

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

El proceso de duelo de la propia muerte: en una muestra de pacientes terminales

Autor: María Guadalupe Vázquez Ramírez

**Tesis presentada para obtener el título de:
Licenciada en Psicología**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.



TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

FRANCISCA VAZQUEZ RAMÍREZ



AVALA T108

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE PSICOLOGÍA



117-5

UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

**EL PROCESO DE DUELO DE LA PROPIA MUERTE;
EN UNA MUESTRA DE PACIENTES TERMINALES.**

- T E S I S -

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MARIA GUADALUPE VAZQUEZ RAMIREZ

MORELIA, MICH.
FEBRERO, 1996

RVOE 020 SEP
CLAVE: 16PFV0004J

A Saúl:

*Quien ha sido la persona más especial
en mi vida.*

*En recuerdo de gratitud y afecto por la
ternura con que rodea mi vida.*

*Así mismo quiero expresar mi admiración y agradecimiento a
ésta persona excepcional, "SAR", por ayudarme a restaurar mi
energía y por que, cuando todo se vé oscuro, me muestra un
camino, hacia la plenitud y bienestar.*

INDICE

CAPÍTULO I

PARA ENTONCES

INTRODUCCION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

HIPOTESIS CONCEPTUAL

TIPO DE ESTUDIO

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

DEL DUELO Y DE LA TRISTEZA

1.- PACIENTE

2.- CONCEPTOS

MANEJOS GENERALES

PSICOLÓGICA

MÉDICA

PSICOPEDAGÓGICA

POPULAR

CULTURAL

RELIGIOSA

3.- DUELO Y ELABORACION

*Quiero morir cuando decline el día,
en altamar y con la cara al cielo,
donde parezca sueño la agonía,
y el alma un ave que remonta el vuelo*

*No escuchar en los últimos instantes,
ya con el cielo y con el mar a solas,
más voces ni plegarias sollozantes
que el majestuoso toambo de las olas.*

*Morir cuando la luz, retira
sus áureas redes de la onda verde.
y ser como ese sol que lento expira:
algo muy luminoso que se pierde.*

*Morir, y joven; antes que destruya
el tiempo aleve la gentil corona,
cuando la vida dice aún "Soy tuya",
aunque sepamos bien que nos traiciona.*

Manuel Gutiérrez Nájera.

1
2
3
3
4
5
6
7
8
14
16
18
20
28
33

INDICE

CAPITULO III

CAPITULO I

METODOLOGIA

INTRODUCCION

HIPOTESIS DE TRABAJO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1

HIPOTESIS

HIPOTESIS CONCEPTUALES

2

TIPO DE ESTUDIO

3

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

3

DEFINICIONES

CAPITULO II

FUNDAMENTOS TEORICOS DEL PACIENTE TERMINAL, DEL DUELO Y DE LA MUERTE.

5

ESCENARIO

1.- PACIENTE TERMINAL

5

PROCEDIMIENTO

2.- CONCEPCIONES DE MUERTE

7

a) ASPECTOS GENERALES

7

CAPITULO IV

b) FILOSOFICA

8

c) MEDICA

14

d) PSICOLOGICA

16

REPORTES DE

e) POPULAR

18

f) CULTURAL

20

RESULTADOS

g) RELIGIOSA

28

3.- DUELO Y ELABORACION

33

CAPITULO V

CAPITULO III

DISCUSION Y CONCLUSIONES

94

METODOLOGIA PERSONALES

43

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

97

HIPOTESIS DE TRABAJO

43

BIBLIOGRAFIA

98

HIPOTESIS NULA

43

ANEXO

102

HIPOTESIS ALTERNA

43

VARIABLES

44

DEFINICION DE VARIABLES

44

TIPO DE DISEÑO

45

MUESTREO

45

INSTRUMENTOS

47

ESCENARIO

47

PROCEDIMIENTO

48

CAPITULO IV

REPORTE DE CASOS

50

RESULTADOS

88

CAPITULO V

DISCUSION Y CONCLUSIONES	94
CONCLUSIONES PERSONALES	96
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	97
BIBLIOGRAFIA	98
ANEXO	102

CAPITULO I

INTRODUCCION

Este proyecto de investigación pretende establecer los elementos básicos para llevar a cabo un estudio acerca del proceso de duelo que sufren los pacientes terminales, ante su propia muerte.

Sabemos que hay un gran número de dichos pacientes; sin embargo nuestra sociedad no ha sabido conducirse ante ellos, dado que su tratamiento es limitado, difícil y costoso, lo que los convierte en un problema de salud pública por sus efectos, cualquier aportación al conocimiento de este fenómeno tiene importancia social, además de los beneficios que genera para el paciente.

Los objetivos de esta investigación consisten en que en los pacientes terminales se pueda comprender mejor el proceso que interviene en el enfrentamiento a la propia muerte. Esta parte psíquica, es la que se estudia en esta investigación, para lo que nos valdremos de técnicas de investigación cualitativa, considerándolas un recurso válido por su capacidad de explorar alguna situación, abriéndonos la posibilidad de comprender mejor el fenómeno desde un modo práctico y económico.

CAPITULO I

En la presente investigación se utilizarán los instrumentos ya mencionados, a través de los cuales se explorarán esas facetas de la personalidad de los enfermos terminales que intervienen en el proceso de duelo, saber qué procesos ocurren durante el proceso de duelo, sino el extraer información ya sea en el momento en cuanto a cómo vivieron esos períodos de tiempo y momentos para que, al aceptar y tener conciencia real de los hechos no que les dejó el haberse encontrado con ese enfrentamiento en su vida; para organizar situaciones no tomadas muy en serio sino hasta saber y aceptar un nuevo episodio en su existencia, quizá al fin de vivir de manera más prudente, dejar arreglados sus negocios; quedar tranquilos en cuanto a su vida espiritual; tal vez buscar

INTRODUCCION

Este proyecto de investigación pretende establecer los elementos básicos para llevar a cabo un estudio, acerca del proceso de duelo que asumen los pacientes terminales, ante su propia muerte.

Sabemos que hay un gran número de dichos pacientes; sin embargo, nuestra sociedad no ha sabido conducirse ante ellos, dado que su tratamiento es penoso, difícil y costoso, lo que los convierte en un problema de salud pública; por éste motivo, cualquier aportación al conocimiento de ellos, adquiere gran importancia social, además de los beneficios que ofrece a los enfermos.

Los profesionistas defendemos la tesis de que en los pacientes terminales, existen múltiples factores de corte psíquico, que intervienen en el desencadenamiento del duelo de la propia muerte. Esta parte psíquica, es la que pretendemos estudiar en la presente investigación; para lo que nos valemos de la entrevista y observación clínica, considerándolas un recurso valioso; por la información profunda que ofrecen, abriéndonos la posibilidad de utilizarlas como instrumentos; por ser un medio práctico y económico.

