores.
- ✓ Creencias y costumbres familiares

---

<sup>56</sup> Baum, H. “Esta la abuelita en el cielo?”. Oniro. España. 2003. P. 9

- ✓ El tipo de familia y la comunicación.

En ocasiones cuando ocurre una muerte en la familia, los niños son alejados del entorno familiar para que no se angustien y no sufran, pero quizás esta angustia pertenece a los adultos quienes proyectan en los niños sus temores a la muerte. Al no permitirles que estén en los funerales es alejarlos y negarles su derecho a despedirse del familiar o ser querido, además no manifiestan sus emociones con respecto a la muerte. Al permitir que participen en los servicios funerarios se recomienda se realicen en compañía de los familiares para protegerlos de actos o acontecimientos que pudieran confundirlos.

Causas seleccionadas de mortalidad infantil por sexo  
2003

<b>Causas</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Hombre</b>	<b>19 008</b>	<b>100.0</b>
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	9 993	52.6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3 475	18.3
Influenza y neumonía	1 110	5.8
Accidentes	827	4.4
Enfermedades infecciosas intestinales	775	4.1
Infecciones respiratorias agudas	405	2.1
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	402	2.1
Las demás causas	2 021	10.6
	<b>14 236</b>	<b>100.0</b>
<b>Mujeres</b>	<b>7 042</b>	<b>49.6</b>
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	2 937	20.6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	858	6.0
Influenza y neumonía	639	4.5
Accidentes	576	4.0
Enfermedades Infecciosas Intestinales	319	2.2
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	313	2.2
Infecciones respiratorias agudas	1552	10.9
Las demás causas		
FUENTE: <b>INEGI</b> . Estadísticas vitales, 2003. Base de datos		

DESARROLLO DEL CONCEPTO DE MUERTE EN EL NIÑO

La imagen que el niño se hace de la muerte varia con la edad y el desarrollo. Para Isabel Delisle-Lapierre dice:

En el niño de menos de cuatro años se representa la muerte como un sueño. Es incapaz, a esta edad, de tener un pensamiento abstracto. Le resulta difícil hacerse una imagen de la muerte.

Antes de los cuatro años el niño desarrolla una idea de la muerte, que llamaremos de caricatura, en las cuales los personajes son aplastados, explotados, triturados y en la siguiente escena aparece como si nada. El niño vive la muerte como una ausencia temporal.

Entre los 4 y 6 años comienza a vivir la angustia de la separación. La madre que lleva a su hijo a una guardería o a una maternidad tiene a veces derecho a una pequeña crisis por esta primera separación. El niño tiene conciencia de esta separación, en cierto modo es el final de la relación del bebé y pasa a otra etapa en la que tendrá que ser mas autónomo. Comienza a vivir otras relaciones, tiene que aceptar que debe avanzar.

#### Causas seleccionadas de mortalidad preescolar por sexo 2003

<b>Causas</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Hombre</b>	<b>3 655</b>	<b>100.0</b>
Acciones	901	24.7
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	482	13.2
Enfermedades infecciosas intestinales	350	9.6
Influenza y Neumonía	282	7.7
Tumores malignos	259	7.1
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	162	4.4
Septicemia	94	2.6
Las demás causas	1 125	30.7
	<b>3 036</b>	<b>100.0</b>
<b>Mujeres</b>	<b>601</b>	<b>19.8</b>
Accidentes	410	13.5
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	296	9.7
Enfermedades infecciosas intestinales	227	7.5
Influenza y Neumonía	226	7.4
Tumores malignos	173	5.7
	79	2.6

Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	1024	33.8
Septicemia		
Las demás causas		
FUENTE: <b>INEGI</b> . Estadísticas vitales, 2003. Base de datos		

Entre los 7 y 9 años el niño necesita fantasías y hasta llegar a jugar con la idea de la muerte. Le gusta jugar a la muerte con sus pequeños compañeros. ¿Quién no ha oído decir a algún niño: “no puedes moverte, estas muerto”?

Hacia los 10 u 11 años el niño esta preparado para ser conciente de que la muerte es universal e irreversible. Pero según la educación que haya recibido, tendrá mayor o menor carácter dramático en la medida que la vea como una liberación para acceder a un mundo mejor.

Causas seleccionadas de mortalidad escolar por sexo  
2003

Causas	Total	Porcentaje
<b>Hombre</b>	<b>4 082</b>	<b>100.0</b>
Accidentes	1 525	37.5
Tumores malignos	598	14.6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	226	5.5
	173	4.2
Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	139	3.4
Agresiones	91	2.2
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	91	2.2
Insuficiencia renal	1 239	30.4
Las demás causas		
	<b>2 869</b>	<b>100.0</b>
<b>Mujeres</b>	683	23.8
Accidentes	439	15.3
Tumores malignos	248	8.6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	145	5.1
	100	3.5
Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	86	3.0
Agresiones	77	2.7
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	1 091	38.0
Insuficiencia renal		
Las demás causas		
FUENTE: <b>INEGI</b> . Estadísticas vitales, 2003. Base de datos		

En ocasiones sucede que los niños perciben la ausencia de un familiar como castigo por alguna acción que realizó.

La pubertad es la obtención de la madurez sexual y la capacidad de procrear. En las mujeres, su inicio se caracteriza por el primer periodo menstrual, o menarquia, aunque contrario a la opinión popular la primera ovulación puede ocurrir al menos un año más tarde (Tanner, 1978). En los hombres, se caracteriza por la primera emisión de semen que contiene espermatozoides viables.

En otros tiempos la pubertad se presentaba más tarde. Por ejemplo, en la década de 1880 la edad promedio era de 15 años y medio para las mujeres (Frisch, 1988), y la transición social de la adolescencia a la adultez se daba poco después. En la actualidad, la pubertad se presenta más a temprana edad, lo que permite considerar que en mujeres se presenta aproximadamente a los 12 años de edad, mientras que para los hombres se da a los 13 años de edad.

## REACCIONES DEL NIÑO

Las reacciones de los niños ante la muerte son variables, pero probablemente incluyen:

- ✓ Tristeza, depresión.
- ✓ Ansiedad (la ansiedad y la tensión interna pueden adoptar la forma de hiperactividad)
- ✓ Enojo
- ✓ Culpa.
- ✓ Un sentido de vulnerabilidad e inseguridad personal, aislamiento.
- ✓ Problemas conductuales y trastornos disciplinarios (en casa y en el colegio).
- ✓ Trastornos del sueño, de la atención y de la concentración.

La reacción que pueda presentar un niño cuando se entera de la muerte de un ser querido gira entorno a tres preguntas: ¿la causé yo?, ¿me puede ocurrir a mí, a papá o a mamá?, ¿quién cuidará de mí?. Esto se debe contestar de manera clara, y sin confundirlos, en un lenguaje que el niño entienda, de acuerdo a su edad. El niño depende de uno o más adultos y necesita confiar en

ellos, y aunque en ocasiones los niños no presentan reacciones ante la muerte, no hay que descartar la asesoría de un profesional si hay alguna reacción fuera de lugar

Una de las opciones que tiene el niño para empezar a entender la muerte es por medio de la muerte de su mascota, no se debe desaprovechar la muerte de la mascota del niño (si es que se da), para poder ejemplificar esta, realizando un ritual de entierro y explicando las dudas que surjan con la verdad y en un lenguaje que el niño entienda.

El tanatologo puede trabajar con niños el tema de la muerte a través de la terapia de juego, y técnicas proyectivas. Sin embargo, seria muy conveniente el trabajo preventivo del tanatologo, enseñando a la familia el manejo de la muerte de un familiar.

## COMO ENFRENTA UN NIÑO SU PROPIA MUERTE

El niño percibe su propia muerte de acuerdo a su edad, en la mayoría de los casos sin la angustia y temores de los adultos, aun mas, sin el conflicto del apego que se da a través de los años.

“Un niño sabe – no conscientemente, sino por intuición – cual será el término de su enfermedad. Todos los pequeños tienen conciencia – no a nivel intelectual sino espiritual- si esta próximo a morir”<sup>57</sup>

## EL ADOLESCENTE ANTE LA MUERTE

El termino adolescencia proviene del latín adolesceré, que significa crecer para madurar. Si queremos entender a los adolescentes y lo que es la adolescencia, conviene conocer el nicho cultural, el ambiente social en el que viven hoy en día. Un factor es la segregación por edades: en el mundo moderno, los adolescentes interactúan principalmente con otros adolescentes y muy poco con niños más pequeños o con adultos.

El adolescente se ve influido por los acontecimientos de la era que le toque vivir. Toda época

---

<sup>57</sup> Kubler-Ross, E. “Una luz que se apaga”. México. Pax 1985 p. 17

tiene sus guerras, movimientos religiosos y fluctuaciones económicas. El adolescente es muy vulnerable a esas crisis. La situación mundial le afecta mucho más que a los niños más pequeños. Con su idealismo apoyan las luchas religiosas y políticas. Pierden su trabajo durante las recesiones económicas y se les contrata cuando la economía está en auge. Los adolescentes modernos se ven afectados no sólo por las crisis locales y regionales, sino también por las que ocurren en regiones distantes del mundo.

La carencia de valores, y en el peor de los casos la ambigüedad de los valores que ofrece la familia, la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, etc. favorece y produce confusión entre los adolescentes. La responsabilidad de los medios de comunicación en el momento de tratar e informar sobre la muerte, en ocasiones es manejada con información sensacionalista que lejos de ofrecer un contexto que permita la reflexión en algunos casos la hace más confusa.

Esta es la realidad que involucra a los adolescentes en la actualidad, la muerte puede ser considerada por los adolescentes como una vía de salida de todos sus problemas y situaciones difíciles.

La adolescencia es un periodo de cambios, crisis con tendencia a reacciones impulsivas a las situaciones de estrés. Estas situaciones pueden conducir al adolescente a consumir drogas, pensando que así puede enfrentarse a la realidad: como la inestabilidad familiar, las preocupaciones económicas de los padres, el divorcio, la muerte de un familiar, el alcoholismo, etc. Todos estos problemas pueden ocasionarle frustraciones que el adolescente puede llegar a querer morir.

Las etapas de la adolescencia varían de acuerdo a cada uno de los autores expertos en el tema, para nosotros la adolescencia se divide en:

- ✓ Adolescencia media: 15 a 20 años
- ✓ Adolescencia tardía: 21 a 26 años
- ✓ Adolescencia patológica 27 o más.

Cada etapa tiene sus características y éstas son diferentes de un sujeto a otro. La adolescencia es un periodo primordialmente de duelos. Se tiene la pérdida del cuerpo infantil, pérdida de los roles infantiles, pérdida de la identidad y puede crear confusión.

#### PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE 15 A 24 AÑOS 2002

CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOMBRES	DEFUNCIÓNES	CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES	DEFUNCIÓNES
1. ACCIDENTES	5 028	1. ACCIDENTES	1 079
De trafico de vehículos	2 571	De trafico de vehículos	628
2. AGRESIONES	2 078	2. TUMORES MALIGNOS	524
3. LESIONES	922	Leucemias	194
AUTOINFLIGIDAS		3. EMBARAZO, PARTO Y	452
INTENCIONALMENTE		PUERPERIO	
4. TUMORES MALIGNOS	835	4. AGRESIONES	289
Leucemias	298	5. LESIONES	262
5. ENFERMEDADES DEL	326	AUTOINFLIGIDAS	
CORAZON*		INTENCIONALMENTE	
Enfermedades	135	6. ENFERMEDADES DEL	204
isquémicas del corazón		CORAZON*	
6. ENFERMEDAD POR VIH	303	7. INSUFICIENCIA RENAL	182
7. INSUFICIENCIA RENAL	216	8. MALFORMACIONES	155
8. MALFORMACIONES	206	CONGENITAS	
CONGENITAS		9. TRANSTORNOS	117
9. PARALISIS CEREBRAL	142	SISTEMICOS DEL	
10. EPILEPSIA	136	TEJIDO CONJUNTIVO	
		10. DIABETES MELLITUS	115
* Se excluye paro cardiaco			
FUENTE: INEGI. Dirección General de Estadísticas Demográficas y Sociales.			

#### DUELO EN EL ADOLESCENTE

Los adolescentes, pueden enfrentar en distintas condiciones las consecuencias de la muerte. Ya

que no dependen por completo de sus padres para desarrollarse, pero si pierden a uno de estos pueden presentar problemas dependiendo de la etapa de la adolescencia en que se encuentran.

Los adolescentes están formando su personalidad y propia identidad, quieren independencia. En esta etapa la actitud del adolescente, muchas veces, es marcadamente hostil hacia los padres

La muerte de uno de los padres o hermanos, no necesariamente produce una reacción patológica. Los elementos para enfrentar el fallecimiento, estos dependerán del desarrollo emocional que se tenga, la calidad de sus relaciones personales y el grado de madurez que posea antes de la muerte, es decir de las circunstancias en que ésta se dé.

En la adolescencia existe la fantasía de la inmortalidad y temas afines, como la infertilidad, inmunidad, interés que le puede ayudar para defenderse del temor a la muerte, evitar la tristeza y perpetuar la fantasía de la reunión con la persona muerta; si el concepto de vida es equivocado puede ser utilizado desde una perspectiva negativa, una muerte significativa puede provocar ideas y conductas suicidas.

Durante la adolescencia se presentan periodos de crisis (físicos, emocionales, psíquicos, conductuales) en algunas ocasiones estos se llegan a presentar con enfrentamiento con los padres. La muerte de uno de ellos o de ambos puede llegar a presentar crisis mayores que es recomendable que sean atendidas por un profesional.

El adolescente necesita apoyo emocional y la oportunidad de expresar verbalmente sus sentimientos, emociones y pensamientos y que las falsas interpretaciones, en relación con la muerte, (necesita expresar su dolor y sus inquietudes respecto a la muerte).

Síntomas a considerar en el trabajo tanatológico con un adolescente

- ✓ Síntomas de depresión, alteraciones del sueño, alteraciones alimenticias, impaciencia, baja autoestima.
- ✓ Cambios bruscos en el rendimiento escolar.

- ✓ Deterioro de las relaciones familiares o con los amigos.
- ✓ Conductas destructivas: abuso del alcohol y otras drogas, peleas, relaciones sexuales sin medidas preventivas
- ✓ Negación del dolor y alardes de fuerza y madurez.

## COMO ENFRENTA EL ADOLESCENTE SU PROPIA MUERTE

El adolescente ante una enfermedad crónica o terminal tiene la esperanza de curación, sin embargo, también existe la preocupación real por su propia muerte. Su tratamiento debe proponer su desarrollo integral para facilitarle su integración en la sociedad.

El adolescente probablemente presente deseos de vivir más intensamente, y la búsqueda del significado de su existencia se ve alterada.

Con el adolescente hay que trabajar la alteración de su proyecto de vida personal, del trunco desarrollo de su sexualidad, al adolescente le puede preocupar como va a vivir más que cuanto va a vivir. El adolescente puede sentir frustración, desesperación y rabia ante esta realidad.

En el adolescente los vínculos de amistad son trascendentales, pues parten de una adhesión por elección propia, libre. Hay un liderazgo que no obliga, sino que tanto el respaldo como la lealtad se dan por la coincidencia de ideales. Por eso la amistad puede tener una influencia directa en su tratamiento y recuperación, por lo anterior es importante considerar que el cuerpo médico tenga un elemento más para trabajar con el adolescente, a partir de una cercanía afectiva como lo es la amistad.

## EL ADULTO ANTE LA MUERTE

El desarrollo es un continuo que se da durante toda la vida. Si bien algunos teóricos sostienen que en la adultez hay etapas bien definidas del desarrollo, procesos que ocurren en la vida adulta, se distinguen de los de la niñez y adolescencia. Los cambios en el pensamiento del adulto, en su personalidad y en su comportamiento se deben menos a la edad cronológica o a cambios

biológicos específicos y más a factores personales, sociales y culturales. Los influjos sociales y las exigencias culturales en la juventud apoyan, amplían o alteran los patrones conductuales fincados en el periodo de la adolescencia.

Los sucesos y las transiciones normadas se observan en tiempos relativamente específicos y los comparte la mayoría de los miembros de algún rango de edad. Tales acontecimientos pocas veces se acompañan de un estrés agudo extremo pues se dispone de tiempo para planear, de apoyo social y de significado cultural para dar orientación. Dos ejemplos de estos acontecimientos son la búsqueda del primer empleo y el abandono del hogar paterno.

En cambio, los hechos y las transiciones idiosincrásicos pueden ocurrir en cualquier momento; por ejemplo, perder el empleo, la muerte repentina del cónyuge, contraer una enfermedad grave o algo positivo, ganarse la lotería. Como estos hechos no suelen anticiparse o compartirse con otros, producen gran estrés y exigen una reorganización radical de la vida personal y social del individuo.

La adultez es la fase más larga del ciclo vital. La adultez la podemos dividir en tres fases:

- ✓ Adulto joven 21 a 35 años
- ✓ Adulto medio 36 a 45 años
- ✓ Adulto maduro 46 a 60 años

Cuando el adulto joven se encuentra ante una enfermedad terminal, es probable que también se enfrente a la pérdida de todo su proyecto de vida.

#### PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE 25 A 34 AÑOS 2002

CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOMBRES	DEFUNCIÓNES	CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES	DEFUNCIÓNES
1. ACCIDENTES	4 899	1. TUMORES MALIGNOS	1 078
De trafico de vehículos	2 403	Del útero del cuello	199
2. AGRESIONES	2 394	Leucemias	162

3. ENFERMEDAD POR VIH	1 371	2. ACCIDENTES	833
4. ENFERMEDADES DEL HIGADO	1 236	De trafico de vehículos	489
Enfermedad alcohólica del hígado	864	3. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	518
5. TUMORES MALIGNOS	1 013	4. ENFERMEDADES DEL CORAZON*	365
Leucemias	229	Enfermedades isquémicas del corazón	142
Del testículo	112	5. AGRESIONES	273
6. LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE	863	6. ENFERMEDAD POR VIH	263
7. ENFERMEDADES DEL CORAZON*	733	7. DIABETES MELLITUS	260
Enfermedades isquémicas del corazón	432	8. ENFERMEDADES DEL HIGADO	219
8. DIABETES MELLITUS	370	Enfermedad alcohólica del hígado	88
9. SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	289	9. INSUFICIENCIA RENAL	218
10. INFLUENZA Y NEUMONIA	225	10. ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	177
* Se excluye paro cardiaco			
FUENTE: INEGI. Dirección General de Estadísticas Demográficas y Sociales.			

La adultez media se puede entender como una etapa de pérdidas: pérdidas físicas (corporales, motrices y sensoriales) y esto hace evidente el proceso de envejecimiento.

#### PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE 35 A 44 AÑOS 2002

CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOMBRES	DEFUNCIIONES	CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES	DEFUNCIIONES
1. ACCIDENTES	3 882	1. TUMORES MALIGNOS	2 720

De trafico de vehículos	1 756	a. De la mama	661
2. ENFERMEDADES DEL HIGADO	3 645	b. Del útero del cuello	655
Enfermedad alcohólica del hígado	2 346	2. ENFERMEDADES DEL CORAZON*	866
3. AGRESIONES	1 757	Enfermedades isquémicas del corazón	407
4. ENFERMEDADES DEL CORAZON*	1 647	3. DIABETES MELLITUS	839
Enfermedades isquémicas del corazón	1 161	4. ACCIDENTES De trafico de vehículos	677
5. TUMORES MALIGNOS	1 403	5. ENFERMEDADES DEL HIGADO	602
Leucemias	164	Enfermedad alcohólica del hígado	284
Del estomago	158	6. ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	412
De la traquea, de los bronquios y pulmón	117	7. EMBARAZO, PARTO Y	307
6. ENFERMEDAD POR VIH	1 199	8. INSUFICIENCIA RENAL	221
7. DIABETES MELLITUS	1 140	9. ENFERMEDAD POR VIH	190
8. SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	554	10. AGRESIONES	177
9. LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE	509		
10. ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	417		
* Se excluye paro cardiaco			
FUENTE: <b>INEGI.</b> Dirección General de Estadísticas Demográficas y Sociales.			

El adulto maduro, puede preguntarse sobre aspectos de la vida como el dolor, trabajo, muerte. Encontrar el sentido de la muerte para el adulto maduro, implica encontrar el sentido de la vida y por lo tanto el sentido de su vejez a su vez necesita un acercamiento más profundo con su espiritualidad y la definición de sus creencias.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE 45 A 64 AÑOS 2002

CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOMBRES	DEFUNCIÓNES	CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES	DEFUNCIÓNES
1. ENFERMEDADES DEL HIGADO	10 022	1. TUMORES MALIGNOS	10 516
Enfermedad alcohólica del hígado	5 805	De la mama	1 851
2. DIABETES MELLITUS	9 550	Del útero del cuello	1 844
3. ENFERMEDADES DEL CORAZON*	9 102	2. DIABETES MELLITUS	9 620
Enfermedades isquémicas del corazón	6 954	3. ENFERMEDADES DEL CORAZON*	5 615
4. TUMORES MALIGNOS	7 483	Enfermedades isquémicas del corazón	3 329
De la traquea, de los bronquios y pulmón	1 264	4. ENFERMEDADES DEL HIGADO	2 865
Del estomago	831	Enfermedad alcohólica del hígado	823
5. ACCIDENTES	5 238	5. ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	2 287
De trafico de vehículos	2 124	6. ACCIDENTES	1 243
6. ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	2 511	De trafico de vehículos	661
7. AGRESIONES	1 660	7. INSUFICIENCIA RENAL	901
8. SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL	1 518	8. ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	563
9. INSUFICIENCIA RENAL	1 071	9. INFLUENZA Y NEUMONIA	411
10. ENFERMEDAD POR VIH	738	10. BRONQUITIS CRONICA Y LA NO ESPECIFICADA, ENFISEMA Y ASMA	355

		Asma	195
* Se excluye paro cardiaco FUENTE: <b>INEGI</b> . Dirección General de Estadísticas Demográficas y Sociales.			

El adulto maduro en esta etapa presenta las siguientes crisis:

- ✓ El envejecimiento se hace evidente
- ✓ La fatiga y el cansancio son más evidentes
- ✓ Personas significativas empiezan a morir
- ✓ Disminución de facultades físicas y mentales

Si la evolución hacia la vejez es armoniosa, encontraremos a un anciano lleno de sabiduría, calmado, sereno y con sentido existencial

#### EL ANCIANO ANTE A MUERTE

A menudo se estereotipa a los ancianos. Las encuestas de opinión aplicadas a la población en general, y en las que también ellos participan, revelan imágenes positivas y negativas. Los estereotipos dificultan ver a los ancianos con objetividad y entender su diversidad. Estos estereotipos pueden incluso originar actitudes y políticas que desalientan la participación activa de los ancianos en el trabajo y en las actividades recreativas.

Algunos asilos se han ganado la fama de aprovecharse de los ancianos, de proporcionarles apenas los cuidados suficientes para que sobrevivan y poca razones para vivir y crecer. Si dejamos de lado las historias de abusos que se comenten en tales lugares, en los periódicos proliferan las terribles noticias sobre ancianas que son atracadas, robadas y hasta violadas por grupos de adolescentes malvados.

En términos generales, las personas de todas las edades suelen asignar estereotipos más negativos a los ancianos y más positivos a los jóvenes (Hurnmerf, 1995). Pero estas actitudes y estereotipos no son la regla. En varios estudios se ha comprobado que las actitudes hacia los ancianos son a menudo ambivalentes, si no es que contradictorias. Se les considera sabios y seniles, amables y

gruñones, interesados en la gente a la vez que inactivos y antisociales (Crockett y Hummert, 1987). Así, los estereotipos que acabamos de presentar, son un mosaico de hechos y de fantasía.

Algunos problemas guardan poca relación con el envejecimiento: el deterioro de la salud y la soledad no por fuerza forman parte del envejecimiento, como tampoco el acné y la torpeza social son características propias del adolescente. En la población mayor de 65 años encontramos corredores de maratón y ejecutivos, lo mismo que solitarios y desamparados. Los estereotipos negativos no sólo inculcan el temor a los viejos en los jóvenes, sino que además influyen poderosamente en los primeros. Los sondeos de opinión han demostrado que la mayor parte de los longevos tienen una opinión más positiva de su situación económica y social que el público en general. Sin embargo, a menudo creen contarse entre los pocos afortunados que han escapado a la desgracia de envejecer en su contexto social.

Los fumadores habituales a veces presentan problemas respiratorios en la senectud. Una anciana con problemas de espalda tal vez haya sufrido un desgarre cuando sostenía en brazos a sus hijos. Un varón de 65 años afectado de cardiopatía pudo haber mostrado los primeros síntomas durante una breve enfermedad a los 40 años. Así pues, no todos los cambios que acompañan a la edad forman parte del proceso de envejecimiento. A este proceso contribuyen el tipo de vida que hayamos llevado, los accidentes y enfermedades que hayamos tenido, condiciones y estilos de vida, todas estas conocidas como factores patológicos del envejecimiento (Elias, 1987).

A pesar de las publicaciones con respecto a los ancianos, en realidad son pocas las que hablan con referencia a la muerte, el enfrentamiento a la muerte del anciano, ya sea porque piensa en la suya propia o en la muerte de sus conocidos le recuerda que el tiempo se esta acabando.

El anciano vive y revive imaginariamente con sus recuerdos, en ocasiones para consolarse de lo que es ahora, y darle sentido a su vida presente.

También puede ocurrir que la miseria termine por eliminar el pasado, ante la muerte de los amigos, vecinos y familiares el anciano reacciona en algunos casos con tristeza, enojo (sobre todo si la muerte fue lenta y dolorosa) y miedo ante la posibilidad de que su muerte sea igual, la

muerte del otro se convierte en el punto de partida de fantasías referentes a sus posibles muertes.

La vejez la podríamos considerar como todas las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

En algunos casos la vejez conlleva a tres fenómenos:

- ✓ A sentirse solo o desolado
- ✓ Sufrimiento
- ✓ La cercana posibilidad de la muerte

“Pero no todo es malo, pensemos en lo ganado:

- ✓ Experiencia
- ✓ Presencia
- ✓ Libertad
- ✓ Intelectualidad
- ✓ Sensatez<sup>58</sup>

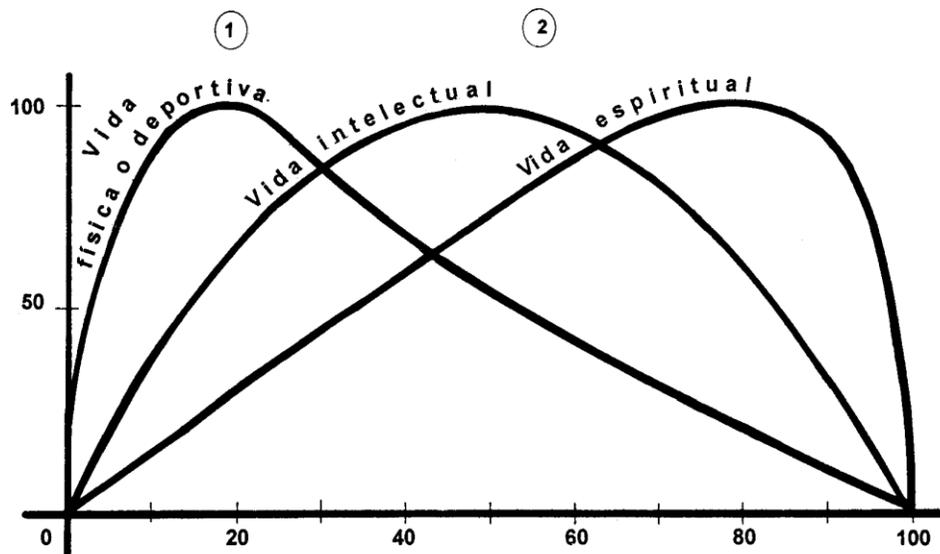
Como consecuencia del desgaste físico, que a través de los años experimenta una persona, las enfermedades empiezan a manifestarse con mayor fuerza en el anciano, incluso se considera que existen enfermedades propias de la vejez: artritis, reumatismo, osteoporosis, algunas fracturas como la del fémur, neumonía, etc.

Antonio Oriol y Patricia Espinosa (2000) dividen a la vida en tres etapas:

- ✓ Primera etapa o de la vida deportiva
- ✓ Segunda etapa o de la vida intelectual
- ✓ Tercera etapa o de la vida espiritual

---

<sup>58</sup> Bucay, J. Op. cit. P. 189.



La primera es la que tiene su punto máximo alrededor de los 25 años, se refiere a la condición física. La segunda etapa se refiere a la actividad mental, y el desarrollo de esta área depende de la actividad mental que se tenga, se puede decir que quien llega a los 60 años sin incidentes se halla en la juventud intelectual.

La tercera etapa de la vida es a favor de la espiritualidad, su máxima expresión se da en la vida íntima.

El tiempo de estas edades depende de cada quien

A continuación se grafica las tres edades.

Años de edad

Gráfica de las llamadas “tres edades” (deportiva, intelectual y espiritual).

“La vejez no depende de la suma de una cantidad de años, sino de la calidad de vida que hayamos tenido a nivel biopsicosocial como seres integrales que somos”.<sup>59</sup>

<sup>59</sup> Bucay, J. Op. cit. P. 195

De cada uno de nosotros depende crear una cultura para mejorar el envejecimiento, ya que nosotros también estamos envejeciendo.

#### PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE 65 AÑOS Y MAS

CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOMBRES	DEFUNCIIONES	CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES	DEFUNCIIONES
1. ENFERMEDADES DEL CORAZON*	25 788	1. ENFERMEDADES DEL CORAZON*	28 917
Enfermedades isquémicas del corazón	18 028	Enfermedades isquémicas del corazón	17 717
2. TUMORES MALIGNOS	16 919	2. DIABETES MELLITUS	18 784
De la prostata	3 731	3. TUMORES MALIGNOS	14 439
De la traquea, de los bronquios y pulmón	3 098	Del cuello de útero	1 601
3. DIABETES MELLITUS	13 964	Del hígado	1 457
4. ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	8 986	Del estomago	1 397
5. ENFERMEDADES DEL HIGADO	6 009	4. ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	11 072
Enfermedad alcohólica del hígado	2 733	5. ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	4 662
6. ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	5 894	6. DESNUTRICION Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	3 524
7. ACCIDENTES	4 126	7. INFLUENZA Y NEUMONIA	3 354
De trafico de vehículos	1 268	8. ENFERMEDADES DEL HIGADO	3 254
8. BRONQUITIS CRONICA Y LA NO ESPECIFICADA,	3 144	Enfermedad alcohólica del hígado	513

ENFISEMA Y ASMA		9. ACCIDENTES	2 541
Asma	655	De trafico de vehículos	539
9. INFLUENZA Y	3 141	Caidas	293
NEUMONIA		10. INSUFICIENCIA RENAL	2 519
10. DESNUTRICION Y	2 867		
OTRAS DEFICIENCIAS			
NUTRICIONALES			
* Se excluye paro cardiaco			
FUENTE: <b>INEGI</b> . Dirección General de Estadísticas Demográficas y Sociales.			

## EL DUELO EN EL ANCIANO

El sistema familiar se ve afectado por el aumento de población anciana en duelo, en la actualidad la cantidad de vida que experimenta una persona es cada vez mayor, como consecuencia son cada vez más los ancianos que viven la pérdida del cónyuge, algunas de las características del duelo de los ancianos son las siguientes:

- ✓ Interdependencia: los viudos (as) ancianos (as) por lo regular han estado casados durante mucho tiempo, creando profundos lazos de apego y roles familiares bien determinados, el matrimonio genera interdependencia, sin embargo, a su vez crea dependencia. Si las personas en duelo eran dependientes de sus parejas en ciertos roles o actividades, lo más probable es que conduzca a un ajuste difícil después de la pérdida.
- ✓ Múltiples pérdidas: con la edad y con el tiempo el número de muertes de amigos, conocidos y miembros de la familia se incrementa. Esta situación cada vez mayor de pérdidas puede hacer que la persona no tenga tiempo para elaborar sus duelos que a su vez se pueden añadir a otras pérdidas como la del trabajo por jubilación, discapacidades físicas, funcionamiento cerebral, etc.
- ✓ Posibilidad de la propia muerte: vivir la pérdida de personas de su generación, pareja, amigos o hermanos puede incrementar la posibilidad de la propia muerte, la cual puede producir depresión o ansiedad.
- ✓ Aislamiento: algunos ancianos viven sus duelos solos, es probable que los ancianos permanezcan en la casa en la vivían cuando murió su cónyuge. Vivir solo puede crear

sentimientos de aislamiento que se incrementan por el ambiente físico que es el mismo que compartían cuando su cónyuge estaba vivo.

- ✓ Adaptación de roles: para los ancianos la muerte de la esposa y el efecto que tiene esto sobre su vida diaria, en algunos casos es más caótico que para las mujeres.
- ✓ Grupos de apoyo: pueden ser una red de apoyo social, ofrecen contacto humano importante para aquellos que están experimentando altos niveles de soledad.
- ✓ Desarrollo de habilidades: la intención en este punto es que los ancianos no sean demasiado dependientes de sus familias, es importante seguirlos tomando en cuenta, buscar las nuevas alternativas de desarrollo y que con las cuales el este de acuerdo.

Dentro de este capítulo hemos tenido la oportunidad de encontrarnos con la visión de la muerte que el ser humano ha tenido a partir desde distintos crisoles, como lo son la ciencia, la historia, la religión y la filosofía, también el desarrollo del ser humano dependiendo su edad, y sobre todo las distintas enfermedades y causas de muerte que va cursando de acuerdo a su etapa de desarrollo, incluso por género.

## **CAPITULO CINCO**

### **SUICIDIO Y EUTANASIA**

*"La vida es tan corta y  
el oficio de vivir tan difícil,  
que cuando uno empieza a aprenderlo,  
ya hay que morirse".  
Ernesto Sábato.*

*"La resignación es un suicidio cotidiano".  
Balzac.*

A lo largo de este capítulo tendremos la oportunidad de revisar algunas de las distintas definiciones que en torno al suicidio se han ido planteando a través del tiempo, así mismo los distintos tipos y teorías explicativas que en torno al suicidio se han expuesto y principalmente nuestra propuesta que en torno al suicidio tendremos la oportunidad de exponer. Hablaremos de los factores de riesgo suicida, también de los grupos de alto riesgo.

Sin dejar de lado a la familia, y al ser humano como tal, frente a la muerte consideraremos las distintas etapas del desarrollo del ser humano ante el suicidio y englobando todo dentro de un proceso tanatológico.

La eutanasia, un tema de debate, también se abordará en este capítulo considerando sus definiciones, tipos y otros términos como Distanasia, Ortotanasia y Eutanasia y finalmente un debate sobre la eutanasia y sus implicaciones.

La conducta suicida ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, siendo quizá una de las expresiones más claras del sufrimiento, la desesperación e impotencia del ser humano.

Las palabras "suicidio" y "suicida" se usan en la vida diaria para referirse a una conducta voluntaria, que tiene como objetivo ocasionar la propia muerte a corto plazo. Sin embargo, se ha

destacado que estas conductas podrían no estar siempre motivadas por un deseo de morir, ni siquiera de hacerse daño, sino que, con frecuencia, serían una forma de expresar o comunicar sentimientos tales como la desesperación, el desamparo, la frustración y la ira (Villardón, 1993).

Para Santo Tomas el suicidio es un acto contra la naturaleza, y contraviene el amor natural que cada uno siente por sí mismo, así como el impulso de conservación, por su parte Aristóteles menciona que el suicidio es un acto contra la sociedad, la comunidad, o el estado, pues se le priva de uno de sus miembros y de los posibles beneficios que puedan rendirse. Pero es también, y sobre todo, un acto contra Dios que ha dado la vida al hombre.

En términos latinos *SUI* (sí mismo) y *CADERE* (matar), siendo definido como conducta intencional que lleva al individuo a actos dirigidos a quitarse la vida, o a la omisión de actividades necesarias para preservarla.

Shneidman expone algunas de las dificultades que giran en torno al calificativo suicida. La primera es al hecho de que suicida se aplica a diferentes categorías de conducta; se llama “suicida” a la persona que ha cometido, intentado y pensado en el suicidio. La segunda confusión con la que nos encontramos al calificar a alguien como “suicida” esta relacionada con el aspecto temporal; se habla de “suicida” tanto para referirse a la persona que intento en el pasado un acto suicida como para definir a la persona que en el momento presente comete un acto de suicidio. La tercera fuente de confusión se relaciona con la idea de propósito; la intención es un factor clave a tener en cuenta para definir un acto como “suicida” y define el suicidio como la acción de matarse voluntariamente a sí mismo.

Dentro de la investigación realizada por el psicólogo Luís E. Juárez encontró la siguiente información.

Los métodos utilizados para el suicidio varían según los países, culturas, épocas y características demográficas, tales como la raza, el sexo, la edad y el medio rural o urbano. La elección del método también está influida por la accesibilidad, la oportunidad y la aceptación sociocultural. Para el suicidio consumado se utilizan con mayor frecuencia métodos tradicionalmente violentos,

de mayor letalidad, y la intoxicación medicamentosa, con uno o más fármacos, a veces asociados al alcohol, es más usual en las tentativas. La tendencia a utilizar métodos de suicidio menos violentos, más fáciles de neutralizar por la intervención médica, tiene un significado individual y cultural, y éste viene determinado, según Dublín (1963), preferentemente por tres aspectos: la accesibilidad, la imitación y los aspectos simbólicos y psicológicos del suicida (citado por Seiden y Spence, 1982). Referente a la edad y al sexo, los métodos más utilizados por los hombres son de tipo activo, violento y más infalibles, y los más pasivos son los usados preferentemente por las mujeres. A más edad, los métodos son más tradicionales.

Continuando con la investigación de Juárez menciona algunos puntos referentes a las notas de despedida.

La primera referencia de una nota de despedida suicida aparece en la historia de Egipto (S. III a.c.), escrita por un consejero a su faraón (citado por Hankoff y Einsidler, 1979). Brierre de Boismont (1856), estudió el contenido de 1328 cartas de suicidio y las valoró como un documento personal válido, por ser su última comunicación y representar un acceso directo al suicida. A partir del análisis de sus contenidos, las clasificó en tres apartados. Las notas que contenían buenos sentimientos (honor, religión, amistad, arrepentimiento), las que expresaban malos sentimientos (venganza, reproches, falsedad), y las que comunicaban sentimientos mixtos. En todas ellas las pasiones eran las causas determinantes del suicidio. Estos mensajes fueron escritos en la primera mitad del siglo XIX, en una época de elevado índice de analfabetismo y, por una parte, llama la atención su alto porcentaje (un 28,8% de los 4.596 suicidios consumados) y, por otra, la necesidad de transmitir algo antes de morir.

El estudio formal de las notas de suicidio se desarrolló a mediados de la década de 1950 (Shneidman y Farberow, 1957). Pero la importancia e interés de las notas de despedida ha sido y es muy controvertida, ya que pueden ser objeto de gran variedad de interpretaciones. En general, los estudios sobre las notas de despedida se centraron hacia el estudio de los estados emocionales, el análisis de los motivos, los niveles del deseo de la muerte, las características del lenguaje, la lógica de los estilos, las relaciones con las personas significativas, las palabras más comunes, etc.

Shneidman (1976) revisó la literatura sobre las notas de despedida de suicidio, e indicó que era posible distinguir las notas escritas por suicidas de las simuladas.

En general, las cartas de los suicidas se caracterizan por expresar mayor hostilidad y autorreproches, por utilizar nombres concretos y dejar más instrucciones a los supervivientes, por usar con más frecuencia los distintos significados de la palabra amor, etc. Las variables sociales: edad, sexo, estado civil y estatus socioeconómico de los suicidas que habían dejado una nota de despedida eran semejantes a las que los que no la escribieron.

La razón o el porqué han sido escritas las notas suicidas es compleja y no hay ninguna evidencia de que estos mensajes sean más fidedignos que otro tipo de comunicaciones, como, por ejemplo, los avisos verbales previos a la tentativa, que se producen en un 32 a un 70% de los casos. Como medio o intento de comunicación, es un aspecto válido a estudiar.

Raquin y Péchin (1984) señalaron que antes de morir se siente la tentación de escribir una nota para explicar los motivos o para pedir perdón. La nota podía ser una frase sin, firma o varias cartas dirigidas a distintas personas. Las palabras más utilizadas eran adiós y perdón, y la acusación también podía estar presente.

En principio se creyó que el estudio del contenido de las notas de despedida podía aportar datos de gran interés sobre el 'suicida, pero más tarde se desestimó su importancia y se las describió como superficiales y banales.

Con respecto a la personalidad y vulnerabilidad del suicida Juárez comenta:

La personalidad suicida manifiesta una alta fragilidad-vulnerabilidad que lo conduce a un comportamiento voluntario auto-destructivo. Vulnerabilidad significa, desde una perspectiva criminológica, no poder percibir el peligro de la agresión y de la autoagresión, no tener posibilidades de reaccionar y de protegerse (Marchiori, 1990).

Es una personalidad fragmentada, dividida, silenciada, que realiza el comportamiento intencional autodestructivo en un medio familiar y social-cultural, que por múltiples factores y circunstancias, no puede impedirlo.

La vulnerabilidad representa un proceso que produce un estado de indefensión, de extrema angustia existencial que lleva a la determinación del suicidio. La vulnerabilidad individual, personal-física y psíquica se integra a una vulnerabilidad social donde las redes de protección familiar y social no pudieron percibir la intencionalidad del comportamiento suicida.

Es evidente que existen grados de mayor vulnerabilidad individual, familiar y social, pero la extrema complejidad de los comportamientos suicidas no permiten, en numerosos casos, comprender, el peligro de muerte.

La vulnerabilidad que presenta un niño o un adolescente, un anciano, es distinta de la vulnerabilidad de un adulto. La situación de vulnerabilidad impide que el individuo pueda superar la grave problemática en la que se encuentra y no pueda advertir su real y auténtico estado de indefensión individual y social y que no responda con otros comportamientos, que no sean las ideas y conductas de muerte.

Para la psicoterapia gestalt el suicidio es la muerte del Yo cometido por el no Yo.

La persona debe tener deseos de morir y de ser matado. En la mayoría de los suicidas existe una fascinación temporal o permanente por la muerte.

## TIPOS DE SUICIDIO

- ✓ Suicidios predecibles: son aquellos casos en que el suicida solicita ayuda para superar su vivencia de indefensión, y los factores predisponentes al acto suicida, en algunos casos están determinados por acontecimientos altamente estresantes y que una vez que son canalizados al servicio de apoyo psicosocial se obtienen respuestas a corto plazo favorables, es conveniente no dejar la intervención tan solo en la atención al factor

estresante, sino, apoyar al paciente en la forma de percibir los conflictos y facilitarle el proceso de incremento de recursos en el afrontamiento de situaciones críticas.

- ✓ Suicidios impredecibles: son complicados y prácticamente imposible de detectar en términos psiquiátricos, al no ser esperados, aunque existan situaciones críticas, impiden la acción preventiva. Cuando el proceso de decisión del suicidio se realiza en periodos de tiempo largos, la posibilidad de idea de morir se refuerza, y como consecuencia es difícil predecir que la persona vaya a intentar el acto suicida.

Otra clasificación considera lo siguiente:

- ✓ Suicidio individual: es aquel acto en el cual una persona atenta contra su propia vida sin que exista la participación de otra persona.
- ✓ Suicidio colectivo: en el participan dos o más personas, incluye multitudes. Regularmente están asociados a motivos políticos y/o religiosos, aunque también se han considerado los suicidios de algunas personas que, a veces, después de un acuerdo muto, se plantean el suicidio por motivos tales como: situaciones amorosas, sentimientos colectivos de invalidez, desolación o actos heroicos.