En la presente investigación, se trabajó con los instrumentos ya mencionados, a través de los cuales se exploraron diferentes facetas de la personalidad de los pacientes terminales, ya que no es la intención de éste trabajo saber qué personas cursan o no por su propio proceso de duelo, sino el extraer información; ya sea: su experiencia en cuanto a cómo vivieron esos períodos de tiempo y sobre todo para que, al aceptar y tener conciencia real de los hechos de qué les sirvió el haberse encontrado con ese enfrentamiento en su vida: para organizar situaciones no tomadas muy en serio sino hasta saber y aceptar un nuevo episodio en su existencia, quizás el último; vivir de manera mas prudente; dejar arreglados sus negocios; quedar tranquilos en cuanto a su vida espiritual; tal vez buscar

reconciliaciones que no habrían buscado si ésto no se hubiese dado; arreglar situaciones familiares conflictivas, etc.

Así, la intención de la presente tesis es, el detectar las principales características, de la elaboración del duelo que asumen los pacientes terminales ante su propia muerte, de tal manera que conociendo dichas características, se les pueda brindar ayuda.

En ésta investigación se llevó a cabo un seguimiento de 1 a 4 meses aproximadamente con cada paciente, para observar un proceso de duelo, analizarlo e inferir los procesos psíquicos por los que atraviesan y así abrir nuevas opciones encaminadas a mejorar el apoyo que los psicólogos les podemos ofrecer en esos momentos tan difíciles y trascendentes.

Esta tesis no pretende ser mas que una palabra añadida, del discurso científico, esperando que sea fructífera, para agilizar la inclusión psicoterapéutica en el duelo de los pacientes terminales; que siguen y tal vez seguirán esperando ésta ayuda por mucho tiempo.

Para poder aceptar la muerte de forma adecuada es importante saber no sólo todo lo referente a la enfermedad, sino también conocer los factores que pueden ayudar a un individuo a aceptar con serenidad su destino.

Un hombre acepta la muerte de forma adecuada de su vida según haya superado los conflictos emocionales durante su evolución, desde su infancia hasta su etapa adulta.

Es importante investigar el proceso de duelo de la propia muerte para posteriormente aplicar a los pacientes terminales a facilitarles dicho proceso.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La historia personal incluyendo las experiencias sobre la muerte, determina las características del duelo. El entendimiento y la aceptación del hecho de la propia muerte, las actitudes ante los sentimientos desagradables, la necesidad de compañía y/o soledad además del contacto emocional son factores que influyen en la manera en que los pacientes encuentran sus métodos particulares para elaborar su duelo.

Lo interesante de esto es la inclusión de intervenciones terapéuticas sobre conductas particulares que nos ayudan a comprender el funcionamiento consciente e inconsciente en la mente de las personas.

Las personas en su gran mayoría sienten un inmenso temor cuando comprenden que van a morir; los psicólogos y los psicoanalistas concuerdan en afirmar que ese temor a la muerte no es específico sino que está relacionado y originado en las angustias por las que atraviesa el sujeto infantil en su desarrollo.

Para decidir la conducta a llevar con los moribundos es importante saber no sólo todo lo relativo a la angustia de muerte, sino también conocer los factores que pueden aplacar esa angustia y hacer que un individuo acepte con serenidad su destino.

Un hombre aceptará la muerte como parte integrante de su vida según haya superado los conflictos importantes durante su evolución, desde su infancia hasta su etapa actual.

Es importante investigar el proceso de duelo de la propia muerte para posteriormente ayudar a los pacientes terminales a facilitarles dicho proceso.

HIPOTESIS CONCEPTUALES.

De acuerdo con Kerlinger (1974) el presente estudio es de tipo preexperimental, dado que no se tuvo control directo sobre la variable independiente.

1-"La muerte es un problema que cada persona aborda de forma individual y cada paciente reacciona de acuerdo con sus convicciones personalidad y necesidades."

2-"Algunos pacientes consideran que la muerte es casi un alivio feliz del dolor torturante."

3-"Hay rechazo ante la aceptación de la propia muerte por lo que no se logra o es difícil llevar a cabo la elaboración del duelo por el paciente."

4-"Hay rechazo ante la aceptación de la propia muerte por lo que no se logra o es difícil llevar a cabo la elaboración del duelo por el paciente."

También con la intención de observar qué tipo de ayuda se les puede dar a los pacientes en esta circunstancia y ver los beneficios que la sociedad obtiene, dejando a los moribundos decidir sobre lo que les queda de vida.

Se puede aprender de los fallos y aciertos de las personas tomadas en esta circunstancia. Si fué imprudente: nos será útil a la hora de nosotros mismos. Si fué acertada: se verá como que dispondremos. Y si fué parcial

1.- AFTERLINCK, MAURICIO, "La Muerte" Pag 120 Ed. Botas, México, D.F. (1957)

2.- O.J.Z., SAHLER, "El niño y la muerte" Ed. Alhambra, México, D.F. (1983)

3.- Ibid pag. 233

TIPO DE ESTUDIO. *lcar nuestras ideas para obtener un triunfo o frac*

De acuerdo con Kerlinger (1974) el presente estudio es de tipo preexperimental; dado que no se tuvo control directo sobre la variable independiente, que son las enfermedades terminales, porque solo se conoce lo que acontece en ellas sin intervención directa. Es exploratorio; porque no se tuvo una idea específica sobre qué tipo de elaboración de duelo llevan a cabo los pacientes que están próximos a morir, además porque no se pueden obtener conclusiones muy definidas, ni generales pero serán muy útiles puesto que nos darán una base para el planteamiento mas adecuado de estudios posteriores. De campo porque estudia un determinado grupo de personas para conocer su estructura, cuya característica es que se llevó a cabo en el ambiente en donde ocurre el fenómeno. Longitudinal dado que se investigó al mismo grupo de personas en varios momentos de su vida.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

Primero: no debemos negar el control sobre hechos que les atañen tan directamente a los pacientes terminales; no negarles quizás la última oportunidad que poseen de imponer su individualidad; y el deseo del moribundo de conservar en lo posible el control de su destino en una pretensión justa y la persona no debe perder su derecho a la autodeterminación simplemente porque se esté muriendo.

También con la intención de observar qué tipo de ayuda se les puede dar a los pacientes en esta circunstancia y ver los beneficios que la sociedad obtiene, dejando a los moribundos decidir sobre lo que les queda de vida.

Se puede aprender de los fallos y aciertos de las personas tomadas en esta circunstancia. Si fué imprudente: nos será útil a la hora de nosotros tomar nuestra desición o aconsejar a otros. Si fue acertada: se verá como ejemplo de la variedad de opciones de que dispondremos. Y si fué parcial

nos ayudará a clasificar nuestras ideas para obtener un triunfo o fracaso al tomar decisiones.

Es así mismo importante, el impedir la restitución de la libertad personal. Y para dar oportunidad de prepararse para decir un adiós definitivo a la vida. Así como conocer más a fondo el proceso de duelo para tomar precauciones acerca de ello, ya que gran número de personas se sienten más cómodas si se les permite hablar de la inminencia de muerte y de sus pensamientos respecto a ella.

Por último para abrir la posibilidad de establecer patrones de intervención psicológica, para ayudar a los pacientes en éstas situaciones de crisis, respetando su libre albedrío dependiendo del momento de su proceso de duelo que están transcurriendo.

FUNDAMENTOS TEORICOS DEL PACIENTE TERMINAL DE LA MUERTE

1.- PACIENTE TERMINAL

Este concepto aplica a todos aquellos pacientes que debido a diversos factores se hallan en los últimos días o meses de su vida. Son aquellas personas que de una u otra manera están pasando por el proceso de conclusión de su vida, su agonía. En dicha agonía en muchas ocasiones sus deseos de solución o retraso de la muerte.

Cada caso se debe tratar y manejar individualmente debido a la especial situación de cada uno de los experimentales de cada paciente. Los profesionales deben actuar de acuerdo a la práctica médica habitual, dando al paciente el derecho de ser informada de su condición médica y de participar con total parte de las decisiones relacionadas con el mismo.

CAPITULO II

No se debe ocultar información al paciente en que se encuentran; aún alegando razones médicas, que a una interpretación justificada en el derecho de libertad y autonomía del paciente.

No se debe negar a los pacientes que están a las puertas de la muerte la última oportunidad de expresar sus deseos y elegir el tipo de vida que les queda de vida.

Hay sin embargo algunas situaciones, para las que bajo determinadas circunstancias algunas personas no pueden o no deben ser informadas, reconviniendo sobre quienes asumen la total responsabilidad de mostrar motivos satisfactorios y justificados para proceder de tal forma.

FUNDAMENTOS TEORICOS DEL PACIENTE TERMINAL, DE LA MUERTE Y DEL DUELO.

que les inspira la muerte, o el paso a lo desconocido. Este miedo es universal e innato y en ocasiones desaparece por medio del mecanismo de la represión y a eso se debe que a veces no se observa durante toda la vida; sólo al enfrentarse con un evento como es el conocer el propio diagnóstico fatal, provoca el rompimiento del mecanismo y sale

1.- PACIENTE TERMINAL

La situación de muerte como inevitabilidad debido a una enfermedad produce Este concepto incluye a todos aquellos pacientes que debido a diversos factores se hallan ante los últimos días o meses de su vida. Son aquellas personas que de una u otra manera están pasando por el proceso de conclusión de su vida, su agonía. En dicha agonía en muchas ocasiones aún conservan la esperanza de solución o retraso de la muerte.

"Cada crisis se debe ver y manejar individualmente debido a la especial constelación de factores experimentales de cada paciente. Los profesionales deben informar al paciente conforme a la práctica médica habitual dado que toda persona tiene el derecho de ser informada de su condición médica y tratamiento para tomar parte de las decisiones relacionadas con el mismo".¹

"No se debe ocultar á los pacientes el estado en que se encuentran; aún alegando razones altruistas da lugar a una interferencia injustificada en el derecho de libertad y abuso del poder sobre la persona.

No se debe negar a la persona que está a las puertas de la muerte la última oportunidad de imponer su individualidad y decidir sobre lo poco que les queda de vida".²

Hay sin embargo estrictas exclusiones, como las que bajo determinadas circunstancias algunas personas no pueden o no deben ser informadas, recayendo sobre quienes ocultan los datos la responsabilidad de mostrar motivos suficientemente justificados para proceder de tal forma.

1.- SAHLER, OLLE JANE, "El niño y la muerte". Pag. 229, Ed Alhambra, México, D.F. 1983.

2.- COOPER, DAVID, "La muerte de la familia". Pag. 47, Ed. Planeta-De Agostini, S.A., México, D.F. 1986.

3.- COOPER, DAVID, "La muerte de la familia". Pag. 47, Ed. Planeta-De Agostini, S.A., México, D.F. 1986.

Durante ésta etapa todos los pacientes sufren en mayor o menor grado el temor que les inspira la muerte, o el paso a lo desconocido. "Este miedo es universal e innato y en ocasiones desaparece por medio del mecanismo de la represión y a eso se debe que a veces no se observa durante toda la vida y sólo al enfrentarse con un evento como es el conocer el propio diagnóstico fatal, provoca el rompimiento del mecanismo y sale así a relucir dicho temor".³

La situación de muerte como inminencia debido a una enfermedad produce crisis en un individuo ya que se enfrenta al golpe que provoca un desequilibrio más en su ya debilitado 'ego', a la confusión de sentimientos que la noticia trae consigo y a la incapacidad asociada para manejarlos.

Algunos pacientes sobrellevan ésto con ayuda de familiares o con la intervención de algún profesional mientras que otros aparentan superficialmente que se adaptan muy bien pero interiormente sufren de gran agitación emocional.

"Los pacientes jóvenes que sienten la amenaza de muerte son menos vulnerables que los de mayor edad por tanto a estos se les dará una comprensión y apoyo total mientras que los primeros deben recibir menos aliento y consuelo ya que se ha visto que ésto en exageración provoca mas daño que beneficio".⁴

Los tipos de aportaciones que se obtienen en la presente investigación son: el filosófico, el médico, el psicológico, el social, el cultural y el religioso.

3- SAHLER, OLLE JANE. "El niño y la muerte". Pag. 209, Ed Alhambra, México, D.F. 1983.

4.- COOPER, DAVID, "La muerte de la familia". Pag. 47, Ed Planeta - De Agostini., México, D.F. 1986.

2.- CONCEPCIONES DE MUERTE

a). ASPECTOS GENERALES.

"De todas las experiencias negativas de fracaso y limitación, la muerte es la más dura y violenta que el hombre debe enfrentar. Y no es su arribo, sino el adiós a la vida lo difícil porque el único temor exclusivo de la muerte es que nos precipita hacia lo desconocido. Así al llegar la hora de la amenaza de muerte y hacia la cual no queremos levantar los ojos, todo nos falta a la vez y en vano buscamos un refugio en medio de reflexiones extrañas, nadie nos espera al llegar al final, nada está listo; solo el temor permanece en pie".⁵

"El temor que sentimos, proviene de las vivencias que hemos adoptado como malas acerca de ella a través de nuestras fantasías o enfrentamientos indirectos, y eso nos impide aceptarla.