Continuando con las clasificaciones:

- ✓ Suicidio asistido: es aquel en donde una segunda o tercera persona facilita los elementos y el proceso necesario para que la persona realice el acto suicida, por lo regular se da en los enfermos terminales cuando ya no les es posible, por su incapacidad, acercar los medios para su realización, de igual manera sucede con enfermos crónicos en el caso de los parapléjicos que solicitan el apoyo a otra persona.
- ✓ Suicidio no asistido: en este tipo de suicidio la persona que va a realizar el acto suicida cuenta con los recursos necesarios y los ocupa para cumplir su cometido.

TEORIAS EXPLICATIVAS DEL SUICIDIO

- ✓ Teoría de Kelly: Teoría de los constructos personales. Todos los sujetos tienen una peculiar forma de adaptarse al ambiente, en función de las categorías cognitivas concretas que poseen, y que sirven de parámetros para procesar sus experiencias. La idea de realidad no se explica por sí misma siendo el propio sujeto quien atribuye un significado y da un sentido a su existencia en función de su experiencia, por lo que cada hecho es interpretado desde la singularidad de cada pensamiento. En resumen, trata de confrontar el pensamiento con la realidad. En consecuencia, el suicida es aquel cuyo sistema de construcción de la realidad está distorsionado por defecto o por exceso, y le provoca o bien abatimiento o bien aburrimiento.

Kelly basa su teoría en la idea de que la realidad es independiente a la interpretación que cada persona realice de ella, siendo la interpretación la que provoca la conducta en el individuo, por lo tanto la realidad no se explica por sí misma y la explicación recae en quien le da un significado y un sentido a su existencia de acuerdo a su experiencia. En el caso del suicidio es la persona la que interpreta, de acuerdo a su vivencia y experiencia, lo crítico que es, para él, la realidad.

- ✓ Teoría de Rotter: Teoría de la internalidad /externalidad. La experiencia continua de ineficacia en el curso de la propia vida puede llevar al sujeto a un estancamiento y absorción de las propias limitaciones impuestas por el ambiente (tanto en su dimensión física, como humana y social) rompiéndose el vínculo entre ambos por agotamiento, reedificación de los significados, o simple inconformismo con el estatus y rol socialmente impuesto.

Rotter, sobre el suicidio no tiene una teoría concreta, sin embargo, los procesos psicológicos dependientes de cada una de las experiencias de las personas contribuyen a su explicación. Su aportación al tema del suicidio está en su tesis de que la experiencia continuada de ineficacia en el curso de la vida lleva a la persona a un estancamiento y a considerar que el mundo es altamente agresivo para él, al no poder realizar sus propias expectativas y visualizarse como una persona incapaz de controlar su vida y los acontecimientos que le rodean.

- ✓ Teoría de Seligman: Teoría de indefensión aprendida. Se fundamenta en la idea de que la percepción continuada por parte de un sujeto de no correlación entre los objetos esperados de sus actos y los resultados de los mismos pueden provocar en la persona un sentimiento de impotencia e incapacidad de control. Esta experiencia de incontrolabilidad puede suscitarle un sentimiento de indefensión que se traduce en la limitación y/o bloqueo en mayor o menor grado.

En esta teoría se muestra una relación de la persona con el medio ambiente social, y con su propio desarrollo como ser social, relación que no lleva a la persona a su integración, sino a su desintegración, va provocando el lento desligamiento entre la persona y la sociedad, e incluso entre la persona y su desarrollo como entidad individual y social, lo que lo lleva a la apatía y a la desmotivación.

- ✓ Teoría de Beck: Terapia racional emotiva. Tiene su origen en la idea de que los hombres, en función de sus experiencias, crean unas categorías mentales a partir de las cuales perciben, estructuran e interpretan la realidad, y desde ellas orientan la conducta; es decir, el sujeto realiza conductas concretas en función de percepciones determinadas de la realidad, Beck estudia el suicidio dentro del contexto de la depresión y esta se produciría al sufrir distorsiones en el procesamiento de la información, distorsiones que influyen en el posterior tratamiento que lleva a la conducta.

Comentando la teoría de Beck, hay ocasiones en que existe una gran diferencia entre las expectativas que se forma cada persona acerca de lo que puede lograr o no puede lograr y de lo que en realidad consigue, el resultado de esta discrepancia produce que la persona experimente una gran disminución en su autoestima y una forma negativa de ver el mundo y de verse a sí mismo de cara al futuro.

- ✓ Teorías psicoanalíticas: propone el suicidio como un proceso cuyo origen estaría en el deseo de matar a otro, principalmente a un ser amado y previamente introyectado, esto provocaría un sentimiento de culpabilidad matándose a sí mismo. Básicamente, el suicidio sería el resultado de la oposición de los impulsos de vida y muerte, que

prevaleciendo el segundo, y estando el sujeto imposibilitado para orientar hacia otro tal impulso destructivo por la acción de los mecanismos de defensa (proyección, sublimación e introyección), pues estos en funcionamiento por la acción del ego y del superego lo dirige hacia sí mismo. Otra perspectiva psicoanalítica retoma la cuestión de la energía psíquica para explicar el suicidio en términos de sobrecarga, el sujeto sufre un exceso de energía psíquica ante la cual se ve incapaz de actuar siendo el suicidio una estrategia de escape a la misma.

Concluyendo, en el psicoanálisis, el suicidio se produce ante un desequilibrio entre las tendencias destructivas y constructivas de la persona, de lo anterior surgirá el deseo de matar al mismo tiempo del deseo de ser matado, ambos erotizados, que provocarían que la agresividad se dirigiese hacia el Yo de la persona, a lo anterior habría que sumarle el deseo de morir de manera consciente o inconsciente.

Las tendencias destructivas provienen de una reacción que se inicia con la frustración, y que se manifiesta mediante la hostilidad, así mismo se presentan en eventos como la culpabilidad, el deseo de ser castigado y otros mecanismos de defensa, estas tendencias aunadas a elementos tales como el aislamiento, la agresión, etc. facilitan la posibilidad de la conducta suicida.

- ✓ La perspectiva sociológica: Esta teoría sociológica parte de la idea de que es la sociedad como marco, instrumento y modelo de desarrollo de los sujetos, quien directa o indirectamente orientan a los mismos hacia el suicidio, por cuanto no es capaz de vincular a los sujetos a la vida a través de ella, el suicidio es ante todo, un fenómeno social, y como tal sólo explicable en función de variables sociales. Es la estructura de la sociedad la que determina en función de sus características el que los individuos sean más o menos susceptibles al suicidio.

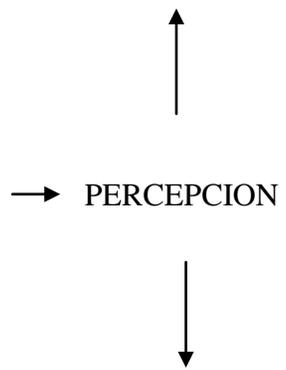
En resumen, la interpretación sociológica del suicidio menciona que cada sociedad posee una inclinación concreta hacía el suicidio, en función de sus estructuras, sus circunstancias y sus características, lo que crea un estado de ánimo y una mentalidad colectiva, que una vez que es

internalizado por los individuos les marca un grado de predisposición al suicidio, esta predisposición no es otra que una predisposición social a matarse a sí mismo.

## PROPUESTA DE TEORIA DE LA PERCEPCION DEL SUICIDIO POLO-SCOTT

A  
C  
O  
N  
T  
E  
C  
I  
M  
I  
E  
N  
T  
E  
S  
O  
U  
I  
D  
E  
S  
E  
I  
N  
O  
C  
A  
D  
E  
N  
A  
N  
T  
E

VIDA LLENA  
DE  
FRUSTRACIONES  
Y DE SIN  
SENTIDO



EVENTO  
ALTAMENTE  
ESTRESANTE  
(EL INDIVIDUO  
NO ENCUENTRA  
SALIDA  
ALGUNA)

MECANISMOS  
DE  
DEFENSA  
DEL YO  
INEFICIENTES

B  
A  
J  
O  
N  
I  
V  
E  
L  
F  
R  
E  
S  
T  
R  
O  
A  
N  
C  
I  
A  
L  
A

APARICION  
DE  
IDEAS  
SUICIDAS

D  
E  
F  
E  
N  
S  
A  
C  
I  
D  
D  
P  
A  
E  
S  
D  
C  
I  
U  
C  
D  
A  
O  
E  
D  
L  
O  
R  
G  
E  
I  
S  
C  
P  
A  
U  
S  
E  
S  
T  
I  
A  
N

APARICION  
DE  
CONDUCTAS  
SUICIDAS

C  
O  
M  
P  
O  
R  
T  
A  
M  
I  
E  
N  
T  
O  
S  
I  
C  
O  
F  
I  
S  
I  
O  
L  
O  
G  
I  
C  
O

---

ACTO  
SUICIDA

El esquema anterior muestra, desde mi punto de vista, la secuencia que sigue una persona para llegar al acto suicida. Inicia con la aparición de un acontecimiento que desencadena una serie de eventos, producto de la forma en que la persona percibe dicho acontecimiento. La percepción se puede presentar de dos formas; en la primera, la persona que en el transcurso de su vida acumula constantemente frustraciones, fracasos y emociones displacenteras, y su vida llega a carecer de sentido, encuentra en el suicidio una ganancia secundaria mayor a la de estar vivo, ¿en que momento se determina que es mejor morir?, la respuesta, regularmente esta en función de la acumulación de las frustraciones y del acontecimiento desencadenante del suicidio, que si se observa desde fuera pudiese ser no tan impactante, pero para la persona es la gota que derrama el vaso; en la segunda, los acontecimientos desencadenantes contienen una enorme carga emocional o representan grandes pérdidas para la persona, que resultan difíciles de manejar y como consecuencia la muerte es un mal menor a la de estar vivo. Por ejemplo: la persona que se entera que su familia murió en un accidente automovilístico o la madre que se entera que su hijo o hijos murieron.

Continuando con el esquema, los mecanismos de defensa del Yo actúan de manera ineficiente, para aclarar lo que es un mecanismo de defensa del Yo tenemos que: el Yo es una parte central de la personalidad, el hombre desea seguir siendo feliz, aunque comprende que algunas situaciones de su vida real pueden dificultarle el ser feliz, para poder enfrentar las dificultades de su vida diaria, que no toman en cuenta a su Yo, el hombre aprende a defender su Yo en contra del mundo externo, incluso en algunos casos hasta en contra de sí mismo. Esta defensa es mecánica, en virtud de que las situaciones de la vida requieren una adaptación de tipo automática. La característica principal de los mecanismos de defensa del Yo es que no entra en estado consciente del razonamiento, sino que actúa la parte no consciente de la persona, es por eso que la personalidad no se da cuenta que esta defendiendo a su Yo. Es en el pasado donde aprende esas técnicas defensivas. Otra característica principal de los mecanismos de defensa del Yo es que pueden distorsionar la realidad, y a veces negarla con el objetivo de mantener la felicidad, incluso la persona se miente a sí misma para protegerse de la infelicidad.

Retomado el esquema, en ambos casos los mecanismos de defensa del Yo resultan ser ineficientes y no protegen al organismo, por lo cual, la percepción del acontecimiento

desencadenante del suicidio impacta directa y contundentemente a la persona, cuando hablamos de los mecanismos de defensa del Yo nos estamos refiriendo a: desensibilización, incredulidad, parálisis, proyección, enojo, fijación, principalmente.

Una vez que los mecanismos de defensa del Yo no actuaron de manera eficiente, el organismo recibe sus efectos por medio de la baja tolerancia a la frustración, lo que indica que se encuentra desprotegido. Las emociones displacenteras, incluso las pseudoemociones, impiden que la persona regrese al estado de equilibrio y de felicidad. La aparición de ideas suicidas se inician, y en la medida en que el organismo se encuentra en un estado permanente de dolor y sufrimiento, la posibilidad de que se incrementen estas ideas es más alta, y puede ocurrir que pasen de ideas suicidas sin un plan previo de cometer el suicidio a ideas suicidas con un plan específico de cometer un acto suicida.

Para el siguiente punto del esquema el organismo busca protegerse por medio de las defensas psicológicas, su gran diferencia con los mecanismos de defensa del Yo es que estas actúan de manera consciente, y la persona sabe que sino hace algo para evitar el dolor y sufrimiento el desenlace puede ser la muerte, sin embargo, si las defensas psicológicas se presentan sin la capacidad de respuesta adecuada aparecen conductas que tienden al suicidio.

El organismo manifiesta reacciones psicofisiológicas que evidencian la situación de la persona, por desgracia, la mayor parte de las personas que los rodean no las reconocen, y en algunos casos las consideran formas de manipular y chantajear. No es que las reacciones psicofisiológicas no sean claras, sino que necesitan la intervención de un especialista para que con un diagnóstico oportuno se puedan tratar.

En el caso de que la detección o el apoyo no sean oportunos, la posibilidad de que se presente el acto suicida y como consecuencia la muerte es mayor.

La propuesta anterior no tiene la intención de explicar todos los actos suicidas, sino, los que son cometidos por personas suicidas, dejando fuera a todas aquellas personas que como forma de

manipulación y chantaje cometen un acto suicida, aunque en varias ocasiones lleguen a consumar el acto de muerte contra sí mismos.

## FACTORES DE RIESGO SUICIDA

Actualmente no es posible determinar con precisión cuáles son las causas que provocan los actos suicidas, aunque existe una serie de factores predisponentes que pueden desencadenar un acto suicida. Los factores de riesgo son un concepto que relaciona determinadas variables de la persona y del ambiente con la posible aparición de un trastorno. Si esta relación es significativa, estamos en presencia de un factor de riesgo.

## FACTORES DE RIESGO SUICIDA PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

- ✓ Edad: Se considera que a mayor edad más es el riesgo de consumar el suicidio.
- ✓ Sexo: En Occidente, en todas las edades es más frecuente el suicidio consumado en el hombre, aunque en las mujeres ha aumentado la tasa de mortalidad por suicidio, siguiéndole siendo menor.
- ✓ Raza: La población blanca es la que presenta mayor riesgo en todos los actos suicidas.
- ✓ Estado civil: Las mujeres como los hombres con respecto al estado civil juegan un papel importante en el suicidio, en el caso de personas con pareja, factores como las etapas de desarrollo de cada uno de los miembros de la pareja, tiempo de unión, etc., el mayor riesgo se presenta entre viudas sin hijos.
- ✓ Situación laboral: Actualmente, la valoración de la situación laboral como factor de riesgo es contradictoria. La relación acto suicida y desempleo es más representativa si se asocia con el tiempo de desempleo, a mayor tiempo, mayor riesgo.
- ✓ Profesión: Poco se ha estudiado con respecto a la profesión, de los estudios que se tienen a la mano se encuentran la de los médicos, parece que los factores que predisponen a los médicos al acto suicida están relacionados con el acceso y dependencia a sustancias, o a las tensiones derivadas de la profesión y/o a los conflictos a nivel personal y social.
- ✓ Aislamiento social: No se considera significativo que el aislamiento sea consecuencia de la acción individual (emigración), o este provocado por factores externos (muerte o

abandone de la pareja o de una familia). Pero es un factor de riesgo importante, sobre todo en las personas mayores y los enfermos.

- ✓ Industrialización: Se considera que los países más industrializados tiene mayores tasas de riesgo de suicidio que los países menos industrializados, aunque se carece de investigaciones serias en los países del tercer mundo con respecto al suicidio.
- ✓ Clase social: La relación entre el nivel socioeconómico y morbilidad y mortalidad por suicidio se ha realizado en estudios diversos, pero los resultados obtenidos son dispares

## FACTORES BIOLÓGICOS

- ✓ Factores genéticos: en un estudio sobre cuarenta y seis pacientes psiquiátricos con antecedentes familiares de suicidio, aportan datos que sugieren que la predisposición familiar a manifestar conductas suicidas esta relacionada con los trastornos afectivos.
- ✓ Factores bioquímicos: A nivel del sistema nervioso central, en los estudios post mortem, se ha confirmado la hipoactividad serotoninérgica. En relación a la depresión y el suicidio se han obtenido con poblaciones suicidas resultados neuroquímicos similares a los observados en la depresión, confirmando la relación entre ambos.

Alrededor del concepto de suicidio existen una serie de mitos o conceptos erróneos que son alimentados por la cultura y la sociedad y que en ocasiones obstaculizan el conocimiento científico con respecto al suicidio.

- ✓ Las personas que cometen suicidio dejan notas.
- ✓ La persona que comete suicidio es una enferma mental.
- ✓ La persona que habla sobre el suicidio lo hace para llamar la atención.
- ✓ La persona que realmente comete suicidio no habla de ello.
- ✓ Cuando alguien ha decidido suicidarse no hay nada que hacer.
- ✓ Una persona que ha intentado suicidarse una vez, será suicida para siempre.
- ✓ Si una persona sobrevive a un intento de suicidio, no lo volverá a intentar.
- ✓ Después de una crisis de suicidio el riesgo de que vuelva a presentarse un suicidio no existe.

- ✓ El suicidio es hereditario.
- ✓ El método de suicidio más común es por sobredosis.
- ✓ Las personas se suicidan de noche regularmente.
- ✓ Los niños menores de quince años no se suicidan.
- ✓ Todos los suicidas están deprimidos.
- ✓ Los suicidas no buscan la ayuda psicológica ni médica.
- ✓ Los pacientes con enfermedad terminal son más propensos a cometer suicidio.
- ✓ Hablar con una persona deprimida sobre suicidio puede empujarla al suicidio.
- ✓ Los pacientes que están acudiendo al psiquiatra o al psicólogo rara vez se suicidan.
- ✓ Los riesgos de suicidio es algo que solo incumbe a los profesionales de la salud.

De lo anterior se resalta la importancia de incrementar las investigaciones relacionadas con el suicidio y dar a conocer los resultados de forma amplia, por lo general los mitos y los conceptos erróneos nacen y toman fuerza de la ignorancia y la distorsión de la realidad. Además de divulgar y dar a conocer la información proveniente de investigaciones científicas que a la fecha existen eliminando las etiquetas que la simple palabra suicidio provoca en la sociedad.

## GRUPOS DE RIESGO SUICIDA

Se está de acuerdo en que existen en los antecedentes de una o varias tentativas de suicidio un elevado riesgo de repetición y por lo tanto de un mayor riesgo de suicidio consumado. No sólo la tentativa es un factor predictivo de suicidio importante, sino que las personas que la realizan pertenecen a un grupo de riesgo elevado de suicidio, sin embargo, es importante introducirnos dentro de un estudio que nos permita considerar no sólo el grupo que mencionamos anteriormente, sino también otros que por su trascendencia es relevante resaltar.

## ENFERMOS PSIQUICOS, TRASTORNOS MENTALES Y ACTOS SUICIDAS

Las enfermedades mentales pertenecen al factor de riesgo más significativo de suicidio y los pacientes psiquiátricos pertenecen al grupo de riesgo elevado en relación a la mortalidad y a la morbilidad por suicidio. El riesgo de suicidio en especial es elevado en los pacientes con

diagnóstico de depresión, esquizofrenia y alcoholismo, sin perder de vista que el suicidio puede ocurrir en la mayoría de los pacientes psiquiátricos.

- ✓ Trastorno depresivo: La opinión clínica durante años, ha sido que el riesgo de suicidio es frecuente en todos los tipos de depresiones, existe una estrecha relación entre trastornos depresivos y actos suicidas, es importante resaltar que depresión no es igual a suicidio y que suicidio no es igual a depresión. Los estados depresivos pueden conducir a la idea o al acto suicida, sin embargo no todo suicidio es resultado de una depresión, o sea que el suicidio es una idea y/o un acto; mientras la depresión es un trastorno del estado de ánimo. Cabe mencionar que los criterios para el diagnóstico, según el DSM IV fueron abordados en un apartado del capítulo tres.
- ✓ Trastorno esquizofrénico: Hasta los años 70's, los pacientes esquizofrénicos pertenecían a un grupo de riesgo suicida que no se había valorado adecuadamente. En estudios posteriores quedó demostrado que alrededor del 10% de pacientes diagnosticados de esquizofrenia moría por suicidio. El riesgo de mortalidad suicida en los esquizofrénicos es 20-70 veces superior al de la población en general.

La esquizofrenia es un trastorno mental del tipo de las psicosis sin alteración anatómica conocida, en cuya etiología destacan factores genéticos, psicógenos y socioculturales. Se caracteriza por disociación psíquica, despersonalización, alteración del curso del pensamiento, autismo, alteraciones psicomotoras, catatonía, alucinaciones y delirios.

Los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia según el DSM IV, son:

- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Lenguaje desorganizado (ejemplo: descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- Síntomas negativos (ejemplo: aplanamiento afectivo, abulia o alojía).
- Disfunción laboral.

- ✓ Trastorno límite de la personalidad: En ocasiones se interpreta el acto suicida como una manipulación dado que las estructuras básicas de personalidad presentan rasgos de inmadures, inestabilidad, impulsividad, disforia y escasa o nula tolerancia a la frustración. La tasa de suicidio consumado entre estos pacientes es 20 veces superior al de la población e general.

El trastorno límite de la personalidad es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.

Los criterios para el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad según el DSM IV, son:

- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario
  - Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
  - Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
  - Impulsividad en al menos dos áreas que es potencialmente dañina para si mismo (gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
  - Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación).
  - Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.
  - Sentimientos crónicos de vacío.
  - Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira.
  - Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.
- ✓ Trastornos por uso de alcohol: El alcoholismo esta considerado como un factor de riesgo suicida. Los alcohólicos pertenecen a este grupo. El alcoholismo puede facilitar la conducta suicida, incluso ser una forma de conducta suicida crónica. Tanto el alcoholismo como el suicidio pueden estar motivado por causas similares. Se han presentado casos en los cuales la intoxicación alcohólica facilita el acto suicida, o es el vehículo en sí del

suicidio. El trastorno por uso de alcohol fue abordado en el apartado trastorno por uso de sustancias, en el capítulo tres.

## ENFERMEDAD CRÓNICA O TERMINAL Y ACTO SUICIDA.

La creencia de que los actos suicidas están relacionados con una enfermedad crónica o terminal, determina que son pocos los suicidios que se producen por esta causa, a no ser que se presenten unidos a un trastorno depresivo.

El riesgo de suicidio mayor al esperado se ha presentado en enfermedades del sistema nervioso central, las neoplasias malignas y en los trastornos gastrointestinales, urogenitales y del aparato locomotor. Estas enfermedades físicas al parecer favorecen los actos suicidas, sin embargo, la conclusión final es que los factores precipitantes están más relacionados a la depresión que a la enfermedad.

El dolor físico que no se quita o no disminuye suficientemente, o el miedo a ciertas enfermedades, pueden ser otras de las frecuentes causas, que podríamos mencionar.

## EL PACIENTE SUICIDA Y LA FAMILIA

Para iniciar quiero comentar que en algunas ocasiones para la familia, la muerte por suicidio, de un ser querido es el principio de un proceso doloroso, este principio es para los que sobreviven y es el final para el que se suicida.

Por su naturaleza, el suicidio puede hacer que la pérdida sea en los familiares más impactante. Algunos familiares reaccionan con sentimientos de abandono, enojo, rechazo, culpa, responsabilidad y vergüenza.

Estas reacciones dependen de diversos factores como el tipo de relación, la naturaleza del suicidio, edad, redes de apoyo, y las capacidades que cada quien tiene para afrontar la situación. También influyen las creencias culturales y religiosas, entre otras.

## EL SER HUMANO Y EL SUICIDIO

El suicidio es una tragedia para el ser humano que lo comete y para quienes lo rodean. Es una situación de duelo difícil de llevar y de sobreponerse por sus implicaciones éticas, religiosas, espirituales, emocionales y sociales. A veces, también puede ser un problema a nivel biológico. Es el fracaso del hombre ante el hombre. Para la sociedad puede ser una noticia perturbadora, de la que hay que hablar en voz baja o mejor dicho de la que no hay que hablar.

Una postura frente al suicidio es que esta conducta es una consecuencia de la civilización y la opinión más generalizada parte del hecho de la escasa o nula presencia de suicidios en los pueblos primitivos. Sin embargo, si se valora tanto a nivel social como individual el suicidio ha existido en toda la historia de la humanidad. El estudio del suicidio debe iniciar por aclarar los valores sobre las diferentes formas de morir, las condiciones bajo las que se produce, y los razonamientos por las que el suicidio, en ocasiones resulta más o menos aceptable dentro de la sociedad. Tal vez la relación de los valores culturales con los factores que afectan la posibilidad de suicidio sea la clave para su comprensión.

En ocasiones se es testigo de cambios operados en algunos suicidas, cuando, al verse vivos a pesar de haber cometido un acto suicida, piden que se les salve la vida. Este cambio de sentimientos no se debe simplemente a que, como el suicida sufrió un castigo por sus culpas al haber intentado matarse, ya con esto pudo reconciliarse con la vida. Tampoco, al menos en la mayoría de los casos, a que su conducta suicida se haya debido a un momento de histrionismo, insincero, con el solo deseo de llamar la atención. Menninger recuerda que debemos distinguir entre el deseo consciente y el inconsciente de morir, el suicidio, de acuerdo a algunos investigadores tiene su origen en diversos factores, algunos de ellos ya los hemos revisado dentro de las distintas teorías del suicidio.

## EL NIÑO Y EL SUICIDIO

La prevalencia del suicidio va en aumento con la edad, pero los suicidios consumados son poco frecuentes antes de los 12 años, o al menos las investigaciones realizadas a la fecha no arrojan datos concluyentes en otro sentido.

Hay conductas que se manifiestan y es necesario detectar. En los niños se pueden manifestar como dejando de jugar, pasar más tiempo solos, indiferencia con las cosas que le divertían, dificultad de concentración, disminución de rendimiento escolar, conductas agresivas, modificando sus hábitos alimenticios, modificación en sus hábitos de sueño, etc.

Algunas formas en las cuales el niño se suicida pasan desapercibidas por la familia y las considera como accidentes, incluso en algunas ocasiones que distingue que el niño se suicido, lo oculta para “proteger a la familia”, las más frecuentes son: Lanzarse de las alturas, cruzar avenidas, ingerir veneno, tomar armas de fuego de los padres, etc.

## EL ADOLESCENTE Y EL SUICIDIO

A partir de la década de los 60's la muerte por suicidio en los jóvenes de quince a veinticuatro años ha ido aumentando, principalmente en varones, en el mismo periodo la tentativa de suicidio es un acto frecuente entre los adolescentes siendo mas alto en la mujer.

A partir de estos resultados en la década de los 80's se han incrementado los estudios e investigaciones sobre el tema, la pregunta es ¿Qué factores de riesgo se manifiestan en la juventud frente al suicidio?, es difícil determinar los factores de riesgo y los actos suicidas, en virtud de las características multifactoriales que se presentan.

Es importante que la población joven este informada sobre suicidio como se hace con el sexo, el alcohol o el SIDA, para que los que tengan ideas de suicidio puedan aprender a reconocer los síntomas y tengan mejores alternativas de salida. Algunas conductas son: aislamiento social, modificación en los hábitos alimenticios y de sueño, modificación en el rendimiento escolar, alteración en su estado de ánimo, consumo de sustancias adictivas, pensamientos negativos con

respecto a la vida e ideas recurrentes de muerte, práctica de deportes de alto riesgo, conductas y comportamientos encaminados a poner en peligro su vida, etc.

Los conflictos sentimentales también representan una de las causas más frecuentes, en ocasiones principalmente durante la adolescencia o el principio de la adultez.

Los adolescentes que tienen una autoestima baja y sufren un rechazo social a su vez que los introyectos de las personas significativas de su vida, que les han dado el mensaje de tu no mereces vivir, puede ser también causa de suicidio.

Continuando con el suicidio en adolescentes, se pueden mencionar aquellos que tienen frecuentes problemas, con sus padres, amigos o escolares. Dentro de este grupo podríamos mencionar a los que han sufrido violaciones, abandonos o vejación. Con mucha frecuencia tales víctimas viven continuos sentimientos de culpa, vergüenza, soledad, aislamiento e indiferencia por la vida.

Es necesario que los padres pregunten directamente acerca de estos pensamientos, ya que la mayoría de las veces desconocen la existencia de estos.

## EL ADULTO Y EL SUICIDIO

Las personas adultas que tienden al perfeccionismo son un segmento de la población vulnerable a cometer suicidio en virtud de que su nivel de frustración en ocasiones tiende a ser bajo, motivo por el cual su autoestima depende de sus logros.

La necesidad de “pagar culpas” en el adulto desempeña, también un papel importante en las conductas suicidas. Una vida familiar no gratificante, culpigena que llenen de frustración y de rabia, suele ser una de las causas más frecuentes del suicidio, sobre todo en un pueblo como el mexicano, que da tanto valor a la vida familiar.

Los síntomas más frecuentes que se presentan el adulto son: cambios en el estado de ánimo, modificación en los hábitos alimenticios y del sueño, consumo de sustancias adictivas de forma

compulsiva, aislamiento social, pensamientos negativos e ideas recurrentes de muerte, conductas y comportamientos que al realizarlos ponen en peligro su vida, etc.

Los adultos que lo han intentado y que no reciben atención especializada o que la familia no se dio cuenta es probable que lo vuelvan a intentar hasta lograr su propósito.

Cuando los adultos son padres las circunstancias traumáticas que rodean su muerte por suicidio, por lo regular presenta una tendencia a ocultar los hechos a los hijos, no es sorprendente que la pérdida de un padre por suicidio determine el inicio de un conflicto más fuerte en la familia y en donde la aparición de psicopatologías tanto en la pareja sobreviviente como en los hijos se manifieste con marcada severidad.

## EL ANCIANO Y EL SUICIDIO

En la mayoría de los países occidentales el número de suicidios aumenta con la edad siendo más frecuente en los grupos de la tercera edad, en este grupo, el suicidio consumado es mayor en el hombre que en la mujer, pero ninguna teoría explica el por qué de esta diferencia. Algunos investigadores consideran que este hecho se incrementa por la jubilación y el deterioro físico que es más devastadora por la autoestima del hombre que de la mujer.

Los síntomas más comunes que presenta el anciano es el desinterés por la vida, aislamiento social, constantes caídas que se presentan como accidentes, consumo de medicamentos que se manifiestan como descuidos o el dejar de tomarlos y no respetar las indicaciones médicas, modificación de los hábitos alimenticios y del sueño, consumo de sustancias adictivas, ideas recurrentes de muerte, etc.

La proporción de la tentativa de suicidio disminuye a medida que la persona envejece, vive el suicidio como una posibilidad final frente a situaciones de pérdida vital, (emocional, social u orgánica).

Es difícil determinar el porcentaje de suicidios en la vejez en virtud de que varios son tratados estadísticamente como accidentes, ya sea porque no fueron detectados o porque la familia prefiere que no se conozca la verdadera situación, producto de la estigmatización de este tema.

## PROCESO TANATOLOGICO DE ATENCIÓN AL PACIENTE SUICIDA

Para iniciar el trabajo tanatológico es importante considerar los aspectos médico-psicológico-social del paciente con ideas o tentativas suicidas.

La idea o tentativa suicida merece la evaluación clínica, las redes de apoyo y la canalización a las distintas áreas de la salud física o mental. Por lo regular se realiza en una sola entrevista, donde el actuar rápido y tomar decisiones concretas es esencial.

- ✓ Técnica de la entrevista: se recomienda que sea activa, creando un clima de empatía y estableciendo un diálogo en la problemática existente, evitando negar y disminuir la importancia del acto suicida, propiciando la manifestación de los sentimientos. A la brevedad posible es recomendable realizar una entrevista con los familiares. Es preciso conocer su grado de participación y sus actitudes en esta situación de riesgo suicida. La colaboración del entorno para facilitar el proceso de crisis personal autodestructiva es fundamental. Los datos más importantes a considerar son: la historia biográfica, los antecedentes psiquiátricos personales y familiares, los antecedentes suicidas personales y familiares y el estado psíquico actual.
- ✓ Evaluación clínica: debe realizarse sistemáticamente para descartar la posibilidad de un trastorno psiquiátrico, en virtud que la presencia de psicopatología es un factor de grave riesgo suicida. Con este antecedente canalizarlo al área psiquiátrica.
- ✓ Características de la tentativa de suicidio: se refiere a los factores desencadenantes, al método utilizado, a la intencionalidad, a las tentativas previas, a la posible existencia de la nota de despedida, a la preparación del acto suicida, y a lo recurrente de la ideación suicida.

- ✓ Prevención del riesgo suicida: se realiza valorando la presencia e intensidad de los factores desencadenantes comentados por el paciente suicida. También se evalúan los factores de riesgo que surjan de otros estudios o de otras fuentes.
- ✓ Tratamiento: dependerá de la valoración, en todos los casos considerara la atención interdisciplinaria para evitar dejar cabos sueltos.

Para Alfonso Reyes Zubiria el tanatólogo tiene tres momentos para realizar una intervención tanatologica en el paciente suicida, son:

- ✓ Prevencion: El apoyo que el paciente suicida puede recibir de un tanatólogo es la prevención, esta se da durante el periodo de ideación, así como en la conducta suicida. Y este apoyo consiste en detener la posibilidad del suicidio, en caso que no se haya presentado y canalizarlo con un especialista (tanatólogo, psicologo, psiquiatra, según el caso)
- ✓ Intervencion: Cuando el suicidio se presente el trabajo con la familia y los amigos se recomienda se haga en base a la necesidad que se presente, pues puede darse el caso en el que exista culpa, coraje, remordimiento, vergüenza, rechazo, etc.
- ✓ Postvencion: Es el apoyo a los sobrevivientes del suicidio. Los que lo intentaron pero no murieron. Con los familiares y amigos del que lo intento o lo logro.

Desde nuestro punto de vista un programa preventivo debe considerar las siguientes etapas:

- ✓ Prevención inicial: busca evitar que surjan los factores precipitantes del suicidio.
- ✓ Prevención secundaria: su finalidad es determinar y detectar grupos de alto riesgo suicida.
- ✓ Intervención: el objetivo es la elaboración de planes y programas orientados a evitar que se produzca la conducta suicida.
- ✓ Prevención final: enfocada al trabajo con los grupos que han presentado intentos suicidas o realizado actitudes que favorecen el riesgo suicida.

En algunos casos los hombres utilizan armas o ahorcamiento, en tanto que las mujeres sobredosis de medicamentos, como lo son los sedantes y los ansiolíticos, el por que de esto, a la fecha no tiene una explicación convincente.

## DEBATE SOBRE EL SUICIDIO

A través de los siglos, los suicidas fueron considerados como criminales o sacrílegos, aunque en una profunda investigación, la diversidad de juicios sobre los actos suicidas en las distintas sociedades y momentos históricos fueron valorados de acuerdo a dos opciones contradictorias:

- ✓ La moral simple: correspondía al sentido popular y resultaba en una condena para el suicida.
- ✓ La moral matizada: lo valoraba como una libertad dentro de un orden establecido.

La cuestión sobre el carácter lícito o ilícito del suicidio continua vigente a la fecha.

La razón por la cual la iglesia católica condena al suicidio no es fácil de valorar. En el nuevo testamento no se encuentra ninguna referencia que condene al suicidio.

Aquellos que defienden el derecho del suicidio colocan argumentos tales como que representa una alternativa sensata a una vida cuyas circunstancias son intolerables, por otra parte el suicidio no puede ser elegido realmente, dicen otros, ya que una compulsión interna, irresistible e intensa vuelve nula y sin posibilidad de valor cualquier libre elección y siempre será un acto forzoso para resolver problemas abrumadores y realmente es un mito el hecho de que el suicidio es un acto voluntario.

Se proclama que el suicidio es un acto de autodeterminación o autoafirmación, una metáfora para una muerte digna, heroica o romántica, y refutan otros, cuando en realidad es una protesta desesperada contra una situación vital intolerable.

Al final de cuentas las dos posturas no permiten discusión alguna, sin embargo, la crean, el tanatologo debe de estar consciente que independiente de su convicción o de su creencia esta debe quedar a un lado al colocarse frente a un ser humano que consciente o inconsciente, voluntaria o involuntariamente, héroe o villano, a realizado un acto suicida.

## EUTANASIA

Para Sócrates, Platón y los estoicos, una enfermedad dolorosa era la razón para dejar de vivir. Aristóteles, los pitagóricos y los epicúreos opinaban lo contrario. “Hipócrates describe al médico como un curandero al que se le exigía ahuyentar el sufrimiento de los enfermos, aliviar las dolencias de sus enfermedades y rechazar toda clase de tratamiento para aquellos que padecían enfermedades incurables cuando la medicina era impotente para curar la enfermedad.”<sup>60</sup>

En la Roma antigua la enfermedad terminal era razón suficiente para quitarse la vida.

El concilio de Orleáns (533) declaró que a todos los suicidas no se les celebrara funeral.

El Concilio de Toledo (693) declaro que cualquiera que quisiera suicidarse sería excomulgado.

En 1870 en Francia se prohibió la discriminación contra los suicidas, siendo estos dignos de un funeral.

En el S. XX en E. U. y en Europa surge la inquietud para el apoyo de la eutanasia y su legislación.

En la última mitad de siglo en E.U. Alemania y Holanda las actividades de los defensores del derecho a morir se han polarizado hacia la eutanasia activa con dos objetivos: modificar la mentalidad y cambiar la legislación.

Actualmente la eutanasia esta legalizada en Holanda

---

<sup>60</sup> Gonzalez, M. “Eutanasia, una ventana abierta a la esperanza.” Edimat. España. 1998. P. 32

Para Webster la eutanasia “es el acto de proporcionar una muerte indolora a las personas que sufren enfermedades incurables”.

En un documento religioso se define la eutanasia como una acción o una omisión, que por su naturaleza o en la intención, causa la muerte con el fin de eliminar el dolor.

El moralista español Gonzalo Higuera, entiende por eutanasia la práctica que procura la muerte, o mejor, abrevia una vida para evitar grandes dolores y molestias al paciente, a petición del mismo, de sus familiares o, sencillamente, por iniciativa de terceras personas que presencia, conoce e interviene el caso concreto del moribundo, de lo anterior considera como elementos esenciales para poder hablar de eutanasia en el sentido estricto:

- ✓ Debe tratarse de un paciente en estado agónico, de un moribundo. Si se tratara de un paciente crónicamente enfermo, pero no a punto de morir no se estaría hablando de eutanasia
- ✓ Otro aspecto básico lo constituye el motivo de misericordia, piedad o compasión ante los terribles dolores o sentimientos del enfermo.
- ✓ La intención de abreviar la vida directamente.

Esta palabra se deriva del vocablo *EU* (bueno) y *THÁNATOS* (muerte).

## TIPOS DE EUTANASIA

La eutanasia pasiva se ocupa de dos formas: abstención terapéutica y la suspensión terapéutica. En el primer caso no se da inicio al proceso de tratamiento del paciente terminal. Existen dos modalidades de la abstención terapéutica:

- ✓ No tratar la enfermedad principal
- ✓ No tratar las enfermedades emergentes y/o oportunistas que surgen paralelas a la principal.

En el segundo una vez iniciado el tratamiento este se suspende, ya que considera que no es necesario prolongar la vida de la persona.

La eutanasia pasiva no implica el completo abandono del enfermo. Por lo regular se continúan los cuidados higiénicos, se suministran las drogas para evitar el dolor y la hidratación por vía bucal o venosa.

Pérez Valera menciona que dentro de la eutanasia pasiva pueden darse tres tipos de omisiones:

- ✓ Dolosa: supone el propósito deliberado de hacer daño, mala voluntad, mala fe ya que consideradas todas las circunstancias se concluiría que habría obligación de actuar.
- ✓ Culposa: Conlleva el no actuar, descuido, imprudencia, impericia, en algún grado imputable al sujeto de la omisión.
- ✓ Juiciosa o razonable: se da cuando se considera que no hay ningún mal en la omisión o al menos esta en relación con la acción de un mal menor, y por lo tanto no existe obligación de actuar.

En la mayoría de los casos que se presentan de eutanasia pasiva la omisión es del tipo juiciosa o razonable.

La diferencia entre la eutanasia pasiva y la eutanasia activa consiste en tanto que la eutanasia pasiva se da por omisión, en la eutanasia activa existe una acción, existen cuatro diferencias entre acción y omisión en los casos de muerte por eutanasia.

Difieren en sus efectos:

- ✓ Psicológicos: remordimientos, sensación de falta al deber en el paciente, sus familiares y el médico.
- ✓ Legales: en los Estados Unidos no se ha incriminado a ninguna persona, por omisión de terapia para prolongar la vida. La acción otorga mayor control a quien da la muerte.

Difieren en su deliberación: omisión es no hacer nada, no decidir. La acción requiere la deliberación de la voluntad y necesita razones serias para justificarse.

Difieren en cuanto a la responsabilidad: no es difícil comentar con respecto a quien hizo algo y no lo es tanto quien dejó de hacerlo.

Difieren en la variación de formas: en tanto que en la eutanasia pasiva existen tres tipos de omisiones con respecto a la eutanasia activa hay muchas clases de acciones.

#### OTRA CLASIFICACIÓN DE TIPOS DE EUTANASIA:

Eutanasia directa es la realización de un acto en que deliberadamente se provoca la muerte y esta se pretende como fin último. Por ejemplo: suministrar una sobredosis de un sedante con la intención de provocar un paro cardíaco.

Eutanasia indirecta es la acción en que la abreviación de la vida o la muerte resultan como efecto secundario no pretendido en sí. Por ejemplo: los medicamentos que tienden a eliminar el dolor, y cuyos efectos secundarios abrevian el proceso de muerte.

Siguiendo con las clasificaciones tenemos:

Eutanasia voluntaria es la que se realiza a petición del paciente terminal, o al menos da su consentimiento. Para la moral judeo cristiana, la eutanasia voluntaria se puede asemejar al suicidio asistido. Algunas consideraciones pertinentes con respecto a la eutanasia voluntaria son las siguientes:

- ✓ La petición reiterada y la insistencia no implica una petición libre, es necesario analizar si existe plena conciencia lo que involucra que no haya dolor, la presencia de un trastorno depresivo o cualquier otro factor externo.
- ✓ La expresión del paciente por el deseo de morir no implica una petición de eutanasia voluntaria.

Eutanasia no voluntaria es la eutanasia impuesta, en contra o sin contar con la decisión del paciente o que se realiza sin su conocimiento, se puede considerar como un homicidio.

Estas distintas clasificaciones de tipos de eutanasia por lo regular se ocupan de forma combinada, por ejemplo: eutanasia pasiva indirecta voluntaria, es decir, la eutanasia que suspende el tratamiento, no busca de manera directa la muerte y el paciente esta de acuerdo con el procedimiento.

En términos generales la eutanasia que reprueban la mayor parte de los miembros de la sociedad es la eutanasia activa directa y no voluntaria, por sus implicaciones éticas y morales.

## DISTANASIA

En oposición a la eutanasia se encuentra la distanasia cuyo vocablo esta compuesto por el prefijo griego *DIS* (dificultad, obstáculos) y *THANATOS* (muerte).

Distanasia es la prolongación de la vida al costo que sea necesario, no importa el sufrimiento a que se vea sometido el paciente en tanto se encuentre con vida, encarnizamiento terapéutico.

Higuera define la distanasia como la práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo, de un anciano o de un moribundo, ya inútiles, desahuciados, sin esperanza humana de recuperación, y utilizando para ello no solo los medios ordinarios, sino extraordinarios, muy costosos en sí mismos o en relación con la situación económica del enfermo y de su familia.

Son los métodos aplicados ante dudosas probabilidades de recuperación, no ofrecen una esperanza de beneficio para el paciente, y son una carga para el enfermo y su familia. Incluye la admisión en la unidad de cuidados intensivos, la resucitación cardiopulmonar, la monitorización invasiva, los soportes mecánicos de la vida, los órganos artificiales, los trasplantes y transfusiones,

la nutrición artificial y los fármacos potentes intravenosos aplicados con otro fin que no sea el bienestar (encarnizamiento terapéutico).

En concreto se trata de alejar lo más posible y a toda costa el momento de la muerte del enfermo terminal ocupando como elemento esencial el encarnizamiento terapéutico.