"Pobre muerte", le imputamos las torturas de las últimas situaciones o enfermedades y no es justo porque no hay nada común entre ellas.⁶ Así mismo le hacemos diversas acusaciones producto de nuestras fantasías, ya que su figura depende en mucho de la imaginación del hombre.

Los tipos de aportaciones que se abordan en la presente investigación son: el filosófico, el médico, el psicológico, el popular, el cultural y el religioso.

5.- AFTERLINCK, MAURICIO, "La muerte". Pag. 13, Ed. Botas, México, D.F. 1957.

6.- Ibid. pag. 9.

b).- FILOSOFICA.-

La muerte tiene una base biológica y corpórea, y, en ese sentido pertenece al deterioro y es el fin de un proceso como el de todos los seres vivos. El hombre sin embargo la experimenta de manera diferente, dado que es el único ser que es consciente de ella, esto provoca en él, la necesidad de darle un sentido y un significado, dando infinidad de explicaciones:

*"A la luz de la unidad del hombre con su cuerpo, la muerte no es sólo un hecho biológico, sino un momento profundo y trascendente de su condición humana". "Ya que es el hombre el que muere, no sólo su cuerpo sino todo el hombre: cuerpo, inteligencia, libertad, amor, etc. se vé arrastrado y afectado por la muerte".⁵

*Por otra parte, "la muerte es el cúlmen de la condición de vida humana, es un hecho necesario, es una exigencia de la vida que se realiza dentro de un ámbito, un tiempo y unos valores"⁶. Al decir que es un hecho necesario entendemos que el hombre la percibe como algo a lo que le gustaría sustraerse pero que no le es posible evitar. Nos resistimos y sin embargo caminamos a cada momento hacia ella.

"La muerte se convierte en una experiencia de violencia y ruptura en sí misma, ya que significa no poder seguir viviendo y actuando en el mundo y en función de los demás, puesto que corta todos los lazos visibles de afecto y comunicación".⁷ Ante ésto reaccionamos con aversión y rechazo y a la vez con angustia ante lo desconocido puesto que es la única situación humana de la que no tenemos ninguna experiencia y cuando la tengamos no podremos comunicarla.

5.- I., BLAUBERG, "Compendio de filosofía". Pag. 36, Ed. Fondo de la Cultura Económica, México, D.F. 1984.

6.- Idem.

7.- Ibid pag. 90.

Es posible afirmar que hay ciertas dimensiones humanas que superan el espacio y el tiempo: el amor, la libertad, la esperanza, los ideales y en eso nos basamos para afirmar que hay una supervivencia del hombre mas allá de la muerte. Sin embargo no existen elementos dentro del análisis racional para decir cómo es y en qué consiste ese "tipo de vida".

Bogdanou dice que el análisis filosófico choca inmediatamente con dos presupuestos falsos:

- por un lado se presupone que todo el mundo sabe que es la muerte.
- por otro se presupone que el problema se aclara cuando se afirma la supervivencia después de la muerte.⁸

en realidad ninguna de las dos cosas es cierta y sigue vigente la pregunta sobre su significado; para el que muere y para los que están a su lado.

"La muerte ha creado una gran interrogante; a ratos casi fascinante a todos los seres humanos. A diferencia del animal, el hombre se da cuenta que tiene que morir y sabe que cada momento que pasa es uno menos en la cuenta regresiva; es algo que no debería ser, y sin embargo es inevitable".⁹

Todo hombre tiene una certeza innata y espontánea de su muerte que data desde el mismo momento en que nace y según Heidegger: "la gente trata de huir de este conocimiento por medio del trabajo y la diversión lo cual confirma la conciencia universal que de ella existe".¹⁰ Y es de alguna forma lo que dice Pascal: "No habiendo podido encontrar remedio a la muerte, a la miseria, a la ignorancia, los hombres para ser felices, han tomado la decisión de no pensar en ello".¹¹ La misma terminología que utilizamos (últimos gastos, difunto, cementerio, etc.) sólo revisten de cierto carácter elegante la realidad que no queremos llamar por su nombre.

8.- Ibid pag 120.

9.- Ibid pag 126.

10.- Ibid pag 200.

11.- Ibid pag 200

El ser humano toma conciencia real de su propia muerte cada vez que experimenta la muerte ajena; en especial, la de la persona amada; Y es en ese momento cuando se renueva la amenaza que pesa sobre nosotros y es cuando nos damos cuenta de nuestra condición mortal. Gabriel Marcel lo dice claramente: "lo que importa no es mi muerte ni la suya, sino la de las personas que amamos. En otras palabras, el problema, el único problema esencial, es el que plantea el conflicto del amor y la muerte".¹²

Para Sartre: "no forma parte de la existencia humana, sino que irrumpe en ella y la rompe violentamente, anulando su proyecto de libertad, Dos divisiones de su significado.-

En ello revela el carácter absurdo que marca la existencia humana: "es absurdo que hayamos nacido, es absurdo que muramos" incluso el suicidio es absurdo,

La reflexión filosófica sobre su significado se ha hecho mas acuciante en los dos últimos siglos. En ellos encontramos dos grupos de autores: quienes consideran la muerte como absurdo y quienes tienden a minimizarla negándola.

Como resultado entre el silencio de esperanza y el silencio de abandono. "Todo hombre, por el hecho de que muere, es un extranjero en este mundo".¹³ "La conciencia de este sentido al tiempo

1) La muerte como absurdo: "del absurdo, no existe el futuro, no existe el pasado, ya que la muerte destruye todo lo existente"

Como resultado al suicidio: "porque hay una vida, así como la vida"

Para Heidegger es algo inevitable y forma parte de la existencia humana a tal grado que la define como (sein-zum-tode) "ser-para-la-muerte".¹³ Por ello la existencia se convierte en preocupación y angustia ante el posible pero real ocaso del ser personal y por tanto a la pérdida de la existencia.

12.- Ibid pag 210.

13.- Ibid pag 126.