## ORTOTANASIA

La palabra ortotanasia proviene del griego *ORTO* (recto, justo) y *THANATOS* (muerte)

Higuera la define como aquella postura que tiende a conocer y respetar el momento natural de la muerte de cada hombre y sus concretas circunstancias, sin querer adelantarlo para no incidir en la eutanasia reprobable, ni tampoco prolongar artificialmente cualquier tipo de vida con medios improporcionados, para no caer en el extremo opuesto de una distanasia, también reprobable; aunque siempre dejando actuar e intervenir la relativa libertad de conducta que permite y exige la racionalidad humana, frente a una pasividad meramente animal.

Por lo tanto la palabra ortotanasia se encuentra entre los extremos de la eutanasia y la distanasia, en la ortotanasia se debe considerar todos los cuidados positivos, médicos, psicológicos, sociales y espirituales, que se pueden proporcionar al paciente.

De alguna forma la ortotanasia incluye casos como los de la eutanasia pasiva indirecta (en tanto no haya omisión dolosa o culposa) en que aliviar el dolor puede acortar la vida, y todos los demás cuidados que buscan proporcionar al enfermo terminal una auténtica buena muerte.

## AUTANASIA

Autanasia del griego *AUTOS* (sí mismo) y *THANATOS* (muerte)

Rodríguez Estrada, dice: Autanasia es la que el paciente pide para sí mismo.

La autanasia pudiese ser administrar la vida con inteligencia. Si se administra retardando la muerte, también se hace apresurándola cuando las circunstancias lo soliciten.

Rodríguez Estrada defiende su tesis con los siguientes argumentos:

- ✓ Se trata de la propia vida y de la propia muerte. No hablo de casos en que se propusiera que uno tomara la decisión por el otro.
- ✓ Aunque se parece al suicidio de que se ocupan los juristas, los moralistas y los psicólogos, la semejanza es más aparente que real. No se trata del suicidio que nace del miedo a la vida que es desesperación y autodestrucción.
- ✓ Se trata de personas en enfermedad terminal, que pueden haber perdido la capacidad de decisión, se plantea la alternativa de una delegación con todas las formas legales: ante notario y a cargo de una persona, que deberá tomar la decisión de cortar misericordiosamente la vida del sufriente incurable.
- ✓ Se postula por supuesto, una legislación al respecto, con previas discusiones en las cámaras correspondientes de cada país.
- ✓ Se propone una mera posibilidad, una alternativa, un camino opcional, no una norma que se imponga a nadie.

En el caso de la tesis de Rodríguez Estrada desde mi punto de vista, aunque es atrevida presenta varias inconsistencias que harían difícil su viabilidad, algunos de los alegatos que maneja Rodríguez Estrada están en relación a los siguientes puntos: algunas personas se escandalizan de que alguien decida por sí misma quitarse la vida para ya no sufrir una enfermedad crónica o terminal. Y no dicen nada cuando un médico bajo el pretexto de una operación peligrosa ocasiona la muerte de su paciente de igual forma sucede con el cuerpo médico más cercano al paciente que en muchos casos es la enfermera y que en algunas ocasiones bajo el pretexto de aliviar el dolor del paciente en forma directa o indirecta eleva la dosis de los medicamentos provocando la muerte.

DEBATE SOBRE LA EUTANASIA

Las distintas iglesias han considerado, por lo regular que la conservación de la vida es una obligación moral irrenunciable, en el caso de la religión judío cristiana, por hallarse inscrita tanto en la ley divina, ley de Moisés, como en la ley natural. Aristóteles en la ética a Nicómaco afirma que el suicidio es injusto y no se puede permitir, no porque vaya contra el propio individuo, sino porque va contra la comunidad. De ahí Aristóteles escribe: “la ley no autoriza suicidarse y lo que no autoriza lo prohíbe”, haciendo una deducción la ley no autoriza la eutanasia, por lo tanto, la prohíbe.

Para la ética naturalista lo bueno está marcado en el orden de la naturaleza y es ley natural. Esta ley conserva al ser por lo tanto, todo intento de interrumpir la vida de cualquier persona, propia o ajena es inmoral.

Los planteamientos anteriores sufren un cambio violento al iniciar el mundo moderno, cuando los ideales de la naturaleza armónica desaparecieron, la ideología liberal surge como una libertad de conciencia, frente a la religión y como conciencia de que todo ser humano tiene derechos primarios e inalienables, entre ellos está el derecho a la vida. Esto provoca que la conciencia cada vez más ponga punto en lo propio a diferencia de lo ajeno y también de lo público a diferencia de lo privado, en la edad media público y privado era lo mismo.

Hay dos posturas filosóficas en torno al tema de la eutanasia: La ética jusnaturalista y la ética de situación.

Los principios de cada una son:

	ETICA JUSNATURALISTA	ETICA DE SITUACION
Fundamento	Naturaleza humana	La sociedad
	Los medios y los fines son buenos	El fin justifica los medios
Acción	Acto	Intención
Valor supremo	La vida	La calidad de vida
	Dignidad ontológica	Dignidad moral

	El fin no justifica los medios, matar no se justifica.	El fin justifica los medios
--	--	-----------------------------

La postura jusnaturalista dice que la vida es un don, yo no tengo ningún derecho de quitarla.

La ética de situación dice que lo más importante es la calidad de vida.

Algunas propuestas concretas con respecto al papel que el tanatologo debe tomar en los conflictos que se presentan con el final de la vida de un paciente terminal:

- ✓ Ningún ser humano, incluido el personal médico, tiene en principio el derecho a tomar las decisiones que al paciente le corresponden.
- ✓ Todo ser humano tiene derecho, dentro de sus posibilidades, no solo de su vida, sino también de su muerte. En este sentido, es necesario promover en nuestro medio los procedimientos que permitan conocer con anticipación la voluntad de las personas en situaciones terminales (testamento de vida).
- ✓ Darle validez jurídica a las decisiones que los pacientes hallan plasmado en documentos.
- ✓ Cuando un paciente terminal pide morir es necesario proporcionarle todos los elementos necesarios para que viva, estos incluyen atención psiquiátrica, atención psicológica, atención médica, atención social y atención espiritual.
- ✓ Preparación continua, principalmente en la atención de pacientes terminales del personal encargado de su atención, así como, procesos terapéuticos permanentes con la intención de evitar la proyección de emociones sobre los pacientes.

Como tanatologos, que importante es conocer todos los aspectos que rodean al suicidio, no por el hecho de la muerte en sí, sino por lo que implica, en primera instancia a nivel familiar y sus repercusiones, tan impactantes dentro de la sociedad. Como tanatologos no hablamos del suicidio, de la persona que atenta contra sí mismo en un sentido individual y más bien del que atenta contra todos, una vez que se comete el acto suicida, las personas que están alrededor indistintamente se ven afectadas, por lo tanto la atención tanatológica se centra en la atención de todos.

Con respecto a la eutanasia, posiblemente la principal labor del tanatologo será a partir del respeto que como ser humano merece todo paciente, no se trata de imponerle mi punto de vista, sino, facilitarle y mostrarle las distintas alternativas que tiene, hoy sabemos que muchas de las personas que practican la eutanasia carecen de los conocimientos para tomar las mejores decisiones, incluso en distintas áreas de sus vidas existen asuntos inconclusos que no se han resuelto y que son proyectadas hacia el paciente, por otro lado, que el dolor sea el detonador principal de que un paciente solicite se le aplique la eutanasia, solo habla del descuido del cuerpo médico, de la familia y de nosotros mismos en la atención que requiere el paciente.

## CAPITULO SEIS

### TERAPIA TANATOLOGICA CON ENFOQUE GESTALT

*"La muerte como final de tiempo  
que se vive sólo puede causar pavor  
a quien no sabe llenar el tiempo  
que le es dado a vivir".*

*Victor Frankl*

La terapia tanatológica es un proceso que tiene como objetivo final el cierre de asuntos inconclusos que a través de las vivencias diarias el paciente va dejando inconclusas.

Dentro de los asuntos inconclusos se encuentran los duelos, de hecho la parte principal del trabajo tanatológico es la elaboración y resolución de los duelos que el paciente presenta.

En su definición etimológica duelo proviene del vocablo griego *DUELLUM* (combate) y *DOLUS* (dolor)

Duelo es la reacción frente a la pérdida de algo significativo, que puede ser una persona, un animal, una cosa, una relación etc.

“El duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, e igual que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, así mismo es necesario un periodo de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio similar”<sup>61</sup>

Los determinantes más importantes dentro de un duelo por muerte, en términos generales parecen entrar dentro de las siguientes categorías:

---

<sup>61</sup> Worden, W. “El tratamiento del duelo, asesoramiento psicológico y terapia”. Paidós. España. 1977 p. 161.

- ✓ Quien era la persona (si era el abuelo, el hermano, alguno de los padres, el hijo, la pareja o tal vez el amigo)
- ✓ El tipo de la relación y lo significativo que era
- ✓ Forma en que se murió (muerte natural, accidental, suicidio, homicidio)
- ✓ Antecedentes históricos (conocer si la persona ha tenido pérdidas anteriores y como ha elaborado sus duelos)
- ✓ Variables de personalidad (edad, genero, personalidad)
- ✓ Variables sociales (rol y estatus social)
- ✓ Variables económicas (posición económica)
- ✓ Experiencias previas con la muerte. (idea fundante de muerte)
- ✓ Tácticas de la persona para superar crisis. (recursos con que cuenta la persona, tomados de experiencias previas y que en el momento de la crisis necesita para salir adelante).
- ✓ Forma de percibir la muerte. (que tan atemorizante o no es la muerte).

Cuando se analiza un número de personas que se encuentran en el proceso de duelo estas pueden reflejar distintas reacciones, existen diferencias de persona a persona. Para algunos es una experiencia devastadora, mientras que para otros parece no afectarles mucho. En algunas personas el proceso de duelo inicia en el momento que se conoce la pérdida y en otros se retrasa. Para algunas personas la duración del proceso de duelo es corto, en tanto que para otras dura mucho tiempo. Es por esto que es necesario conocer cuales son los determinantes mas importantes dentro de un duelo por muerte.

## LAS ETAPAS DEL DUELO

Elisabeth Kubler-Ross

La Dra. Elisabeth Kubler-Ross, considerada la iniciadora del estudio de la tanatología, tiene un enfoque humanista sin desligarse por completo de la teoría psicoanalítica, señala que el proceso de dolor siempre va acompañado de un sentimiento de ira, que es difícil de aceptar, porque aunque es parte del proceso, es rechazado por la sociedad. Por lo tanto, las personas optan por

suprimir este sentimiento y por lo general termina manifestándose de otra manera complicando el duelo, la actitud hacia la muerte mas predominante es la del rechazo. Menciona cinco etapas en el proceso del duelo. Estas etapas son:

1.- Negación y aislamiento.- Cuando el paciente y la familia conocen el diagnóstico de una enfermedad fatal, la primera reacción será la de negar (no, yo no, no puede ser cierto).

“La negación, por lo menos la negación parcial, es habitual en casi todos los pacientes, no sólo durante las primeras fases de la enfermedad, o al enterarse del diagnóstico, sino también mas adelante, de vez en cuando. ¿Quién fue el que dijo: no podemos mirar al sol todo el tiempo, no podemos enfrentarnos a la muerte todo el tiempo? Estos pacientes pueden considerar la posibilidad de su propia muerte durante un tiempo, pero luego tienen que desechar estos pensamientos para proseguir la vida”<sup>62</sup>

La negación es un mecanismo de defensa que en cierto tiempo es sustituida por la aceptación.

2.- Ira.- “Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Surge la pregunta ¿por qué yo?”<sup>63</sup>

La ira se proyecta contra todo y contra todos. La ira es con uno mismo, con Dios, con todo y todos en general.

Kubler-Ross, dice: la tragedia radica en que no pensamos en las razones del enojo del paciente y lo tomamos como algo personal, cuando el origen no tiene nada que ver, o muy poco, con la persona que recibe toda la ira del enfermo o familiar. Si uno toma estas manifestaciones como algo personal reaccionará en consecuencia, lo que hará que el paciente o el familiar aumente su conducta hostil.

3.- Pacto.- Dura periodos de tiempo muy breves. La Dra. Dice: “el pacto es un intento por posponer los hechos; incluye un premio -a la buena conducta- además fija un plazo de –

---

<sup>62</sup> Kubler-Ross, E. “Sobre la muerte y los moribundos”. Mondadori. Barcelona. 1975. P. 60

<sup>63</sup> Ibidem. P. 73

vencimiento- impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento”

Este pacto generalmente se hace con Dios y las promesas se guardan en secreto, en el caso de que el pacto se cumpla, por lo regular, el paciente pedirá otro y así sucesivamente hasta que ya no haya posibilidad por el marcado deterioro del enfermo, también se pueden presentar seudosentimientos como el de abandono o soledad.

4.- Depresión.- “Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, cuando no puede seguir haciendo al mal tiempo buena cara. Su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida.”<sup>64</sup>

Hay dos tipos de depresión: la depresión reactiva aparece como resultado de las pérdidas anteriores (amputaciones, cargas financieras) y la depresión anticipatoria que son las pérdidas que van a venir.

Cabe hacer mención que Kubler-Ross menciona depresión, sin embargo, las características que da no corresponden a los criterios por un trastorno depresivo, sino más bien a un sentimiento de tristeza profunda producto de la pérdida de la salud y la posible muerte.

5.- Aceptación.- “Si un paciente ha tenido tiempo (no una muerte repentina) y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a una fase en la que su destino no le deprimirá ni le enojará”<sup>65</sup>

“En estos momentos la familia es la que necesita mas ayuda: el moribundo ha encontrado ya cierta paz y su capacidad de interesarse por las cosas o las gentes esta disminuida”<sup>66</sup>

Kubler-Ross dice: hay pacientes que luchan hasta el final, éstos no podrán llegar a la aceptación con paz y dignidad.

---

<sup>64</sup> ibidem. P. 115

<sup>65</sup> Ibidem. P. 147

<sup>66</sup> Reyes, A. Op. cit. P. 82

En base a mi experiencia profesional considero que el comentario anterior refleja en mucho la forma de pensar y de trabajar de la Dra. Kubler-Ross, sin embargo, yo no comparto su visión, en primera instancia con respecto a la etapa de aceptación, de hecho, considero que la mayoría de los pacientes crónicos o terminales en fase terminal, luchan hasta el final por preservar su vida, lo cual quedaría plenamente justificado por el instinto de conservación, y en segunda instancia, hablar de paz y dignidad, son términos que no es posible generalizar por su carácter subjetivo e individual de cada paciente.

Cabe mencionar que los estudios de la Dra. Kubler-Ross, fueron realizados con enfermos terminales, a la fecha las etapas que ella propuso son las más conocidas, sin embargo, en mi experiencia son las que menos se ajustan a la realidad, incluso varios miembros del cuerpo médico, que por falta de experiencia las llegan a diagnosticar en los pacientes, creen, que cuando un paciente no coopera como ellos quisieran que cooperase el paciente esta en la etapa de negación, depresión o en la etapa de ira, desgraciadamente las etapas de Kubler-Ross no cubren otras posibles reacciones que no tienen que ver con sus etapas como son: parálisis (no saber que hacer), culpa, impasse, desorganización de sus estructuras mentales, etc.

Jorge Bucay

Jorge Bucal, medico y psicoterapeuta gestalt, de origen argentino, en su libro, “El camino de las lagrimas” comenta el trabajo en el proceso de duelo desde una visión humanista, poniendo énfasis en el trabajo de duelo a partir de la familia y ocupando, en algunas ocasiones, técnicas de metáfora y cuento para dar trabajar el duelo, establece siete etapas en el proceso de duelo, estas son:

- 1.- Etapa de la incredulidad.- Aunque la muerte sea una muerte anunciada, hay un momento en el que la noticia produce un shock. Hay un impasse, un momento de negación y cuestionamiento en el que no hay ni dolor; la sorpresa y el impacto nos lleva a un proceso de confusión en el que no entendemos lo que nos están diciendo. Entre mas inesperada sea la muerte, la confusión y la

incredulidad serán mas profundas y duraderas. Esta etapa puede durar unos minutos, unas horas o días como sucede en el duelo normal, o puede volverse una negación tóxica.

2.- Etapa de la regresión.- Es la explosión dolorosa. Una vez que el estado de incredulidad ha pasado, se conecta con la realidad y al momento de hacerlo el dolor que invade a la persona es demasiado. Uno llora como niño, patalea, grita. Las emociones afloran sin control evitando la comunicación con los demás.

3.- Etapa de la furia.- Es ira, a veces muy manifiesta y a veces muy disimulada, y esta se dirige a quien se considera los responsables de la muerte, con Dios, con la vida, con el otro, con el que se murió. No importa cual sea el destino de la furia lo importante es que alguien tiene la culpa de este sentimiento de abandono del cual soy objeto. Es precisamente esta furia la que nos sitúa en la realidad, precede y prepara al cuerpo para la tristeza.

4.- Etapa de la culpa.- Nos sentimos culpables por habernos enojado con el otro, culpables con Dios, culpables por no haber evitado que muriera (si yo hubiera, debí haber, si yo no hubiera...) Decretamos que en nuestras manos existía la posibilidad de evitarlo, pero esa omnipotencia solo es para defendernos de que en realidad somos impotentes. Dirijo hacia mí el resentimiento por no haber evitado la muerte y me culpo de aquello que no hice y tuve la oportunidad de hacerlo. Esta culpa se va desvaneciendo poco a poco, de lo contrario el duelo se estancaría.

5.- Etapa de desolación.- Esta etapa es la de la verdadera tristeza. Aquí esta la impotencia, el darnos cuenta que no hay nada que podamos hacer, que el otro esta muerto y que eso es irreversible. Se experimenta la soledad, la soledad de estar sin el otro, con los espacios que ahora quedaron vacíos. Nos damos cuenta de que las cosas no volverán a ser como eran. Es la etapa de la tristeza que duele en el cuerpo, la etapa de la falta de energía, de la tristeza dolorosa y aplastante.

Puede ser que se tengan sensaciones y percepciones extrañas -pseudo alucinaciones-. Es fuerte pasar por estos momentos y muchos llegan a asustarse. Lo malo de esta etapa es que es dolorosa,

desesperante, inmanejable. Lo bueno es que pasa, y mientras pasa, nuestro ser se organiza para el proceso final.

6.- Etapa de la fecundidad.- Se empieza a salir de la desolación, es hacer algunas cosas dedicadas a esa persona, es transformar esa energía ligada al dolor en una acción. Es la reconstrucción de lo vital.

7.- Etapa de la aceptación.- Es la última etapa. Consiste en separarse, discriminarse de la persona que murió. Asumir que esa persona murió y yo no. Resituarse en la vida que sigue. Aceptar es interiorizar, me doy cuenta de lo que esa persona me dio y no se llevo con ella. Se supera pero no se olvida. Cuando el proceso es bueno las cicatrices ya no duelen y con el tiempo se mimetizan con el resto de la piel y casi no se notan, pero están ahí.

En gran parte compartimos la propuesta de etapas de duelo de Jorge Bucay, sobre todo por la visión humana y el trabajo con las emociones y las seudoemociones, sin embargo, Bucay no aclara de que manera se van presentando las etapas, incluso se crea la confusión con respecto a que una vez superada una etapa se pasaría a la inmediata superior, nada mas falso en la realidad. Las etapas de Jorge Bucay difícilmente pasarían la prueba en el trabajo clínico con pacientes, en virtud de que las etapas, en algunos casos, los pacientes las viven de manera alternada y en varias ocasiones.

Polo Scott

Psicoterapeuta gestalt y tanatologo, desarrollo las etapa de duelo a partir de mi trabajo en pacientes con enfermedades crónicas o terminales en grupos de autoayuda en la ciudad de México .menciono cuatro etapas, las dos primeras se pueden presentar de forma simultanea. No solo abarcan duelos por muerte, también se dan en otras pérdidas significativas como relaciones, objetos, mascotas, etc.

Desorganización aguda del YO

Una vez que sucede una pérdida significativa se presenta una crisis en las estructuras mentales de la persona (YO), esta crisis regularmente es producto de una circunstancia que se caracteriza por su brusca aparición, por lo tanto, la persona no está preparada para recibir el impacto de la pérdida, por ejemplo: hace tres meses Antonio recibió la noticia de la muerte de un amigo suyo, comenta que cuando le avisaron su primera reacción fue decir ¡me estas engañando!, ¡no es cierto!, con la insistencia de la persona que le confirmaba la pérdida irreversible del amigo, por algunos momentos no supo que decir, menciona que se quedó como de palo. Refiere que tiempo después anduvo como si todo pasara en cámara lenta e incluso que no tenía sensaciones ni emociones en su cuerpo. En el ejemplo anterior se observan con claridad las tres fases que acompañan la etapa de desorganización aguda del YO. Esta etapa contiene tres fases, estas son:

- a) Incredulidad. Al conocer la noticia la persona niega o pone en duda la posibilidad de la pérdida. Esta negación se produce como consecuencia de que la persona no está lista para asimilar el dolor que le produce el acontecimiento que súbitamente se está presentando y se caracteriza por las frases: ¡no puede ser!, ¡no es así!, ¡no!, ¡no es verdad!, etc. En el caso de Antonio las expresiones fueron: ¡me estas engañando!, ¡no es cierto!
- b) Parálisis. La noticia produce un momento en que la persona entra en impasse (es la lucha de dos fuerzas, una que busca salir y expresar la pérdida y otra que producto del dolor que puede sentir se niega a reconocerla). Es un momento de atolladero en que se encuentra la persona. Por ejemplo: en el caso de Antonio, por algunos momentos no supo que decir, menciona que se quedó como de palo sin expresión alguna, tratando de asimilar la noticia que recibió y le causó dolor.
- c) Desensibilización. La persona no está lista para experimentar el dolor que se produce como consecuencia de la pérdida, el organismo, en su sabiduría interna se protege, disminuyendo las sensaciones y emociones displacenteras que se puedan presentar, incluso haciendo que la persona no sienta dolor alguno, y se caracteriza por las frases: ¡no siento nada!, ¡es natural!, ¡algún día tenía que pasar!, ¡así es la vida!, ¡todos vamos para allá!, etc. para Antonio la expresión de la desensibilización fue que tiempo después anduvo como si todo pasara en cámara lenta e incluso que no tenía sensaciones ni emociones en su cuerpo, por lo tanto no sentía su cuerpo, ya que si lo sentía experimentaba el dolor, producto de la pérdida.

- a. Despersonalización. Esta se presenta cuando la persona percibe que lo que está ocurriendo no le está ocurriendo a ella, como consecuencia se presenta una disociación en la cuál el paciente se convierte en un observador externo de lo que le esta sucediendo.
- b. Desrealización. Se presenta cuando la realidad es altamente amenazante para la persona y como consecuencia la percibe como si fuera un sueño, una pesadilla de la cuál desea despertar.

Estas fases se pueden presentar simultáneamente y en cualquier orden. El tiempo que dura esta etapa depende de los factores que determinan el duelo y el tiempo de asimilación de cada persona.

#### Desorganización grave del YO

Es la parte de la crisis en que se puede complicar un duelo, producto de la incapacidad de la persona para poder expresar sus emociones que se dan como consecuencia de los introyectos que ha ido recibiendo a través e su vida, los cuales le indican que expresar emociones en público es malo y que solo lo hacen personas manipuladoras o que quieren llamar la atención, o cuando las condiciones para expresarlas no son las mas adecuadas, por ejemplo: que cuando la paciente llora, las personas que la rodean le pidan que ya no llore, que todo va a estar bien, que todo pasa y esto también pasara, que no deja descansar a la persona muerta, etc., por lo regular las personas que ocupan estas frases no lo hacen porque les duela el dolor de la persona en duelo, sino porque los conecta con sus propios duelos y como consecuencia con sus propios sentimientos, sin embargo, las emociones generan energía psicofísica que es necesario que se exprese y una forma de hacerlo es por es por medio de las pseudoemociones o somatizando las emociones en el cuerpo y produciendo enfermedades o trastornos. En nuestra sociedad la posibilidad de expresar las emociones es mínima, por lo que se altera el curso de la homeostasis del organismo y el proceso de duelo. Recordemos que cada persona tiene un tiempo y un momento de asimilación, al igual que la etapa anterior, la asimilación de esta etapa dependerá de cada persona y las fases se pueden presentar dos o más simultáneamente, e incluso todas a la vez. Que importante es en el trabajo

tanatológico permitir que el paciente exprese sus emociones creando un ambiente de confianza y seguridad.

Mencionemos un caso clínico: Martha de 35 años se presenta en el consultorio para elaborar su duelo por el divorcio con su esposo, a la fecha procrearon dos hijas, Mariana de 5 años y Susy de 3 años, Martha refiere sentir culpa por que a sus hija ella les va a quitar la posibilidad de crecer con un padre en una familia feliz, como ella la tuvo, ahora ella considera que no tiene derecho a rehacer su vida porque tiene que procurar la felicidad de sus hijas antes que la suya, comenta que no sabe si esta mas enojada con su esposo por la infidelidad o con ella por no haberse percatado de esto a pesar de la pruebas tan evidentes que tuvo. Martha dice: todo el día estoy pensando en el divorcio, en mis hijas, en mi esposo, en la infidelidad, incluso en lo que dirá mi familia y esto me agobia, me doy cuenta que mis hijas se sienten solas y desamparadas como si necesitarán protección, no duermo, y durante las noches lloro, me siento triste, incluso e llegado a pensar que salvo este incidente, el fue un buen esposo y un excelente padre.

En el caso de Martha su esposo, antes del divorcio tenía dos años llegando ocasionalmente a casa y a la fecha vive con otra pareja con quien ha procreado a una hija de 3 años.

En este ejemplo observamos las fases que acompañan la etapa de desorganización grave del YO. Esta etapa contiene seis fases, estas son:

- a) Enojo. Coraje con el otro, con el muerto, con el cuerpo médico, con Dios, con las circunstancias, incluso con uno mismo, es colocar la agresión fuera de mí para colocarlo en el otro. Es una emoción displacentera como consecuencia de la pérdida, se expresa por medio de la agresividad que tiene características biopositivas o bionegativas. Aclaremos lo anterior, las personas tienen dos formas de manifestar la agresividad producto del enojo: la primera: biopositiva se realiza experimentando el enojo y expresándolo sin afectar a terceros ni a su persona, algunas alternativa de expresión de enojo es ocupando técnicas gestálticas como la descarga sobre un objeto neutro, silla vacía u ocupando técnicas de bioenergética entre otras. La segunda: bionegativas surge cuando el enojo sale sin control alguno de manera brusca e inesperada , y en algunas ocasiones contra personas

que nada o poco tienen que ver con la situación o cuando no se expresa y la persona lo lleva a su cuerpo provocándose enfermedades. En el caso de Martha, ella no sabía si estaba más enojada con su esposo o con ella misma.

- b) Tristeza. Al percatarse de que hay una pérdida significativa, de que la persona murió y no regresara. Dejando un hueco que será difícil de llenar, esto en relación con lo significativo que fue. La tristeza es una emoción displacentera que en ocasiones se manifiesta con llanto, baja actividad psicofísica, cambio en los hábitos alimenticios y de sueño entre otros. Martha vive su tristeza de noche llorando y sin poder dormir.
- c) Culpa. Es una pseudoemoción displacentera que se deriva de la creencia consciente o inconsciente de haber trasgredido reglamentos o normas establecidas, por lo que se hizo y no fue suficiente o por lo que no se hizo y se pudo hacer y que necesita ser pagada por miedo de un castigo, por lo regular el paciente se somete ante la culpa. Continuando con el ejemplo: la paciente siente culpa por dejar a sus hijas sin padre, aunque el padre, por lo que ella comenta, ya se había ido antes, Martha tiene que pagar esta culpa no rehaciendo su vida.
- d) Idealización. Se produce como consecuencia de una pseudoemoción de derrota y minusvalía. La idealización es una pseudoemoción placentera que distorsiona las características de la persona, de la relación, de las circunstancias y que regularmente incrementa o busca nuevos atributos o virtudes que tal vez no tenía la persona o la relación, es elevarlo y colocarlo en un altar en el caso de que la persona haya muerto. surge como consecuencia de creer que la persona que se separó fue derrotado, aunque la derrota y posiblemente la minusvalía produce sentimientos displacenteros, para contrarrestar esta pseudoemoción de la derrota y minusvalía se ocupan atributos o se incrementan los ya existentes no para el otro, sino para mí, porque reconociéndolo en el otro lo reconozco en mí. Martha idealiza al buen esposo y al excelente padre.
- e) Proyección. Mecanismo de defensa que coloca las necesidades y sentimientos propios en otra persona para protegerse a sí misma del dolor o sufrimiento que experimentaría si las reconoce en ella como resultado de la pérdida significativa o del proceso de duelo. Martha ocupa este mecanismo de defensa colocando sus sentimientos en sus hijas y de esta forma no viviendo su soledad y desamparo.

- f) Fijación. Son ideas recurrentes e intrusitas que la persona no puede controlar y que constantemente ingresan en su pensamiento, funciona como un mecanismo de defensa que busca que la persona olvide lo significativo de la pérdida y que esta acentuado por los sentimientos de culpa, de tal forma, que para evitar los sentimientos de culpa se presenta la fijación que es no poder dejar de pensar en la persona, relación o en los acontecimientos que originaron la pérdida. Martha dice: todo el día estoy pensando en el divorcio, en mis hijas, en mi esposo, en la infidelidad, incluso en lo que dirá mi familia y esto me agobia, lo cual impide que se presenten con mayor fuerza los sentimientos de culpa.

### Reorganización.

Reestablecimiento de las estructuras mentales y superación de los acontecimientos que provocaron la crisis, para aclarar esto, hagámoslo con un ejemplo: Claudia de 58 años paciente que llega a consulta por perdida de su trabajo, consecuencia de su jubilación, en algún momento de su proceso de terapia, manifestó que había llegado el momento de empezar a vivir y encontrar sentido a su nueva vida, reconociendo que podía realizar nuevas actividades, que su trabajo era muy importante pero que no lo era todo en su vida, que le agradecía esos 28 años en que ella laboro en su centro de trabajo, pero que al igual que en otros momentos de su vida se había despedido de otros lugares y de otras personas, había llegado el momento de despedirse de su trabajo, de sus compañeros de trabajo y de las actividades relacionadas con su trabajo.

- a) Reconocimiento. Es la creencia consciente que se produce dentro del proceso de duelo como la asimilación de la pérdida y de que ha llegado el momento de reiniciar las actividades que quedaron pendientes o nuevas actividades para seguir siendo funcional, es admitir la pérdida en su justa dimensión. Con Claudia el reconocimiento se da cuando se da cuenta que su trabajo era muy importante pero que no lo era todo en su vida.
- b) Aceptación. Admitir que la pérdida se suscito y que no hay marcha atrás es separarse y despedirse definitivamente de la persona, relación, circunstancia, mascota u objeto. Es empezar a recordar sin que la persona sienta carga emotiva. Claudia considero que había

llegado el momento de despedirse de su trabajo, de sus compañeros de trabajo y de las actividades relacionadas con su trabajo

Reubicación del sistema.

Producto de la pérdida el sistema se ve alterado, esta alteración del sistema requiere en algún momento de un ajuste, dado que la persona que se separa del sistema desempeñaba funciones que no se pueden dejar de realizar y que probablemente realicen otras personas, de igual manera sucede con las relaciones las cuales serán sustituidas, por otro tipo de relaciones. Cuando el yo está listo realiza los ajustes necesarios para cubrir el hueco que dejó la pérdida, En esta etapa se identifican las ganancias de la pérdida. Un ejemplo es: Irene de 43 años acudió a consulta por la muerte de su madre proviene de una familia integrada por 4 hermanos, todos casados, cuando se suscitaba un conflicto entre los hermanos, la madre de Irene se encargaba de reunirlos y aclarar la situación, incluso servía como un juez quien determinaba a quien le asistía la razón, las reuniones familiares se realizaban en la casa materna y los alimentos que se consumían en esas reuniones eran preparados por la madre de Irene, cada vez que requerían del cuidado de sus hijos lo hacía la abuela, los hijos y las hijas cuando tenían problemas acudían a su madre. Cuando se presenta la reubicación del sistema en el caso de Irene, a ella le corresponde por ser la hermana mayor ser la mediadora en los conflictos familiares, las reuniones familiares se empiezan a realizar en la casa de un hermano de Irene quien determina que los alimentos que se van a consumir en las reuniones se compraran ya preparados y el gasto se reparte equitativamente entre los asistentes. Con respecto al cuidado de los hijos cada familia se encarga de buscar nuevas alternativas, incluso han contratado a una cuidadora, y la hermana menor, por sus características de su personalidad es a quien acuden a contar los problemas cuando se presentan.

Estas etapas consideran, de forma general los momentos por los que pasa una persona como respuesta a una pérdida significativa, no olvidemos que el duelo es un proceso y no un hecho aislado, y como consecuencia requiere de un tiempo de asimilación que estará en función de cada persona y no en función de tiempos predeterminados. Otra aportación de estas etapas es la flexibilidad que presentan, principalmente en las etapas de desorganización aguda del yo y

desorganización grave del yo, ya que sus fases se pueden presentar en cualquier orden e incluso varias a la vez, además que estas fases pueden estar interrelacionándose continuamente.

Respecto a la reorganización se resalta el hecho de que antes de que haya una aceptación de la pérdida significativa, es importante que se reconozca su justa dimensión ya que sino, se corre el riesgo de considerar que la persona ya aceptó la pérdida y nos encontramos tiempo después con que su comportamiento corresponde a etapas anteriores, principalmente cuando el reconocimiento que se hace de la pérdida no corresponde a la realidad de la persona, por lo cual es primordial considerar los factores determinantes del duelo y la situación que vive la persona en el momento que se presenta la pérdida.

Cuando hablamos de la etapa de reubicación del sistema y la colocamos como la etapa final no podemos olvidar que la realidad impone su ritmo, y como consecuencia esta etapa inicia poco tiempo después de haber sucedido la pérdida, en el caso de la muerte de un padre con hijos pequeños, la madre tendrá que ajustarse a las demandas de sus hijos, ya que ellos seguirán comiendo, asistiendo al colegio, la ropa se tendrá que lavar, el quehacer de la casa se tendrá que efectuar y parte del papel que jugaba el padre recaerá en la madre, de igual manera sucede con otros tipos de pérdidas donde el mundo, por desgracia no se detiene.

Finalmente cada persona es distinta, por su personalidad, por sus vivencias, por sus expectativas, esto hace que su proceso de duelo lo viva de manera personal y estas etapas se ajustan a cualquier tipo de persona en los distintos duelos.

## ASPECTOS A CONSIDERAR DENTRO DEL TRABAJO TANATOLOGICO

El tanatólogo tiene que estar consciente del trabajo que va a realizar, y esto involucra los aspectos básicos que se presentan en el proceso de duelo, a continuación mencionaremos los más sobresalientes:

- ✓ Facilitar al sobreviviente la realidad de la pérdida.- Cuando un ser querido muere, aunque la muerte sea esperada, existe una cierta sensación de irrealidad, de que esto ocurrió realmente.
- ✓ Facilitar al sobreviviente a identificar y expresar sus emociones.- Que importante es que el sobreviviente reconozca y exprese de manera sana y nutritiva sus emociones, en algunos casos le será difícil expresarlas principalmente porque algunas de ellas son displacenteras (miedo, tristeza, enojo).
- ✓ Apoyar al sobreviviente a vivir sin su ser querido.- La reubicación del sistema debe de considerar los roles que realizaba la persona que murió y quien o quienes irán cubriendo esos papeles, de igual forma sucede con las relaciones, es posible que no se encuentre a personas tan semejantes para cubrir los lazos afectivos, sin embargo, estos se pueden ubicar en varias personas y en distintos niveles y de distintas formas.
- ✓ Propinar un clima donde la elaboración del duelo se realice al tiempo y al ritmo del paciente.- El proceso de duelo requiere tiempo y cada persona lo asimila de distinta forma, respetar el ritmo del tiempo del paciente es fundamental, recordando que es el paciente quien esta elaborando el duelo y no el tanatologo.
- ✓ Dar apoyo continuo.- Siempre y cuando el paciente así lo solicite, no es recomendable que el tanatologo presione al paciente para que elabore su duelo.
- ✓ Examinar defensas y estilo de afrontamiento.- Facilitar a los pacientes el examen de sus defensas y la forma en la que afrontan sus procesos de duelo, estos se intensifican después de un a perdida significativa
- ✓ Identificar patologías y canalizarlas a la atención adecuada.- Conocer cuando el paciente presenta cuadros psiquiátricos cuya atención requiera la intervención de un especialista como lo es el medico psiquiatra.

## INTERVENCION EN CRISIS

La teoría de la crisis de Caplan se formo a partir de la estructura de la psicología de Erickson, en la que el ser humano se ve provisto de un mecanismo para entender el crecimiento y desarrollo a través de una serie de ocho etapas las cuales abordamos en el capítulo dos. El interés de Caplan fue el describir como las diferentes personas logran hacer frente a la transición de una etapa a otra

y pronto identifiqué la importancia de los recursos personales y sociales en el desarrollo y resolución de las crisis, una crisis es un estado amenazante para el individuo en las que las habilidades anteriores para enfrentar las situaciones amenazantes le resultan insuficientes y la tolerancia a la frustración disminuye, al mismo tiempo, es una oportunidad para crecer y el individuo puede adquirir nuevas herramientas para su vida futura.

### Tipos de crisis

- ✓ Crisis circunstanciales.- Se presentan súbitamente en la vida del individuo, como algo inesperado y se apoyan en algún factor ambiental, o sea, externo al individuo, por ejemplo: la muerte de un ser querido, la pérdida del empleo, un accidente, un desastre natural, etc.
- ✓ Crisis de desarrollo.- Tienen que ver directamente con el desarrollo personal del individuo, se tratan de los diferentes cambios que experimenta al pasar de una etapa de desarrollo a otra.

### Fases por las que pasa una persona en crisis según Caplan

- ✓ Impacto.- Los mecanismos de enfrentamiento del individuo fallan y los signos de estrés y de tensión aparecen. La persona puede experimentar momentos de aturdimiento y confusión.
- ✓ Retroceso.- Esta caracterizada por incrementos en la desorganización. La persona no puede expresar sus emociones displacenteras y su atención no está en lo que le interesa de la vida diaria. Las manifestaciones psicósomáticas aparecen con muestras de fatiga, insomnio, apatía, trastornos alimenticios, etc.
- ✓ Ajuste y adaptación.- Los recursos propio y del entorno del individuo pueden ser movilizados y como consecuencia, el problema se resuelve.

### Elementos importantes en una crisis

Según Caplan existen cuatro elementos importantes en una crisis

- ✓ Existe un incremento en la tensión, actividad y desorganización del individuo intentando resolver la situación utilizando las maniobras acostumbradas con la esperanza de retornar al punto de equilibrio.
- ✓ Al fracasar utilizando los mecanismos de defensa, la tensión y la desorganización aumentan.
- ✓ El estado crítico obliga al individuo a utilizar sus recursos extras, internos y externos para intentar resolver el problema.
- ✓ Si el problema persiste una mayor desorganización de la personalidad ocurre, aumentando la frustración.

Tipos de intervención en crisis.

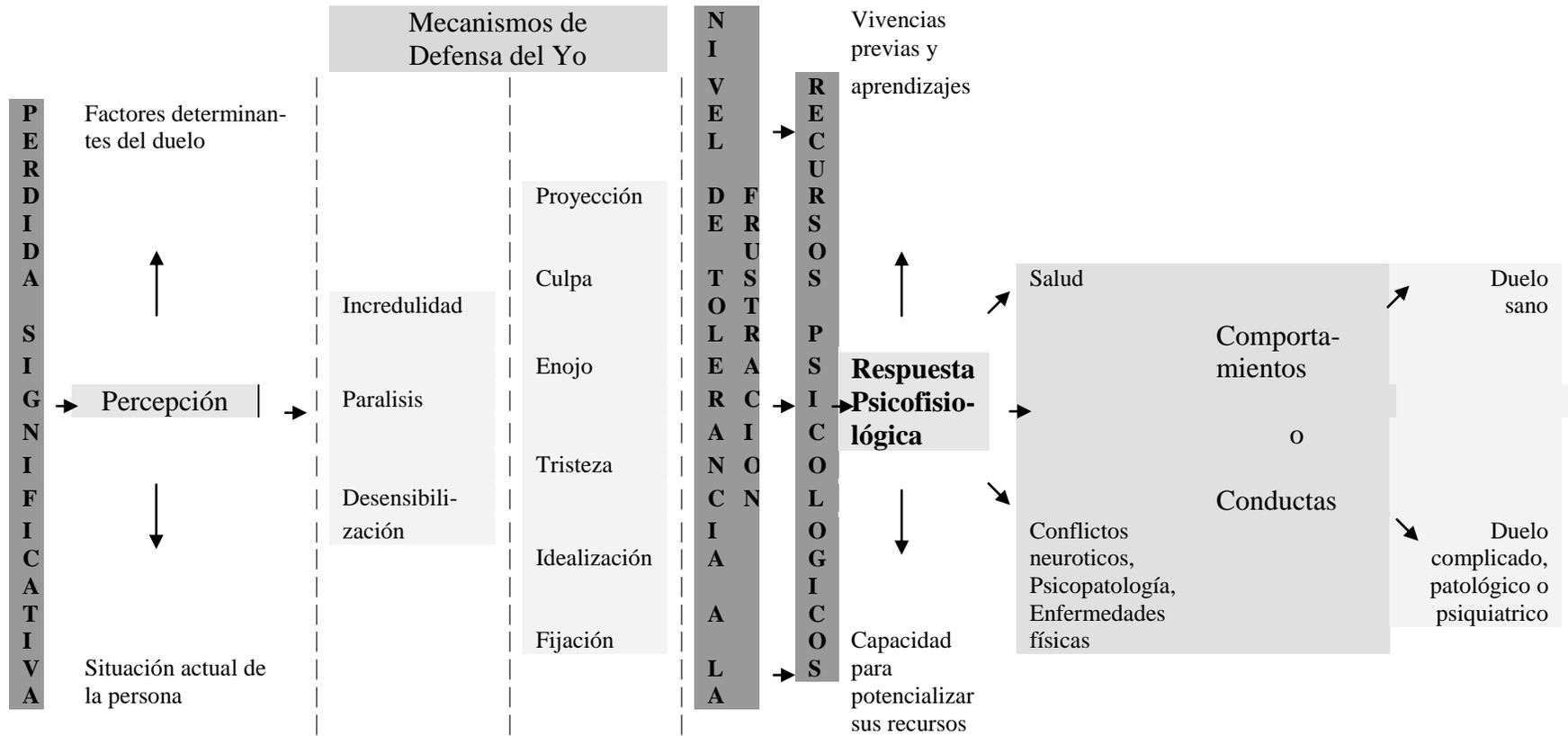
Slaikau señala un modelo sobre intervención de crisis el cual divide según el tipo de trabajo en:

- ✓ Intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica.- Es la ayuda inmediata que se da a la persona y que proporcionan las personas que observan la necesidad, consiste básicamente en dar apoyo, escuchar y permitir la catarsis y la demostración de emociones.
- ✓ Intervención de crisis de segundo orden o terapia en crisis.- Es un proceso terapéutico a corto plazo que va más allá de la restauración de los mecanismos de defensa y busca la elaboración y resolución de la crisis.

Los principios que debe seguir el tanatólogo en la intervención en crisis son:

- ✓ Establecer la empatía con el paciente y manejo de la atenta escucha.
- ✓ Rastrear las dimensiones y características del problema.
- ✓ Establecer las posibles alternativas de solución para las necesidades inmediatas.
- ✓ Facilitar la toma de decisiones y la acción al paciente.
- ✓ Continuar el proceso durante el tiempo necesario en tanto exista la crisis.

# MODELO POLO SCOTT DE COMPORTAMIENTO ANTE EL DUELO



Este modelo de comportamiento ante el duelo ilustra los diferentes pasos que ocurren entre la experiencia inicial de una pérdida significativa y el comportamiento o conducta que puede seguir una persona como consecuencia de dicha pérdida.

En el primer paso, una vez que se presenta una pérdida significativa, la persona la percibe en función de los factores determinantes del duelo que son: quien era la persona, el tipo de la relación y lo significativo que era, forma en que se murió, antecedentes históricos, variables de personalidad, variables sociales, variables económicas, experiencias previas con la muerte, tácticas de la persona para superar crisis y forma de percibir la muerte, y la situación emocional actual de la persona.

Los mecanismos de defensa del Yo de la persona actuarán en forma paralela, como filtros, el primer filtro se encargará de disminuir la carga emotiva de la pérdida significativa por medio de la incredulidad, la parálisis y la desensibilización, el segundo filtro disminuye el dolor que se puede generar por la pérdida, actuando con los mecanismos de proyección, culpa, enojo, tristeza, idealización y fijación, los cuales actúan simultáneamente

Una vez superados los mecanismos de defensa del Yo, como filtros, le corresponde al nivel de tolerancia de frustración de la persona determinar la intensidad del impacto emocional que produce la pérdida, bajos niveles de tolerancia a la frustración traen consigo alto impacto emocional displacentero, por el contrario, altos niveles de tolerancia a la frustración producen bajo impacto emocional displacentero.

Los recursos psicológicos con que cuenta la persona serán determinantes para establecer la respuesta psicofisiológica que se presentará, los recursos psicológicos están determinados por las vivencias previas y los aprendizajes significativos de la persona y su capacidad para potencializar los recursos con que cuenta, mencionaremos algunos recursos: niveles de autoestima, niveles de optimismo, capacidad de adaptación, flexibilidad ante situaciones críticas, estilos de afrontamiento, capacidad de soportar el dolor, aptitudes y actitudes, temperamento, carácter, valores, etc.

Las respuestas psicofisiológicas con personas de recursos psicológicos favorables irán hacia la salud y como consecuencia a un comportamiento o conducta que se va a reflejar en un proceso de duelo sano, en tanto que personas con recursos psicológicos desfavorables tenderán hacia conflictos neuróticos, psicopatologías y enfermedades físicas, con lo cual, los comportamientos o conductas se reflejarán en un proceso de duelo complicado, patológico o psiquiátrico.

## EL PROCESO DE TERAPIA TANATOLOGICA GESTALT EN EL MANEJO Y RESOLUCIÓN DE DUELO

Para iniciar cualquier proceso de terapia tanatologica es indispensable conocer al paciente, el primer paso para lograrlo es por medio de una entrevista.

Para Bingham y More la entrevista es una conversación seria que se propone un fin determinado, distinto del simple placer de la conversación.

La entrevista es un método para reunir datos durante una consulta privada o una reunión; una persona que se dirige al entrevistador cuenta su historia, da su versión de los hechos o responde a las preguntas relacionadas con el problema estudiado.

Hay varios tipos de entrevista, entre ellos:

- ✓ Entrevista de admisión. En general, una entrevista de admisión tiene dos propósitos: Determinar porque el paciente ha llegado con nosotros. Si es un candidato para el trabajo tanatológico
  
- ✓ Entrevista de historia clínica.- Básicamente el propósito de la obtención de la historia clínica consiste en proporcionar un amplio contexto y trasfondo en el cual pueda colocarse al paciente y al problema. Cubre la infancia, la adolescencia y la adultez, dependiendo de la edad del entrevistado, e incluye aspectos educativos, sexuales, médicos, paternos, ambientales, religiosos y patológicos. La siguiente es una propuesta de historia clínica:

## HISTORIA CLINICA

### 1.- DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

GENERO: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

RELIGION: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_

NIVEL SOCIOECONOMICO \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

### 2.- FAMILIOGRAMA

### 3.- MOTIVO DE CONSULTA

\_\_\_\_\_

### 4.- CONSTELACION FAMILIAR



### 5.- NACIMIENTO Y DESARROLLO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.- HISTORIA DE SALUD

---

---

7.- HISTORIA ESCOLAR

---

---

8.- HISTORIA LABORAL

---

---

9.- HISTORIA FAMILIAR

---

---

10.- HISTORIA SEXUAL

---

---

11- HISTORIA DE PERDIDAS SIGNIFICATIVAS

---

---

12.- HISTORIA DE LA PRIMERA EXPERIENCIA DE PÉRDIDA

---

---

13.- HISTORIA DE LA CRISIS MÁS SIGNIFICATIVA DE SU VIDA

---

---

14.- OBSERVACIONES

---

---

- ✓ Entrevista en crisis.- El propósito de esta consiste en apoyar a la persona que se encuentra en estado temporal de desorganización de sus esquemas cognitivos y emocionales para resolver el hecho o el suceso que origino la desorganización.

## TERAPIA TANATOLOGICA

La terapia tanatológica es el proceso que busca mejorar la calidad de vida del paciente crónico y terminal, de su familia, de sus amigos y del cuerpo médico, a su vez, apoyar a la persona que vive una pérdida significativa (muerte, divorcio, separación, abandono, relación, etc.) a la resolución del duelo.

Los tipos de terapia que aquí consideramos son:

- ✓ Dirigida.-Es aquella en la cual el tanatólogo lleva un tema específico para trabajar con su paciente, tiene la inconveniencia que por lo regular se trabaja proyecciones del tanatólogo y no los duelos del paciente. Una forma de evitar las proyecciones es que el tanatologo se conozca y tenga su propio proceso de terapia.

Por ejemplo: la necesidad del tanatologo en ese momento es su padre, y decide trabajar la figura paterna del paciente, se inicia la sesión de la siguiente forma:

**Tanatólogo:** *Hola, ¿Cómo estas?*

**Paciente:** *Bien*

**Tanatólogo:** *Cuando estas bien ¿con quien estas?*

**Paciente:** *Bueno, con mi familia*

**Tanatólogo:** *Con quien de tu familia*

**Paciente:** *Con mi Mamá*

**Tanatólogo:** *Con quien más*

**Paciente:** *Con mi Papá*

A partir de aquí el tanatólogo realiza todo tipo de preguntas con respecto a la relación del paciente con el papá. Es probable que como la necesidad del paciente no es hablar del padre el tanatólogo ocupe algunas técnicas para obligarlo a trabajar el tema, sin embargo, por lo regular terminara con consejos y poco en realidad se habrá elaborado en relación a la necesidad del paciente.

- ✓ Gestalt.- En ella el tanatólogo tiene como objetivo determinar cual es la necesidad del paciente y una vez ubicada cerrar el duelo ó asunto inconcluso que la origino, haciendo uso de distintas técnicas gestalticas para su elaboración y resolución.

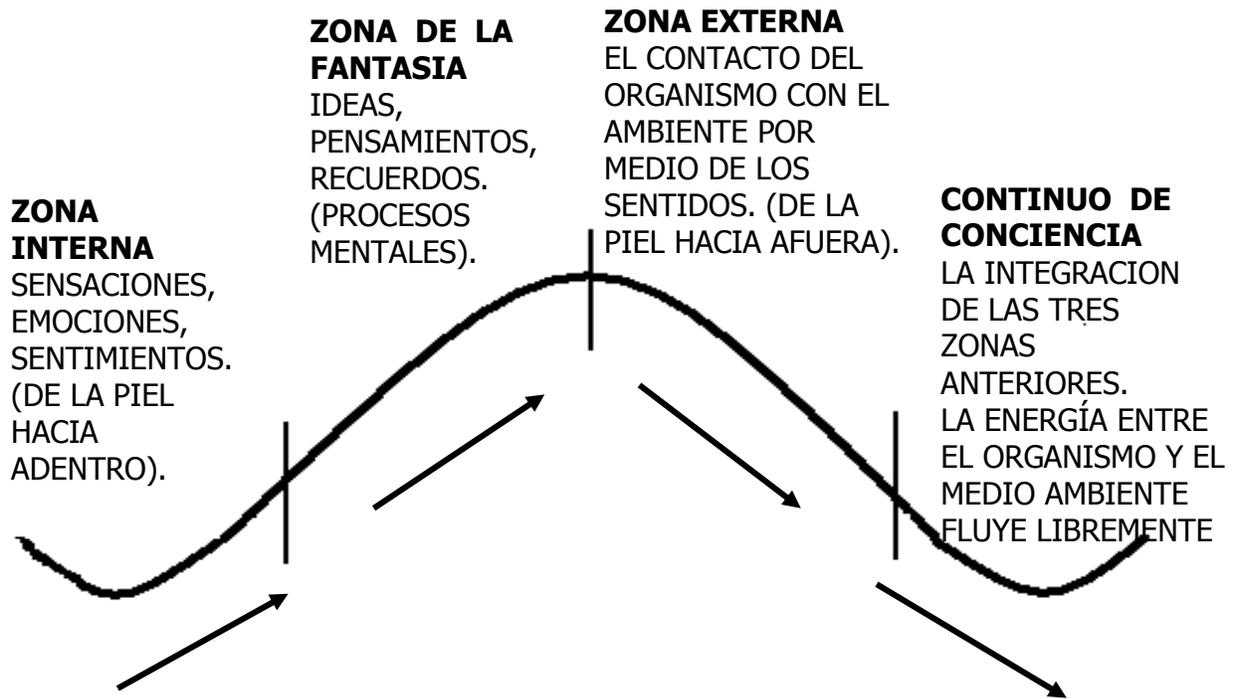
MÉTODO DE TERAPIA TANATOLOGICA POLO SCOTT

En el Centro de Tanatología y Terapia de Duelo S. C. ocupamos el Método Polo Scott en la atención de pacientes con duelo, los resultados han sido excelentes. Este método está basado en el comportamiento fisiológico conductual, para la psicoterapia gestalt las necesidades físicas y psíquicas requieren para su satisfacción de la misma energía que produce el organismo, es decir la psicoterapia gestalt no separa necesidades físicas de necesidades psíquicas, sino las integra en necesidades orgánicas.

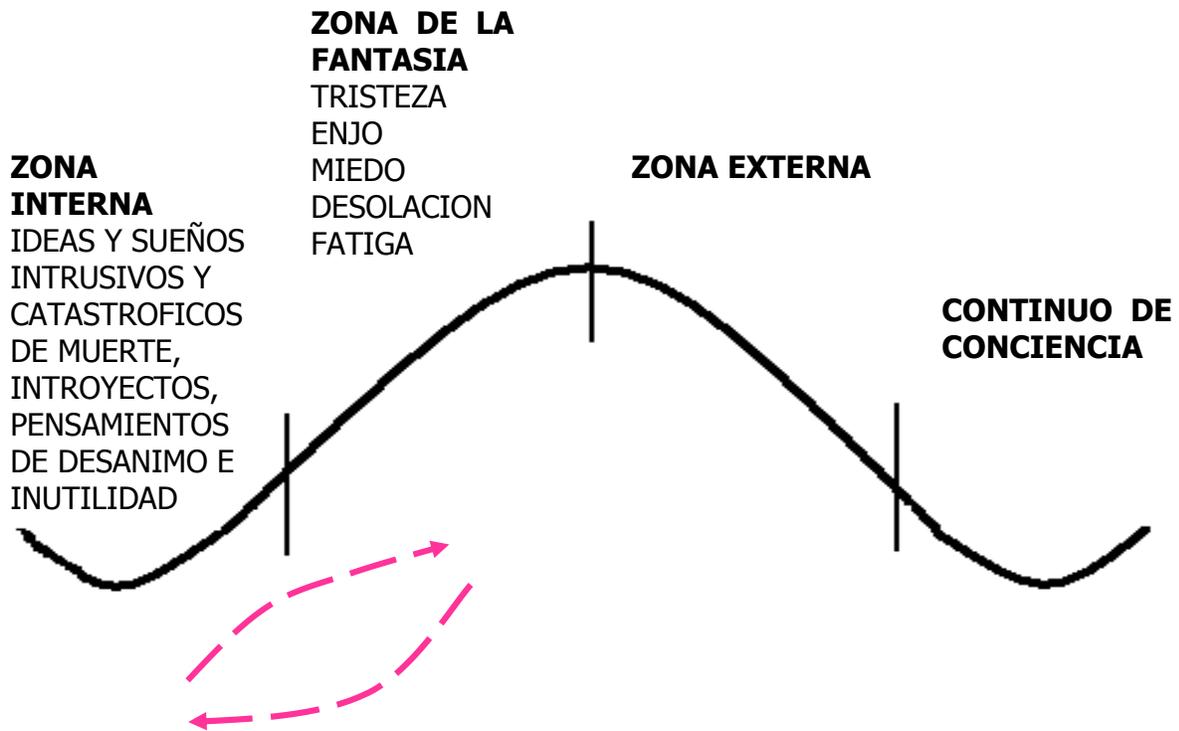
El comportamiento de una persona en equilibrio inicia a partir de las sensaciones, emociones o sentimientos que se van desarrollando en el organismo, esto se da de la piel hacia adentro de la persona, es decir, en su zona interna, una vez que estas sensaciones, emociones o sentimientos toman fuerza, la persona hace conciencia de que es lo que necesita, generando ideas y pensamientos, esto se desarrolla en sus estructuras mentales, en su zona de la fantasía. Para cubrir su necesidad primordial la persona requiere interactuar con el medio, todo lo que está de su piel hacia fuera, su zona externa, una vez que la persona está satisfecho su necesidad principal, lo consigue incorporando las tres zonas, interna, externa y fantasía, en una sola, la cual llamamos continuo de conciencia para dar paso a una fase de reposo y posteriormente a la formación de otra necesidad.

A continuación en la siguiente gráfica se representa el Ciclo de la Experiencia Gestalt, el cual fue utilizado por los siguientes autores: Fritz Perls, James Kepner, Joseph Zinder, Irving Polster y Gary Yontef.

#### CICLO DE LA EXPERIENCIA GESTALT



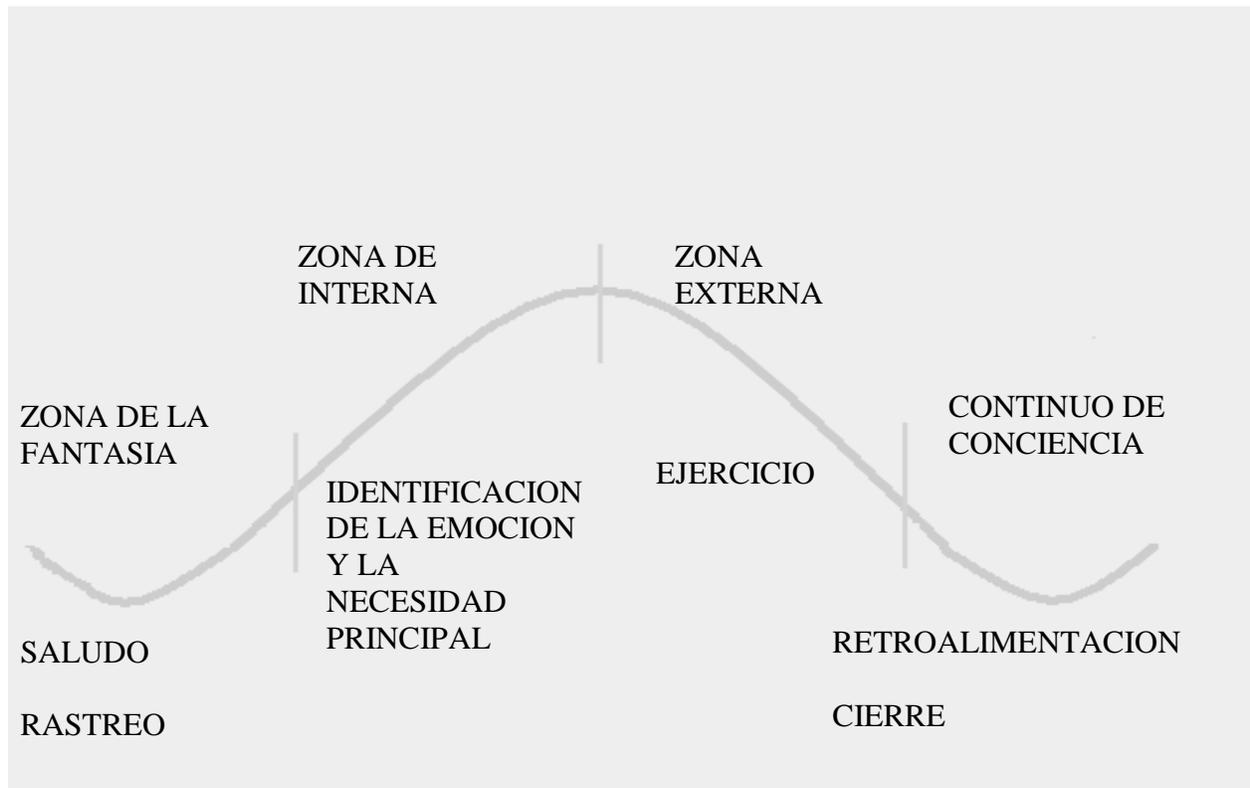
Si embargo, una persona en desequilibrio, o mejor dicho, un paciente, que percibe amenazada su vida, como es el caso de los pacientes terminales o de los pacientes crónicos pueden llegar a presentar una alteración en el ciclo de la experiencia, de acuerdo a las investigaciones realizadas en el Centro de Tanatología y Terapia de Duelo, el paciente inicia su proceso de satisfacer su necesidad principal en la zona de la fantasía, por medio de ideas y sueños repetitivos y catastróficos, así como pensamientos relacionados con la culpa y la inutilidad. Pasando a la zona interna con manifestaciones de emociones tales como el miedo, el enojo, la tristeza, la fatiga, entre otros; regresando posteriormente a la zona de la fantasía que a su vez lo lleva a la zona interna, creando así, un círculo vicioso que impide pasar a la zona externa y al continuo de conciencia, tal como lo demuestra la siguiente gráfica.



De lo anterior surge la necesidad de realizar un método que este acorde a los requerimientos de un tipo de paciente específico, el paciente terminal o crónico, este método consta de seis pasos:

1. Saludo
2. Rastreo
3. Identificación de la emoción y de la necesidad principal
4. Ejercicio
5. Retroalimentación
6. Cierre

**METODO DE TERAPIA TANATOLOGICA POLO SCOTT**



Es oportuno comentar que dentro de la terapia gestalt, a la necesidad principal del paciente se le conoce también con el nombre de figura, los seres humanos tenemos a la vez varias necesidades, sin embargo, tenemos una que sobresale de todas ellas, nosotros ocuparemos el término de necesidad principal.

A continuación desarrollaremos cada uno de los pasos del método.

- ✓ Saludo.- Marca el inicio de la sesión. Es diferente al saludo convencional o social que regularmente realizamos. Se sugiere que el saludo sea neutro para no inducir la terapia:

Hola

¿Qué tal?

Hola, ¿qué tal?

Sin embargo, no es incorrecto utilizar el Hola ¿cómo estas?, en tanto el paciente se va familiarizando con el trabajo tanatológico.

- ✓ Rastreo.- Tiene como objetivo conocer en el aquí y ahora las circunstancias que llevan al paciente a la terapia e iniciar el proceso de aclarar las necesidades del paciente, misma que en varios casos el paciente desconoce, para esto, el tanatólogo debe ocupar de manera adecuada la comunicación en sus tres niveles (no verbal, verbal y paralinguística), la pregunta eficaz y los silencios.



Comunicación no verbal	55%
Comunicación paralinguística	37%
Comunicación verbal	8%
	100%

La comunicación no verbal son los gestos, las posturas, las posiciones corporales, la forma de vestir, los movimientos, mirada, tonalidades de la piel, etc.

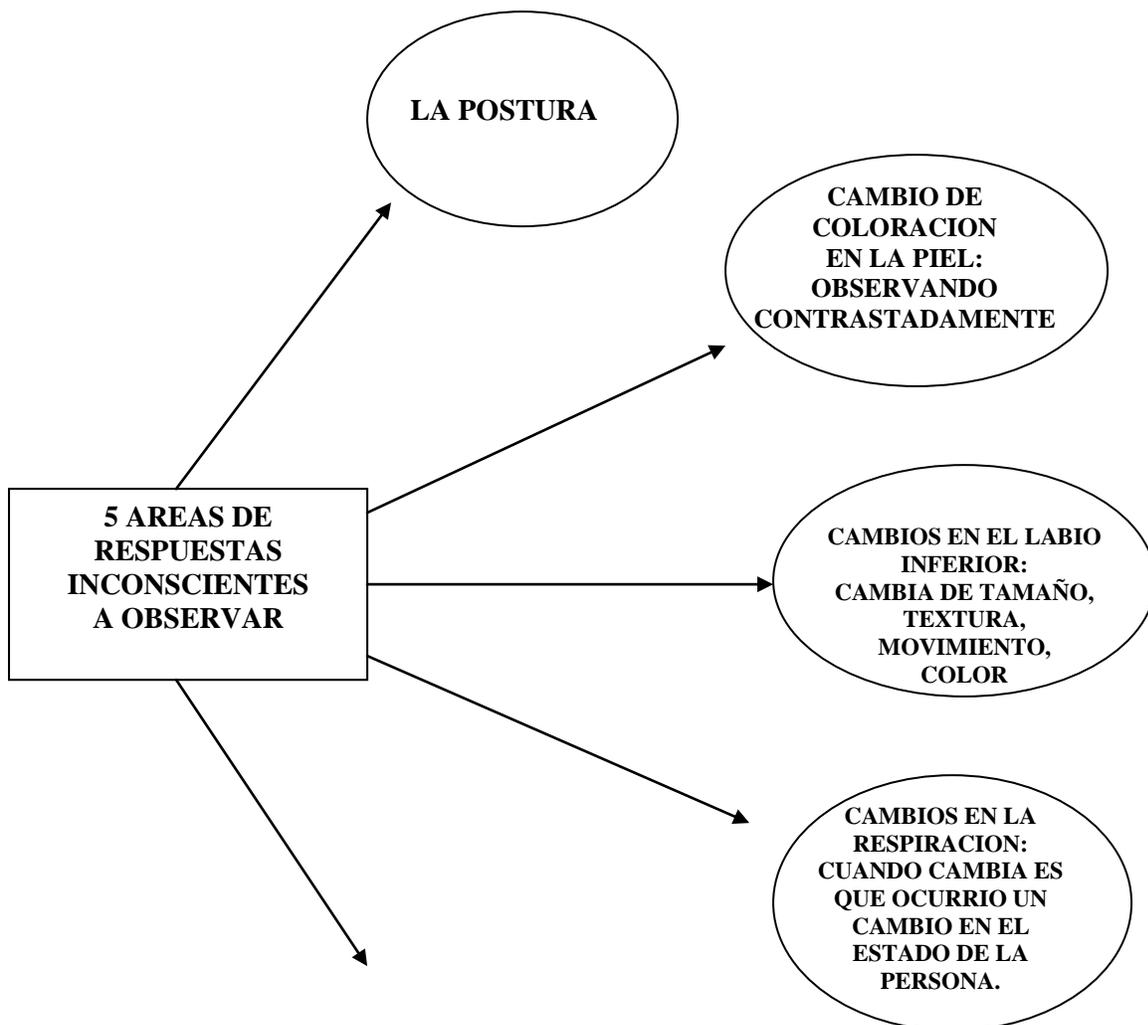
La comunicación paralinguística es el tono de la voz, la velocidad de la voz, el ritmo de la voz, no lo que se dice sino como se dice.

La comunicación verbal es el contenido de lo que se habla.

Para determinar la congruencia o incongruencia que un paciente presenta en el proceso de terapia ocupamos la fenomenología, que es, la habilidad para distinguir pequeñas señales y reconocer su significado dependiendo de cada persona. La comunicación del cuerpo es un punto de partida para entender el significado de las comunicaciones.

Por ejemplo: Rocio de 35 años que acude a consulta por la muerte de su madre, dentro del proceso de terapia en la segunda sesión al hablar de su madre, su voz cambia, se vuelve entrecortada, su rostro se sonroja, presenta llanto, inclina su espalda hacia el frente, agacha la cabeza, junta sus manos, y cuando le pregunto ¿Cómo te sientes?, su respuesta es: tranquila, es claro que la comunicación no verbal y paralinguística no corresponden a la lo que ella dice por medio de la comunicación verbal.

Las 5 áreas de respuesta inconsciente a observar en un paciente dentro de la terapia tanatológica ocupando el método fenomenológico.



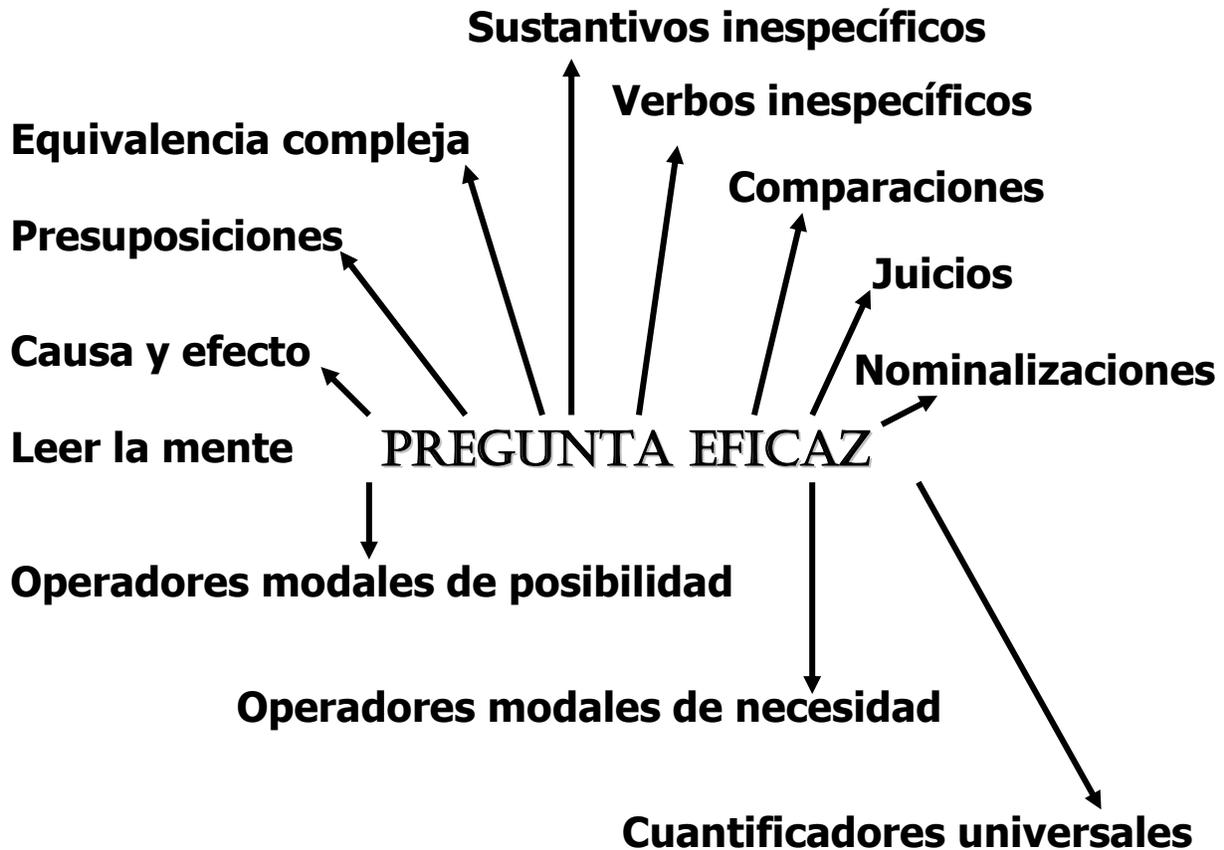
**MICROCAMBIOS EN LOS  
MUSCULOS FACIALES:  
TENSION Y RELAJACION  
EN EL EXTREMO DE LOS  
OJOS, ALREDEDOR  
DE LA BOCA, MEJILLAS,  
BARBILLA Y  
NARIZ**

Los pacientes cuando acuden a terapia, desde el momento que ingresan a la consulta es necesario poner atención en los distintos movimientos que presentan, de igual manera lo es durante la sesión, esta observación deberá centrarse sobre estas 5 áreas de respuesta inconsciente con la intención de conocer que esta sucediendo en el mundo interior del paciente y que nos pueda dar elementos para facilitarle la resolución de su duelo.

Pregunta eficaz.- La comunicación verbal en terapia tanatológica se da a través de la pregunta eficaz. Especifica el proceso de pasar de comunicación superficial a comunicación profunda y es una técnica para desafiar la estructura de comunicación del paciente, reconectándola con su experiencia personal, con el objetivo de recabar información significativa de las vivencias del paciente. Consiste en desafiar la vaguedad e imprecisión del lenguaje del paciente, con el fin de ampliar sus recursos durante su proceso de terapia tanatológica, para lo cual utilizamos algunos recursos de la Programación neuro lingüística

La pregunta eficaz, tiene como objetivo:

- Recabar información
- Aclarar información
- Identificar limitaciones
- Abrir nuevas opciones
- Observamos la congruencia e incongruencia



### **Sustantivos inespecíficos**

Este tipo de eliminación puede implicar una visión del mundo en la que la persona es un espectador pasivo y donde las cosas se suceden sin que nadie sea responsable de ellas.

*Están afuera esperándome*

*Los niños son una molestia*

*No soporto a los hombres*

Los sustantivos inespecíficos se aclaran preguntando

**¿Que o quien específicamente..?**

### **Verbos inespecíficos**

A veces el verbo no está especificado

*Se corto*

*Me ayudo*

*Me hirió*

### *Me ofendió*

Los verbos inespecíficos se aclaran preguntado

*¿Cómo específicamente...?*

*¿Cómo es qué ... ?*

### **Comparaciones**

Toda frase que emplee palabras como *mejor o peor* establece una comparación, solo se puede dar si hay algo con que comparar.

*Lleve mal la reunión*

*El es un mal padre*

Las comparaciones se aclaran preguntado:

*¿Comparado con qué?*

*¿Comparado con quién?*

### **Juicios**

Es útil saber quien hace el juicio; puede provenir de un recuerdo infantil. También es útil saber cuales son las razones para realizar ese juicio.

*Evidentemente este hombre es malo*

*¿Para quién es evidente?*

Los juicios se aclaran preguntado:

*¿Quién hace este juicio, y con qué base lo está haciendo?*

### **Nominalizaciones**

Es cuando un verbo que describe un proceso se convierte en sustantivo:

*La enseñanza y la disciplina, aplicadas con respeto y firmeza,  
son esenciales en el proceso de educación*

Las Nominalizaciones se aclaran convirtiéndolas en verbo y preguntando por la información perdida:

*¿Cómo lo hace ...?*

*¿Cómo es que ...?*

### **Operadores modales de posibilidad**

Palabras como no se puede o no se debe ponen límites por reglas no dichas.

*No lo podría rechazar*

*Soy así, no puedo cambiar*

Los Operadores modales de posibilidad se aclaran preguntando:

*¿Qué pasaría si usted ...?*

*¿Qué le impide ...?*

### **Operadores modales de necesidad**

Incluyen una necesidad y se indican con palabras como “debería y no debería, debo y no debo”.

*Debo atender a mi familia antes que a mí*

Los Operadores modales de necesidad se aclaran preguntando:

*¿Qué pasaría si no lo hiciera ...?*

*¿Qué habría pasado si usted no*

*hubiera ...?*

### **Cuantificadores universales**

Las generalizaciones se expresan normalmente, con palabras de tipo “todo, nada, siempre, nunca, ninguno”.

*“Nunca hago nada bien”*

Los Cuantificadores Universales se aclaran preguntando mediante un contraejemplo:

*¿Ha habido algún momento en que...?*

### **Equivalencia compleja**

Se produce cuando dos afirmaciones se relacionan de tal forma que se entienden como iguales:

*“No estas sonriendo, no es divirtiéndote”*

Las Equivalencias Complejas se aclaran preguntando:

*¿Cómo es que esto significa lo otro?*

### **Presuposiciones**

Creencias y expectativas sacadas de nuestra experiencia personal.

***“Eres tan estúpido como tu padre”***

**(Tu padre es estúpido)**

Las presuposiciones se aclaran preguntando:

***¿Qué te hace creer que ...?***

### **Causa y efecto**

Son pensamientos en términos de causa y efecto

***“Me gustaría trabajar, pero tengo que cuidar a mi mamá”***

Causa y efecto se pueden aclarar preguntando:

***¿De qué manera exactamente esto causa lo otro?***

### **Leer la mente**

Es cuando proyectamos nuestros pensamientos inconscientes y los experimentamos como si vinieran de la otra persona.

***“Tu eres infeliz”***

***“Si me apreciara, ya debería saber lo que me gusta”***

La Lectura de la Mente se aclara preguntando:

***¿Cómo sabes exactamente que ...?***

Silencios.- Quizás nada es más perturbador para un tanatologo principiante que el silencio, el aspecto importante es evaluar el significado y la función del silencio en la terapia tanatológica. Por otra parte es importante respetar el tiempo y el ritmo de asimilación del paciente respetando sus silencios.

Por ejemplo: durante la sesiones de supervisión de casos clínicos que presentan alumnos al inicio de su entrenamiento en el Centro de Tanatología y Terapia de Duelo, el principal conflicto que existe es que atiborran de preguntas al paciente y no le dan tiempo para que el valla asimilando lo que esta viviendo en ese momento de la sesión, por lo regular el tanatólogo inunda la sesión de preguntas como una forma para controlar su nerviosismo, afectando la sesión, para evitar que esto suceda es necesario permitir que el paciente conteste la pregunta a su tiempo y a su ritmo, recordando que solo puede contestar una pregunta a la vez.

- ✓ Identificación de la emoción y de la necesidad principal.- Responsabilizar al paciente de sus sentimientos, emociones y sensaciones o pseudoemociones, con respecto a los acontecimientos, circunstancias, relaciones, sucesos, etc., que se investigan en el rastreo. Así como determinar con claridad cual es la necesidad primordial que presenta el paciente en el aquí y ahora con la finalidad de llevar a cabo su proceso tanatológico.

¿Como te sientes en este momento?

¿Que sensación sientes en tu cuerpo?

¿Como sabes que te sientes ....?

¿Cómo te sientes con respecto a...?

¿Cómo te sientes en este momento en relación a lo que me estas comentando?

Cabe aclarar que dentro de las distintas culturas antiguas y la mayoría de las corrientes psicológicas se manejan cinco emociones. Nosotros retomamos el esquema del análisis transaccional de Eric Berne.

EMOCION	EXPRESION	NECESIDAD
Miedo	Displacer	Proteger
Alegría	Placer	Compartir
Tristeza	Displacer	Proteger
Enojo	Displacer	Permitir
Afecto	Placer	Compartir

Un ejemplo:

**Tanatólogo:** *Hola, ¿que tal?*

**Paciente:** *Hola, que tal. Este... hoy me gustaría hablar de... igual, de mis miedos.*

**Tanatólogo:** *¿De sus miedos?*

**Paciente:** *Porque, siento que continúo.*

**Tanatólogo:** *Me puede aclarar cómo es que continúa.*

**Paciente:** *Pues, por ejemplo: al ver como mis hijos me intoleran, y a veces les quiero pegar y me da miedo. ¡Así, terror!, al ver el rostro del niño me da miedo.*

**Tanatólogo:** *¿Cómo es su rostro del niño?*

**Paciente :** *...Con coraje hacia mí.*

**Tanatólogo:** *¿Con coraje?*

**Paciente :** *Sí.*

**Tanatólogo:** *¿Ese coraje lo ha visto anteriormente, aparte del rostro de su niño?*

**Paciente:** *Pues sí, en mí.*

**Tanatólogo:** *Ese rostro de coraje suyo ¿cuándo lo ha sentido?*

**Paciente:** *Pues cuando no... a veces cuando discuto con mi esposo son las caras que hago, el coraje que se me queda.*

**Tanatólogo:** *Y antes de discutir con su esposo ¿en qué otro momento?*

**Paciente:** *Los líos con mis hermanos; no toleraba que hicieran llorar a mi mamá cuando llegaban tomados, cuando hacían un comentario de mal gusto; a mí eso me intoleraba.*

**Tanatólogo:** *Y de sus hermanos quién era el que le causaba más coraje.*

**Paciente:** *El que murió.*

**Tanatólogo:** *¿Quién de sus dos hermanos muertos?*

**Paciente:** *Bernardo, el que murió de un balazo en la cabeza... con él sentía más coraje... compró un arma cuando recién mataron a mi otro hermano... Empezó a beber mucho, llegaba y quería soltar tiros, ese era su coraje. Sentía impotencia de que nunca supimos quién mató a mi hermano y se quería desquitar. Nos*

*hacía daño a todos, porque nosotros nunca habíamos tenido un arma y él empezó a adquirirlas; compró pistola, compró una retrocarga y la retrocarga era la que descargaba.*

En este ejemplo la emoción es el enojo y la necesidad principal de la paciente es expresárselo a su hermano muerto.

Continuando con los ejemplos:

**Tanatólogo:** *Hola, ¿que tal?*

**Paciente:** *Hola, que tal; hoy me gustaría hablar de mi mamá.*

**Tanatólogo:** *Ok.*

**Paciente:** *... Pues lo que, lo que más me duele, de cuando murió, que me tocó verlo, porque yo estaba cerca de ella cuando le dio el infarto.*

**Tanatólogo:** *¿Su mamá murió de un infarto?*

**Paciente:** *Sí, pues fue una angustia y una desesperación no poder hacer nada. Sólo tenía algunas nociones de qué se les da, que se les oprimía el pecho, pero ni sabía cómo, pero yo intentaba hacerlo y también darle respiración en la boca, pero sentía que eso no era suficiente.*

**Tanatólogo:** *¿Cómo se siente en este momento?*

**Paciente:** *... ¡Ay! Pues al recordar la escena, mal. Siento que tuvo una muerte bonita hasta cierto punto, porque no sufrió; bueno sí sufrió porque le dio primero embolia y estuvo tres meses como ida, y a mí todo eso pues me cansaba.*

**Tanatólogo:** *En qué parte de su cuerpo siente ese malestar.*

**Paciente:** *Pues acá, en el pecho.*

**Tanatólogo:** *¿Cómo es esa sensación?*

**Paciente:** *Pues un tanto de dolor, porque a veces siento que yo pude haber hecho más por ella y no lo hice.*

**Tanatólogo:** *Y usted siente que pudo haber hecho más por su mamá.*

**Paciente:** *Yo seguía en el turno de la mañana y no quería ceder, que porque yo tenía otra vez que sacrificarme para cuidarla, o sea, esa era mi inconformidad. Mientras que mi hermana, la que vivía ahí, yo veía que ella quería seguir su rutina normal y la que le echaba el ojo a sacrificarme era a mí, y yo me rebelé. Es decir, yo tenía un tanto de coraje interno, no lo expresaba, ni les decía no, no quiero cuidarla, ni nada, no. Cuando llegaba en las tardes lo hacía con amor, y con tristeza me lastimaba el ver cómo estaba, como ida, como loca, como que no coordinaba las palabras, no comía como antes comía ella, aunque yo le hacía sus antojos y lo que le gustaba, pero sólo lo mordía. La veía y si se quería dirigir a alguien decía, por ejemplo: perro o sartén si se quería dirigir por decir a mí, o sea, estaba mal... y me... y me siento culpable por lo que la hice sufrir.*

La pseudoemoción es la culpa y la necesidad principal es expresárselo a su madre.

Un ejemplo más:

**Tanatólogo:** *Hola, ¿que tal?*

**Paciente:** *Hola, que tal. Hoy me gustaría hablar de la muerte de mi hermano Pedro, que aunque ya la había platicado, pero cuando la recuerdo, pues la recuerdo así con tristeza, y no puedo dejar de pensar en él.*

**Tanatólogo:** *Ok. Me puede platicar como si estuviese sucediendo en este momento cómo acontecieron los hechos.*

**Paciente:** *Mi hermano tenía, estaba en una ruta, la ruta 1. Él ya no quiso seguir estudiando y compró unas placas, era ruletero, ¿no? El carro lo acababa de comprar y a él nunca le gustaba trabajar los domingos, y esa tarde recuerdo que salió, era un domingo. Recuerdo que salió de la casa como a las cinco de la tarde; yo fui a misa de seis, y al regresar vi que había gente en mi casa y me sorprendí.*

**Tanatólogo:** *Ok. Entonces empezamos a platicarlo como si estuviera ocurriendo en este momento. Voy a misa de seis, regreso a mi casa y veo que hay gente, así...*

**Paciente:** *Regreso a mi casa y veo que hay gente, hay acción, hay movimiento y me encuentro a mi hermano y me dice que Pedro ha tenido un accidente. Entonces no le creó porque yo lo acababa de ver, acabábamos de platicar. Chocó, yo pienso, ¿no? Me dice que no fue un accidente. Empieza a llorar y me revela: le dieron un balazo. Le pregunto si un balazo; por qué si él es muy amigüero, tiene muchos amigos, y me dice: le quisieron robar el auto y al parecer él se rehusó. Entonces, recuerdo que mis hermanos rápido sacan sus carros y se dirigen a la a la otra*

colonia, donde esta supuestamente; ya habían llamado a una ambulancia, pero la ambulancia tardó. Mis hermanos dicen que lo llevaron a la delegación en lugar de que lo hubieran atendido; lo llevaron a la delegación a declarar los malditos policías, o no sé quién, y ahí se perdió mucho tiempo. Mi hermano se desangró. Perdió mucha sangre ahí, luego era domingo y ya cuando vieron que ya no podía hablar -dicen mis hermanos que ya no podía hablar ni seguir diciendo cómo había sucedido-, ya fue como optaron porque se lo llevara la ambulancia, pero la ambulancia iba a vuelta de rueda en la autopista. Como era domingo toda la gente regresaba. Se perdió mucho tiempo hasta que llegó a Xoco; ahí también lo tuvieron, ahí lo intervinieron una vez, yo creo los primeros auxilios o no sé. A mi hermana, la grande, le avisamos y se vino a Xoco, y ahí ella vio que lo atendieran, pues había mucha gente, muchos accidentados, y no le hacían mucho caso. Mi hermano como no trabajaba en ningún lado pues no tenía Seguro, y ella se movió para conseguirle el seguro facultativo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Tenía un conocido en el sindicato y lo metieron rápido al IMSS, lo trasladaron el día lunes, lo trasladaron para el Centro Médico. Ahí lo volvieron a intervenir por segunda vez. Recuerdo que mi padre, cuando llegó aquí a la casa, nos dijo que mi hermano estaba muy mal -mi papá bien acabado, todo demacrado, pálido, preocupado-. Y dijo que mi hermano estaba muy

*mal. Nos dijo a nosotras que nos preparáramos porque quién sabe si mi hermano... Recuerdo que, esa ocasión, dijo mi hermana que lo estaban operando en el Centro Médico y se fue la luz en plena operación; en lo que instalaron la planta, o no sé, tardaron unos minutos, y pues ya salió de la operación, pero él seguía mal. Y en la madrugada lo trasladaron a la Raza, y él se fue solo en la ambulancia.*

*A mi hermana, el doctor le dijo que ya habían estado mucho tiempo con él, porque la operación iba a estar bien. La única que estaba al pendiente era mi hermana. Mandó a mi papá porque estaba muy enfermo, y mi madre aquí también preocupada, nada más sedada, y yo y mi hermana Julia, la otra, cuidándola. Y él se fue solo en la ambulancia, y ahí en la Raza también lo intervinieron pero ahí no resistió; entró en paro y se murió.*

**Tanatólogo:** *¿Cómo se siente en este momento?*

**Paciente:** *Dolida. Mucho tiempo esa muerte me hizo mucho daño. Mi hermano era con el que mejor me llevaba.*

**Tanatólogo:** *En relación a toda esta gente, a la policía, a la ambulancia que iba a vuelta de rueda en la carretera, a todas estas fallas que se presentaron, ¿cómo se siente?*

**Paciente:** *Con coraje, rabia.*

La emoción es el enojo y la necesidad principal es la expresión hacia las circunstancias que rodearon la muerte de su hermano

- ✓ Ejercicio.- es utilizar técnicas gestálticas para apoyar o facilitar al paciente que busca iniciar el proceso de cierre y en su caso, cerrar el duelo. Son dialogales, vivenciales y mixtos.