"El único momento de autenticidad se realiza cuando el hombre se enfrenta fría y realísticamente con la irreversible necesidad de su propia muerte; cuando se muere por cuenta propia y en medio de una completa y perfecta soledad. Ser consciente de ello es el único camino de autenticidad. Esto no quiere decir que la vida sea absurda, pero tampoco que no lo sea; es sólo la constatación de que el hombre es nada y vanidad enfrentado con la nada de la muerte".¹⁴

Para Sartre: "no forma parte de la existencia humana, sino que irrumpe en ella y la rompe violentamente, anulando su proyecto de libertad, la aniquilación siempre posible de mis posibilidades. En ello revela el carácter absurdo que marca la existencia humana: "es absurdo que hayamos nacido, es absurdo que muramos", incluso el suicidio es absurdo, lo único que queda es vivir el presente realizando las experiencias de libertad que nos sean posibles".¹⁵

Camus busca un camino intermedio entre la ausencia de esperanza y el rechazo del absurdo. "Todo hombre, por el hecho de que muere, es un extranjero en este mundo".¹⁶ "La conciencia de estar sometidos al tiempo suscita el horror y el sentimiento del absurdo: no existe el mañana, no existe el porvenir, ya que la muerte destruye todas las ilusiones".¹⁷

Camus rechaza el suicidio; "porque sería una huida, así como la búsqueda religiosa; porque sería una excusa para no comprometerse con el presente que es lo único que queda: intentar, si es posible, vivir sin esperanza, pero también sin caer en la desesperación".¹⁸

14.- Idem.

15.- SARTRE, JEAN PAUL, "El existencialismo es un humanismo". Pag. 93, Ed. Sto Sol, México, D.F. 1985.

16.- CAMUS, ALBERT, "El extranjero". Pag. 16 Ed. Alianza, México, D.F. 1989.

17.- Idem.

18.- Ibid pag. 33.

Frente a la muerte lo único ilimitado es la libertad, ya que confiere al hombre la responsabilidad total y exclusiva sobre sus propias acciones. Es por eso que el hombre debe aprovechar lo único que le queda: el presente, que aunque sea momentáneamente tiene un cierto sentido: la solidaridad con que sufre no puede ser absolutamente vana; por eso hay que construir un frente contra la miseria y la muerte, rebelarse contra ella.

Los tres autores tienen en común la idea de que la muerte carece de toda consideración religiosa y de toda supervivencia. Al mismo tiempo se vé en el cuadro de una antropología individualista. La muerte, así, es una realidad trágica. Ni siquiera se pregunta por qué se muere; lo único que se constata es su naturaleza absurda e irracional.

2) Negación de la muerte.-

Las diversas corrientes marxistas que consideran al hombre desde un punto de vista meramente social sostienen que la muerte individual no tiene sentido alguno dentro de la empresa histórico-social, del hombre en el mundo. La victoria de la especie humana es más importante que la muerte personal, que es un mero hecho biológico. En los manuscritos de 1844 Marx afirma: "La muerte parece ser una dura victoria del género sobre el individuo determinado éste a solo ser genérico y en cuanto tal, mortal".¹⁹

La muerte pierde todo sentido humano, moral y queda de ella solo el golpe psicológico. Los marxistas contemporáneos acentúan ésto cuando dicen que el marxismo no resuelve este tipo de problemas por la vía teórica, sino en la praxis y que el hombre, con espíritu de clase y al servicio del proletariado, supera toda problemática burguesa como es la muerte.

19.- DUSSEL, ENRIQUE, "La producción teórica de Marx". Pag 176 Ed. Siglo XXI, Argentina 1985.

Lo anterior nos evoca algunas reflexiones:

*Saber que nuestra vida tiene un sentido, porque intentamos encontrarlo y vivirlo esperando que no se acabe con la muerte es ya un ideal digno de tomarse en cuenta.

*Por otra parte, eso mismo nos hace captar el valor de las cosas mundanas y rechazar significados que no les corresponden. Los bienes tienen un carácter temporal; así como nacemos sin nada entre las manos así moriremos. Por eso querer encontrar el significado de la vida en la acumulación de bienes es desperdiciarla. Ya que los demás nos reconocerán, no por lo que les dimos, sino porque nos dimos.

*La muerte no perdona el amor infecundo, la vida por sí misma tiende a la fecundidad: a dar, a crear, a sembrar: esperanza, esfuerzo y libertad, por eso morir sin haber creado nada, sin haber dejado huella en el mundo, es el mayor contrasentido y fracaso de la vida humana.

*La muerte nos hace relativizar todas las funciones sociales. La igualdad radical se da en que todos morimos pobres, es decir, despojados de todo. Por eso roles y funciones sociales no son mas que servicios que debemos prestar y responsabilidades que cumplir.

*La muerte da un carácter de totalidad y seriedad a la vida. Impide retocar, cambiar de sentido y camino cosas que son aún posibles en la vida. Simone de Beauvoir imaginó lo que sería la existencia sin término: "todo podría volver a rehacerse una y otra vez, la vida sería un juego, sin seriedad y responsabilidad. Sería la vida mas absurda que la propia muerte".²⁰

Lo que en nuestra época surge como elemento novedoso, y que puede decirse representa un cambio sustancial respecto a esquemas anteriores, es que los avances en el campo del diagnóstico médico, hacen que hoy en día estemos en condiciones de poder predecir cómo y, sobre

20.- I., BLAUBERG, "Compendio de Filosofía", pag 240, Ed. Fondo de la Cultura Económica, México, D.F., 1984.

c).- MEDICA.- se va producir un gran número de muertes, con unos márgenes de aproximación cada vez más estrechos.

En la literatura médica se maneja el concepto de muerte coincidiendo todos sobre ella y se habla como: cese total de las funciones vitales; esencialmente las constantes vitales como son: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial y temperatura.

Sin embargo la OMS para cualquier fin tiene 7 parámetros que se deben tomar en cuenta para detectar una muerte cerebral. Si hay presente uno sólo de ellos no se considera muerto al paciente.

Los parámetros son:

1.- que no se localice dolor de ningún tipo bajo las reglas estrictamente ya conocidas.

2.- hay presencia de midriasis de 8mm.

3.- el paciente presenta "ojos de muñeca".

4.- hay ausencia de reflejos vestibulares.

5.- ausencia de reflejos motrices.

6.- no automatismo respiratorio.

7.-hay pérdida total de temperatura, tensión arterial y la frecuencia cardíaca es variable.

Lo que en nuestra época surge como elemento novedoso, y que puede decirse representa un cambio sustancial respecto a esquemas anteriores, es que los avances en el campo del diagnóstico médico, hacen que hoy en día estemos en condiciones de poder predecir cómo y, sobre

todo, cuándo se va producir un gran número de muertes, con unos márgenes de aproximación cada vez más estrechos.