Hay ejercicios dialogales.- es el ejercicio que se realiza es por medio de una conversación en la cual el tanatólogo busca que el paciente descubra por medio del dialogo la forma en que esta actuando, para que le ha servido y si esta lista, realice los cambios que crea necesarios

En los ejercicios vivenciales el tanatólogo induce al paciente para que traiga en el aquí y ahora una vivencia previa, que en ocasiones esta inconclusa, con la finalidad de realizar los ajustes necesarios para su cierre.

Para el caso de los ejercicios vivenciales las recomendaciones son las siguientes:

Siéntate cómodamente y coloca tus manos sobre tus muslos

Coloca los pies bien firmes sobre el piso

Respira profundo

Se recomienda que el paciente cierre los ojos, en el caso de que le cueste trabajo ubicar personas, situaciones o circunstancias que son necesarias para el buen desarrollo del ejercicio.

Es importante considerar que para algunos pacientes no es recomendable realizar ejercicios vivenciales con ojos cerrados, los pacientes que no se recomienda realicen ejercicios vivenciales son los siguientes: cardiopatas, pacientes psiquiátricos, con diabetes, hipertensos y todo aquel cuyo estado de salud en el momento de la sesión sea delicado.

Los ejercicios mixtos son la combinación de los ejercicios dialogales y los ejercicios vivenciales, por lo regular son los que más se usan dentro de la terapia tanatológica.

La pregunta que se realiza al paciente, por lo regular es:

¿Te gustaría hacer un ejercicio?

¿Quieres trabajarlo?

Por ejemplo: Luis de 28 años, paciente que se presenta a terapia por la muerte de su hijo, de 5 años, que murió en un accidente escolar hace aproximadamente 3 años, durante la cuarta sesión, posterior al saludo y al rastreo, la emoción que presenta es tristeza por no haberse podido despedir de su hijo:

**Tanatólogo:** *¿Te gustaría hacer un ejercicio?*

**Paciente:** *Si*

**Tanatólogo:** *Siéntate cómodamente y coloca tus manos sobre tus muslos, coloca los pies bien firmes sobre el piso, cierra tus ojos durante el tiempo que dure este ejercicio, respira profundo... exhala... ahora te quiero pedir que te imagines que frente a ti se encuentra tu hijo Carlitos... ¿cómo esta vestido?,*

**Paciente:** *Con un pantalón azul y una playera roja.*

**Tanatólogo:** *Dirigiéndote directamente a el completa la siguiente frase: Carlitos te quiero decir que:*

**Paciente:** *Carlitos... hijo te quiero decir que te extraño mucho, que me haces falta... que te amo...que lamento mucho que ya no estés conmigo que le pido a Dios que algún día nos volvamos a reunir para poder abrazarte y escuchar tu risa...*

**Tanatólogo:** *Algo más que le quieras decir a Carlitos*

**Paciente:** *Si... Carlitos nunca te voy a olvidar y espero que donde estés seas feliz...*

**Tanatólogo:** *Deseas despedirte en este momento de Carlitos*

**Paciente:** *...Si... Carlitos... hijo... que Dios te bendiga... la vida tiene que continuar... adiós... cuando Dios lo decida nos reuniremos nuevamente... adiós.*

En el caso de Luis el ejercicio que se realizó fue un ejercicio vivencial, cuya necesidad principal era la tristeza producto de no haberse despedido de su hijo quien murió en un accidente escolar y que inició la despedida durante dicho ejercicio.

- ✓ Retroalimentación.- Es facilitar al paciente el proceso de aprendizaje o de darse cuenta del con respecto al ejercicio que realizó para la elaboración o resolución del duelo. Las siguientes preguntas pueden ayudar al paciente a la retroalimentación.

¿Hay algo que hayas descubierto con el ejercicio que hiciste?

¿Con el ejercicio te diste cuenta de algo?

- ✓ Cierre.- Es el último paso de la sesión y en ella se busca que el paciente reafirme lo que aprendió o se dio cuenta, al mismo tiempo que se da por terminada la sesión.

¿Que te llevas de esta sesión?

¿Qué dejas en esta sesión?

Este método se puede utilizar en pacientes con enfermedades crónicas o terminales o pacientes que han vivido una pérdida significativa, y los resultados que ha presentado son excelentes, además de ser un método de fácil manejo para las personas interesadas en el trabajo tanatológico, no sobra comentar que se debe usar con responsabilidad y con profesionalismo, tal y como nos lo obliga la práctica tanatológica.

## ESTILOS DE PACIENTES

Cuando un paciente acude a terapia tanatológica, indudablemente trae consigo sus vivencias, experiencias, aprendizajes, asuntos inconclusos, duelos no resueltos, en otras palabras, una forma

de funcionar en el mundo. Esta forma es la manera en que el paciente ha aprendido a sobrevivir ante situaciones cambiantes y en ocasiones agresivas, le ha funcionado y por lo tanto tiene un estilo propio de conducirse, los principales estilos de pacientes son los siguientes, desde mi punto de vista:

- ✓ Como si.- Es el paciente que a pesar que acude a terapia por lo regular actúa como si todo estuviera funcionando de acuerdo a lo que el considera adecuado, por lo regular no se compromete con el proceso terapéutico y asiste para que le confirmen que “todo esta bien”.
- ✓ El verborreico.- Por lo regular son los pacientes que no pueden dejar de hablar y que se mantienen en la zona de la fantasía, ya que si llegan a sentir pueden sufrir.
- ✓ El paranoico.- Constantemente mencionan que las personas que los rodean los quieren lastimar. En la terapia buscan que se le confirme que los demás le quieren hacer daño.
- ✓ El cazador.- Es el paciente que busca y esta al pendiente de los posibles errores del terapeuta para hacérselos notar en ocasiones estos pacientes necesitan estar atentos en otras personas para no fijarse en ellos mismos.
- ✓ El enciclopedia.- Son pacientes que creen que lo saben todo, y digo que creen porque es imposible saber todo, y lo que no lo saben por lo regular lo inventan, son pacientes que en algunos casos necesitan ser reconocidos.
- ✓ El victima.- Cuando todo mundo los agrede y no tienen forma de defenderse por lo regular estamos en presencia de pacientes que desarrollan el juego manipulador de victima.
- ✓ El saboteador.- son los tipos de pacientes que por lo regular durante el proceso terapéutico buscan interrumpirlo con la intención de que no se desarrolle.
- ✓ El descalificador.- Por lo regular no quedan satisfechos y buscan la forma de no reconocer sus logros, están educados con el mensaje de que todo tiene que salir perfecto.
- ✓ El demandante.- Paciente que busca mayor atención por parte del terapeuta, siempre requiere más tiempo del destinado para su atención. Es dependiente del terapeuta. Por lo regular deja el material importante para el final de la sesión.

## ESTILOS NEGATIVOS DE TANATOLOGOS

- ✓ Catártico.- son los tanatólogos que les interesa que el paciente salga sintiéndose bien y provocan que en cada sesión el paciente haga una catarsis sin resolver la necesidad en el aquí y ahora y prácticamente se olvidan del duelo.
- ✓ Consejeros.- no permiten el crecimiento del paciente y en cada sesión proporcionan recetas completas de consejos, que por lo regular son mas para ellos que para el paciente.
- ✓ Proyectores.- son los que resuelven sus asuntos inconclusos o sus duelos por medio del paciente.
- ✓ Sociales.- convierten la sesión en una charla de café y no dan importancia al material que el paciente proporciona.
- ✓ Sin límites.- es el que no favorece los límites durante la sesión y permite que el paciente no se responsabilice, por ejemplo: de la sesión, del contrato, de las emociones, etc.

Hasta aquí hemos considerado una forma de trabajo con pacientes crónicos y terminales, basándonos en la psicoterapia gestalt y considerando nuestras investigaciones y experiencias, sin embargo, existen otras formas de trabajar con este tipo de paciente, de entre ellas sobresalen, por sus buenos resultados las terapias de Hipnosis ericksoniana y clásica.

#### HIPNOSIS ERICKSONIANA.

Mientras que con la Psicoterapia Gestalt trabajamos con la mente consciente, es decir, buscando que el paciente se de cuenta de la forma en que funciona, con Hipnosis Ericksoniana se trabaja con la mente inconsciente, y el paciente hace consciencia de los cambios, una vez que estos se realizan, esto facilita que el proceso se realice de manera eficiente y con el menor dolor posible. Para explicar de manera más clara lo que es la Hipnosis Ericksoniana recurrimos a los trabajos realizados por la Dra. Teresa Roble, quien es una de las máximas exponentes a nivel mundial sobre la materia.

Milton H. Erickson, médico psiquiatra nació en Winsconsin, Estados Unidos, murió en 1980 es considerado el padre de la hipnosis Moderna y precursor de varias Escuelas de Psicoterapia, entre ellas las escuelas sistemáticas de terapia breve.

Milton H. Erickson era un maestro en el área de las comunicaciones múltiples usando en forma simultánea modalidades cognitivas, afectivas, conductuales, sensoriales e interpersonales. Cuando hablaba con la gente lo hacía en varios niveles, hablaba de él, contaba sus situaciones de vida difíciles y como había salido de ellas, hablaba de la naturaleza, de otras gentes. Si ubicamos a Erickson en la época en la que empezó a usar estilos métodos eran muy contrastantes con el tipo de psicoterapia que existía en ese tiempo. Su técnica era tan inusual que era difícil captarla, decía que si amasamos tanto una cosa es más fácil que se afloje y esto lo hace la mente inconsciente, uno solo amasa. Eso hacía Erickson: empezaba algo que el paciente terminaba, hacía algo incompleto para que el paciente completara, solo ponía en movimiento el cambio. No se sabía exactamente lo que hacía, pero la gente cambiaba mucho y una gran cantidad de cosas sin saber porque. (Cuaderno de trabajo 1er. sem. CEM).

Milton H. Erickson desarrolla la hipnosis natural, a partir de la observación a si mismo de sus distintos estados de conciencia, y en base a esto empezó a observarlo en otras personas, esto dio como resultado lo que actualmente conocemos como hipnosis ericksoniana.

La hipnosis ericksoniana desde un punto de vista terapéutico, es como diría Zeig, es un modelo de comunicación, un modelo de cómo representar ideas con un máximo valor terapéutico sin necesidad de usar un trance formal (Robles 2001).

El fenómeno hipnótico es un estado que se presenta de manera natural en todos los individuos; en el se permanece despierto y se puede incluso participar activamente en el proceso; regularmente es parte de nuestra vida cotidiana, pero no lo identificamos como tal. (Mendez, 1995).

La psicoterapia ericksoniana se utiliza para ayudar al paciente a reencontrar y/o descubrir sus recursos y por lo tanto promover su crecimiento, ya que la psicoterapia ericksoniana se centra en la solución y no en el problema, con lo cual consigue minimizar el dolor, y dentro de este proceso se va tomando en cuenta el ritmo y estilo del paciente además de que la terapia es cortada a la medida del paciente.

El trabajo hipnótico considera al cerebro funcionando en sus dos hemisferios, considerando el hecho de que ambos nos impulsan a actuar, el primero pensando, regido por lo que “debe ser”, y el derecho sintiendo y orientado a disfrutar y a evitar el dolor. (Robles, 1990).

El proceso primario en los estados alternativos de conciencia es fundamental ya que se trata precisamente del proceso a lo que Freud llamó el inconsciente, el terapeuta ericksoniano, pone especial énfasis e interés en las imágenes mentales (símbolos, anécdotas, sensaciones) y toda expresión del proceso. La persona utiliza imaginación o procesos de pensamiento primarios. Su profundidad depende de que tan involucrada se encuentra la persona con la que se esté imaginando. (Carol J. Kershaw).

Para Erickson la descripción psiquiátrica es un diagnóstico que dice lo que esa persona es, pero no indica que hacer con ella; a través de un diagnóstico que considere los valores del paciente, el terapeuta creará un plan de trabajo ya que posee la información básica sobre cómo el paciente “percibe” el problema. Describe y sistematiza el uso de los patrones de comportamiento, para inducir estados alternativos de conciencia usando sugerencias indirectas para producir cambios en la persona.

Para Erickson existían 5 razones para utilizar las categorías diagnósticas:

1. Saber hacia donde conducir la terapia.
2. Como recurso del paciente.
3. Motivarlo para el cambio.
4. Para dividir el problema.
5. Para hablar el lenguaje del paciente.

Dentro de las aportaciones de la Dra. Teresa Robles en la terapia Ericksoniana se encuentra dentro del lenguaje terapéutico el uso de gerundios, ya que los gerundios son verbos en acción y en tiempo presente, así como las palabras compuestas con terminación MENTE, a esto la Dra. Robles las denomino “palabras protectoras”, por ejemplo: disfrutando, aprendiendo, transformando; digiriendo, y las palabras compuestas como: saludablemente, cómodamente,

protegidamente, automáticamente; ya que esta forma de lenguaje es bien entendida en el hemisferio izquierdo del cerebro.

La Dra. Robles dentro de sus aportaciones establece la respiración como medio de cambio, como todos sabemos, la respiración es un proceso vital que realizamos, por lo que constantemente estamos cambiando. La respiración lleva al organismo oxígeno y con ello va produciendo millones de cambios a nivel celular que implican salud y dentro del mismo proceso va permitiendo la salida del bióxido de carbono, el cual si se quedase en el organismo produciría enfermedad, e incluso la muerte.

Crea diversas técnicas para la atención de diversos problemas, produciendo que la terapia sea un proceso lo menos doloroso posible y más efectivo que cualquier otro tipo de psicoterapia.

Estructura del trabajo con estados amplificadas de conciencia de Teresa Robles.

Inducción.

Trabajo en trance:

- \*Pase lo que pase, llevar el proceso a buen puerto.
- \*Utilizar lo que aparezca, incluso miedo, lágrimas, etc., connotándolo como pasos necesarios dentro de un proceso de progreso, al final del cual todo termina bien.
- \*Acompañar durante el trance: observando los estados del signos del estado amplificado de conciencia y las claves mínimas que pueden indicar lo que esta viviendo la persona, preguntando que pasa si tenemos duda.
- \*Acompañar a la persona respirando a su ritmo.
- \*Usar de manera repetida a las palabras protectoras.
- \*Pedir a la persona que se mantenga como observador y que evite tratar hacer algo, la respiración se hace cargo del proceso.

Dejar todo en manos de la parte sabia.

Para realizar el trabajo de intervención tanatológica en pacientes crónicos y terminales, se recomienda realizar la inducción por respiración, ya que permite que el paciente al mismo tiempo

que se relaja entra en un estado amplificado de conciencia. A continuación describiremos la técnica de respiración, con lenguaje hipnótico, retomándolo de la Dra. Teresa Robles.

## RESPIRACIÓN

Date un momento para ponerte cómodo, cómoda y siente tu respiración que es vida **saludablemente**. Siente el aire como pasa a través de tu nariz o de tu boca en un sentido, en otro, **cómodamente, protegídamente**. Tu respiración es la vida en movimiento adentro de ti... y más allá de ti... siente tu respiración así como estás **naturalmente** respirando, sin cambiar nada.

Tu respiración llega a todas tus partes a toda tú completa y en cada una de tus partes está haciendo lo que tiene que hacer, **saludablemente, protegídamente**. Cada vez que el aire entra y sale, **automáticamente**, tu respiración llega a todas tus partes limpiando lo que hay que limpiar, **acomodando** lo que hay que acomodar, digiriendo las emociones atoradas en tu historia, sanando lo que hay que sanar, **cómodamente**, siempre **protegídamente**.

Tu respiración llega a lo más profundo de ti, y te comunica con el afuera, con los demás, con el Universo y ahí en lo mas profundo de ti.

Para terminar haz una respiración profunda y guardando las sensaciones agradables que tienes ahora, abre tus ojos.

Una vez que el paciente se encuentra en un estado amplificado de conciencia, es recomendable activar su mente inconsciente o su parte sabia, para lo cual sugerimos el siguiente ejercicio:

## RELAJACIÓN PARA CONTACTAR CON LA PARTE SABÍA

Con lenguaje hipnótico se realiza la siguiente inducción. En algunas ocasiones he encontrado que a la **parte sabia** también le llaman de otras maneras, a veces, Dios dentro de mi, **yo soy**, sexto sentido; intuición, consciencia sin embargo, el nombre que tu elijas es el nombre más apropiado para ti. ¿qué nombre eliges tú para tu parte sabia?.

En ocasiones para hacer este ejercicio con mayor intensidad se le proporciona una vela al paciente, de aquí en adelante narraremos este ejercicio en base a la vela.

Percibe la vela a través de tus manos, de tus dedos, de tu nariz, de tus ojos incluso que te des cuenta que tiene pequeños bordes o pequeñas fisuras que son como esas huellas que se le han realizado a través del tiempo y que sin embargo no le hacen perder su esencia de vela y mucho menos la misión para la que está en la vida. Te invito a que dejes frente a ti la vela por un momento

Siéntate **cómodamente**, con los ojos abiertos o cerrados.

Ve sintiendo tu respiración, observa como el aire va ingresando a través de tu nariz, pasando por tu garganta y se va dirigiendo a cada una de las partes de tu cuerpo.

A tu tiempo, a tu ritmo imagina que esa vela que esta frente a ti, eres tú **protegídamente, saludablemente, automáticamente** y la luz es la **parte sabia** que sabe cómo iluminar todo eso que necesita ser iluminado, su principal herramienta es la respiración **automáticamente**, siendo esa **parte sabia** que sabe tomar las mejores decisiones, **saludablemente, cómodamente, protegídamente.**

Sabes... tu **parte sabia** conoce lo que tú necesitas y tan solo necesitas voltear a ver dentro de ti para contactarla, despertarla, **respirando** que la luz te guíe, te oriente y te ilumine.¿Todo bien ahí adentro?

**Fíjate** lo que antes era oscuridad ahora se está iluminando **cómodamente, protegídamente, disfrutando**, transformando todo eso que requiere ser **transformado disfrutando** cada momento de tu existencia, justo como tu necesitas.

Ahora deja este trabajo en manos de tu **parte sabia**, sin que tú hagas nada este trabajo va a continuar permanentemente por medio de tu respiración.

Guardando todas esas sensaciones agradables que en este momento estas sintiendo, y sabiendo que tu **parte sabia** ha sido activada para que en todo momento esté trabajando a tu favor, realizando dos o tres respiraciones profundas abre los ojos y regresa aquí.

Una vez que el proceso de cambio se encuentra en la parte sabia del paciente, y su respiración es el principal instrumento con el que trabaja su parte sabia, pasamos a establecer un lugar donde el paciente se sienta seguro y protegido; en el área tanatológica, en ocasiones, se trabaja con alto grado de dolor y sufrimiento, por tal motivo es importante que el paciente recree dentro de su estructura mental un lugar donde pueda encontrar refugio cuando lo necesite y para tal efecto sugerimos el siguiente ejercicio.

## EL LUGAR SEGURO Y PROTEGIDO

Con lenguaje hipnótico. Ante las situaciones que suceden en la vida necesitamos estar protegidos, en ocasiones esa protección la colocamos en otras personas, sin embargo, cuando esas personas no están o se alejan de nosotros nuevamente nos volvemos a sentir desprotegidos, a veces también buscamos lugares físicos para protegernos, pero es poco práctico permanecer siempre en esos lugares y como consecuencia cada vez que salimos nos volvemos a sentir desprotegidos, tal vez la mejor forma de estar siempre protegidos es encontrar nuestra protección con su entrada y salida dentro de nosotros mismos. Cómo te imaginas la entrada a tu lugar seguro y protegido

Así donde estás, ponte cómoda, puedes cerrar o no tus ojos.

Pon este trabajo en manos de tu **parte sabia**.

Respirando, siente como el aire va ingresando a través de tu nariz o tu boca, en un sentido o en otro y pon atención a los latidos de tu corazón y fíjate cómo son estos.

Imagina cómo es el lugar donde te sientas segura y protegida.

¿Ya te diste cuenta cómo es ese lugar?

Y sin que tu hagas nada deja que tu parte sabia por medio de tu respiración fortalezca y mejore ese lugar donde te sientas como tú necesitas, segura y protegida, tu parte sabia sabe como, para que tu te sientas justo como te quieres sentir, **saludablemente, protegidamente**.

Tu respiración está continuamente remodelando tu lugar seguro y protegido, renovándolo **saludablemente**, adaptándolo a cada situación y momento de la vida. Observa, tal vez tu lugar seguro y protegido tiene una buena entrada que tu parte sabia puede abrir y cerrar cuando tu lo necesites.

¿Ya te diste cuenta cómo es la entrada?

Tu respiración al mismo tiempo sigue trabajando para ti. Tu respiración está haciendo entrar, **protegidamente, automáticamente**, todo eso que es tuyo y que estaba fuera de tu lugar altamente seguro y protegido por alguna razón, esta haciendo salir todo eso que por alguna razón se había quedado adentro. Las ayuda a salir **protegidamente** y a que afuera encuentren su lugar, el lugar que les corresponde en armonía contigo y con el medio.

¿Todo bien ahí adentro?

En este lugar seguro y protegido coloca tus experiencias de vida sintiendo que estás segura y protegida. **Saludablemente, cómodamente, disfrutando, automáticamente** con cada respiración para que se vayan sanando justo como tú necesitas, dejando que sea tu parte sabia que es la que sabe lo que tú necesitas realice este proceso.

Y así sintiéndote como te quieres sentir, segura y protegida y dejando que este proceso continúe en todo momento, déjalo en manos de tu parte sabia y realizando dos o tres respiraciones profundas abre los ojos y regresa a aquí.

Continuando con el trabajo hipnótico, a partir de aquí cortamos a la medida de la necesidad del paciente lo que sería la siguiente intervención. En el caso de que la necesidad principal del paciente sea el manejo del dolor, podemos sugerirle que con ayuda de su parte sabia, la cual actúa por medio de su respiración y sabiendo que esta en su lugar altamente seguro y protegido, sin que haga nada, deje que su parte sabia le de un Símbolo; que puede ser una imagen, un color, una sensación, una vivencia, o tal vez la nada. Una vez que el símbolo que representa el dolor se presente, se procede a disolverlo o transformarlo por medio de la respiración, incluso se puede pedir al paciente que se ponga en contacto con ese símbolo, con la intención de llegar a un acuerdo, para que el dolor se presente con menos intensidad, ya que es importante hacerle caso a su cuerpo.

Otro de los trabajos para manejo de dolor recomendados es a través de las metáforas, la metáfora del dolor, y se puede conocer cual es el mensaje que el dolor tiene para la paciente, de tal manera que se pueda transformar y le permita vivir con mayor calidad de vida.

Uno de los principales conflictos con la experiencia del dolor, se da cuando el paciente experimenta sensaciones dolorosas, y como falta de recursos y reacción natural, tiende a tensarse, acelerando la llegada y fortaleciendo la intensidad del dolor, una alternativa para contrarrestar lo anterior, es el uso de ejercicios de relajación, ocupando lenguaje hipnótico e intervenciones ericksonianas.

A grandes rasgos hemos presentado el trabajo usando técnicas ericksonianas, para lo cual es importante considerar y agregar el uso de cuentos, anécdotas, chistes y metáforas por su forma protegida de llegar al inconsciente de la persona.

## HIPNOSIS CLASICA

Otra de las terapias que se pueden considerar para el trabajo tanatológico, parte de la Hipnosis Clásica, algunos de los elementos que a continuación vamos a describir corresponden a los trabajos realizados por el Mtro. Joaquín Blanco Marrades, Profesor de la Universidad de Oriente de Santiago de Cuba, quien a partir de su práctica profesional con pacientes con cáncer nos detalla algunas de sus intervenciones, así como los aspectos más sobresalientes de su visión de la Hipnosis Clásica.

Empezaremos considerando algunas definiciones de hipnosis:

- Charcot: Es un estado especial producido por la fascinación sensorial, se logra en cada persona hipnotizada estados diferenciados, por las profundas transformaciones que se operan en la mente y el comportamiento humano, y son: el letargo, la catalepsia y el sonambulismo.
- Bernheim: Tipo especial de sugestión, en la que toda idea sugerida tiende a convertirse en acto, aunque no hay estado especial o artificialmente creado; solo ideas exaltantes.
- Sigmund Freud: Un método válido en el marco de la psicoterapia y como un mecanismo de sugestión e influencia, donde el nivel del actuar de la conciencia estaba disminuido. Estimó que era un segmento de la psiquis el que actuaba y ello impedía una efectividad adecuada.
- I. P. Pavlov: un estado de sueño diferente del sueño normal, en tanto fisiológicamente se manifiesta como una inhibición parcial, que si bien se irradiaba a amplias zonas corticales y subcorticales, no es una inhibición absoluta, pues quedan focos de excitación que permiten actuar de diversos modos y mantener el contacto con quien hipnotiza
- Joaquín Blanco Marrades: Es un estado especial de la conciencia intermedio entre la vigilia y el sueño, inducido a través de sugestiones moduladas por la palabra y otros

estímulos dados por el hipnólogo y asimilada por el hipnotizado, en un proceso relacional a través de diferentes canales de comunicación.

## SUGESTIÓN

Es una influencia no argumentada, que está dirigida hacia un fin y que la misma da la orientación a las ideas y conductas de las personas, dado que se convierte en un motivo inmediato o mediato de la conducta, actualizando y reforzando generalmente aquello que debe estimular las acciones y al mismo tiempo inhibiendo lo que la estorba. I. P. Pavlov

### Características de la sugestión

1. Aparece por influencia verbal, por la acción de un reflejo condicionado.
2. Hay presencia de una excitación concentrada en un punto o área determinada de los grandes hemisferios.

### Elementos de la sugestión:

- Un inductor representa de dónde surge la sugestión, que puede ser un individuo o un grupo de ellos.
- Contenido de la sugestión; que indica la acción, que pueden ser ideas, pensamientos, sentimientos, acciones, etc.
- La acción de una persona sobre otra.
- Sujeto al que se dirige la sugestión.

### Tipos de sugestión:

1. Sugestión en estado de vigilia
2. Sugestión en estado hipnótico.
3. Sugestión en estado de sueño natural

Sugestión es estado de vigilia.

Sugestión directa.- Se realiza de forma inmediata a la acción de la palabra que la provoca. Se utiliza en estado hipnótico. Ejemplo; Se alivió su dolor.

Sugestión indirecta.- Es la sugestión mediata para provocar la reacción que se espera; uso de placebos que apoyan la sugestión. Ejemplo este tratamiento si aliviará su dolor.

El tono de la voz del inductor debe ser imperativo y seguro.

Las consignas; frases cortas, comprensibles y repetidas

Aspectos técnicos para lograr hipnosis:

- Tener en cuenta las características personológicas, tanto del hipnólogo como de la persona que se somete a tratamiento.
- Autocontrol y confianza en sí mismo.
- Dominio de los pasos a realizar tanto en el proceso de inducción hipnótica como de la técnica en sí, para lo que se quiere tratar.
- El hipnólogo no debe permitir que su error trascienda al paciente.
- No permitirse denotar poder a pesar de los éxitos obtenidos.
- No mostrar descontrol de sus impulsos emocionales; evitar expresiones de disgusto, incomodidad, desaliento, incapacidad por no lograr el objetivo propuesto tanto en lograr la inducción como los resultados del tratamiento hipnótico.
- Ante el fracaso no justificar el mal uso de la técnica.

Pasos para la hipnosis:

- Colocar al paciente en una posición cómoda, que puede ser: acostado, sentado o de pie.
- Ojos abiertos hasta que se indique otras sugerencias.
- Inducir formas de respiración.
- Inducir relajación muscular en relación con la respiración y/u otros.

- Desarrollar sugerencias en dependencia de las necesidades que exprese el paciente.
- Desarrollo de la técnica seleccionada.
- Establecimiento de objetivos y estrategias para el tratamiento.
- Desarrollar el tratamiento.
- Establecimiento de mecanismos psicológicos de afrontamientos, si son necesarios.
- Signo – Señal.
- Posthipnótica.
- Recuperación del sujeto hasta lograr completo estado de vigilia.

Métodos de inducción hipnótica:

Para conseguir un grado de profundidad leve:

Usted está cómodamente acostado (sentado)... cómodamente sentado... trate de aflojar su cuerpo... trate de aflojar lo más posible su cuerpo... que su cuerpo se encuentre lo más cómodo y descansado posible... así... bien cómodo...bien cómodo... ahora ...usted va a dirigir su mirada al pulgar de mi mano derecha... trate de mirar sin pestañear... fijamente... fijamente... pero sin quitar la mirada... su vista muy fija ... cada vez más fija... independientemente de lo que siente en sus ojos... que están cansados ... agotados.. usted escucha todo lo que yo le digo... todo lo que ocurre a nuestro alrededor ... pero su vista se mantiene fija en mi dedo pulgar... a pesar de la molestias de sus ojos... cada vez más fijo... sus ojos están agotados... muy agotados... cansados... todo su cuerpo se va relajando ahora es como si comenzara a escuchar sólo mi voz... solo mi voz solo mi voz... sus párpados se van cerrando y usted se siente bien... muy bien... su cuerpo relajado... relajado... sin molestias... tranquilo... agradablemente tranquilo... cada vez más tranquilo... ahora si lo desea interrumpimos el ejercicio y comentaremos lo que usted desee... lo ha hecho todo muy bien... muy bien... Ahora sus ojos se despegan... despegan... se siente muy bien...muy bien y ya podemos conversar.”

Para conseguir un grado de profundidad leve:

Usted está cómodamente acostado (sentado)... cómodamente sentado... trate de aflojar su cuerpo... trate de aflojar lo más posible su cuerpo... que su cuerpo se encuentre lo más cómodo y descansado posible... así... bien cómodo...bien cómodo... ahora ...usted va a dirigir su mirada al pulgar de mi mano derecha... trate de mirar sin pestañear... fijamente... fijamente... pero sin quitar la mirada... su vista muy fija ... cada vez más fija... independientemente de lo que siente en sus ojos... que están cansados ... agotados.. usted escucha todo lo que yo le digo... todo lo que ocurre a nuestro alrededor ... pero su vista se mantiene fija en mi dedo pulgar... a pesar de la molestias de sus ojos... cada vez más fijo... sus ojos están agotados... muy agotados... cansados... todo su cuerpo se va relajando ahora es como si comenzara a escuchar sólo mi voz... solo mi voz solo mi voz... sus párpados se van cerrando y usted se siente bien... muy bien... su cuerpo relajado... relajado... sin molestias... tranquilo... agradablemente tranquilo... cada vez más tranquilo... ahora si lo desea interrumpimos el ejercicio y comentaremos lo que usted desee... lo ha hecho todo muy bien... muy bien... Ahora sus ojos se despegan... despegan... se siente muy bien...muy bien y ya podemos conversar.”

Para conseguir un grado de profundidad de medio a profundo

Se realiza todo lo anterior apoyado en las sensaciones de pesadez o flacidez como por ejemplo tu cuerpo ahora se siente tan pesado que es como si no se sintiera... cada vez se sienten menos las partes de tu cuerpo... es una sensación muy agradable ... cada vez más agradable... como si fuera la primera vez que experimentas una sensación de abandono tal... cada vez más abandonado... recreado ahora sólo en tu cuerpo... totalmente recreado en tu cuerpo ... abandonado... pesado... o quien sabe algunas partes de tu cuerpo se sienten muy pesadas... muy pesadas... y otras muy ligeras y tu te centras en estas sensaciones ... sólo en ellas como si ahora nada existiera.....

Sugestiones relacionadas con lo que se quiere tratar.....

Para conseguir un grado de profundidad mayor

Se reitera los dos ejercicios anteriores... y... Ahora tu cuerpo completamente abandonado a tus sensaciones ... y acompañado por mi voz... haremos un viaje imaginario por todo tu

cuerpo... te centras en las partes de tu cuerpo que aun pueden tener algunas sensaciones ajenas... si lo deseas libéralas ... ahora las liberas... liberas a tu cuerpo de sensaciones ajenas a ti... el dolor ... ira ...rabia... miedos... en tu cuerpo hay cada vez mas tranquilidad... tranquilidad ... tranquila – mente... tu cuerpo y mente se sienten cada vez más tranquila – mente como si no existiera ni el tiempo y el espacio ... disfrutas cada vez más ... cada vez más ... de esta experiencia... como si tu cuerpo estuviera en total... total anestesia... analgésica... cada vez más... y te abandonas profundamente... cada vez más profundamente.... Tratamiento de lo que se persigue.... Reforzando constantemente lo logrado.

## MANEJO DEL DOLOR

### **Recorrido por tu cuerpo**

Una forma de tratamiento es inducirlo a que logre un estado de relajación y compenetración con su dolor.

1. Se le sugiere un recorrido mental por todo su cuerpo, comenzando por los dedos de los pies o por la cabeza, y subiendo o descendiendo lentamente deteniéndose en el sitio focalizado del dolor, haciéndolo partícipe de él, también puede introducirse durante la relajación el uso de luces de diferentes colores a partir de su preferencia pero es frecuente la utilización del verde tenue.
2. Se constata que esté preparado para la sugestión y establecimiento del trance hipnótico, respiración lenta, uso de voz lenta, monótona y repetitiva.
3. Se le pide que se concentre con exclusividad en su respiración, en su inspiración y expiración, y aquí se le puede sugerir que con cada inspiración que es fuente de energía, limpie la zona afectada por el dolor. Con cada expiración expulsa su dolor.

### **Mi cuerpo, mi dolor y mi pasado**

Se induce la relajación progresiva, se apoya en la respiración, cuando el paciente muestre resistencias se pueden emplear las sugerencias e inducciones de contraste como en la anterior técnica.

1. Cuando se comprueba que el paciente se encuentra en estado de trance se refuerzan sensaciones placenteras, tranquilidad, seguridad y firmeza.
2. Se sugiere realizar un ejercicio de memoria “ahora tu memoria se hace más sensible, más y más recuerdas con facilidad momentos placenteros de tu vida cuando todo tu cuerpo funcionaba sin molestias, quien sabe sin ninguna molestia.....
3. Se refuerza las sugerencias de estados vivenciales placenteros que se es capaz de sentir en el presente.” Ahora como en el pasado experimentas estas sensaciones placenteras que se fijan en tu memoria y tu mente y cuerpo se sienten cada vez mejor... De ahora en adelante tu serás capaz de sentir estas sensaciones placenteras.... Cuando ud. se lo proponga para aliviar o eliminar las sensaciones molestas de su cuerpo de aquella parte específica de su cuerpo.....

## **Analgesia**

Se realiza la inducción hipnótica por relajación progresiva, se orienta la respiración parcial (abdominal) y luego la respiración completa (abdomen – torácica).

1. Se realiza la concentración de la atención parcializada hacia la parte opuesta en que se experimenta el dolor; digamos una de las extremidades superiores.
2. Se sugiere que en esa parte del cuerpo siente una agradable sensación de pesadez o ligereza, tan agradable que siente que toda molestia es cada vez más tolerante, más agradable, como si determinada parte del cuerpo sintiera un alivio significativo de sus molestias
3. Se sugiere que las sensaciones experimentadas anteriormente ahora se trasladan y generalizan a otras partes del cuerpo que le es muy necesaria, (se centra donde hay molestias), aliviando molestias, tensiones y todas las contracciones musculares, permitiendo ahora que su cuerpo esté cada vez más relajado.....

## **Anestesia**

Se realiza inducción hipnótica por relajación progresiva o a través de signo señal, sugerencia clave sensación de pesadez, entumecimiento, siempre reforzado y repetitivamente como sensación de agrado.

1. Comenzar relajación de la cabeza en la misma medida que se acentúa el frescor como sensación de agrado.
2. Sugerencia de parpados cansados, agotados, pesados, muy pesados... cada vez más pesados, como pegados....
3. Imposibilidad de separación de los párpados el resto del cuerpo tan pesado como... Imposible de mover... no puedes....
4. Se continúa por el resto de las extremidades favoreciendo sensación de peso, inmovilidad, entumecimiento, como si no sintieras esa parte del cuerpo....

## **Flores y espinas**

Se les pide a los clientes en vigilia que describa o caracterice una flor, digamos una rosa. Se resalta la belleza de las rosas y como unida a tanta belleza se encuentran las espinas que hieren, lastiman pero que también protegen. La vida es como una rosa muy bella pero siempre tiene sus espinas.

1. Se induce relajación progresiva, combinada con la respiración.
2. Es importante la modulación del tono de la voz; de manera enérgica pero en tono bajo se acentúa los matices bellos de la vida como el color de su preferencia expresado en una flor. Manteniendo el tono bajo y ligeramente en ascenso se reconoce la existencia de las espinas como sinónimo de molestias, dolor, dificultades, fracasos.
2. Se realizan sugerencias para significar que ha pesar de las espinas las rosas se aceptan cada vez más por la belleza de sus diferentes formas, de sus diferentes colores, que pueden cambiar en cada época del año.....como el dolor que son espinas, están

presentes, pero nunca minimizan la belleza de la rosa, rosas y espinas siempre juntas inseparables, expresión de amor, defensa y protección....

El hipnotismo – la hipnosis no puede ser considerada nunca como la panacea del tratamiento de cualquier dolencia, pero es una hermosa vía para ayudar al ser humano. Nunca la utilicemos en beneficio personal como para demostrar poder. ¡Que sea una forma de ser más humano!.

Hasta aquí hemos presentado tres formas distintas de realizar el trabajo de intervención tanatológica, no descartando que existan distintos tipos de psicoterapia que de igual manera se amoldan al trabajo con pacientes crónicos y terminales.

## CAPITULO SIETE

### LA MUERTE, LAS RELIGIONES Y EL MEXICANO

*Yo Nezahualcoyotl lo pregunto:  
¿acaso deberás se vive con raíz en la tierra?  
No para siempre en la tierra:  
solo un poco aquí.  
aunque sea de jade se quiebra, aunque sea de oro se rompe,  
aunque sea de plumaje de quetzal se desgarrar.  
no para siempre en la tierra:  
solo un poco aquí.*

**NEZAHUALCOYOTL**

El límite entre la Tanatología y las Religiones es el estrecho, de tan manera que muerte, forma de morir, espíritu, espiritualidad, duelo o trascendencia; muchas veces se confunden y hasta llegan a ser lo mismo en una u otra área de estudio.

Las religiones se fundamentan en la creencia de una promesa sobrenatural ofrecida al ser humano para su propia salvación. Entendiendo por sobrenatural todo aquello que va más allá de las posibilidades que pueda tener el ser humano en esta vida, como sería el obtener la inmortalidad en la vida futura y la protección de los Dioses en esta vida.

Uno de los orígenes de las religiones es el temor que produce en el ser humano la incertidumbre del futuro o el miedo a los fenómenos de la naturaleza que no puede controlar o la impotencia ante las enfermedades o la misma muerte. Estos problemas que se presentan en las religiones, como son: el futuro del moribundo, de sus seres queridos, animales o cosas; la enfermedad y la muerte son, también, de interés para la Tanatología.

También se dice que las religiones se originan por el temor a los fenómenos naturales y, en un intento por controlarlos, se les atribuyen características humanas a los fenómenos naturales, así como a los astros y, también, a algunos animales como la serpiente; llegando a convertirlos en

Dioses a los que se les rinde culto para evitar su ira y buscar su protección además de mantenerlos tranquilos.

No se conoce con exactitud el origen de las religiones. Hay ciertas teorías que dicen que en los sueños o las alucinaciones de ciertas personas que decían recibir mensajes de los dioses que tenían que obedecer; porque si no el pueblo podía ser castigado. Otras dicen que en la magia, que había ciertas personas que decían tener el poder de hacer maleficios o encantamientos en otros. Las técnicas más frecuentes era hacer muñecos con parecido a las personas que se querían dañar y enterraban algunas espinas en los ojos, en el corazón o en otras partes del cuerpo que querían dañar. También con algunas prendas de vestir o uñas o pelos que pertenecieran a la persona que se le quería hacer algún maleficio. Otras teorías dicen que las religiones surgen con la veneración de los ancestros, que proviene de los sentimientos de culpa, que podían tener los hijos, por algo que se le pudo haber hecho al difunto que lo ofendiera o le causara daño en vida; y tenían el temor de que estos se vengaran, trayéndoles enfermedades o accidentes o hasta la misma muerte. Estos pueblos creían que cualquier accidente enfermedad o muerte que les ocurría no era producto de la causalidad, sino de los espíritus de sus antepasados que estaba enojados por algo.

Sin embargo, a pesar de que no se conoce con exactitud el origen de las religiones, vamos a mencionar tres grandes áreas, donde se pueden englobar el origen de todas:

Un origen divino: Las religiones surgen porque Dios le revela a alguien, que se convierte en su profeta, quién es Él y cuales son los mandamientos que quiere que su pueblo cumpla para que le vaya bien. Además que, a través de esta revelación, da a conocer el origen del universo, del ser humano y el destino de la humanidad. Así como la forma en que quiere que se le rinda culto.

Un origen humano: se dice que el ser humano es, por naturaleza hacedor de Dioses. En la actualidad se pueden ver jóvenes que llegan a idolatrar a ciertos artistas, deportistas, políticos o personas amadas, estos jóvenes pueden manifestar exacerbación de emociones, desmayos, ataques de llanto o risa y otras conductas ante la presencia de sus ídolos. En lo inconsciente creen que sus ídolos no tienen las necesidades que cualquier ser humano pueda tener, darían cualquier cosa por tener un autógrafo o algo que haya tocado su ídolo.

También podemos mencionar grupos con características religiosas como los darketos, los mara salvatruchas, los adoradores de la santa muerte, etc. Además hay personas que le dan cierto poder a objetos como monedas, cadenas, anillos, velas y otros amuletos, que les traerá la buena suerte y les alejará la mala suerte en sus vidas.

Con el desarrollo de las sociedades, las clases dominantes se cubrieron de una capa de divinidad y convencieron al pueblo de que los reyes son de origen divino y por lo tanto, estos reyes son representantes de los Dioses en la tierra. Se creía que los héroes y los jefes de los pueblos, al morir, se convertirían en Dioses y, por lo tanto, sus descendientes en la tierra tenían su protección y el derecho de mandar al pueblo. También existía la creencia de que los dioses nombraban directamente a los reyes. Y, cuando estos cumplían sus mandatos tenían su protección y cuando no, les venían enfermedades a los reyes o males a los pueblos, como las sequías, las muertes de sus hijos, las invasiones y otros. Este es el caso del pueblo de Israel, donde Dios nombra a David y a su descendencia como reyes de Israel.

A través de los siglos la humanidad ha desarrollado religiones que han respondido a las siguientes preguntas: ¿De donde venimos? ¿Hacia dónde vamos? ¿Hay algo más allá de la muerte? ¿Para qué estamos aquí?. Todas y cada una de las religiones que existen o que han existido en el mundo responden a estas preguntas en cierto grado y profundidad.

Así que las religiones han estado presentes en el desarrollo de las sociedades humanas desde “en el principio Dios”. La mayoría de las religiones tienen la creencia en un Dios creador – o varios – que dieron origen al universo y con él al ser humano. Esto no quiere decir que todas las personas sean o hayan sido religiosas en el mismo grado; ya que podemos encontrar personas sin religión o personas que niegan la existencia de cualquier divinidad, estas son llamadas ateos o personas que dicen que la existencia de Dios no puede ser conocida o probarse con certeza, los cuales son conocidos como agnósticos. Sin embargo, la espiritualidad puede ser encontrada en toda la gente, la cuál puede variar de persona a persona.

Las limitaciones del ser humano lo llevan a la creación o a la creencia en un poder más fuerte que el que pudiera tener cualquier ser humano, finalmente, estas limitaciones, lo llevarán a la fe en un ser sobrenatural que lo protege y trasciende a un mundo donde no haya llanto ni tristeza ni dolor ni muerte, donde irá a morar después de muerto si guarda sus mandamientos.