"La muerte se reconoce como un proceso universal con la disolución final. Por lo que respecta a los médicos, les obliga a enfrentarse con el cómo abordar con sus enfermos el problema de la muerte. Van a poder saber antes que ellos y con bastante aproximación puntos tan importantes como cuándo van a morir y qué curso previsible va a seguir su enfermedad, en cuanto a dolores, complicaciones, etc. Pueden incluso hacer conjeturas con los costos sociales y materiales de las diversas formas paliativas de terapia aplicable en cada caso.

Ya que a pesar del gran número de discusiones, conferencias y mesas redondas elaboradas por teólogos, filósofos, trabajadores sociales, etc, ninguno de los cuales trata directamente con pacientes moribundos; las decisiones sobre la vida y la muerte son tomadas fundamentalmente por miles de médicos, que han de aceptar esa responsabilidad, sin criterios definidos en que basarse.

"El miedo a la muerte es universal e innato y desaparece por medio del mecanismo de represión. El hombre lucha contra su fragilidad intentando extenderse y perpetuarse a través de organismos vitales; así que el temor innato a la muerte desaparece de la vida consciente debido al instinto de conservación y de alguna manera se reemplaza. Lo que le da al hombre la sensación de omnipotencia mágica es el totalitarismo que si además ha sido fomentado durante su vida, le ayudan a imaginarse a sí mismo eterno".

Dr. JOSEPH GALT, "Luchando por la vida" pag 188 Nueva York, N.Y., Nueva York, N.Y. 1960

Dr. JOSEPH GALT, "Comprender al paciente" pag 182 Nueva York, N.Y. 1960

Dr. JOSEPH GALT

d).- PSICOLOGICA.-

"La muerte se reconoce como un proceso universal con la disolución final de la vida y es un problema emocional, al cual los hombres están expuestos a través de todos los períodos de su vida. Ante ella se reacciona generalmente con una franca angustia; proceso que posteriormente necesitará de una restitución para el restablecimiento de la personalidad".²¹

Cuando la muerte es inminente, la persona necesita una relación estrecha y segura de quienes le rodean para ayudarle a hacer frente a lo desconocido. "El acto de morir puede considerarse como un hecho que se asocia de manera agradable a la fantasía de reunión". "Pero con gran frecuencia radica la importancia en la gratificación de tipo extremadamente dependiente con figuras parentales o amigas".²²

"Freud escribió en 1915 que el inconciente no cree en su propia muerte. A esto Zilboorg 20 años después subraya la importancia de las fantasías inconscientes de inmortalidad con preguntas hacia los pacientes sobre los acontecimientos que se suponen que se producirán después de la muerte, sobre los pensamientos y posibles sueños durante su estado de inconciencia puede obtenerse un material valioso, para la comprensión de pacientes moribundos".²³

"El miedo a la muerte es universal e innato y desaparece por medio del mecanismo de represión. El hombre lucha contra su fragilidad intentando extenderse y perpetuarse a través de experiencias vitales, así que el temor innato a la muerte desaparece de la vida conciente debido al instinto de conservación y de alguna manera se olvida. "Lo que le da al hombre la sensación de omnipotencia mágica, es su narcisismo que si además ha sido fomentado durante su vida, lo inducen a imaginarse a sí mismo eterno".

21.- COOPER, DAVID. "La muerte de la familia". pag. 66 Ed. Planeta De Agostini, S.A., México, D.F. 1986.

22.- M. FREEDMAN, ALFRED, "Compendio de Psiquiatría". Pag 542. Ed. Salvat, México, D.F. (1984).

23.- Ibid. Pag. 541.

"Freud atribuyó gran parte de la coherencia y estructura de la sociedad moderna a la represión instintiva de lo relacionado con la muerte y es habitual en la práctica del análisis considerar las alusiones al miedo que inspira la muerte manifestado de modo consciente o en sueños como un temor de castración disfrazado".²⁴

El enfoque de Fromm nos lleva al análisis de la fundamental dicotomía existente en el hombre: la vida y la muerte. "El morir constituye un hecho inalterable y el hombre es el único que tiene conciencia de ello; e influye tan profundamente en su vida que resulta incompatible aceptarla y es por lo que tal dicotomía es negada por medio de la religión dado que el concepto de inmortalidad en varias religiones se postula por un alma inmortal y niega el hecho trágico de que la vida del hombre concluye con la muerte".²⁵

"El hombre debe dar cuenta a sí mismo de sí mismo y del significado de su existencia ya que es el único animal para quien su propia existencia constituye un problema que debe resolver y del cual no puede evadirse.

Un exámen cuidadoso de la gran crisis que significa enfrentarse con la muerte revela la existencia de una serie de fenómenos psicológicos que influyen y afectan todos los aspectos del desarrollo y estructura de la personalidad. Se ha demostrado que el sentido de la vida no se puede medir en función de los años vividos. La existencia puede cobrar sentido retroactivamente para la persona, incluso en sus últimas horas de vida".²⁶

24.- Idem.

25.- FROMM, ERICH, "Ética y Psicoanálisis". Pág. 54 Ed. Fondo de la Cultura Económica, México, D.F. 1986.

26.- Ibid pag 53.

e).- POPULAR.- habitantes de Nueva York, París o Londres, la muerte es la palabra que jamás se pronuncia porque quema los labios; el mexicano en cambio. La muerte moderna no posee ninguna significación que la trascienda o refiera a otros valores. "En casi todos los casos es simplemente el fin inevitable de un proceso natural".²⁷ En un mundo de hechos, la muerte es un hecho más. Pero como es un hecho desagradable, un hecho que pone en tela de juicio todas nuestras concepciones y el sentido mismo de nuestra vida, la filosofía del progreso (¿el progreso hacia dónde y desde dónde? se pregunta Scheler) pretende escamotearnos su presencia. En el mundo moderno todo funciona como si la muerte no existiera. Nadie cuenta con ella. Todo la suprime: las prédicas de los políticos, los anuncios de los comerciantes, la moral pública, las costumbres, la alegría a bajo precio y la salud al alcance de todos que nos ofrecen hospitales, farmacias y centros deportivos. "Pero la muerte ya no como tránsito, sino como gran boca vacía que nada sacia, habita todo lo que emprendemos".²⁸

El siglo de la salud, la higiene, los anticonceptivos, las drogas milagrosas y los alimentos sintéticos, es también el siglo de los campos de concentración, del estado policiaco, de la exterminación atómica, de las pruebas nucleares, de la devaluación de la moneda, de la crisis tremenda por la que atravesamos. "Nadie piensa en la muerte, en su propia muerte, porque nadie vive una vida personal. La matanza colectiva no es sino el fruto de la colectivización de la vida".²⁹ Para el mexicano la muerte tiene el mismo impacto que en otros países, sin embargo, ha aprendido culturalmente a enfrentarle de manera diferente, y se conduce como si para él la muerte careciera de significado. Y parece haber dejado de ser tránsito, acceso a otra vida, mas vida que la nuestra. Pero esa aparente intrascendencia de la muerte no nos lleva a eliminarla de nuestra vida diaria.

27.- RAMÍREZ, ISMAEL, "Ritos y tradiciones". Pág. 20 Centro Cultural de Guanajuato, Guanajuato, Gto 1983.

28.- Idem.

29.- Idem.

30.- CU "Para los habitantes de Nueva York, París o Londres, la muerte es la palabra que jamás se pronuncia porque quema los labios; el mexicano en cambio la frecuente, la burla, la acaricia, duerme con ella, la festeja, es uno de sus juguetes favoritos y su amor más permanente. Ciertamente, en su actitud hay tanto miedo como en la de los otros; mas no se esconde, ni la esconde; la contempla cara a cara con impaciencia, desdén o ironía: "si me han de matar mañana, que me maten de una vez", "no vale nada la vida, la vida no vale nada". (José Alfredo Jiménez).³⁰

31.- "Nuestras canciones, refranes, fiestas y reflexiones populares manifiestan de una manera inequívoca que la muerte no nos asusta porque "la vida nos ha curado de espanto".³¹

Morir es natural; es natural y deseable, cuanto más pronto mejor. Nuestra aparente indiferencia ante la muerte es la otra cara de nuestra indiferencia ante la vida. Matamos porque la vida, la nuestra y la ajena carece de valor. Y es natural que así ocurra: vida y muerte son indispensables y cada vez que la primera pierde significado, la segunda se vuelve intrascendente.

32.- La muerte mexicana es el espejo de la vida de los mexicanos. Ante ambas el mexicano se cierra, las ignora. El desprecio a la muerte no está reñido con el culto que le profesamos. Ella está presente en nuestras fiestas, en nuestros juegos, en nuestros amores y en nuestros pensamientos. Morir y matar son ideas que pocas veces nos abandonan. La muerte nos seduce. La fascinación que ejerce sobre nosotros quizás brote de nuestro hermetismo y de la furia con que lo rompemos. "La presión de nuestra vitalidad, constreñida a expresarse en formas que la traicionan, explica el carácter mortal, agresivo o suicida, de nuestras explosiones. Cuando estallamos, además, tocamos el punto más alto de la tensión, rozamos el vértice vibrante de la vida. Y allí, en la altura del frenesí, sentimos el vértigo: la muerte nos atrae".³²

30.- Ibid Pag. 70.

31.- Ibid Pag 96.

32.- Ibid Pag 181.

f).-CULTURAL.-

Para los aztecas el destino del hombre en la ultratumba no se definía por criterios éticos sino por las circunstancias de la muerte: enfermedad, parto, combate, accidentes... para ellos había diversas "casas de muertos", no un solo cielo y un infierno como para los cristianos.

"La muerte no era el final de la vida, sino de una fase, de un ciclo infinito. Los privilegiados eran los soldados muertos en combate y los cautivos sacrificados a quienes se tributaba el epíteto de "muertos divinos". La vida trasciende cuando se realiza en la muerte".³³

"Se dice que México es el único país del mundo en que el día de los difuntos (2 de noviembre) se celebra con fiesta ruidosa. Llama la atención el enfoque festivo y despreocupado con que se menciona la muerte: la catrina, la flaca, la pelona, la calaca, la huesuda, etc.... Muchos más le rezan y le presentan ofrendas invocándola como "Santísima Muerte".³⁴

"Los niños juegan con esqueletos de alambre y barro que guardan un grotesco equilibrio al bailar, con ataúdes pintados de colores y chicos y grandes regalan calavéras de azúcar con el nombre del amigo y comen el pan de muerto.

Como anteriormente se menciona el mexicano ve a la muerte como algo vivo".³⁵

Tradiciones del día de difuntos.-

El 2 de noviembre es dedicado a la memoria de los fieles difuntos. Ya antes se mencionó que México es el único lugar del mundo donde se venera, se hace mofa y se ofrenda a la muerte.

33.- GUTIERREZ, ANGEL, "Historia de Michoacán". Pag. 20 Centro de Cultura Nicolaita, Morelia, Mich. 1989.

34.- Ibid Pag 64.

35.- Ibid Pag 90.

Su consumo de ofrendas tradicionales compite con el de objetos extranjerizantes, promovidos por la publicidad.

Por todos los rincones del país se levantan altares adornados con flores de cempasuchil, en los cuales se colocan alimentos, agua, sal, veladoras y objetos pertenecientes a los muertos.

La celebración del día de muertos es tradicional en todo el país; pero se distinguen dos lugares en especial por la belleza con que realizan ésta fiesta: Janitzio, Mich. y Mixquic, Edo de México.

En la isla de Janitzio, en Michoacán, ésta celebración se conmemora con gran solemnidad con un ritual que parece formar parte de las prácticas prehispánicas tan llenas de misterio.

La jornada comienza el 2 de noviembre en la noche cuando los indígenas del lugar emprenden una peregrinación rumbo a la isla alumbrados con velas; las personas llevan una gran cantidad de flores de cempasuchil para adornar las tumbas y una ofrenda con comida y pan elaborado especialmente para esa fecha.

En éste rito tan emotivo, los asistentes permanecen en el panteón durante toda la noche al lado de la tumba de sus familiares, en un silencio absoluto y únicamente se escucha el sonido del viento y del agua bajo la impasividad de las estrellas. Al final de la noche regresan a sus casas, a esperar el próximo año para recordar que entre la vida y la muerte sólo hay un "puente".

En Mixquic el homenaje a los muertos comienza desde el día 27 o 28 de octubre con la limpieza de la casa, para recibir con alegría y buen ánimo a los ya fallecidos.

El día 31 a las 12 horas se anuncia con 12 campanadas la llegada de los niños difuntos. Al día siguiente el 1o de noviembre, las campanadas vuelven a repicar, anunciando la llegada de los muertos adultos y la despedida de los chiquitos.

Después, viene "el toque de ánimas", momento en que las familias se reúnen en torno a la ofrenda para rezar el rosario. Al terminar cada uno de los presentes enciende una vela, que coloca en la mesa para un difunto en particular y finalmente todos rezan por el alma olvidada. El 2 de noviembre las campanas anuncian que ya se van los difuntos y en las casas se sirve el famoso mole de la región, arroz, pollo, tamales y pulque.

Durante esta celebración se acostumbra elaborar un camino formado con pétalos de cempasuchil y colocar un faro en lo alto de la casa para indicar a las ánimas el camino. Por último el día 3 comienza el intercambio de ofrendas entre parientes y compadres.