La reverencia o adoración de los muertos se ha encontrado en todas las sociedades y en muchas religiones: porque la creencia en la vida después de la muerte ha estado presente a través de la historia. Hace ya unos 100 000 años que los hombres de Neandertal enterraban a sus muertos con comida para el viaje a la vida después de la vida. Y en el Asia menor se encontraron tumbas con polen de diferentes flores que había impregnado las osamentas. Lo cual hace pensar que estos hombres y mujeres de hace 100 000 años ya mostraban dolor por su muertos y expresaban su duelo ofrendándoles ramos de flores sobre sus cadáveres.

Las religiones siempre se han relacionado con el bien y el mal. Si la moral puede existir sin la religión o la creencia en Dios, es tema de debate en la actualidad, pues se dice que la práctica de cierta moral terminaría en una religión personal o de grupo o, aún, de nación como es el caso del socialismo.

Todas las religiones tienen sus preceptos que deben ser cumplidos para que les vaya bien en la tierra y para alcanzar las promesas sobrenaturales que su religión les ofrece.

Aunque cada individuo puede tener su particularidad forma de practicar su religión, la religión es una actividad social. Las religiones son un producto social, aunque podemos encontrar sectas que se retiran a las montañas para orar y perfeccionar su espiritualidad, estos no están del todo aislados de la sociedad, pues mantienen, en cierta medida, relación con aquellos que los buscan para que oren por ellos o les den consejo a sus bendiciones, dejando sus ofrendas en comida u otros objetos que le sirvan al monje para sobrevivir.

El estudio de las religiones le interesa a diferentes ciencias: La arqueología se interesa por el conocimiento de la prehistoria y las sociedades antiguas; los templos que construyeron, los ídolos y los utensilios que utilizaban para la práctica de sus rituales. La antropología se interesa por las

culturas que se desarrollaron bajo la práctica de tales o cuales creencias, ritos y mitos religiosos. La psicología se interesa por el comportamiento humano y los motivos que lo llevan a la religiosidad. La historia se interesa por los hechos religiosos a través de los tiempos y como estos ha influido en el desarrollo de la humanidad. La Tanatología se apoya en estas – y otras ciencias – para conocer cómo la religión puede ayudar al ser humano trascender la muerte, tener una buena muerte, ayuda a trabajar el duelo en los que sobreviven y ayudarles a darle sentido a su vida.

En el momento de atender a un moribundo o sus familiares, el Tanatólogo, necesita aprender a despojarse de sus propias creencias religiosas y, si no tiene religión, de su misma incredulidad, para poder mostrar flexibilidad y sensibilidad. Y así, poder comprender al otro que esta muriendo o agonizando, así como a sus familiares y darles una atención de calidad.

La importancia que tiene el estudio de las religiones es descubrir el rol que la vida religiosa tiene en el desarrollo de la humanidad. Cómo las religiones influyen en las conductas de las sociedades.

En la actualidad existen un sinnúmero de religiones que van desde las personales hasta las trivales, nacionales o universales. En este capítulo abordaremos las más representativas a nivel mundial y, algunas, que representan la religiosidad con respecto a la muerte en la época prehispánica. Culminando el capítulo con la visión que posee el mexicano con respecto a la muerte.

## JUDAÍSMO

El judaísmo es la religión que ha practicado la nación judía durante toda su existencia.

La característica de la sinagoga, templo de los judíos, es su heterogeneidad. Para los judíos este lugar también sirve como sala de estudio y lugar de reunión.

La sinagoga tradicional consiste en un amplio espacio cuyo centro de atención es el arca, donde está guardada la Tora y los objetos ceremoniales como candelabros, copas o coronas de plata.

Para los judíos Dios es el Ser Supremo, planificador, creador y el amo eterno de todas las fuerzas, la materia y la vida del cosmo. Es un ser espiritual absoluto e iluminado, cree que se encuentra en todas partes y trasciende el tiempo, al espacio y la naturaleza, y todo lo sabe. Es un ser modesto, bondadoso e indulgente. Es el Padre Celestial

En el judaísmo el hombre fue creado a imagen y semejanza de Dios en lo que a espiritualidad se refiere. Debe buscar satisfacción cada momento, cada día y cada hora. Jurídicamente es judío el que nace de madre judía y aquel que se convierte al judaísmo.

La vida del ser humano es como un punto entre el devenir desde las entrañas de la madre a las entrañas de la tierra. La salida del vientre se conoce como nacimiento y el regreso a la tierra se conoce como muerte. La vida es un regalo de Dios y cada momento tiene su importancia y es definitivo para el hombre, en su presente y en su futuro, debemos vivir una vida de creación, reenfocando nuestra existencia, dando sentido a las cosas, liberándonos de la rutina, haciendo el bien, profesando amor por nuestro prójimo, aportando lo mejor de nosotros y viviendo de acuerdo a los mandamientos de Dios

Si la vida terrenal es un puente al futuro, la muerte es la puerta a la vida eterna. la separación del alma del cuerpo, la muerte es el retorno del alma su fuente original. Gozamos la vida porque existe la muerte. La muerte es parte del orden natural de las cosas. La muerte no es el fin sino el principio. Ven la muerte con tristeza, mas no con aflicción.

Para los judíos es necesario visitar a los enfermos y orar por su restablecimiento y acompañarlos a morir cuando el fin sea inevitable. Se visita al enfermo para:

- ✓ Rezar por el
- ✓ Brindar ayuda para cubrir sus necesidades
- ✓ Hablar con el de manera empatía para fortalecerlo y tranquilizarlo

Estas costumbres incluyen el cuidado tanto del cuerpo como del alma.

En ocasiones se le explica al paciente que la enfermedad es un privilegio que Dios le otorgo al ser humano para que tuviera tiempo de arreglar sus asuntos.

Para realizar los rituales de la muerte las personas que deben participar en este son:

El padre, la madre, el hermano, la hermana, el esposo, la esposa y los medios hermanos.

Y los rituales que se hacen son:

- ✓ Rasgado de vestiduras: es para provocar el sentimiento y se realiza en la solapa de la izquierda. La prenda debe usarse los siete días que dura el duelo, salvo el sábado.
- ✓ Lavado y vestido del fallecido: lavar y purificar el cuerpo.
- ✓ Huésped: discurso en honor del fallecido
- ✓ Fueneral: enterrar al difunto el mismo día del fallecimiento, excepto cuando cae en sábado o en una festividad religiosa.
- ✓ Los siete días: prender vela en honor al muerto, los familiares deben permanecer en la casa los siete días. Se cubren los espejos y se prohíbe trabajar, bañarse, usar zapatos de piel, viajes de placer, fiestas, regalos.
- ✓ 30 días: prohibiciones: cortarse uñas, afeitarse, estrenar ropa y expresiones de alegría
- ✓ Los 12 días: es en el caso de duelo por padres, no escuchar música, ni fiestas ni viajes.

Después de la muerte en la religión judía se da la posibilidad de la reencarnación, la resurrección, el cielo y el infierno. En el tratado Talmúdico Ética de los padres se lee: “Este mundo es como un vestíbulo antes del mundo venidero; prepárense en el vestíbulo antes de entrar al gran salón”

## CRISTIANISMO

Según la fé cristiana Jesús no fue solo un hombre como otro cualquiera, sino el mismo Dios. El cristianismo aparece fundado sobre elementos históricos.

En el cristianismo hay el Dios padre,. Dios hijo (Jesús) y Espíritu Santo. Todos en una sola entidad (la Santísima Trinidad).

El cristianismo dice que el hombre fue creado a imagen y semejanza de Dios. Por medio del bautizo se convierte en un hijo de Dios.

La vida tiene que verificarse aquí y ahora entre los dos extremos del nacer y del morir, el que vive en amistad con Dios, cumpliendo sus preceptos y secundando sus inspiraciones, tiene un vida rica, madura y feliz. Su final será apacible y sereno. El justo vive y el pecador muere, y este se salva solo si se convierte radicalmente a Dios.

La muerte es el final de la vida dada por Dios, morir es la plenitud dichosa de la vida, la muerte se acepta como el final natural de la vida, el pecador pierde la vida total. El morir en el antiguo testamento tiene el aspecto de una apacible y autoconsumación vital, pero por otro lado también tiene el carácter de desenlace funesto y absurdo de la vida. La predicación de Jesús en el Reino de Dios es la llamada de los descarriados a la verdadera vida.

En el cristianismo el acompañamiento al enfermo, tiene un significado especial, ya que quien sacrifica su propia vida en servicio de Dios y de sus hermanos obtendrá la verdadera y auténtica vida presente y futura.

La esencia de visitar a un enfermo es:

- ✓ Rezar por él
- ✓ Ayudar en el cuidado del cuerpo y del alma y en la medida de lo posible ayudarlo en cuestiones materiales.

Los rituales de muerte incluyen lavar o limpiar el cuerpo, sabana blanca para la pureza, cirios que le permiten guiar su camino hacia Dios. Se entierran en un cementerio. Se hace la veneración de los restos en donde se congregan los conocidos para fraternizarse y conocer el dolor, esperanza y consuelo.

Después de la muerte existe la posibilidad de la resurrección (paraíso) y del infierno (muerte total)

## HINDUISMO

El hinduismo no es una religión, es un conjunto de tradiciones, creencias y postura en torno a la vida.

Dios es la realidad que sostienen al universo y al mundo de los sentidos. Se llama Brahaman. Es conciencia pura, primigenia alma universal y absoluta.

El hombre posee una parte física con la cual se mueve en el mundo real, por medio del atman un aparte del Brahmán vive en nosotros y le da unidad a todo lo que nos caracteriza por medio de la meditación.

En la naturaleza todo se da de forma cíclica, athman es la verdadera naturaleza y lo que muere es el cuerpo. Considera la existencia de la reencarnación, en la cual el alma pasa de un cuerpo a otro y se llama Karma. Es la ley moral de causa y efecto y es la que mantiene el ordenen el mundo. En esta existencia se determina como será la siguiente.

La muerte no es un final tajante, no es terminal, es el cierre de un ciclo para dar paso a otro por medio de la reencarnación.

El acompañamiento a un enfermo se da de corazón a corazón respetando el dolor y apoyo a la persona. Antes de que muera se manda llamar a los brahmanes para orar y hablar de los asuntos importantes y así lograr la purificación.

Los rituales de muerte consisten en lavar el suelo donde murió y colocarlo encima de este lugar, lavan el cuerpo y lo ungen con aceite de madera de sándalo, lo amortajan, ponen sobre el cuerpo ramas de albahaca dulce y lo cubren con otra tela. Lo ponen sobre el féretro y tres brahmanes y

un familiar levantan el féretro y lo llevan donde va a ser incinerado (puede ser cerca del río), en la procesión va al frente el hijo mayor que es el que aportara el fuego. Los brahmanes realizan cantos.

Después de los 10 días de la muerte se rasura al hijo mayor, las cenizas se recogen y guardan para ser arrojadas en el río. El heredero, el padre o el hijo esta obligado a darle de comer a tres brahmanes por 21 días o hasta por 27 días durante un año. Cada aniversario se alimenta a seis brahmanes.

## BUDISMO

El camino de la vida budista ofrece preceptos para el bienestar ético y espiritual de cada individuo y los exhorta a tener compasión por cualquier forma de vida. Dado que creen en la reencarnación, los budistas deben aceptar la responsabilidad de la manera en que ejercen su libertad, ya que las consecuencias de la acción pueden ser vistas en vidas posteriores. Es importante que el individuo se comporte adecuadamente. Las enseñanzas del Buda trabajan con la totalidad. Estas enseñanzas del Buda se encuentran consignadas en la doctrina de las Cuatro Verdades.

- ✓ Noble Verdad: El “yo” no existe: El ser no es mas que el ensamblaje de elementos efímeros: el cuerpo, las sensaciones, las representaciones, las formaciones y el conocimiento. Ninguno de estos elementos constituyen el “yo”. Esta es una palabra para designar a esta concatenación de elementos pero el problema está en identificarlo como “yo” y apegarse a esta apariencia de ser.
- ✓ Noble Verdad: Todo apego es sufrimiento: Lo que nos hace sufrir es nuestra voluntad de apegamos a las cosas, a la vida, el miedo a perder lo que creemos ser. Este es el origen de la desdicha, sufrimos porque deseamos vivir en los placeres que son efímeros y nos apegamos a las apariencias.
- ✓ Noble Verdad Desapegarse de todo: Por consiguiente el remedio para el sufrimiento es

despegarse de todo, renunciar a los apegos eliminando el deseo. Esta es la condición de la libertad: el renunciamiento.

- ✓ Noble Verdad: Practicar la meditación pura. Asumir el Camino: Una vez que se ha renunciado se puede llegar a la extinción de todo sufrimiento mediante el noble camino de las ocho virtudes: fe pura, voluntad pura, lenguaje puro, acción pura, aplicación pura, medios de existencia puros, memoria pura, meditación pura.

El espíritu aprende, crece y se desarrolla en cada vida mediante las experiencias cotidianas y la práctica espiritual. Nuestro espíritu nunca puede morir. A diferencia de nuestro cuerpo físico, que se enferma, envejece y finalmente muere, nuestra alma vive por siempre. El espíritu eterno de cada persona es un viaje que no tiene principio ni fin.

En cada vida, el espíritu entra en el cuerpo físico al nacer y obtiene experiencias en el mundo. Al final de la vida se abandona el cuerpo físico y se continúa el viaje hacia una nueva vida en un nuevo cuerpo físico. El estado mental al momento de la muerte determina las condiciones de nuestra próxima vida. Este proceso de nacimiento, muerte y renacimiento se llama reencarnación y es una creencia fundamental del Budismo.

Cada quien determina que hacer con su propia vida. Los Karmas son la ley de causa y efecto. Es la habilidad de crear y cambiar. Según el Karma un hombre puede renacer sucesivamente en cinco estadios: dioses, seres humanos, animales, espíritus o denizen del infierno.

## RELIGIONES QUE SE PRACTICAN EN MEDIO ORIENTE

### EGIPTO

Los egipcios profesaban a los muertos un tratamiento ritual, sepultándolos en pirámides y tumbas pintadas, así mismo gracias al clima de Egipto se han cuidado los rollos de papiro del Libro de los Muertos, así como los textos de las pirámides, mismos que eran con el fin de ayudar a los reyes allí sepultados a alcanzar la vida eterna, cada hombre además de su khat, tenía un ka como

un doble del hombre, su genio o yo subconsciente, llamada también ángel guardián nacían con él y duraba hasta su tumba y el ba que admite una fácil identificación con el alma, es la fuerza y el poder de la vida, representada en ocasiones con un ave con penacho en el pecho y posteriormente como halcón que revoloteaba sobre el cuerpo embalsamado. Bajo la Undécima y Duodécima Dinastías se usaron grandes sarcófagos había inscripciones conocidas como “textos de ataúd” que contenían plegarias.

Se decía que Hathor la diosa – vaca, auxiliaba a los muertos, reservándose un mundo subterráneo como un paraíso en el que recibía a los justos, se conocía como la esposa del Dios del Sol Ra, e embalsamador antes de empezar el proceso de momificación daba una plegaría ritual. Los egipcios creían que el estado del cuerpo dentro de un sepulcro era importante para el ka, los Faraones solían acuñar sus actos y su destino en la tumba, Decía Herodoto que en los banquetes de los ricos se paseaba la imagen labrada de un cadáver en un ataúd mostrándola a los presentes diciendo “Observad a este hombre, bebed y regocijaos, pues al morir sereis como él”, sin embargo los pobres solo debían conformarse con los embalsamientos de tercera clase.

Los textos de las pirámides mencionan a un dios llamado Ater Asfet (“destructor del pecado”), otros posteriores indicaban la aniquilación de los impíos después de la muerte. La quinta dinastía le da mucha importancia a Maat que es la senda del que nada sabe, mas se decía que quien trasgrediera sus leyes sería castigado. En los textos de las pirámides no decían nada de los juicios del Rey a los muertos, más en los papiros de Tebas aparece una balanza de dos platillos para pesar el corazón durante el juicio, de primero parece que es el Dios Ra, pero después aparece Osiris en el Libro de los Muertos este acto se vuelve extremadamente elaborado nunca hubo una estricta uniformidad de creencias en la religión egipcia, no había ideas generalizadas en cuanto al juicio después de la muerte aunque el personal divino difiriera según los creyentes, se decía que si el corazón estaba pesado frente a Osiris se tomaba como una “confesión negativa” y en cuarenta y dos declaraciones se debía comprobar si el muerto no había cometido tal o cual pecado, la Corte de Justicia estaba compuesta por 42 Asesores de los Muertos, Anubis hacia las veces de fiscal que era quien sostenía las pesas por un lado tenía la pluma de Maat y en el otro el corazón del humbre. Thoth el dios con cabeza de ibis, sentado junto a las pesas con una tabilla consignaba el resultado mientras un monstruo tripartito, Am-mit aguardaba para devorar el

corazón de los culpables. En el libro de los Muertos en la Decimoctava dinastía existen variaciones enumeradas en las declaraciones hechas a los Asesores, durante la audiencia Osiris permanecía totalmente pasivo, a éste se le adjudica el gobierno del otro mundo es el señor del Tuat (o mundo subterráneo) y amo de la Nave del Sol que antes era del Dios Sol-Ra.

Los sacerdotes de Ra en la decimoctava dinastía hicieron una guía para el otro mundo llamada el Libro Ami Tuat que narra el viaje de Ra a través de los reinos de los muertos su nave viajaba por el cielo y al abordarla esta recibía la luz de Ra era la dicha de los muertos, la primera región poblada de almas que aguardaban una oportunidad para subir, simplemente se acepta o rechaza el pedido de subir a la nave, se atraviesan doce regiones que corresponden a las horas nocturnas. En la región undécima hay abismos de fuego donde se elimina a los réprobos, casi al mismo tiempo se recopiló otro libro el Libro de las Puertas que otorga primacía a Osiris, existen doce regiones en el Tuat, en esta la región quinta es la mansión de los justos, dividida en 4 provincias, una para los egipcios y otra para los sirios y pueblos de oriente, otra para los sudaneses negros y la cuarta para los libios, en la región sexta está el Tribunal de Osiris, y la tierra de los bienaventurados que ha salido airoso del juicio, mismo que cosechan o vigilan la planta llamada Maat que es su alimento.

Millares de egipcios murieron creyendo en la magia de Osiris, Herodoto conocía bien los misterios de lo que escribió y dijo que los griegos habían tomado los misterios de la diosa de las hijas de Dánao. Cuando se helenizó Egipto las creencias egipcias se transformaron, Isis eclipsó a Osiris como dadora de inmortalidad, en la innovación de Isis se dice que ella le ha conferido inmortalidad a Osiris y Horus, algo impresionante en Egipto es el contraste entre las casas de los vivos y las tumbas de los muertos, a la residencia de los vivos se les denomina “morada transitoria” ya que se habita por poco tiempo y a las tumbas de los muertos llaman hogar eterno, pues ellos moran en el hades por tiempo indeterminado.

Por lo tanto la teoría Egipcia de la Continuidad física determina que la muerte es un no acontecimiento, ya que continuamos a través de ella.

LIBANO

En este país conforme a la Ley de Analogía la muerte y la vida siempre están armónicamente conjugadas, los descendientes de todos los tiempos deben identificarse con los muertos en la Humanidad y la Historia, situación por la que se llevan a cabo cultos a los que se fueron.

Dicen que tememos a la muerte porque no la miramos de frente, porque todos nos hemos propuesto desconocerla y olvidarla, pero esta no mata, es un mero nacimiento a otra vida, si no hubiera muerte, no habría renovación, el sepulcro que tanto nos aterra será mañana nuestra cuna, mientras unos lloramos a un muerto, otros están viendo un recién nacido, porque la vida es eterna y mientras haya dolor y muerte habrá religión. Si quitamos de la vida lo que se llama muerte no habrá fe, virtud, esperanza, poesía y belleza moral en el mundo ya que todo lo grande nace del dolor y crece bajo el riego de las lagrimas.

El culto de los muertos es una rama muy importante en el árbol místico de la religión, poéticamente los celtas se creían por la noche perseguidos de un espíritu que sin amedrentarlos les ampara cual una protección especial de la naturaleza concentrada sobre sus hijos predilectos, el cirio en la tabilla negra, el pan, la piedra sepulcral la corona y los rezos entre otros los consideran como las más íntimas comunicaciones de los muertos con los vivos en el seno de la eternidad.

Consideran que se debe matar el temor a la muerte, situación ancestral de nuestras desdichas y obstáculo a los progresos ya que con éste temor van unidos todos los demás temores como el temor al dolor, al redentor esfuerzo y principalmente a lo desconocido. Pero no debemos temer, piensa que mejor debemos consolarnos diciendo también con Cautelar (El Cementerio de Pisa) “Las maldades humanas jamás lograrán obscurecer en mi alma las verdades divinas y como distingo el bien del mal, distinguir la muerte de la inmortalidad”

Se dice que los griegos inducidos por el mismo espíritu hablaban de Anastasio que era el levantamiento, resurgimiento, retorno o resurrección, es decir la continua existencia del alma a lo largo de las reencarnaciones o vidas pasadas, creencia que fue muy firme y universal entre los

druidas y galos que según dice Diodoro confiaban a las llamas mensajes para sus queridos muertos.

Al cuestionarse el que es la muerte manifiestan que físicamente es el acto de cesar la coordinación orgánica humana y de formarse a costa del cuerpo que se dice nuestro y que metafísicamente la muerte es mucho más, es la caída, la cesación de actividades del muerto que cae en un estado de latencia, inanición y atonía, totalmente opuesto a lo que en algún momento lo caracterizo en cuanto a actividad y para estos el Método Analógico-Simbólico de la muerte es equiparable u homologa a todas las demás nociones de negación, noche, tiniebla, reposo, latencia, etc. El fenómeno de la muerte, puede estudiarse abstracta o metafísicamente.

Consideran que la vida y la muerte son dos casos unidos de manifestación y de entropía. Si cada uno de los días de nuestra vida tuviéramos limitada la ciencia y la conciencia no alcanzaríamos a ver el más allá ni las realidades del día anterior, ni del día que va a seguir, en el momento en que dormimos llegaríamos a sentir terrores por la aproximación de la muerte y caer entonces en el misterio de lo que ignoramos. Dicen que morimos para el mundo materno en el momento del nacimiento para este mundo físico y todo el tiempo en este mundo no es sino un continuo ciclo de muertes y vidas.

Durante las tardes de Atenas el sitio de peregrinaciones que mas atrae es el Antiguo Cementerio del Cerámico, La muerte que en otros camposantos trae angustia, que ha sido obsesión dolorosa del Egipto, la que ha de bailar ante la Edad Media su danza macabra y que se presenta descarnada, carcomida, esta en Atenas de Palas, apenas sugiere con su aspecto de bella dama velada una respetuosa melancolía, las inscripciones que se hacen en Atenas son bellas como esta “Aquí yace un hombre que se va del mundo lo mismo que vino” se da una resignación tranquila, los muertos no son sino los supremos viajeros que se ausentan para no volver. En las estelas célebres del Cementerio Ateniense en los rostros se deja ver únicamente una melancolía inmensa, para ellos representa toda la ventura humana y quienes mueren gloriosamente merecen ser admirados más allá de la tumba.

La serenidad Helénica es una forma de la resignación, el alma que queda viva es un símbolo que lo mismo aparece enterrado con el cuerpo que llevado a una vida libre lo que ha de ser de esta sustancia es un vago más allá que no preocupa a nadie.

Así pues este conocimiento recto de que la muerte no es nada para ellos hace que el carácter mortal de la vida no les impida gozarla.

Se dice que los muertos viven y se mueven entre nosotros, no es seguro que permanezcan en sus tumbas, los atenienses consideraban a los difuntos como víctimas consagradas a Demeter. Se dice que la gente convaleciente vive sus últimas almas en un lugar apacible llamado Pradera o Jardín de Hades (Campos Elíseos) en donde permanecen por un tiempo fijo y después de la angustiada peregrinación por la vida experimentan una inefable sensación de gozo tal como la reciben los que iniciados en los Sagrados Misterios. Las cristalizaciones o personificaciones metafísicas de las acciones buenas o malas del hombre, que los budistas llamaban skandas o tendencias, arreglan después de la muerte del cuerpo material un cuerpo etéreo o astral, de aquí los sufrimientos del que vuelve a nacer hasta que logre desprenderse de todo pensamiento o pasión terrenas.

Se dice entonces que en campo de la pretendida muerte juegan todas las cosas del Cosmos y las facultades del espíritu, Espronceda escribe el siguiente poema de nombre la Intrusa en el cual entraña el hecho universal de la muerte como término mediador entre dos vidas.

## GRECIA ANTIGUA

Las ideas sobre la muerte y paso a otro mundo se dio en los griegos por el año 600 a.c. mediante el himno homérico a Deméter. Dice una leyenda griega que no conviene querer saber demasiado sobre el otro mundo y que aun el iniciado en los misterios solo podías esperar una presentación simbólica de los hechos. Los misterios eran parte de los trabajos de Demeter. Existen algunas inscripciones en Lamellae (láminas) sepultadas en tumbas de Thurii (Magna Grecia) y de Creta, en las que se dan las invocaciones a Persefone como Reina de los Muertos considerando que esta habitaba entre los muertos, y que migra de estación en estación entre este mundo y el otro. Para Homero los muertos habitan un reino semejante al Seol hebreo. Pitágoras recordó a muchos que

había conocido en vidas anteriores, mucho antes de que sus almas moraran en el cuerpo que ahora habitaban, estas teorías suponen la separación del cuerpo y del alma en el instante de morir, este decía que “el cuerpo es el manto del alma”. En las Lamellae de oro se dan indicaciones al alma para cuando esta abandone el cuerpo. Platón refiere a la visión que Er el Armenio tuvo cuando estuvo temporalmente muerto, decía que había dos aberturas en la tierra, las almas que llegan a la tierra una vez juzgadas iban a la derecha para ascender a los floridos prados de la dicha o hacía la izquierda para descender a los tormentos.

En cuanto a la teoría de las transmigraciones. Platón trato de ordenarlas diciendo que el alma, al inicio de su existencia, procura elevarse por las esferas hasta que ve con claridad las verdades celestiales, pero si pierde las alas cae hasta descender en un cuerpo sólido que la aprisiona. Decía Platón que el tribunal de jueces de los muertos se integraba por Minos, Radamantis, Eco y Triptolemo. En el Siglo IV a.C. existían los manuales griegos que fueron redactados por Orfeo y/o Museo mismos que contenían mitología, formulas iniciatorias e instrucciones para convocar a los muertos y consultarlos.

En relación a las transmigraciones Grecia no tiene datos sobre estos, las creencias griegas las tomaban principalmente de los poemas homéricos. Se dice que el triunfo de la filosofía en relación al culto de los muertos no se llevo a cabo sino hasta que Grecia fue absorbida por el poderío romano.

## ARABIA

Deploraban la pérdida de sus parientes carnales y amigos se consolaban en la idea de que los difuntos no se hallaban muy lejos, creían que los muertos vivían una vida propia y gozaban en la tumba de una existencia consciente, creencia similar a la de los hebreos que decían que la morada de los muertos era el Seol o hades. Los árabe paganos cuidaban de sus muertos y le proveían alimento y bebida, en esta sociedad los amigos y parientes permanecían en contacto con el difunto, se tardaban cerca de la sepultura e incluso llegaban a levantar una tienda junto a la tumba, cuando pasaban frente al sepulcro de algún conocido decían su nombre y lo saludaban, pensando que les devolvían el saludo, pensaban que las lechuzas eran lo espíritus e los difuntos y

que al chillar era el gemido de los muertos. A los espíritus los llamaban “eco, calavera o alma”, se negaban a que la muerte cortara los lazos de la sangre o de la amistad se le ofrecía a los muertos un camello para cabalgar, en ocasiones se sujetaba al animal a la tumba y hay moría de hambre y sed, situación que después fue prohibida. Aunque los árabes paganos creían en el más allá no sabían nada de la resurrección de los cuerpos, después del surgimiento del Islam los árabes siguieron con sus creencias de que los difuntos tenían vida propia dentro del sepulcro, aunque su interés se centro en el destino y la última condición del hombre. Hubo dos artículos de fe, el primero decía que iba a haber un día de resurrección; a estos les era difícil creer que Dios reuniría sus huesos y remodelaría sus dedos. El segundo era el advenimiento del día del juicio en el que el hombre responsable ante un creador que no había creado el cielo y la tierra solo por diversión, sino, con un propósito serio.

El árabe libre retrocedía ante la idea de tener que rendir cuentas de fe y de sus actos, en el otro mundo, según las revelaciones de Mahoma estaba pleno de vida y movimiento en donde un sitio triste para unos, era dichoso para otros, según la vida que hubiera tenido en este mundo y según su Dios. El coran es importante para el segundo periodo que dice que el último día o día de la resurrección y del juicio estaba permanentemente en la mente y en los labios de Mahoma; el termino al´-akhira, el “mas allá” se repite ciento trece veces en el coran, otro de los nombres que se le da al gran día es como el día en que la pierna se desnudara, y que la gente tirara a los vientos la dignidad y se quitara el manto para correr más rápido, esto iniciara con un grito y el toque de trompeta, esto no solo congrega a la humanidad sino a los jinn y a los animales. Cada obra será pesada en la balanza, las buenas obras serán admitidas en el jardín, de lo contrario serán arrojadas al abismo en donde el infierno se llevará a media que en el caigan los réprobos y no habrá disculpa posible. Medida que se dio la sunna (tradicción) islámica después de la muerte de Mahoma se añadieron nuevos horrores jamás concebidos como el interrogatorio en la tumba y sus suplicios. De ahí que se dieron dos juicios, uno en la tumba, al morir, y el otro al llegar el fin del mundo, el mundo subterráneo estaba poblado de ángeles y demonios. Había uno que llamaban el ángel de la muerte que extraía las almas del cadáver, tenía dos ojos, uno en el rostro y otro en la nuca, se le aparecía al moribundo, atrapaba su alma sin darle reposo y abandonaba la casa entre los gritos de la familia. La tradición islámica comenta sobre el interrogatorio en la tumba y el consecuente tratamiento se daba a creyentes e infieles, a los virtuosos los recogía los

ángeles con rostros como el sol y a los impíos los ángeles feos y repulsivos la tumba del creyente se transforma en un jardín exultante y la del infiel se colma de serpientes de siete cabezas.

Munkar y Nakir eran los dos ángeles negros examinadores que interrogaban a los muertos de su fe y sus actos los creyentes su tumba estrecha y negra se vuelve espaciosa e iluminada y al contrario al infiel la tumba se cierra sobre él hasta quebrarle las costillas.

Día del juicio al sonar la trompeta, se decía que las tumbas se abrirían y se levantarían los muertos, y sin ropas eran conducidos al lugar de reunión que era diferente a todo lugar de la tierra, bajo el resplandor del sol estarían las criaturas traídas de los siete cielos y de las siete tierras, junto con los ángeles, los Jinn y los diablos.

Los portentos es el día en que los cielos se rasgan las estrellas se dispersan, el sol se vela y se achatan las montañas, los mares hierven y el infierno vomita fuego, ese día cada alma verá lo que produjo y lo que retuvo, se llevarán a cabo los balances, se abrirán los libros y se aproximará el infierno, en los interrogatorios se preguntarán cosas relevantes y triviales y finalmente el infierno se abrirá para quienes se atrevieron a desobedecer al altísimo.

El cielo se ubica frente a ríos que emanan vino y miel, los ciudadanos son reyes y ningún placer es negado, dicen que si quieres gozar de cosas en el más allá debes abstenerte aquí y ahora, se experimentará lo que no se ha visto, oído y lo que no ha penetrado en la mente del hombre, los habitantes del jardín serán bellos, imberbes, de cabello rojizo, pero el mayor deleite consistirá en contemplar el rostro de Dios, lo que se conoce como el “añadido”.

Para finalizar comentare sobre los misterios, viene de la palabra misterias que es una expresión metafórica y sinónima de la idea del pavor que ocasionaba la oscuridad y el silencio. Esta forma parte de la filosofía de la India a lo cual se debieron los misterios egipcios, que demostraban lo importante que era purificarse antes de descender a regiones desconocidas para no caer al abismo, porque a los que estaban exentos de impurezas del mundo se les permitiría gozar de la presencia e la divinidad, tenían estos un carácter muy fuerte de grandeza y santidad y provocaban en el ánimo un profundo respeto, eran fúnebres sus formas y el tipo de la muerte y resurrección místicas

aludían siempre a un personaje divino o heroico, eran el consuelo o la esperanza de otra vida feliz y eterna, otorgaban hermosas esperanzas para el momento de la muerte estos no solo dan consuelo para esta vida, sino también la ventaja de pasar al morir a un estado perfecto de felicidad. Se dice que todos resucitaremos pero no todos seremos mudados y que en un abrir y cerrar de ojos sonara la final trompeta: los muertos resucitarán incorruptibles.

## LA MUERTE Y EL MEXICANO

Hablar del mexicano en el ámbito de la muerte, es hablar de muchas influencias que ha tenido a través de la historia. Empezando por el término mexicano que se empieza a acuñar con la conquista y colonización de lo que fue la Nueva España y con el antecedente de los mexicas y que toma forma con la independencia de México. Dentro de esta parte del libro abordaremos algunas de las culturas más significativas de la época prehispánicas y haremos un comparativo con otro pueblo prehispánico, los Incas.

En el mundo prehispánico en lo que hoy es México, existe desde 18 siglos antes de Cristo, un culto muy elaborado a los muertos. Los entierros de esa época se acompañaban con gran cantidad de objetos cerámicos, alimentos, armas y hasta hierbas medicinales para que acompañaran al muerto en su andar al otro mundo.

La doble representación de la vida y la muerte se encuentra en una diversidad de materiales empleados en la manufactura de esculturas mortuorias.

Los mexicas fueron considerados como “el pueblo de la muerte”. Su filosofía acerca del tema de la muerte y de la inmortalidad está plasmada en un sinnúmero de poemas.

Para el mexica la vida no es más que un momento pasajero. Que su destino es El más allá.

Carlos Escobar comenta que los antiguos mexicas suponían que existían nueve planos extendidos bajo la Tierra y ahí permanecían los muertos. Según la forma en que morían era su destino final Si morían sacrificados o en combate o de palto, se convertían en compañeros del Sol Los que

morían ahogados o por un rayo o de enfermedades relacionadas con el agua, como la gota y el reumatismo se iban con Tláloc. Se consideraba que ellos habían sido distinguidos por los dioses del agua y de la lluvia. Los niños al morir eran considerados como joyas, por ello después de muertos permanecían en la casa de Tonacatecuiltli, alimentados por el chichihuacuauilico o árbol nodriza.

Según el tipo de muerte, era el trato a los cadáveres: la cremación y el entierro los dignatarios eran sepultados con solemnidad en cámaras subterráneas abovedadas, el cuerpo era puesto sentado, rodeado de armas y piedras preciosas. Junto a estos dignatarios se enterraban algunas de sus esposas y algunos de sus servidores que por su propia voluntad querían seguirlo al más allá.

Las almas de los no elegidos por los dioses, iban al oscuro plano del inframundo, el Mictlán. Para transitar por el mundo de (los muertos, sin peligro, se debía ir acompañado de un perro que era incinerado junto con el difunto. Después de ochenta días se incineraban las ofrendas que habían llevado los amigos y parientes.

Se consideraba que después de transcurridos cuatro años del deceso, el muerto había llegado a su destino final, ocupando su lugar que le corresponde en el noveno nivel, lugar del eterno reposo.

En el calendario mexica existían dos meses dedicados a las festividades de los muertos. El primero de ellos era el noveno mes o fiesta de los muertos niños. El segundo o décimo mes se dedicaba a los muertos grandes o gran fiesta de los difuntos. fecha en que se sacrificaba a un gran número de hombres. Lo que daba a esta celebración gran solemnidad y relevancia.

## TARASCOS

Descripción concerniente a la muerte y a las ceremonias con que enterraban al *calzoncin*, señor de Michoacán.

En vida, el *calzoncin* decidía que hijo le sucedería para que comenzara a ensayar la forma en que habría de gobernar. Cuando el *calzoncin* viejo enfermaba, enviaba por médicos a todo su reino y

cuando éstos decían que su estado era ya muy grave, el nuevo rey o *calzoncin* (que ya gobernaba) mandaba llamar a los señores y principales del reino. Ya que el *calzoncin* viejo estaba a punto de morir, no dejaban entrar a nadie y quienes iban a visitarlo se quedaban en el patio y si le llevaban presentes dejaban los regalos en un portal. Ya que el *calzoncin* viejo moría, el hijo le sucedía y hacía saber de la muerte del padre a los señores y principales que estaban en el patio; luego ellos, llorando por el difunto, entraban donde él se encontraba. Todos los señores bañaban tanto al *calzoncin* viejo como a las personas que habrían de “acompañarlo” hacia el otro mundo. Vestían al muerto así: le ponían una buena camisa de las que usaban los señores; le calzaban unas *cactli* o zapatos de cuero de venado (que es calzado de señores); le ponían cascabeles de oro en los tobillos, en las muñecas piedras de turquesa y le hacían un trenzado de pluma y en la garganta collares de turquesa; en las orejas tenía unas orejeras grandes de oro; en los brazos dos brazaletes de oro. Le hacían una cama muy alta de muchas mantas de colores mismas que ponían sobre unos tablones y ya todo ataviado el difunto, era colocado encima para dar la impresión de que estuviera en su cama y atravesaban por debajo unos palos para después poderlo llevar cargando sobre los hombros. También hacían otro bulto también de mantas y en ese otro bulto ponían un gran plumaje de plumas verdes largas y costosas, orejeras de oro, collares de turquesas y brazaletes de oro y un trenzado largo. A los pies de aquel bulto también habían *cactlis* o sandalias y cerca de la posición de las manos le ponían flechas y un arco.

Era costumbre que las mujeres del *calzoncin* muerto salían a llorar por él dando gritos y que muchos varones y mujeres habrían de morir con él. A esta gente, que le habría de seguir, la adornaban puesto que el *calzoncin* la llevaría consigo debido a que le serviría en el otro mundo. Estas personas eran indicadas por el hijo heredero y nuevo señor. Señalaba siete señoras de las cuales una llevaba oro y piedras preciosas; iba su camarera que guardaba sus joyas; iba una servidora de sopa que le servía para darle el vino y el cacao; otra que le daba agua y le sostenía la taza mientras bebía; una cocinera; otra que le daba el orinal y otra para diversos oficios que los había de continuar en la muerte. En cuanto a los varones: iba uno que llevaba las mantas del *calzoncin*; otro que lo peinaba y trenzaba los cabellos; el que le hacía las guirnaldas de flores; el que transportaba su silla; el que llevaba las mantas de algodón; otro llevaba hachas de cobre para hacer y cortar leña; el que llevaba el aventadero y moscador grande para hacer sombra; otro con su calzado, otro los perfumes; un remero, un barquero, un barrendero, un calador, el portero de su

sala, otro portero de las mujeres, un plumajero, otro que hacía los plumajes ricos; un oficial de arcos y flechas; de los médicos que no le pudieron sanar, algunos iban con él para rectificar la cura que habían errado; y, por último, un gracioso que tenía por cargo contarle novelas. Todos ellos adornados y con mantas blancas y con los instrumentos con los que habían servido al *calzoncin*. Además, otros muchos criados se ofrecían para ir a servir en aquella jornada.

Sacaban al difunto a media noche. Llevaban delante de él lumbres e iban tocando las trompetas. También la gente que había de morir con él caminaba delante, e iban barriendo el camino y le decían: “Señor, por aquí has de ir; mira no pierdas el camino”; y en procesión con todos los señores de la tierra y mucha gente, le llevaban hasta el patio de los teocales donde se había colocado una gran cantidad de leña seca de rajas de pino. Cuando llegaban allí, daban cuatro vueltas alrededor del lugar donde lo iban a quemar y tocaban las trompetas. Luego, le ponían encima de la leña tal y como lo habían ataviado junto con el otro bulto. Después, le prendían fuego y mientras que ardía, golpeaban con porras, hasta matarlos, a quienes irían con él (los emborrachaban antes para que no sintieran tanto la muerte) y los enterraban, con todo lo que llevaban, detrás del templo de su dios principal llamado Curicaueri y los echaban de tres en tres y de cuatro en cuatro. Ya cuando amanecía estaba quemado el *calzoncin* puesto que todos los señores que habían venido con él estuvieron atizando el fuego toda la noche. Una vez que todo estaba quemado, juntaban toda la ceniza de los huesos y todas las joyas que se habían derretido y llevaban todo a la entrada de la casa de los ministros del Demonio, y puesto en una manta hacían un saco de mantas y a este bulto le ponían una máscara de turquesas, orejeras de oro, trenzado de pluma, un gran plumaje de plumas verdes, collares y brazaletes de oro. Se le ponía una rodela de oro a sus espaldas y al lado arco y flechas y le calzaban y le ponían en las piernas sartaes de cuentas y cascabeles de oro.

En el templo de Curicaueri hacían debajo, en el principio de las gradas, una gran sepultura muy honda casi cuadrada y la cercaban de esteras nuevas por las paredes y en el suelo y ponían allí una cama de madera. Habían cercado aquel lugar o sepultura de rodela de oro y plata, y a los rincones ponían muchas flechas de buen almacén; colocaban también ollas y jarros con vino y comida. Un sacerdote, de los que tenían como oficio llevar a los dioses a cuevas, ponía una tinaja y dentro de ella asentaba aquel bulto de manera que mirara hacia oriente y tapaban aquella tinaja

y cama con muchas mantas. Así mismo, eran dejados allí plumajes con que solían bailar y más rodajas de oro y plata y otras cosas de ajuar de señores hasta henchir aquella tinaja y se tapaba la sepultura con unas vigas y después tablas. La sepultura de las otras personas la cubrían con tierra.

Luego todos los que habían tocado al *calzoncin* o a los otros muertos, se iban a bañar para que no se les contagiara alguna enfermedad. Ya lavados, volvían al patio del *calzoncin* muerto junto con mucha otra gente y allí permanecían sentados. El nuevo *calzoncin* mandaba sacar mucha comida que ya se tenía apartada por lo del entierro y a cada persona se le daba un poco de algodón para limpiarse el rostro después de haber comido. Todos permanecían en ese patio sentados, tristes, con las cabezas bajas y en mucho silencio por cinco días. Durante ese lapso nadie en la ciudad molía maíz en piedra y en ningún hogar se encendía lumbre, y todos los mercados dejaban de comprar y de vender. Tampoco se veía gente por la ciudad puesto que todos andaban tristes (aún dentro de sus casas) y en ayuno por la muerte de su señor. Los señores de la provincia salían unos una noche y otros iban a las casas del Demonio y a la sepultura del difunto y tenían por orden oración y vela.

## ZAPOTECAS

Dentro de las tradiciones mortuorias del mundo zapoteco había diferencias entre si la persona era un personaje importante o no. El primer ejemplo expuesto es de una mujer significativa de la vida política del reino zapoteco: la Señora Hierba 2 Caña y como a ella, los ritos a las personas importantes se hacían de la misma manera. El segundo ejemplo es de una persona sencilla sin rango dentro del círculo social de la ciudad: Lagarto 2 Casa.

*Primer ejemplo: Señora Hierba 2 Caña.*

Su muerte se anuncia a la comunidad sonando los caracoles al amanecer, hacia los cuatro vientos y el rito funerario es con toda majestuosidad. Por ser hermana y consejera del gobernante pasado de Monte Albán (el Señor Conejo 6 Agua) le corresponde ser enterrada en la tumba de la familia junto con otros nobles.

Antes de morir, debido a su vejez (48 años), el curandero estaba con ella, pero ya no para tratar de curarla sino para ayudarla a morir y adivinarle la fortuna de su viaje al inframundo. En cuanto a los sacerdotes, ellos llevan puestas máscaras del Señor Desollado (Xipe Tótec) y tiran polvo rojo por la habitación para indicar lo solemne del momento así como para ahuyentar a los malos espíritus.

Algunas mujeres han escogido con mucho cuidado el atuendo que la difunta llevará: un huipil de algodón blanco y sandalias de ixtle; las mejores joyas y emblemas de la familia, entre las que sobresale el pectoral de piedra verde con una representación del jaguar; orejeras muy grandes de obsidiana gris, un bezote de jade y tres collares (uno de caracoles marinos, otro de cuentas de piedra verde y el último de cuentas de piedra negra), semillas de maíz y pequeñas plumas verdes. En su cabeza ha sido colocada una diadema de cuero bordada con hilos de colores y una banda de algodón trenzado sobre su frente y enredada en su cabello recogido. Las plañideras (mujeres que lloran) llegan vestidas con huipil y con trenzas recogidas y atadas con hilos gruesos de algodón; los sacerdotes piden porque la muerta tenga un viaje pacífico; los familiares y demás personas beben chocolate en jícaras.

Cuando se abre la tumba familiar donde se pondrá a la difunta, los huesos y objetos del pariente anterior son removidos con todo respeto y solemnidad por un sacerdote quien hace el espacio necesario no sin antes pedir permiso a los dioses custodios de la entrada.

La tumba es una construcción fuerte de piedras grandes (techo, piso y muros). Tiene un espacio ritual ornamentado con pintura y esculturas de piedra para iniciar el viaje al otro mundo y en este espacio ya se colocaron urnas nuevas decoradas con las figuras de los principales dioses (como Cocijó que se reconoce por sus anteojeras grandes y su gran penacho de plumas preciosas y es el que hace posible la vida y la sobrevivencia). Existen también urnas de la diosa del maíz (Pitao Cozobi) y un dios viejo o Huehue (dios de la sabiduría) y varias otras deidades. Para asegurarle a la difunta buena compañía por el difícil trance de pasar al otro mundo, se colocan varias urnas nuevas a la entrada de la tumba; unas contienen agua, otras resina de copal y otras ceniza para que llegue al mundo de los espíritus. Por eso es de suma importancia ofrecer un buen ambiente a estos dioses sahumando el recinto con resina de copal y derramando sobre el piso polvo rojo para

ofrendarles la muerte de la señora y hacer la petición de que la asistan para siempre en esa nueva vida puesto que ella ahora les pertenece a todos los dioses. Los muros de la tumba están decorados y hay nichos donde se colocan sahumerios nuevos de barro que son característicos de los rituales y de las fiestas zapotecas. Posteriormente, la difunta es colocada sobre un petate en el interior de la tumba por los dos sacerdotes más importantes quienes le colocan también muchos objetos para su viaje como cazuelas de barro con comida, chocolate y vasos con agua mientras la demás gente hace cantos fúnebres, oraciones y lloran. Otros objetos queridos por la difunta se colocan cerca de ella: su metate, sus jícaras, sus agujas de coser y algunos cucharones de su cocina. En un vaso se pone un pajarito muerto porque éste le cantará y le hará más agradable su nueva vida.

Los ritos funerarios terminan cuando la lápida de la tumba se pone en su lugar. Mientras, en la casa de la Señora Hierba 2 Caña, parientes esperan y dan ofrendas a los dioses para que el espíritu de la difunta no les abandone y que se quede con ellos en su casa. Se coloca resina de copal en los sahumerios del altar permanente que han puesto para ella; para cuidar que la llama de su espíritu no se extinga.

*Segundo ejemplo: Lagarto 2 Casa.*

Por ser ciudadano pobre de un barrio de Monte Albán vivía de su producción doméstica y por no tener rango dentro del círculo social de la ciudad sus ritos funerarios son distintos. Cuando murió, su esposa se encargó de llamar a los señores principales y a las plañideras. De Monte Albán llegaron dos sacerdotes con sus bastones de mando y unas bolsas de copal, dictaminaron envolver el cadáver en un petate nuevo y lavar con agua de hierbas y cenizas y sahumar con copal el cuarto donde murió. Su ropa (por orden de los mismos sacerdotes) fue quemada lejos de la casa para evitar algún contagio y su cadáver fue depositado en su propia casa, aunque en una tumba muy sencilla y excavada en esos instantes. En el bulto mortuario le pusieron algunos objetos con comida, platos rústicos y sólo una pequeña urna con rasgos del dios Cocijo, para acompañarlo en su trance al inframundo.

Enterraron con él algunos de sus objetos de trabajo: un par de hachas de piedra y su bastón plantador, así como un cuchillo de pedernal con el que trabajaba cotidianamente. La tumba se cubre con varias piedras, los sacerdotes se retiran y la gente se reúne en el jacalito para llorar, orar y comer con la familia.

Estas diferencias en los ritos funerarios eran muy comunes en la ciudad debido a la condición social, es decir, ricos y pobres. Por ejemplo, en Suchilquitongo si un noble fallecía sus sirvientes le acompañaban en su viaje (por supuesto para ello eran sacrificados). Sin embargo, se participa del sentido general de que la muerte es parte de la vida, de que el difunto o difunta debe permanecer en su casa y de que su muerte física es sólo una manera de vivir, pues se pasa al terreno de lo intangible, lo inmaterial, lo espiritual, que los mantiene vivos para siempre entre las personas que aún viven. Por eso, se realizan muchas fiestas en Monte Albán a la muerte: porque no se le teme, sino que se le celebra como una forma de trascender el mundo terrenal.

## MAYAS

Tenían la firme creencia de que la vida futura se dividía en lo que llamaron “buena y mala”, en penosa y llena de descanso. Indican que la mala y penosa, era para los viciosos; la buena y deleitable, en cambio, para quienes se habían portado bien mientras vivieron. Los descansos que podían alcanzar, si la persona había sido buena, eran ir a un lugar muy deleitable donde nada les daría pena, donde habría abundancia de comidas y bebidas de mucha dulzura y un árbol muy fresco y de gran sombra que allá llaman *Yaxché*, el cual es una ceiba. En esta ceiba, la gente podía descansar bajo sus ramas y sombras que alcanzaban siempre para todos.

En cambio, para quienes se “habían portado mal” la pena les embargaría, pues tendrían que ir a un lugar más bajo que cualquier otro, al cual llaman *Mitnal*, que quiere decir infierno. Allí serían atormentados por los demonios y pasarían grandes necesidades tanto de hambre como de frío; cansancio y tristeza. En este lugar se encontraba un demonio, príncipe de los demás demonios y al cual obedecían; le llaman en su lengua *Hun Ahau*.

Creían que estas vidas malas y buenas no tenían fin debido a que el alma no lo tenía. Explicaban también, que las personas que se ahorcaban iban al lugar bueno, que por eso algunas personas, que padecían diversos males, se ahorcaban para salir de estos malestares e iban a descansar a la gloria donde decían les venía a llevar la diosa de la horca llamada *Ixtab*, por eso ahorcarse era una ganancia. No tenían memoria de la resurrección de los cuerpos.

## INCAS

Los incas creían que las enfermedades eran fruto del pecado y que se hacían presentes debido al castigo que por éste se merecía o por la posesión de espíritus malignos. Si la enfermedad era por pecado, el procedimiento más adecuado para combatir la enfermedad era por medio de la confesión y la expiación; si era debida a algún espíritu maligno, se hacía un exorcismo tras un sacrificio propiciatorio.

Los incas momificaban a sus muertos y algunas veces les extraían las vísceras, pero en realidad la conservación de los cadáveres se debía a la sequedad del clima. Sentaban al muerto con las rodillas contra el pecho, lo enrollaban en capas de tela y luego lo envolvían muy apretado en una estera de juncos. Las tribus de la costa hacían un envoltorio más elaborado, pues le ponían envolturas y rellenos adicionales. El cuerpo, así preparado, se depositaba en la costa, en una tumba individual o en una cámara múltiple, en la altiplanicie, en una grieta entre las rocas o en alguna cueva natural. Al lado del cadáver ponían comida, bebida y los bienes personales del difunto (por ejemplo armas si se trataba de un varón, utensilios de tejer si era una mujer, o, juguetes si era un niño a una niña). En cuanto a las momias de los emperadores y de sus esposas se conservaban en el templo del Sol en Cuzco, del que se les sacaba de vez en cuando debido a festivales determinados y procesiones importantes. Las esposas y los servidores de un monarca fallecido se sacrificaban a menudo voluntariamente en su funeral para poderlo acompañar en su viaje hasta el otro mundo. Las viudas y otros parientes cercanos se pintaban la cara de negro, se cortaban el cabello, y llevaban mantos negros y ayunaban durante cinco días. En todas las tumbas se depositaban ofrendas de comidas y bebidas para que las almas de los difuntos pudieran consumir su esencia y ofrecieran a cambio su protección a quienes quedaban vivos.

Era afirmación general que el espíritu de una persona fallecida fijara su morada en algún objeto animado o inanimado de la naturaleza después de permanecer durante algún tiempo en la proximidad del cadáver. Las cosas así ocupadas o “poseídas” por los espíritus recibían el nombre de *huacas*, esto es, fetiches, y eran considerados como tales las momias, las tumbas y los lugares donde había sepulturas, cuevas, la casa en la que había muerto un monarca, animales y pájaros en cuyos cuerpos se habían reencarnado almas humanas, etc. Inclusive los cuerpos celestes eran fetiches; las almas de los monarcas fallecidos, por ejemplo, fijaban su residencia en el sol. Cada persona apreciaba a un objeto de esta índole, al que llamaban su *huauqui* o “hermano”, creyéndolo como morada de su espíritu guardián personal. A veces, si había una roca de forma peculiar se contaba la historia del por qué estaba así y casi siempre la leyenda era relacionada a algún antepasado que había muerto en aquel lugar y que luego se había transformado en esa piedra.

Cada clan adoraba a un antepasado común (*pacarina*) que consideraba como su espíritu protector y realizaba un culto en su honor. Su fetiche (el puma, el cóndor, o la serpiente, una colina, un lago o un cuerpo celeste) se convertía en el tótem del clan. Por eso se puede apreciar que el totemismo peruano tenía sus raíces en el culto a los antepasados y en el fetichismo. Debido a que el *pacarina* y el tótem no se diferenciaban siempre muy claramente (al menos en el lenguaje), se hizo común llamar “antepasados” a muchos fetiches y se afirmaba que las personas descendían de piedras, cavernas u otras cosas por el estilo.

Había sacerdotes de menor importancia que servían a los huacas y pasaban al pueblo las revelaciones de sus divinidades. Para pronunciar sus oráculos, se emborrachaban con licores alcohólicos o con el humo de hierbas que contenían narcóticos, después se entregaban a frenéticas danzas hasta que caían en trance y decían sus oráculos.

El sacrificio era el más importante de todos los actos del culto. La persona estaba llamada a compartir con sus dioses lo que más apreciaba: conchas, plumas, piedras preciosas y metales, perros y conejillos de Indias, animales salvajes capturados en la caza, los primeros frutos de la recolección, etc. Los campos se rociaban con *chicha* y coca en las épocas de la siembra y la recolección como una ofrenda a la madre tierra. Quemaban grandes cantidades de vestidos finos

fabricados con la lana de los rebaños en los grandes festivales. En las mañanas se sacrificaba una llama blanca en el templo del Sol de Cuzco, y de cien hasta varios millares en las ceremonias más importantes. Si había víctimas, un sacerdote la tomaba, volvía los ojos de ésta hasta el *huaca*, la degollaba, le arrancaba el corazón y los pulmones, y rociaba con su sangre la imagen del dios. Se pensaba que si descuidaban los sacrificios, o no se realizaban en debida forma, el sol no brillaría, no llovería, las cosechas no madurarían y los rebaños no se multiplicarían.

Los sacrificios humanos, que eran comunes en la época preincaica disminuyeron mucho bajo el régimen imperial aunque nunca se abandonaron por completo. Se llevaban a cabo sólo en las ocasiones extremadamente críticas, como por ejemplo en tiempos de guerra, de peste, de terremotos o de enfermedades, y también al morir o subir al trono un monarca. Las víctimas eran siempre niños, excepto en los casos de personas que se inmolaban voluntariamente al morir el emperador y que le querían acompañar. Las mujeres jóvenes eran elegidas entre las *acllacunas* de los conventos; en cuanto a los muchachos, no se sabe si procedían de las levadas de *yanacunas*, aunque es probable. Por lo general recibían la muerte por estrangulación, aunque a veces se empleaban otros métodos. Sin embargo, en todos los casos se ungía a los *huacas*, con su sangre. Los inmolados no eran numerosos

## EL MEXICO COLONIAL

En la época Colonial, con la conquista española, en el siglo XVI, se introdujo a México el terror a la muerte y al infierno con la divulgación del cristianismo. Se hace una mezcla de creencias del viejo y el nuevo mundo.

Durante la época colonial, la muerte se representa por medio de un esqueleto en diferentes posturas, portando en la diestra una guadaña y en la izquierda una vela a punto de extinguirse.

Fue la Colonia, una época de sincretismo, donde los esfuerzos de la evangelización española tuvo que ceder ante la fuerza de muchas creencias indígenas y tratar de adaptarlas a las doctrinas católicas, lo que dio como resultado un catolicismo muy especial y muy propio de las Américas. En donde podemos encontrar esa mezcla de las religiones prehispánicas con la religión católica

Lo podemos ver en el nombre de los pueblos que tienen el nombre de un santo y su nombre indígena; por ejemplo: Santa Catalina Yecahuiztli en la sustitución de los dioses prehispánicos con los santos, las vírgenes del catolicismo.

## EL MEXICO MODERNO

En el siglo XVIII la muerte dejó de ser algo terrorífico. Para finales del siglo XIX y principios del XX, José Guadalupe Posada representa de una forma más humorística. Es también en esta época cuando surgieron diversas revistas en las que se publicaban versos conocidos como “calaveras”, que ridiculizaban a los personajes del gobierno o notables por algunas de sus actuaciones.

## EL MEXICANO ANTE LA MUERTE

El mexicano, le ha dado un significado a la muerte. Lo ha llenado de mitos y leyendas; de poemas y canciones; de dichos populares; y de un sentido de temor y humor, que no sabemos si el mexicano se burla de la muerte o se ríe de miedo. Sin embargo, el mexicano de todos los tiempos no escapa al temor universal a la muerte; lo que le ha permitido la trascendencia. Esta la vemos salpicada de creencias prehispánicas, coloniales y, en la actualidad, alcanza un tinte singular al mezclarse con las religiones orientales y, aún, con las creencias y costumbres actuales de Norteamérica.

Si bien es cierto que nos encontramos angustiados ante la posibilidad de la muerte, como todo ser humano, nos diferenciamos de otras culturas, porque transformamos a la muerte en algo familiar y cotidiano. Como decíamos al principio, se le hacen corridos, pero a pesar de ese juego y esa burla, se le tiene un respeto que se manifiesta de diversas maneras. La más importante, es la celebración de “Día de Muertos”. Los días primero y dos de noviembre, la mayoría de los habitantes del país tienen la obligación moral de ofrendar a los muertos, ya sea en sus casas o en los panteones. Estos días se aprovechan para pasar con los muertos, compartir con ellos los alimentos, adornar las tumbas, quemar copal y brindar con ellos y por ellos.

En México, la muerte es femenina y tenemos pueblos importantes como Mixquic, en el D.F.,

Janitzio en el Michoacán, Iguala en el Guerrero, que celebran con gran algarabía los “días de los Muertos” y muchos otros, donde se continúa ofrendando a los muertos año con año, con múltiples propósitos.

Estas ofrendas y celebraciones tienen que ver con la economía de mucha gente, ya que durante los meses de septiembre y octubre diversas comunidades en el país, inician sus trabajos en la elaboración: de cerámica funeraria ornamental: candeleros, incensarios, calaveras, ollas y recipientes apropiados para la ocasión. Los panaderos, según su lugar de origen, trabajan días enteros, para preparar sus mercancías: panes de diferentes formas, colores y sabores. Los floricultores siembran en los meses de mayo y junio las flores que se ofrendarán a los muertos. Los dulceros elaboran las famosas calaveritas de azúcar que llevan impreso el nombre del comprador y muchos otros dulces para la ocasión, según el lugar. De cera, parafina y sebo se hacen las velas de todos tamaños y formas: lisas o decoradas por escamado o con papel de muchos colores.

Por lo anterior podemos darnos cuenta de que la Muerte y todas las creencias tienen un fuerte sentido en el mexicano del siglo XXI. No importa la clase social o el nivel de educación de las personas. En México como en cualquier parte del mundo la muerte camina con nosotros. Y aunque hagamos bromas, le dediquemos poemas y canciones; aunque juguemos con ella a las escondidillas, tarde o temprano, llegará el día en que nos encontremos con ella. Lo importante es estar preparados para ese encuentro inevitable con la Muerte.

En la actualidad podemos encontrar practicantes de diferentes religiones en una ciudad. Por lo cual es necesario que el Tanatólogo tenga un conocimiento, aunque sea somero, de las principales religiones y sus prácticas que existen en el mundo. El conocimiento de los fundamentos de las religiones, es necesario para que el Tanatólogo cuente con más herramientas para asistir a una población mayor, que presenta una diversidad de credos, que necesite de su trabajo con el moribundo o con el dolor de la familia. El conocimiento de las diferentes prácticas religiosas le permitirá al Tanatólogo asistir al moribundo de acuerdo a sus prácticas y creencias religiosas con mayor efectividad.

No sólo podemos encontrar diferentes religiones en una ciudad, sino que también encontraremos variantes en los niveles de prácticas de un grupo a otro grupo y de una persona a otra persona, en la práctica de una misma religión específica, como pueden ser religiones como el cristianismo, donde encontramos diferentes cristianismos, debido a los diferentes énfasis que se dan en la interpretación de las Sagradas Escrituras. Lo mismo podemos encontrar en el Judaísmo, el Islam, el Budismo, Hinduismo, etc. Por lo tanto sería válido hablar de diferente Cristianismo, Judaísmo, Budismo, Hinduismo y, posiblemente, con muchas otras religiones se podría hacer lo mismo.

## CAPITULO OCHO

### ASPECTOS JURIDICOS DE LA MUERTE

*"Es más fácil soportar la muerte  
sin pensar en ella,  
que soportar su pensamiento  
sin morir".  
Blas Pascal*

Dentro de la Tanatología no podemos dejar fuera los aspectos jurídicos que reglamentan normativamente a la muerte, por tal motivo es importante revisar el marco jurídico que nos permita tener una visión amplia del aspecto legal que como tanatólogos debemos conocer, para orientar de manera certera a los pacientes.

Nuestra sociedad legalmente, se rige por leyes, el interactuar de los seres humanos, también esta regulado por marcos normativos, saber y conocer mis derechos y obligaciones como ciudadano es un deber de toda persona, como tanatólogos surgen infinidad de preguntas que están relacionadas con aspectos jurídicos, que nos realizan los pacientes, entre estas están: ¿legalmente cuando una persona esta muerta?, ¿Qué es un homicidio?, ¿Qué es el aborto?, ¿Qué implicaciones legales tienen?, ¿Qué es un testamento?, ¿Qué sucede con el cuerpo de una persona cuando muere?, ¿Cómo hacer un traslado de cadáver y una inhumación?, entre otras preguntas, para contestar lo anterior, en este capitulo, abordaremos el Código Civil en el Distrito Federal, la Ley General de Salud y el Código Penal Federal.

Cuando hablamos de muerte dentro del marco jurídico es necesario apoyarnos en la Ley General de Salud, vigente en el 2002, manifiesta lo siguiente:

Artículo 343.

Para efectos de este título, la pérdida de la vida ocurre cuando:

- ✓ Se presenta la muerte cerebral, o

- ✓ Se presenten los siguientes signos de muerte:
- La ausencia completa y permanente de conciencia
- La ausencia permanente de respiración espontánea
- La ausencia de los reflejos del tallo cerebral, y
- El paro cardíaco irreversible.

Artículo 344.

La muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos

- ✓ Pérdida permanente e irreversible de la conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales
- ✓ Ausencia de automatismo respiratorio, y
- ✓ Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotóxicas.

Los signos señalados en las fracciones anteriores deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

- ✓ Angiografía cerebral bilateral que demuestre ausencia de circulación cerebral, o
- ✓ Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes con espacio de cinco horas.

Artículo 345

No existirá impedimento alguno para que a solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescindan de los medios artificiales que

evitan que en aquel que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del artículo 343.

## CADÁVERES

### Artículo 346

Los cadáveres no pueden ser objeto de propiedad y siempre serán tratados con respeto, dignidad y consideración.

### Artículo 347

Para los efectos de este Título, los cadáveres se clasifican de la siguiente manera:

- ✓ De personas conocidas, y
- ✓ De personas desconocidas.

Los cadáveres no reclamados dentro de las setenta y dos horas posteriores a la pérdida de la vida y aquellos de los que se ignore su identidad serán considerados como de personas desconocidas.

### Artículo 348

La inhumación o incineración de cadáveres sólo podrá realizarse con la autorización del oficial del Registro Civil que corresponda, quien exigirá la presentación del certificado de defunción.

Los cadáveres deberán inhumarse, incinerarse o embalsamarse dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a la muerte, salvo autorización específica de la autoridad sanitaria competente o por disposición del Ministerio Público, o de la autoridad judicial.

La inhumación e incineración de cadáveres sólo podrá realizarse en lugares permitidos por las autoridades sanitarias competentes.

### Artículo 349

El depósito y manejo de cadáveres deberán efectuarse en establecimientos que reúnan las condiciones sanitarias que fije la Secretaría de Salud.

La propia Secretaría determinará las técnicas y procedimientos que deberán aplicarse para la conservación de cadáveres.

#### Artículo 350

Las autoridades sanitarias competentes ejercerán el control sanitario de las personas que se dediquen a la prestación de servicios funerarios. Asimismo, verificarán que los locales en que se presten los servicios reúnan las condiciones sanitarias exigibles en los términos de los reglamentos correspondientes.

#### Artículo 350 bis

La Secretaría de Salud determinará el tiempo mínimo que han de permanecer los restos en las fosas. Mientras el plazo señalado no concluya, sólo podrán efectuarse las exhumaciones que aprueben las autoridades sanitarias y las ordenadas por las judiciales o por el Ministerio Público, previo el cumplimiento de los requisitos sanitarios correspondientes.

#### Artículo 350 bis 1

La internación y salida de cadáveres del territorio nacional sólo podrán realizarse, mediante autorización de la Secretaría de Salud o por orden de la autoridad judicial o del Ministerio Público.

En el caso del traslado de cadáveres entre entidades federativas se requerirá dar aviso a la autoridad sanitaria competente del lugar en donde se haya expedido el certificado de defunción.

#### Artículo 350 bis 2

Para la práctica de necropsias en cadáveres de seres humanos se requiere consentimiento del cónyuge, concubinario, concubina, ascendientes, descendientes o de los hermanos, salvo que

exista orden por escrito del disponente, o en el caso de la probable comisión de un delito, la orden de la autoridad judicial o el Ministerio Público.

#### Artículo 350 bis 3

Para la utilización de cadáveres o parte de ellos de personas conocidas, con fines de docencia e investigación, se requiere el consentimiento del disponente.

Tratándose de cadáveres de personas desconocidas, las instituciones educativas podrán obtenerlos del Ministerio Público o de establecimientos de prestación de servicios de atención médica o de asistencia social. Para tales efectos, las instituciones educativas deberán dar aviso a la Secretaría de Salud, en los términos de esta Ley y demás disposiciones aplicables.

#### Artículo 350 bis 4

Las instituciones educativas que obtengan cadáveres de personas desconocidas serán depositarias de ellos durante diez días, con objeto de dar oportunidad al cónyuge, concubinario, concubina o familiares para reclamarlos. En este lapso los cadáveres permanecerán en las instituciones y únicamente recibirán el tratamiento para su conservación y el manejo sanitario que señalen las disposiciones respectivas.

Una vez concluido el plazo correspondiente sin reclamación, las instituciones educativas podrán utilizar el cadáver.

#### Artículo 350 bis 5

Los cadáveres de personas desconocidas, los no reclamados y los que se hayan destinado para docencia e investigación, serán inhumados o incinerados.

#### Artículo 350 bis 6

Sólo podrá darse destino final a un feto previa expedición del certificado de muerte fetal.

#### Artículo 350 bis 7

Los establecimientos en los que se realicen actos relacionados con cadáveres de seres humanos deberán presentar el aviso correspondiente a la Secretaría de Salud en los términos de esta Ley y demás disposiciones generales aplicables, y contarán con un responsable sanitario que también deberá presentar aviso.

La muerte, algunas de las clasificaciones:

- ✓ Existe la muerte natural, cuando no se dio por un elemento extraño, y dejan de realizarse las funciones vitales.
- ✓ La muerte accidental, se da por situaciones circunstanciales y sin el deseo de conseguir un objetivo, y se desencadena con la terminación de los signos vitales.
- ✓ La muerte intencional, se da por situaciones intencionales en donde se pone de manifiesto la voluntad de terminar con la vida de alguna persona, mediante algún acto lo que se conoce como homicidio y en su caso el aborto que es la interrupción de la gestación del feto, ambas situaciones reguladas y tipificadas como delitos por el Código Penal.

Aborto. Definición etimológica: Del Latín *abortus*, de *ab.*, privar, y *ortus*, nacimiento. Acción de abortar, es decir, parir antes del tiempo en que el feto pueda vivir.

Llámase aborto en Derecho Penal: a la extracción del producto de la concepción, y a su expulsión provocada por cualquier medio, sea cual fuere la época de la preñez, siempre que esto se haga sin necesidad. Cuando ha comenzado ya el octavo mes del embarazo, se le da también el nombre de parto prematuro artificial.

El Código Penal Federal en su artículo 329 dice: Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Homicidio. Definición etimológica: Del Latín *homicidium*, homicidio, asesinato.

Puede decirse que, en términos generales el homicidio consiste en la privación de la vida a un ser humano, sin distinción de condiciones de ningún género.

El bien jurídico es la vida humana (sin duda el primero de los derechos penalmente tutelados), de él dimanar el resto de los derechos ya que sin él carecerían de sentido y de virtualidad práctica.

El concepto legal de homicidio es bien claro en el Código Penal en el artículo 302: “Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro”.

Los tipos del delito de homicidio pueden agruparse en tres grupos:

- ✓ Homicidios simples intencionales, cuya caracterización viene determinada por la ausencia de circunstancias modificadoras o calificativas en el hecho delictuoso;
- ✓ Homicidios atenuados, en los que la punibilidad es disminuida en consideración a muy concretas circunstancias, concurrentes en la dinamicidad fáctica, y
- ✓ Homicidios calificados o agravados, en los que se detecta la presencia de una o varias circunstancias agravatorias de la responsabilidad penal.

Junto a los anteriores tipos de homicidios intencionales se encuentran los realizados culposamente, es decir, no intencionales o imprudentes, que son aquellos en los que el resultado fatal deviene como consecuencia del actuar del sujeto activo del delito con imprevisión, negligencia, impericia, falta de reflexión o de cuidado.

La punibilidad (merecimiento de una pena) para todos y cada uno de los tipos de homicidio o privación de la vida a un ser humano, se establecen en los Códigos Penales vigentes, en los Títulos y Artículos correspondientes.

## MUERTE LEGAL

Está se pone en manifiesto y representa la extinción de los derechos personales, al momento en que una autoridad declara la muerte por conducto de la expedición del Acta de Defunción, por el Juez del Registro Civil, quien en su momento debe asegurarse del fallecimiento con el Certificado de Defunción, que será expedido por un médico legalmente autorizado.

El traslado, la inhumación o cremación no se realizara sin la autorización escrita, y solo se procederá a inhumar o cremar, después de 24 horas de la muerte, excepto en los casos en que se ordene otra cosa por la autoridad competente.

En el Acta de Defunción, se asentaran los datos que el Juez requiera, o la declaración que se haga, firmada por dos testigos, preferentemente los familiares. El acta debe contener:

- ✓ El nombre apellidos, edad, ocupación y domicilio del difunto
- ✓ El estado civil, si era casado, viudo, el nombre y apellidos del cónyuge.
- ✓ Los nombres completos de los testigos, y el grado familiar en su caso.
- ✓ Los nombres de los padres, si se supieran
- ✓ La clase de enfermedad que determino la muerte, y específicamente el lugar en que se sepultara el cuerpo.
- ✓ La hora de la muerte, y todos los informes en caso de muerte violenta. Artículos 117 al 129 del Código Civil.

Es necesario conocer, en que consiste la capacidad jurídica de una persona, cuando la ejerce de manera directa y cuando es por medio de un representante, para lo cual mencionaremos lo que dice el Código Civil vigente en el Distrito Federal en sus siguientes artículos:

Art. 22 Código Civil vigente en el D. F.

La capacidad jurídica de las personas físicas, se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte; pero desde el momento un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente código.

Art. 23 Código Civil en el D. F.

La minoría de edad, el estado de interdicción y demás incapacidades establecidas por la ley, son restricciones a la capacidad de ejercicio, que no significan menoscabo a la dignidad de la persona, ni a la integridad de la familia; los incapaces pueden ejercitar sus derechos o contraer

obligaciones por medio de sus representantes.

Art. 24 Código Civil en el D. F.

El mayor de edad tiene la facultad de disponer libremente de su persona y de sus bienes, salvo las limitaciones que establece la ley.

Conociendo la capacidad jurídica de una persona física, con respecto a la Tanatología es importante, relacionar la capacidad jurídica con la posibilidad de testar sus bienes a favor de otra o de otras personas, por medio de un testamento. Que importante es para el tanatólogo saber los distintos tipos de testamentos que existen para orientar a los pacientes, por lo cual a continuación hablaremos de lo que es el testamento:

## TESTAMENTO

Un testamento es la expresión mas amplia de la voluntad de la persona que desea otorgar un bien a otra, es totalmente personalísimo, porque nadie puede ni debe decidir por el, no pueden repartir sus bienes si el no lo marca de esa manera, puede en algún momento si así lo quiere, cambiar su decisión y nombrar un nuevo o nuevos herederos, cambiar los montos de la herencia, disponer totalmente de sus derechos bienes y propiedades de la manera que mejor le agrade, y en términos generales es la manifestación de lo que quiere que se haga después de su muerte. La declaración de un testamento es totalmente individual, ya que en un mismo documento no pueden testar dos o más personas. Es personal porque la forma que consideramos correcta de hacerlo es la división de los bienes entre las personas que quiera dejar de beneficiarios, ya que de esta forma, detallara los montos, cantidades, propiedades, bienes, derechos, etc., que cada uno tendrá, lo que evitara malos entendidos y sobre todo diferencias mayores entre los herederos. O en su caso algunas personas prefieren que sus bienes pasen a ser propiedad de la beneficencia pública, pero a fin de cuentas, sigue siendo la expresión de su voluntad.

La manifestación de la voluntad en todos los casos deberá ser en forma por demás clara, precisa, no dejando entrever la decisión, sino especificar exactamente que es lo que quiere hacer, para que

no exista duda, misma que en algún momento puede ser la pauta a seguir para que alguien intente o logre, quedarse con algo que no le corresponde, y sobre todo debemos tomar en cuenta que lo manifestado en el testamento es lo único que posterior a nuestra partida, se hará valer, en los términos que nosotros queremos.

Ya que de no hacerse el testamento, la figura legal que se interpone es el intestado, y este se hace valer por todos y cada uno de los individuos que tienen derecho a heredar los bienes, ocasiona problemas graves toda vez que pocas veces, se ponen de acuerdo en la partición de la herencia, quien decide la parte proporcional que le corresponde a cada uno de los herederos es el juez que en su momento conocerá del asunto, normalmente se llega a la venta de las propiedades y el dinero que se obtiene se reparte en partes iguales, claro siempre y cuando las diferencias no sean muy marcadas y en algún momento se trate de dejar fuera de la maza hereditaria a alguno de los herederos, situaciones que en realidad representa una forma por demás común de terminar completamente con la familia, ya que origina inconformidades entre ellos mismos por la forma de la repartición, porque unos consideran haber hecho mas por su familiar, que otros, ya que erróneamente se piensa que el dar atenciones, se debe pagar entregándoles los bienes que pudieran heredar.

Sin contar con el desgaste emocional que se crea en la familia al entrar en un conflicto de intereses económicos y desencadenar la ruptura sentimental.

Abordaremos los artículos referentes al testamento en el Código Civil vigente en el Distrito Federal.

Art. 1305 Código Civil.

Todas las personas estamos capacitados legalmente para testar (hacer testamento), por el hecho de ser mayores de edad, por tener bienes o derechos de nuestra propiedad y por tener la capacidad de ejercicio.

Y esto precisamente es el derecho que tenemos de decidir sobre nuestros bienes, luego entonces

si podemos elegirlo, es algo que debemos aprovechar. Imaginemos un estado de derecho en el cual nadie puede elegir que hacer con lo suyo, al faltar el propietario, todos sus bienes pasarían al estado y sus familiares quedarían en estado de indefensión; por lo tanto es realmente bueno que podamos disponer de lo que pasara con nuestros bienes cuando ya no estemos.

## SUCESIONES

Sucesión por testamento es cuando se da la muerte del autor de la sucesión, los herederos toman los derechos del monto total de los bienes, mientras no se de la partición. Art. 1288

Art. 1281 Código Civil vigente en el D. F.

La herencia es la sucesión de todos los bienes de quien elabora ó dicta un testamento, así como de sus derechos y obligaciones que no se extinguen con la muerte.

Art. 1282 Código Civil vigente en el D. F.

Por lo tanto la herencia se refiere a la voluntad del testador, y puede disponer de todo o de parte de sus bienes, en dos conceptos: la sucesión testamentaria y la sucesión legítima. Art. 1282. Es decir, que la testamentaria es la que se estipula por la voluntad de quien dicta el testamento y la legítima, significa que es la designada por la disposición de la ley, o sea, por la decisión de un juez.

Con respecto a la capacidad para heredar tenemos que:

Art. 1282 Código Civil vigente en el D. F.

Todos los habitantes del país, de cualquier edad, tienen la capacidad de heredar, es un derecho que legalmente se puede hacer valer, ya sea porque se le otorgo por testamento o porque al hacer valer un intestado, se considera con derecho a heredar.

Se señala por el Código Civil, que son incapaces para adquirir por testamento o por intestado, los que no estén concebidos al tiempo de la muerte del autor de la herencia, o los concebidos cuando no sean viables, conforme a lo dispuesto por el artículo 337, que a la letra dispone “ Para los efectos legales, solo se tendrá por nacido al que desprendido enteramente del seno materno, vive veinticuatro horas o es presentado vivo ante el juez del Registro Civil...”, Esto pone de manifiesto que los derechos que se obtienen como persona surgen a la vida jurídica, a partir del nacimiento, antes de el mismo, el derecho del feto, es el de nacer, ya que inclusive se encuentra tipificado por el Código Penal, el delito del aborto, cuando se interrumpe la gestación..

El mismo Código Civil en su artículo 1316, señala que son incapaces para heredar por testamento o por intestado:

- ✓ Quien haya intentado u ordenado dar muerte al autor de la sucesión, ya sean padres, hijos o hermanos.
- ✓ El que haya acusado de un delito grave al autor de la sucesión, aun cuando sea cierto, o en contra de alguno de sus familiares.
- ✓ Los demás parientes del autor de la sucesión, que teniendo obligación de dar alimentos, no lo hubieren cumplido.
- ✓ El que use la violencia, dolo o fraude con una persona, para que haga o deje de hacer o revoque su testamento.

Se debe hacer mención, que el testador es libre para establecer las condiciones al disponer de sus bienes. Art. 1344 Código Civil.

Lo que nos lleva a especificar que si bien es cierto que podemos manifestar las condiciones, estas tienen que ser específicas y de tal modo que se puedan cumplir, deben ser realistas.

El testamento, en cuanto a su forma, pueden ser ordinarios o especiales

**ORDINARIOS**

## Artículos 1511 al 1520 del Código Civil.

- ✓ **Publico abierto:** Se refiere a la expresión de la voluntad del testador, ante la presencia de un Notario Público, mismo que redactara el documento en la forma exacta en que se esta dictando, terminada la exposición, el Notario debe leer. Lo redactado en voz alta de forma tal, que se pueda manifestar la conformidad de quien lo dicta, se debe asentar la hora, el día, mes y año en que se manifiesta y de estar conforme, se solicitara que el documento sea firmado por los testigos, el testador y el Notario. Aclarando que cuando el testador no sepa leer y escribir, o bien, no domine el idioma español, el documento será firmado a su solicitud, por los testigos y en su caso se realizara la traducción de su voluntad y se firmara por los testigos y el testador su huella digital

## Artículos 1521 a 1549 del Código Civil

- ✓ **Publico cerrado:** Es cuando el testador escribe por si mismo, el testamento o por otra persona a su ruego, en papel común, y debe rubricar y firmar al calce todas las hojas, en las cuales se contiene su voluntad, las hojas deberán estar en un sobre cerrado y firmado por el testador de modo tal que no pueda ser violado sin que se notase el hecho, y firmado por dos testigos. El sobre se puede entregar al Notario Público, quien al recibirlo lo sellara y firmara de recibido anteponiendo la hora, el día, el mes y el año y la firma de conformidad de dos testigos. El sobre lo puede conservar el Notario, el testador, alguna persona de confianza del mismo, o bien, depositario en el Archivo General de Notarias, en donde se llevara el mismo procedimiento de recibido y se dejara en deposito.

En este caso, las firmas que integran el sobre, así como la firma y sello del Notario Público, son elementos primordiales al momento en que se necesite abrirlo, ya que al tenerlo en su poder el juez que conozca del juicio testamentario, previamente citara al Notario y a los testigos, para la ratificación de las firmas y declaración de validez del sobre, lo que definitivamente da la absoluta seguridad al testador de que su voluntad será cumplida cabalmente.

## Artículos 1550 al 1564 del Código Civil

- ✓ Testamento ológrafo: Se le da esta denominación porque se elabora del puño y letra del testador, y la característica principal y esencial para darle el valor legal que se pretende, es que debe ser depositado en el Archivo General de Notarias, en la cual el procedimiento es similar a lo descrito anteriormente, desde el punto de vista que el sobre, debidamente rubricado y firmado, deberá ser entregado en el Archivo General de Notarias, para su resguardo, y al momento de recibirlo se debe añadir la hora, el día, mes y año en que se registra, así como el nombre de la persona que lo recibe y el sello de la institución. Este testamento solo podrá ser otorgado por los mayores de edad y los extranjeros podrán otorgarlo si así lo desean en su propio idioma.

La formalidad de depósito de este testamento, se debe realizar por duplicado, ya que el original se depositará y una copia debidamente firmada y sellada por quien lo recibe permanecerá en poder del testador o de la persona que el designe, en el sobre que se archivara, se debe poner la leyenda “DENTRO DE ESTE SOBRE, SE CONTIENE MI TESTAMENTO” acompañada de la fecha y firma del testador, así como la firma de quien recibe. Y en la copia que se regresara debe contener la leyenda “RECIBI EL PLIEGO CERRADO QUE EL SENOR... AFIRMA CONTIENE EL ORIGINAL DE SU TESTAMENTO OLOGRAFO, DEL CUAL SEGÚN AFIRMA, EXISTE DENTRO DE ESTE SOBRE UN DUPLICADO” acompañado del lugar, fecha y firma de recibido, así como firma del testador y de los testigos.

Cuando el testador no puede presentarse a depositar el sobre, el encargado del Archivo, debe acudir a su domicilio a cumplir con las formalidades del depósito, y solo se entregará el original, cuando sea requerido por el testador, para hacer algún cambio, o por la solicitud de juez de lo familiar que conozca de la sucesión, en donde se debe revisar que el sobre contenga las firmas y sellos y que no existan rupturas, al estar en orden, se continuará con los trámites.

## ESPECIALES

Artículos 1565 al 1578 del Código Civil.

- ✓ Privado: Este testamento solo esta permitido cuando el testador se encuentra atacado por una enfermedad tan violenta o fuerte que no le permita acudir ante un Notario a hacer su testamento, cuando no exista un Notario en la población, o bien cuando sea imposible que las autoridades puedan acudir ante el testador, así como que tampoco le sea posible elaborar el testamento ológrafo.

En esta situación el testador manifestara su voluntad en presencia de por lo menos cinco testigos, de los cuales uno de ellos debe escribir lo manifestado, este testamento solo surtirá sus efectos si el testador fallece por la enfermedad o malestar que en el momento le aqueja.

En el supuesto que los testigos no sepan leer y escribir, para darle el valor legal se citaran a declarar por el juez, y el requisito es que al momento de contestar las preguntas, sean totalmente uniformes al contestar, manifestando el lugar y fecha del suceso, que escucharon, vieron y reconocieron al testador, si el testador estaba en cabal lucidez, la razón por la cual se dio el testamento privado, si saben si el testador falleció o no a causa de la enfermedad o el peligro en que se hallaba y que se manifieste que la causa fue realmente indispensable, por la suma urgencia.

Artículos 1579 al 1582 del Código Civil.

- ✓ Testamento militar: Si el militar o el asimilado del ejercito, hace su disposición al momento de entrar al campo de batalla o estando herido, bastara con que haga su manifestación frente a dos testigos, o que entregue a los mismos sobre cerrado conteniendo su pliego firmado por su puño y letra.

Los testamentos elaborados de esta forma, deberán ser entregados por los poseedores luego de que muera el testador, al jefe de la corporación, quien lo remitirá al Secretario de Defensa Nacional y este a la autoridad judicial competente.

Si el testamento fue verbal, los testigos de la misma manera comparecerán ante su jefe inmediato a hacer las manifestaciones, y posteriormente frente al juez competente, para los efectos de

legalidad del acto jurídico del que fueron testigos

Artículos 1583 al 1592 del Código Civil.

- ✓ Testamento marítimo. Todos los que se encuentren en alta mar, a bordo de naves de la Marina Nacional sean de guerra o mercantes, pueden testar en atención a las siguientes prescripciones:

El testamento marítimo será escrito en presencia de dos testigos y del capitán de la nave, quienes firmaran el sobre, para darle el valor legal y la confidencialidad del documento, se hará por duplicado conservando un tanto el testador y el otro en poder de la autoridad naval, al llegar a puerto entregarán el original a la autoridad local y se firmara de recibido, con lo que se tendrá por cumplida la última voluntad del testador y se dará comienzo al trámite jurídico de adjudicación de los bienes.

Este testamento solo tendrá valor si el testador muere en el mar o en un mes siguiente a que haya desembarcado, en donde hubiese podido ratificar u otorgar un nuevo testamento.

En este apartado hemos abordado los distintos tipos de testamento, lo que no incluye que el tanatologo pueda hacer las veces del notario o abogado, por lo cual recomendamos que el tanatologo canalicé al paciente con el profesional competente, en este caso es el notario o el juez, no es congruente que como tanatologos recomendemos al paciente realizar su testamento cuando nosotros no lo hemos realizado.

## FORMAS DE TRASLADO DE CADAVERES

Una vez ocurrida la muerte del familiar, es posible que se presente un sin fin de problemas, dentro de ellos esta el de cumplir con la voluntad del muerto de que sea inhumado en determinado lugar que traiga consigo la necesidad de trasladar el cadáver, o porque así lo decide al familia, que la inhumación se realice en un lugar distinto al de la población donde murió el familiar, por lo tanto es importante conocer las distintas formas de traslado de cadáveres que

marca la ley, así como los requisitos que se deben de cumplir para cada forma específica de traslado.

El traslado de cadáveres o restos áridos de cadáveres, dentro del estado de México, Distrito Federal, o fuera de estos, requiere de un permiso otorgado por la Dirección de Regulación Sanitaria.

El reglamento de la Ley General de Salud, establece que se consideran restos áridos, a aquellos que habiendo fallecido antes de los quince años de edad, hayan permanecido inhumados como mínimo cinco años, o con seis años, aquellos que al momento de la defunción contaban con mas de quince años de edad.

La Ley general de Salud, establece que la disposición de los cadáveres estará sujeta a los ordenamientos que la misma y su Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Control Sanitario De La Disposición De Órganos, Tejidos Y Cadáveres De Seres Humanos en su artículo 69, señalen.

¿Quienes pueden tramitarlo?

Un familiar consanguíneo en primer grado, del fallecido o aquel que demuestre interés legal.

La agencia funeraria, a través del otorgamiento escrito de un poder.

Un disponente secundario (Ministerio Público o a quien este le ceda el poder), cuando no exista familiar que reclame el cadáver.

El trámite de permiso de traslado de cadáver, es un requisito que se aplica en la movilización de los restos mortuorios humanos, cuando recorra más de 100 kilómetros, dentro de la entidad territorial, o cuando salga de la entidad federativa.

El trámite a seguir es:

Llenar la solicitud de permiso para el traslado de cadáver, ante la oficina de Trámites Funerarios, que corresponda o ante el personal autorizado en días y horas hábiles.

A la solicitud se debe anexar original y copia del certificado de defunción.

Presentar original y copia de la identificación oficial cuando se es familiar del fallecido, si no lo es, se debe anexar también la carta poder.

Los datos de la defunción, se transcribirán en forma clara y precisa, mencionando el lugar en que se encuentra el cadáver y el lugar a donde será trasladado, indicando claramente si el destino final será la inhumación o cremación.

Si los restos mortuorios, serán sepultados después de las 48 horas de fallecido, o bien recorrerá mas de 300 kilómetros, se adjuntará tesis de embalsamiento que deberá ser practicada en establecimientos reconocidos por la Secretaria de Salud y firmada por profesionistas autorizados.

En todo trámite deberá especificarse si se trasladaran cadáveres o restos áridos.

## PERMISO SANTIARIO PARA EL TRASLADO DE CADAVER HUMANO O RESTOS HUMANOS A OTRO ESTADO DE LA REPUBLICA.

Solicitante (familiar o gestor)

- ✓ Acudir a la Oficina Central de Trámites Funerarios de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, en Xocongo número 225, Colonia Transito, Teléfono 57-40-63-06, a sus módulos ubicados en: Doctor Liceaga 93, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Teléfono 52-42-52-96 y en la Delegación Álvaro Obregón en calle 10 esquina Canarios, Colonia Toltecas, Teléfono 52-76-68-43, lugares en donde se solicitará el permiso, debiendo presentar los siguientes documentos:

Si el solicitante es familiar del fallecido

Identificación personal oficial

Llenar formato de solicitud

### Certificado Médico de Defunción

Oficio de entrega de cadáver del Ministerio Público, si fue sujeto a investigación.

Certificado de amputación quirúrgica expedido y firmado por el Médico Cirujano, en donde se indique el destino final de los restos.

Comprobante de embalsamiento y de supervisión médica del procedimiento cuando al cadáver se va a trasladar a mas de 300 kilómetros, en caso de fetos hasta de 1.500 gramos de peso, podrá conservarse en solución de formol para su traslado dentro de un recipiente con tapa de sellado hermético.

Si el solicitante es un gestor

Además de lo establecido:

Carta poder dirigida a la autoridad sanitaria, otorgada por un familiar.

Identificación personal oficial.

El embalsamiento debe solicitarse en la oficina central de trámites funerarios. Todos los documentos deben presentarse en original y copias.

En la oficina o modulo de trámites funerarios correspondiente, se revisan y cotejan los documentos y si estos se encuentran completos y correctos:

Se expide el permiso solicitado.

Se le indica se dirija a la Oficina del Registro Civil, para tramitar la expedición del Acta de Defunción correspondiente, si se trata de traslado de cadáver o para la autorización de cremación si se trata de traslado de restos humanos para incinerar.

El trámite que conocimos en este instante es el mismo que se realiza en las siguientes solicitudes de traslados.

Permiso sanitario para el traslado de cadáver humano al extranjero.

Permiso sanitario para la internación de cadáver humano procedente de otro estado de la república.

Permiso sanitario para la internación de cadáver humano procedente de otro país.

Permiso sanitario para la inhumación o incineración de cadáveres o restos humanos antes de 12 o después de 48 horas de ocurrido el deceso o la amputación quirúrgica.

Permiso sanitario para la exhumación prematura de cadáveres humanos

Permiso sanitario para el traslado de restos humanos áridos.

Permiso sanitario para el embalsamiento de cadáveres humanos

Permiso sanitario para la cremación de restos humanos o restos humanos áridos.

## PERMISO SANITARIO PARA EL TRASLADO DE CADAVER HUMANO O RESTOS HUMANOS A OTRO ESTADO DE LA REPUBLICA

Solicitante (Familiar o Gestor)

Paso uno

Acudir a la oficina Central de trámites funerarios de los Servicios de Salud Pública del Distrito federal en Xocongo No. 225 Col. Tránsito, Tel. 57-40-63-06 ó sus módulos ubicados en: Dr. Liceaga 93 Col. Doctores Deleg. Cuauhtémoc, Tel. 52-42-62-96 y en la Delegación Álvaro Obregón en calle 10 esq. Canarias Col. Toltecas Tel. 52-76-68-43 para solicitar el permiso, debiendo presentar los siguientes documentos:

Si el solicitante es el familiar del fallecido

Identificación personal oficial (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte etc.).

Llenar formato de solicitud

Certificado de defunción ó Muerte Fetal

Oficio de entrega de cadáver, o del resto humano, expedido por el Ministerio Público en caso de haber sido sujeto de averiguación previa, ó

Certificado de amputación quirúrgica expedido y firmado por el Médico Cirujano, el paciente y dos testigos, en el que se indique el destino final del mismo.

Comprobantes de embalsamamiento y de supervisión médica del procedimiento cuando el cadáver se va a trasladar a 300 kilómetros ó más: en caso de fetos hasta de 1500 gramos de peso, podrá conservarse en solución de formol para su traslado dentro de un recipiente con tapa de sellado hermético.

Si el solicitante es el gestor

Presentar además:

Carta poder dirigida a la autoridad sanitaria, otorgada por el familiar al gestor y

Identificación personal oficial del gestor y los testigos de la carta poder. (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.).

El embalsamamiento debe solicitarse en la Oficina Central de trámites funerarios. Todos los documentos deben presentarse en original y copias

Paso dos

En la oficina ó módulo de trámites funerarios correspondiente, se revisan y cotejan los documentos y si estos se encuentran completos y correctos:

Se expide el permiso solicitado

Se le indica pase a la Oficina del Registro Civil, para tramitar la expedición del Acta de Defunción correspondiente si se trata de traslado de cadáver o para la autorización de cremación si se trata de traslado de restos humanos para incinerar.

La autorización de traslado expedida por la autoridad sanitaria.

Identificación personal oficial del familiar y/o del gestor y los testigos, (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.)

Carta poder dirigida a C. Juez del Registro Civil, otorgada por el familiar al gestor.

Oficio de entrega de cadáver expedido por el Ministerio Público en caso de haber sido sujeto de averiguación previa.

Paso tres

La Oficina del Registro Civil expide el Acta de Defunción ó la autorización de cremación de restos humanos.

## PERMISO SANITARIO PARA EL TRASLADO DE CADAVER HUMANO AL EXTRANJERO

Solicitante (Familiar o Gestor)

Paso uno

Acudir a la Oficina Central de trámites funerarios de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal en Xocongo No. 225 Col. Tránsito Tel. 57-40-63-06 o sus módulos ubicados en: Dr. Liceaga 93 Col. Doctores Deleg. Cuauhtémoc Tel. 52-42-62-96 y en la Delegación Alvaro Obregón en calle 10 esq. Canarias Col. Toltecas Tel. 52-76-68-43 para solicitar el permiso, debiendo presentar los siguientes documentos:

Si el solicitante es familiar del fallecido.

Identificación personal oficial (Credencial para votar, Cartilla. Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.)

Llenar formato de solicitud

Certificado de defunción de muerte fetal.

Oficio de entrega de cadáver expedido por el Ministerio Público en caso de haber sido sujeto de averiguación previa.

Comprobantes de embalsamamiento y supervisión médica del procedimiento

Si el solicitante es el gestor

Presentar además:

Carta poder dirigida a la autoridad sanitaria, otorgada por el familiar o la embajada del país de origen

Identificación personal oficial del gestor y los testigos de la carta poder (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.)

El embalsamamiento del cadáver debe solicitarse en la Oficina Central de Trámites funerarios. Todos los documentos deben presentarse en original y copias.

Paso dos

En la oficina ó módulo de trámites funerarios correspondiente, se revisan y cotejan lo documentos y si éstos se encuentran completos y correctos:

Se expide el permiso solicitado

Se le indica pase a la Oficina del Registro Civil, para tramitar la expedición del Acta de Defunción correspondiente.

Donde debe presentar los siguientes documentos:

La autorización de traslado expedida por la autoridad sanitaria.

Identificación personal oficial del familiar y/o del gestor y los testigos (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.)

Carta poder dirigida al C. Juez del Registro Civil, otorgada por el familiar al gestor.

Paso tres

La Oficina del Registro Civil expide el Acta de Defunción.

## PERMISO SANITARIO PARA LA INTERNACION DE CADAVER HUMANO PROCEDENTE DE OTRO ESTADO DE LA REPUBLICA

Solicitante (Familiar o Gestor)

Paso uno

Acudir a la oficina Central de trámites funerarios de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal en Xocongo No 225 Col. Tránsito Tel. 57-40-63-06 ó sus módulos ubicados en: Dr. Liceaga 93 Col. Doctores Deleg. Cuauhtemoc Tel. 52-42-62-96 y en la Delegación Álvaro Obregón en calle 10 esq. Canarias Col. Toltecas Tel. 52-76-68-43 para solicitar el permiso, debiendo presentar los siguientes documentos:

Si el solicitante es el familiar del fallecido

Identificación personal oficial (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.)

Llenar formato de solicitud

Acta de defunción

Permiso sanitario de traslado del cadáver expedida por la autoridad sanitaria de donde proviene

Oficio de entrega de cadáver expedido por el Ministerio Público del lugar de procedencia, en caso de haber sido sujeto de averiguación previa, y

Comprobantes de embalsamamiento del cadáver y supervisión médica del procedimiento cuando su internación proceda de una distancia de 300 kilómetros ó más y/o hallan transcurrido más de 48 horas de ocurrido el deceso. Si no se encuentra embalsamado debe solicitarse el embalsamamiento en la Oficina Central de Trámites funerarios.

Si el solicitante es el gestor

Presentar además:

Carta poder dirigida a la autoridad sanitaria, otorgada por el familiar o la embajada del país de origen , y

Identificación personal oficial del gestor y los testigos de la carta poder (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.)

El embalsamamiento del cadáver debe solicitarse en la Oficina Central de trámites funerarios. Todos los documentos deben presentarse en original y copias

Paso dos

En la oficina ó módulo de trámites funerarios correspondiente, se revisan y cotejan los documentos y si éstos se encuentran completos y correctos:

Se expide el permiso solicitado, y

Se le indica pase a la Oficina del Registro Civil, para tramitar la inserción de Acta de Defunción correspondiente

Donde debe presentar los siguientes documentos:

La autorización de internación expedida por la autoridad sanitaria del Distrito Federal,  
Acta de Defunción original.

Identificación personal oficial

PERMISO SANITARIO PARA LA INTERNACION DE CADAVER HUMANO  
PROCEDENTE DE OTRO ESTADO DE LA REPUBLICA

Solicitante (Familiar o Gestor)

Paso uno

Acudir a la oficina Central d trámites funerarios de los Servicios de Salud Pública de Distrito Federal en Xocongo No. 225 Col. Transito Tel. 57-40-63-06 o sus módulos ubicados en Dr. Liceaga 93 Col. Doctores Deleg. Cuauhtemoc Tel. 52-42-62-96 y en la Delegación Álvaro Obregón en calle 10 esq. Canarias Col. Toltecas Tel. 52-76-68-43 para solicitar el permiso, debiendo presentar los siguientes documentos:

Si el solicitante es el familiar del fallecido

Identificación personal oficial (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.)

Llenar formato de solicitud

Acta de Defunción

Permiso sanitario de traslado del cadáver expedida por la autoridad sanitaria de donde proviene

Oficio de entrega de cadáver expedido por el Ministerio Público del lugar de procedencia, en caso de haber sido sujeto de averiguación previa, y

Comprobantes de embalsamamiento del cadáver y supervisión médica del procedimiento cuando su internación proceda de una distancia de 300 kilómetros o mas y/o hallan transcurrido más de 48 horas de ocurrido el deceso. Si no se encuentra embalsamado debe solicitarse el embalsamamiento en la Oficina Central de Trámites Funerarios.

Si el solicitante es el gestor

Presentar además:

Cartas poder dirigida a la autoridad sanitaria, otorgada por el familiar o la embajada del país de origen, y

Identificación personal oficial del gestor y los testigos de la carta poder. (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.)

El embalsamamiento del cadáver debe solicitarse en la Oficina Central de trámites funerarios.

Todos los documentos deben de presentarse en original y copias

## Paso dos

En la oficina o modulo de trámites funerarios correspondiente, se revisan y cotejan los documentos y si estos se encuentran completos y correctos:

Se expide el permiso solicitado, y

Se le indica pase a la Oficina del Registro Civil, para tramitar la inserción del Acta de Defunción correspondiente, donde debe presentar los siguientes documentos:

La autorización de internación expedida por la autoridad sanitaria del Distrito Federal

Acta de Defunción original

Identificación personal oficial del familiar y/o del gestor y los testigos (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc. ) y

Carta poder dirigida al C. Juez del Registro Civil, otorgada por el familiar al gestor

## Paso tres

La Oficina del Registro Civil expedirá la inserción del Acta de Defunción

PERMISO SANITARIO PARA LA INTERNACION DE CADAVER HUMANO  
PROCEDENTE DE OTRO PAIS

Solicitante (Familiar o Gestor)

## Paso uno

Acudir a la Oficina Central de tramites funerarios de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal en Xocongo No. 225 Col. Transito Tel. 57-40-63-03 o sus módulos ubicados en Dr. Liceaga 93 Col. Doctores Deleg. Cuauhtemoc Tel. 52-42-62-96 y en la Delegación Álvaro Obregón en calle 10 esq. Canarias Col. Toltecas Tel. 52-76-68-43 para solicitar el permiso, debiendo presentar los siguientes documentos:

Si el solicitante es el familiar del fallecido

Identificación personal oficial (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.)

Llenar formato de solicitud

Certificado y/o Acta de Defunción y comprobante de embalsamamiento traducidos al español y certificados por las autoridades consulares mexicanas, y

Permiso internacional de traslado del cadáver traducido al español y certificado por las autoridades consulares Mexicanas.

Si el solicitante es el gestor

Presentar además:

- ✓ Carta poder dirigida a la autoridad sanitaria, otorgada por el familiar
- ✓ Identificación personal oficial del gestor y los testigos de la carta poder (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, ec.)

Todos los documentos deben presentarse en original y copias

Paso dos

En la oficina ó módulo de trámites funerarios correspondiente, se revisan y cotejan los documentos y si éstos se encuentran completos y correctos:

- ✓ Se expide el permiso solicitado
- ✓ Se le indica pase a la Oficina del Registro Civil, para tramitar la expedición del Acta de Defunción o la inserción del Acta de Defunción correspondiente, donde debe presentar los siguientes documentos:

- ✓ La autorización de internación del cadáver expedida por la autoridad sanitaria del Distrito Federal.
- ✓ Identificación personal oficial del familiar y/o del gestor y los testigos (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.)
- ✓ Carta poder dirigida al C. Juez del Registro Civil otorgada por el familiar al gestor.
- ✓ Certificado y/o Acta de Defunción original del país de procedencia

Paso tres

La Oficina del Registro Civil expide el Acta de Defunción o la inserción del Acta de Defunción

PERMISO SANITARIO PARA LA INHUMACION O INCINERACION DE CADAVERES O RESTOS HUMANOS ANTES DE 12 O DESPUES DE 48 HORAS DE OCURRIDO EL DECESO O LA AMPUTACION QUIRURGICA O TRAUMATICA

Solicitante (Familiar o Gestor)

Paso uno

- ✓ Acudir a la oficina Central de trámites funerarios de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal en Xocongo No. 225 Col. Tránsito, Tel. 57-40-63-06 o sus módulos ubicados en Dr. Liceaga 93 Col. Doctores Deleg. Cuauhtémoc Tel. 52-42-62-96 y en la Delegación Álvaro Obregón en calle 10 esq. Canarias Col.. Toltecas Tel. 52-76-68-43 para solicitar el permiso, debiendo presentar los siguientes documentos:

Si el solicitante es el familiar

- ✓ Identificación personal oficial (Credencia para votar, Cartilla Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.)
- ✓ Llenar formato de solicitud
- ✓ Certificado de Defunción

- ✓ Oficio de entrega de cadáver, o del resto humano expedido por el Ministerio Público en caso de haber sido sujeto de averiguación previa, o certificado de amputación quirúrgica expedido por el Médico Cirujano en el que se indique el destino final del mismo, firmado por él, el paciente y dos testigos.
- ✓ Comprobantes de embalsamamiento y supervisión médica del procedimiento si la inhumación o incineración se van a realizar después de 48 horas o en su caso el comprobante de conservación en refrigeración si la inhumación o incineración se efectuarán de inmediato.

Si el solicitante es el gestor

- ✓ Presentar además:
- ✓ Carta poder dirigida a la autoridad sanitaria, otorgada por el familiar al gestor
- ✓ Identificación personal oficial del gestor y los testigos de la carta poder (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc).

El embalsamamiento debe solicitarse en la Oficina Central de trámites funerarios. Todos los documentos deben presentarse en original y copias

Paso dos

En la Oficina o módulos de trámites funerarios correspondiente, se revisan y cotejan los documentos y si estos se encuentran completos y correctos.

- ✓ Se expide el permiso solicitado y
- ✓ Se le indica pase a la Oficina del Registro Civil, donde tramitará la expedición del Acta de Defunción u orden de cremación correspondiente, donde debe presentar los siguientes documentos
- ✓ La autorización de inhumación ó incineración antes de 12 ó después de 48 horas de ocurrido el deceso, expedida por la autoridad sanitaria.

- ✓ Identificación personal oficial del familiar y/o del gestor y los testigos (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.
- ✓ Carta poder dirigida al C. Juez del Registro Civil, otorgada por el familiar al gestor.
- ✓ Oficio de entrega de cadáver o resto humano, expedido por el Ministerio Público en caso de haber sido sujeto de averiguación previa.

Paso tres

La Oficina del Registro Civil expide el Acta de Defunción en caso de cadáver u orden de inhumación o cremación si se trata de restos humanos.

## PERMISO SANITARIO PARA EXHUMACION PREMATURA DE CADAVERES HUMANOS

Solicitante (Familiar o Gestor)

Paso uno

- ✓ Acudir a la Oficina Central de Trámites Funerarios de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal en Xocongo No. 225 Col. Tránsito, Tel. 57-40-63-06 o sus módulos ubicados en Dr. Liceaga 93 Col. Doctores Deleg. Cuauhtemoc Tel. 52-42-62-96 y en la Delegación Álvaro Obregón en la calle 10 esq. Canarios Col. Toltecas Tel. 52- 76-68-43 para solicitar el permiso, debiendo presentar los siguientes documentos

Si el solicitante es el familiar del fallecido

- ✓ Identificación personal oficial (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.)
- ✓ Escrito en el que se expresan los motivos y destino final de los restos, el cual será evaluado por la autoridad sanitaria.
- ✓ Llenar formato de solicitud.

- ✓ Acta de Defunción o Certificado de Muerte Fetal o de Defunción para recién nacidos de menos de 24 horas.
- ✓ Boleta de inhumación, y
- ✓ Comprobante de contratación de servicios de fumigación durante la exhumación

Si el solicitante es un gestor autorizado por el familiar

- ✓ Presentar además:
- ✓ Carta poder dirigida a la autoridad sanitaria, otorgada por el familiar
- ✓ Identificación personal oficial del gestor y los testigos de la carta poder (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.).

Si el solicitante es el ministerio publico o autoridad judicial

- ✓ Identificación de la persona encargada de realizar el trámite.
- ✓ Solicitud de la exhumación.
- ✓ Acta de Defunción.
- ✓ Comprobante de solicitud de servicio de fumigación

Todos los documentos deben de presentarse en original y copias.

Paso dos

En la oficina de trámites funerarios correspondiente se revisan y cotejan los documentos y si estos se encuentran completos y correctos.

- ✓ Se expide el permiso solicitado y se designa a un supervisor médico
- ✓ Se le indica pase a la Oficina del Registro Civil donde se tramitará lo conducente, donde debe presentar los siguientes documentos:
- ✓ La autorización del permiso solicitado expedida por la autoridad sanitaria

- ✓ Identificación personal oficial del familiar y/o del gestor y los testigos (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.)
- ✓ Carta poder dirigida al C. Juez del Registro Civil otorgada por el familiar al gestor.

Paso tres

La Oficina del Registro Civil asentará en el Acta de Defunción la anotación correspondiente.

## PERMISO SANITARIO PARA EL TRASLADO DE RESTOS HUMANOS ARIDOS

Solicitante (Familiar o Gestor )

Paso uno

- ✓ Acudir a la oficina Central de trámites funerarios de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal en Xocongo, No.225 Col. Tránsito, Tel. 57-40-63-06 ó sus módulos ubicados en: Dr. Liceaga 93, Col. Doctores Deleg. Cuauhtémoc Tel. 52-42-62-96 y en la Delegación Álvaro Obregón en calle 10 esq. Canarios Col. Toltecas Tel. 52-76-68-43 para solicitar el permiso, debiendo presentar los siguientes documentos:

Si el solicitante es el familiar del fallecido

- ✓ Identificación personal oficial (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.)
- ✓ Llenar formato de solicitud
- ✓ Autorización de exhumación expedida por las administraciones de los Panteones Concesionados o por la Oficina de panteones de la Delegación correspondiente, para el caso de Panteones Oficiales
- ✓ Acta de Defunción o Certificado de Muerte Fetal o de defunción para recién nacidos de menos de 24 horas
- ✓ Especificación del destino final de los restos (reinhumación o incineración)

Si el solicitante es un gestor autorizado por el familiar

- ✓ Presentar además:
- ✓ Carta poder dirigida a la autoridad sanitaria, otorgada por el familiar
- ✓ Identificación personal oficial del gestor y los testigos de la carta poder (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE , Pasaporte, etc.)

Todos los documentos deben presentarse en original y copias

Paso dos

En la oficina ó módulo de trámites funerarios correspondiente, se revisan y cotejan los documentos y si estos se encuentran completos y correctos:

- ✓ Se expide el permiso solicitado
- ✓ Se le indica pase al panteón por los restos áridos exhumados

Paso tres

En el Panteón se le entregan los restos áridos exhumados para darles el destino final autorizado.

## PERMISO SANITARIO PARA EL EMBALSAMAMIENTO DE CADAVERES HUMANOS

Solicitante (Familiar o Gestor)

Paso uno

- ✓ Acudir a la oficina Central de trámites funerarios de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal en Xocongo No. 225 Col. Tránsito. Tel. 57-40-63-06 o sus módulos ubicados en Dr. Liceaga 93 Col. Doctores Deleg. Cuauhtémoc Tel. 52-42-62-96 y en la

Delegación Álvaro Obregón en calle 10 esq. Canarias Col. Toltecas Tel. 52-76-68-43 para solicitar el permiso, debiendo presentar los siguientes documentos:

Si el embalsamamiento se solicita en las primeras 12 horas de ocurrido el deceso, debe solicitarlo el familiar (disponente secundario)

- ✓ Identificación personal oficial (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.)
- ✓ Llenar formato de solicitud de embalsamamiento
- ✓ Certificado de defunción

Si el embalsamamiento se solicita después de 12 horas de ocurrido el deceso, puede solicitarlo el gestor.

- ✓ Quien debe presentar además
- ✓ Carta poder dirigida a la autoridad sanitaria otorgada por el familiar. Identificación personal oficial del gestor y los testigos de la carta poder (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.).

Todos los documentos deben presentarse en original y copias

Paso dos

En la oficina de trámites funerarios correspondiente, se revisan y cotejan los documentos y si estos se encuentran completos y correctos.

- ✓ Se expide el permiso solicitado y se designa a un supervisor médico del procedimiento y
- ✓ Se le indica entregarlo en la embalsamadora.

Paso tres

La embalsamadora al terminar la preparación debe recabar los comprobantes de embalsamamiento y supervisión médica del procedimiento, que entregará en la oficina de trámites funerarios.

## PERMISO SANITARIO PARA LA CREMACION DE RESTOS HUMANOS O RESTOS HUMANOS ARIDOS

Solicitante (Familiar o Gestor)

Paso uno

- ✓ Acudir a la oficina Central de trámites funerarios de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal en Xocongo No. 225 Col. Tránsito, Tel. 57-40-63-06 ó sus módulos ubicados en Dr. Liceaga 93 Col. Doctores Deleg. Cuauhtemoc Tel. 52-42-62-96 y en la Delegación Álvaro Obregón en calle 10 esq. Canarias Col. Toltecas Tel. 52-76-68-43 para solicitar el permiso, debiendo presentar los siguientes documentos:

Si el solicitante es el familiar del fallecido

- ✓ Identificación personal oficial (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.)
- ✓ Llenar formato de solicitud
- ✓ Tratándose de restos humanos (por ejemplo: Miembros torácicos ó pélvicos) Certificado de amputación quirúrgica expedido por el Médico Cirujano en el que se indique el destino final del mismo, firmado por él, el paciente dos testigos y en casos legales oficio de entrega del resto humano otorgado por el Ministerio Público
- ✓ Comprobantes de embalsamamiento y supervisión médica del procedimiento (tratándose de restos humanos si la incineración se va a realizar después de 48 horas o en su caso el comprobante de conservación en refrigeración si la incineración se realizara de inmediato.

- ✓ Tratándose de restos áridos: autorización de exhumación expedida por las administraciones de los panteones Concesionados o por la Oficina de Panteones de la Delegación correspondiente, para el caso de Panteones Oficiales

Si el solicitante es un gestor autorizado por el familiar

Presentar además:

- ✓ Carta poder dirigida a la autoridad sanitaria, otorgada por el familiar
- ✓ Identificación personal oficial del gestor y los testigos de la carta poder (Credencial para votar, Cartilla, Seguro Social, ISSSTE, Pasaporte, etc.)

Paso dos

En la Oficina de trámites funerarios correspondiente, se revisan y cotejan los documentos y si estos se encuentran completos y correctos:

- ✓ Se expide el permiso solicitado.
- ✓ Se le indica pase al Registro Civil con el permiso sanitario para expedición de la orden correspondiente.

Paso tres

Presentarse al horno crematorio donde se efectuará la incineración con la orden otorgada por el Registro Civil.

Durante este capítulo hemos tenido la posibilidad de revisar los aspectos jurídicos relacionados con la muerte, entre los que sobresalen están: los distintos tipos de muerte, la importancia de conocer lo que es un testamento y las distintas formas de testar, cuantos problemas familiares se originan posterior a la muerte de un ser querido, cuando no se realiza un testamento a tiempo y que por desgracia termina desuniendo a la familia. Revisamos en que consiste la capacidad

jurídica de una persona, cuando la ejerce de manera directa y cuando es por medio de un representante, que es un Acta de Defunción y como se tramita y pusimos especial énfasis en marcar todo lo concerniente a traslados de cadáveres, inhumaciones, cremaciones y embalsamientos, conocimientos que todo tanatologo debe saber.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez- Gayou, J.L. (2000). Sexoterapia integral. Manual moderno. México.
2. DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (1995). Masson. España.
3. DSM IV TR. Breviario, Criterios Diagnósticos. (2002). Masson. España.
4. Acevedo, Salvador. (1994). Intervención psicológica en la elaboración del duelo. Tesis para obtener el título de Licenciado en psicología. Facultad de psicología UNAM.
5. Anolfi, Mauricio. (1994). Terapia familiar. Paidós. México.
6. Asili, Nelida. (1995). Psicología y envejecimiento. Revista de psicología. México.
7. Atienza, Marta. (1987). Estrategias en psicoterapia guesalt. Nueva visión. Buenos Aires
8. Avila, Raúl. (1990). La lengua y los hablantes. Trillas. México. 3ª. ed.
9. Bauab, Adriana. (2001). Los tiempos del duelo. Ediciones homosapiens. Argentina.
10. Baudovin, Jean. (1995). La ética ante la muerte y el derecho a morir. Heider. Barcelona.
11. Baum Heike. (2002). ¿Esta la abuelita en el cielo?. Oniro. España.
12. Baumgardner, Patricia. (1994). Terapia gestalt. Árbol. México.
13. Benjamín. B. Teorías y sistemas contemporáneos en psicología. Roca. España
14. Bernhard, Yetta. (1986). Como manejar conflictos de pareja. Pax. México.
15. Becker, Ernest. (1979). El eclipse de la muerte. Fondo de cultura económica. México.
16. Bischof, Ledford. (1987). Interpretación de las teorías de la personalidad. Trillas. México. 7ª. Reimpresión.
17. Blanck, Fanny. (1997). La muerte y sus ventajas. La ciencia para todos. México.
18. Blanck, Fanny. (2001). La vida, el tiempo y la muerte. La ciencia para todos. México. 1ª. Reimpresión.
19. Blanco, Jose (1997). Los mejores proverbios del mundo. Mc Graw Hill. México.
20. Bolinches, Antoni. (2001). Sexo sabio. Grijalbo Mondadori. España.
21. Bowen, Murria. (1991). De la familia al individuo. Paidos. España.
22. Bowlby, John. (1993) La pérdida afectiva. Paidos. España. 1ª. Reimpresión.
23. Buendía, Riquelme y Ruiz, J. (2004). El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida. Nausícaa. España.
24. Buendía, Rosa Ma. (2001) Duelo, factores que lo obstaculizan o lo facilitan. Tesina para obtener el título de Licenciada en psicología. Facultad de psicología UNAM.
25. Buber, Martín. (1995). ¿Qué es el hombre?. Fondo de cultura económica. México.
26. Bucay, Jorge. (2002). El camino de las lagrimas. Océano. México.
27. Castanedo, S. Celedonio (1997). Terapia Gestalt. De la silla vacía al circulo gestaltico. Herder. Barcelona.
28. Castanedo, S. Celedonio (1997). Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y ahora. Herder. Barcelona.
29. Castanedo, Celedonio. (1999). Seis enfoque psicoterapéuticos. Manual moderno. México.
30. Canales, Jose L. (1999). Propuesta de intervención en crisis a familiares de pacientes terminales por medio de la terapia gestalt. Un estudio exploratorio. Tesis para obtener el título de Licenciado en psicología. Fac. de psicología UNAM.
31. Caruso, Igor. (1990). La separación de los amantes. Editores Siglo XXI. México. 17ª.edición
32. Castro, Marco T. y Iparrea, Abelardo. (1987). El cadáver en la cultura. Instituto Politécnico Nacional. México.
33. Chávez, S. Maria. (2000). La culpa en el proceso de duelo. Revista figura/fondo. México.

34. Charazac, Pierre. (1998). Psicoterapia del paciente anciano y su familia. Síntesis. España.
35. Código Civil para el Distrito Federal. (2003). 70°. Ed. Porrúa México.
36. Clemente, Miguel. (1996). Suicidio una alternativa social. Biblioteca nueva. Madrid.
37. Craig, Grace. (2001). Desarrollo psicológico. Prentice Hall. México. 8ª. Edición.
38. Crehan, Joseph. (1980). Las sociedades del cercano oriente. Hermes.
39. Cudicio, Catherine. (1992). PNL y comunicación. Vergara. Buenos Aires.
40. Davis, Flora. (2000). La comunicación no verbal. Alianza. España.
41. De Hennezel, Marie. (2001). La tentación de la eutanasia. Nueva imagen. México.
42. Delisle-lapierre, Isabel. (1986). Vivir el morir. Paulinas. España.
43. Diccionario enciclopédico Hachette Castell. (1981)
44. Dorsch, Friedrich. (1994). Diccionario de psicología. Herder. Barcelona.
45. Durkheim, E. (1965). El suicidio. Schapire. Buenos Aires.
46. Fadiman, James y Frager Robert. Teorías de la personalidad. Harla.
47. Fadiman, James. (1999). Teorías de la personalidad. Oxford. México.
48. Fagan, J. Shepherd, I. (1973). Teoría y técnica de la psicoterapia gestaltica. Amorrortu. Argentina
49. Fagan, Joen. (1973). Teoría y técnica de la psicoterapia gualtaltica. Amorrourt. Argentina.
50. Fenichel, Otto. (2000). Teoría psicoanalítica de la neurosis. Paidós. México.
51. Festín, C. y Cipollone. (1992). Suicidio e complexita. Guiuffre. Milán.
52. Fonnegra, Isa. (2001). De cara a la muerte. Andres Bello. Colombia
53. Fontan y Jubero (1989). Los existencialistas. Cincel. Madrid
54. Frankl, Víctor. (1999). El hombre en busca de sentido. Herder. Barcelona. 20ª. Ed.
55. Gaarder, Jostein. (1995). El mundo de Sofía. Novela sobre la historia de la filosofía. Patria/siruela. México.
56. García, R. (1980). Depresión, melancolía, manía. Nueva visión. Buenos Aires.
57. Garibay, Angel. (1997). Mitología griega. Porrúa. Colección sepan cuantos. México.
58. Ginger, Serge. Ginger, Anne. (1993). La gestalt. Una terapia de contacto. Manual moderno. México.
59. Guía del estudiante. Historia universal y de México. (1997). Cultural. España.
60. González, Jose. (1999). Psicoterapia de grupo. Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas. Manual moderno. México.
61. González, Marian. (1998). Eutanasia, una ventana abierta ala esperanza. EDIMAT. España.
62. Haley, Jay. (1980). Terapia para resolver problemas. Amorrortu. Buenos Aires
63. Hennezel de, Marie. (2001). La tentación de la eutanasia. Nueva imagen. México.
64. Horney, K. (1988). La personalidad neurótica de nuestros tiempos. Paidós. México
65. Horney K. (1988). Nuestros conflictos internos. Psique. Buenos Aires.
66. Kahloun y Salomón (1989). ¿Qué es una emoción?. Fondo de cultura económica México.
67. Kepner, J. (1992). Proceso corporal. Un enfoque gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia. Manual moderno. México.
68. Kubler-Ross, Elisabeth. (1969). Sobre la muerte y los moribundos. Mondadori. Barcelona.
69. Kubler-Ross, Elisabeth. (1985). Una luz que se apaga. Pax. México.
70. Lammoglia, Ernesto. (2000). Las familias alcohólicas. Grijalbo. México.
71. Landau, Erica. (1987). El vivir creativo. Herder. Barcelona.
72. LaoTse. Tao Te King. Yug.
73. Latner, Joel. (1973). Fundamentos de la gestalt. Cuatro vientos. Chile.

74. Ley General de Salud. Tomo I y II. (2002) 7ª. Ed. Porrúa. México
75. Linn, Dennis. (1997). No perdones demasiado pronto. Promesa. México.
76. Longaker, Christine. (1998) Afrontar la muerte y encontrar esperanza. Grijalbo. México.
77. Lowen, Alexander. (2000). Bioenergética. Diana. México. 23ª. Reimpresión.
78. Lowen, Alexander. (2000). Ejercicios de bioenergética. Sirio. Barcelona. 6ª. Ed.
79. Marchiori, H. (1998). El suicidio. Enfoque criminológico. Porrúa. México.
80. Markham, Ursula. (1996). Como afrontar la muerte de un ser querido. Martínez Roca. España.
81. Martínez, Maria. (2002). Consolar. Montecarmelo. Barcelona.
82. Merani, Alberto. (1997). Diccionario de psicología. Grijalbo. España. 2ª. Edición.
83. Mendez, Victor. (2002). Sobre morir etanasias, derechos, razones. Trotta. Madrid.
84. Miguens, Marcela. (1993). Gestal transpersonal. Era naciente. Argentina.
85. Minuchin, Salvador. (1999). Familias y terapia familiar. Gedisa. Barcelona. 7ª. Reimpresión.
86. morales, Jorge. (2003). Religiones del mudo. Diana. España.
87. Moreau, A. (1999). Ejercicios y técnicas creativas de gestalt terapia. Sirio. Argentina.
88. Moreno, Kena (1999). Como proteger a tus hijos contra las drogas. Centros de integración juvenil. México.
89. Morgan, H. (1983). Deseos de muerte. Fondo de cultura económica. México.
90. Morón, P. (1977). El suicidio. Ábaco. Buenos Aires.
91. Naranjo, Claudio. (1989). La vieja y novísima gestalt. Cuatro vientos. Argentina.
92. Notan, Albert (1976). Quien es este hombre. Sal térrea. España.
93. O'Connor, J. Seymour, J. (2001). Introducción a la PNL. Urano. España.
94. O'Connor, Nancy. (1990). Déjalos ir con amor. Trillas. México
95. Oldham, James. (1992). El riesgo de vivir. Manual moderno. México.
96. Oriol, Antonio. (2000). Saber envejecer y bien morir. IPN. México.
97. Pérez, Federico (1994). El vuelo del ave fénix. Prácticas de neurolingüística e hipnosis ericsoniana. Pax. México.
98. Pérez, Víctor. (1989). Eutanasia, piedad o delito. Juss. México.
99. Perls, F. (1994) Terapia Gestalt. Traducido por Victorino Pérez. Legacy From Fritz/ Gifts from Lake Cowichan (1975).
100. Perls, Fritz. (1990). Dentro y fuera del tarro de la basura. Cuatro vientos. Chile
101. Perls, Fritz. (1994). El enfoque gestaltico. Testimonios de terapia. Cuatro vientos. 7ª. Reimpresión. Chile
102. Perls, F. (1982). Ego, hambre y agresión. Fondo de cultura económica. México.
103. Polster, Erving. (1973). Terapia gestaltica. Amorrourt. Argentina.
104. Polo, Marco A. (2004). Tanatología con enfoque gestalt y humanista. Taller abierto. México.
105. Quiroz, C (1977). Medicina forense. Porrúa. Mexico.
106. Rebolledo, Federico. (1996). Aprender a morir. Fundamentos de tanatología. DEM. México.
107. Reid, Daniel. (2002). El Tao de la salud el sexo y la larga vida. Urano. España.
108. Reyes, Alfonso (1997). Persona y espiritualidad. México
109. Reyes, Alfonso. (1992). Depresión y angustia. México
110. Reyes, Alfonso. (1996). Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y a su familia. México.
111. Reyes, Alfonso. (1999). Suicidio. México

112. Rius (1997) Filosofía para principiantes. De Platón hasta hace rato. Grijalbo. México
113. Roccatagliata, Susana. (2001). Un hijo no puede morir. Grijalbo. Chile. 5ª. Ed.
114. Rodríguez, L. (1974). Suicidios y suicidios. UNAM. México.
115. Rodríguez, Mauro. (1996). ¿Eutanasia o autanasia?. Por una muerte digna. Manual moderno. México.
116. Rosenzweig, Mark y Leiman, Arnold. (1993). Psicología fisiológica. Macgraw- Hill. México.
117. Rosso, Mario. El eterno problema de la muerte y de la vida. Instituto cultural Quetzalcoatl.
118. Rosso, Mario. La muerte y los antiguos misterios iniciativos. Instituto cultural Quetzalcoatl.
119. Roura, Assunpta. (2000). Hasta luego tristeza, Planeta. España.
120. Runes, Dagoberto. (1981). Diccionario de filosofía. Grijalbo. México.
121. Rushdie, Salman. (1997). Oriente, occidente. Plaza janés. México.
122. Sábines, Jaime. (2001). Uno es el poeta. Antología. Colección Visor de Poesía. España.
123. Salama, H. y Villareal, R. (1992). El enfoque gestalt. Una psicoterapia humanista. Manual moderno. México.
124. Salama, P. Héctor. (1994). Manual del Test de Psicodiagnóstico Gestalt. IMPG. México.
125. Salama, P. Héctor. (1999). Encuentro con la psicoterapia gestalt. Proceso y metodología. IMPG. México.
126. Salama, P. Héctor. (1996). Gestalt de persona a persona. IMPG, SC. México
127. Salazar, Ramses (2000). El cáncer de mama y su efecto en la dinámica familiar, una propuesta de intervención psicoterapeutica. Tesis para obtener el titulo de Licenciado en psicología. Fac. psicología. UNAM
128. Sarró, Blanca. (1991). Los suicidios. Martínez rocca. Barcelona
129. Seale, M. (1980). La sociedad islamica. Hermes.
130. Sheree, Rajnesh. (1998). Tao Los tres tesoros. Sirio. Barcelona.
131. Sherr, Lorraine. (1992). Agonía, muerte y duelo. Manual moderno. México.
132. Smith, Carole. (1988). Trabajo social con moribundos y su familia. Pax. México.
133. Sinay Sergio y Blasberg, Pablo. (1995). Gestalt para principiantes. Era naciente. Buenos Aires.
134. Stengel, E. (1965). Psicología del suicidio y los intentos suicidas. Horme. Buenos Aies.
135. Stevens, John. (1975). Esto es gestalt. Cuatro vientos. Chile.
136. Stevens, John. (1988). El darse cuenta. Cuatro vientos. Chile.
137. Tizón, Jorge. (2004). Pérdida, pena, duelo. Paidos. España.
138. Torres, Alfonso. (2003). Cáncer ginecológico. Macgraw-hill. México.
139. Torre, L. Zarco, M. Ruíz de S. (1989). Filosofía del hombre y de la sociedad. Esfinge. México.
140. Toscazo (1982). Entrevista. Niños maltratados. Mexicanos unidos. México.
141. Toynbee, Arnold y Koestler, Arthur (1980). La vida después de la muerte. Hermes.
142. Tozzini, (1969). El suicidio. Desalma. Buenos Aires.
143. Uribe, Misael (1995). Tratado de medicina interna. Medica panamericana 2ª. ed.
144. Villardon, Lourdes. (1993). El pensamiento del suicidio en la adolescencia. Universidad de deusto. Bilbao.
145. Velasco, Ma. Luisa y Sinibaldi, Julian (2001). Manejo del enfermo crónico y su familia. Manual moderno, Bogotá

146. Uribe, Patricia y Ponce de León, Samuel. (2000). Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales. Conasida. México 4ª.ed.
147. Urraca, Salvador. (1996) Eutanasia hoy, un debate abierto. Noesies. Madrid.
148. Verzele, Maurice. (1995). La muerte sin dolor, suicidio y eutanasia. Txalaparta. Bélgica.
149. Vázquez, Carmen. (1983). Cuando me encuentro con el capitán garfio...no me engancha. Las mil y una ediciones. Madrid.
150. Vincent, Louis. (1993). Antropología de la muerte. Fonda de cultura económica. México. 1ª. reimpresión.
151. Vincent, Louis. (1989). El cadáver. Fonda de cultura económica. México.
152. Walters, Mariane. (1996). La red invisible. Paidós. España. 1ª. Reimpresión.
153. Warién, Howard. (1996). Diccionario de psicología. Fondo de cultura económica. México. 22ª. Reimpresión.
154. Watzlawick, P. Beavin, J. Jackson, D. (1997). Teoría de la comunicación humana. Herder. México 10ª. Ed.
155. Wolberg. Técnicas psicoterapéuticas. Traducción hecha al español por la Universidad Iberoamericana. México.
156. Wolfsthal, Susan. (1992). Manejo clínico del paciente quirúrgico. Medica panamericana. México.
157. Worden, William. (1997). El tratamiento del duelo, asesoramiento psicológico y terapia. Paidós. España.
158. Yontef, Gary. (1995). Proceso y dialogo en terapia gestaltica. Cuatro vientos. Santiago de Chile. 3ª.ed.
159. Zinker, Joseph. (1997). El proceso creativo en la terapia gestaltica. Paidós. México.