Y en general en todo México dentro de nuestro tradicional festejo del "Día de Muertos", las ofrendas constituyen el elemento central, pues se "ofrecen" al difunto los alimentos de los cuales tomará su esencia, compartirá con sus familiares y disfrutará durante su visita a la tierra.

Las ofrendas son variadas y dependen de los gustos y costumbres de cada familia; sin embargo en ellas nunca faltan las flores de cempasuchil, terciopelo, flor de obispo, mano de león, nube, gladiola, margarita o nardo; una vela o cera y un vaso de agua por cada difunto en la familia y uno por el alma olvidada; fruta, sahumerio, platillos que han sido del gusto de los muertos; calaveritas de azúcar y pan de "muerto" de la región; así como también las fotografías de los parientes difuntos.

Las ofrendas son colocadas en altares familiares, tumbas o mesas de uso cotidiano.

La muerte sigue siendo una incógnita, es algo lejano pero siempre presente. Lo cierto es que la fiesta del día de los muertos, reproduce en gran medida una ideología, creada por nuestras propias comunidades y es preciso conservarlas. Mas aún en la medida en que éstas tradiciones de la cultura popular están siendo agredidas por costumbres que se manifiestan con una faz abiertamente comercial como el "halloween", además de ser bastante ajenas a las creencias de nuestros pueblos.

Así pues en todos los panteones de México se tiene mucho arraigo a las costumbres del día de muertos en que se les visita llevándoles comida,

flores, regalos y por un día se convive en el pensamiento con los que ya no están en la tierra.

El 2 de noviembre desde temprana hora familias enteras se disponen a acudir a las tumbas de sus seres queridos que "se adelantaron"; llevando flores, pan de muerto, veladoras, calaveritas de azúcar, chocolate o amaranto y diversas cosas de que disfrutaban los difuntos cuando aún estaban aquí entre los vivos. La ida al panteón se convierte muchas veces en un auténtico paseo familiar.

En los panteones se registran las naturales aglomeraciones principalmente en las entradas las cuales no tienen razón de ser; pues los que están adentro no pueden salir y los de fuera para nada quieren entrar.

Una vez en el interior algunas mujeres se dedican a rezar a los fieles difuntos; los niños se dedican a corretear entre las tumbas y los hombres a charlar sobre reminiscencias de lo que en la vida hicieron las personas a quienes van a visitar.

Al atardecer, las familias empiezan a retirarse dejando un cementerio lleno de flores, ofrendas, y... basura, mientras los muertos vuelven a quedarse solos a esperar que pasen 365 días en que ellos dejan de ser los protagonistas, de una celebración tan especial en México.

Rituales funerarios.-

La muerte ha sido decretada a la humanidad por los dioses como conservación de la vida y determinan la causa de muerte como: el destino, las enfermedades; no perdona a nadie caer en el campo de batalla.

Los difuntos tenían derecho a funerales adecuados con gran pompa. Eran conducidos a la tumba según determinados ritos acompañados de lamentaciones, además un oficiante, cantoras y plañideras participan en la ceremonia. Si ésto no se realizaba el gidium-eterntnu del muerto estaba condenado a convertirse en un espectro que amenazaba con ejercer su naturaleza maligna a expensas de los vivos. Además eran honrados, regularmente con ofrendas y libaciones.

En la actualidad aún se llevan a cabo éstos ritos que honran a los difuntos ya que en la mayoría de los pueblos de México se realizan ceremonias en torno al funeral como lo son: escoger la caja según las posibilidades económicas y los gustos de los dolientes; éstas generalmente son de metal o madera de colores que van del negro, gris o blanco según sea el difunto; pero cabe hacer notar que hay regiones apartadas de la zona del Sur de México como Oaxaca, Chiapas y algunos pueblos de Veracruz que como tradiciones que pasan de unos a otros, los difuntos son enterrados en "petates" o los mismos familiares fabrican la caja la cual pintan de colores llamativos como lo son el morado, el rosa mexicano, el verde, el amarillo, etc. Según el color que más le gustaba en vida.

El velorio es otro rito el cual por lo general se lleva a cabo durante 24 o 32 horas salvo algunas excepciones, éste es con el fin de que familiares y amigos den el último adiós al difunto, durante éstos hay varios puntos relevantes: el llevar flores que expresan los sentimientos de dolor, veladoras y cirios, como una luz divina que alumbra el camino que han emprendido, no deja tampoco de ser notorio los rosarios y rezos en favor del alma del que murió para que sean perdonadas sus culpas; el café que según las personas les ayuda a permanecer en vigilia y el vino que toman para infundirse valor para la eterna despedida.

Es notorio también en los funerales la tristeza general y los cuchicheos acerca de como había sido la vida del muerto y es hasta este momento, en el cual la gente reconoce y valora, las cualidades, virtudes y buenas obras del difunto. "era tan bueno", es el comentario general. Nadie parece ser bueno sino hasta que fallece. Es entonces también cuando se le perdonan y disculpan al difunto los errores cometidos en su vida mortal.

Y en varias familias tienen la ancestral costumbre de contratar personas que se dedican a llorarle al difunto; éstas personas están entrenadas para ello por lo cual cobran una buena cantidad, así mismo pasa con las rezanderas.

Es frecuente también que antes de transportar al difunto a su destino final y según su religión que se le oficie una misa como perdón a sus pecados y como consuelo a sus familiares.

Posteriormente se lleva a cabo la pompa fúnebre que varía según el estado, región, pueblo y costumbres familiares. Hay quienes lo hacen en una carroza fúnebre que es la que encabeza el cortejo seguida de los deudos y familiares que le siguen en carros, autobuses y demás medios de transporte.

Otros transportaban al féretro entre 4 ó 6 personas en hombros; personas que se irán turnando entre sí hasta llegar al cementerio; seguidos de los deudos que caminan entre rezos detrás de él. Y aún hay también pequeños pueblitos que transportan a sus muertos en carros de madera jalados por "mulas" y ellos van detrás del difunto.

Durante la pompa fúnebre también existen actitudes como lo son:

- *personas que reflejan una gran entereza y no derraman lágrimas.
- *personas que lloran y sufren desmayos unas por el dolor tan intenso de la pérdida y otras por llamar la atención.
- *hay quienes van rezando diversos responsos en favor del muerto.
- *hay quienes entonan cánticos de lamentación por la pérdida. También se suele acompañar el féretro con música bien sea de mariachi, banda o cualquier instrumento musical que entonan las canciones favoritas del difunto.
- *y los hay que realizan éste acto en completo silencio.

Otra costumbre muy arraigada es el vestirse de negro, color luctuoso, serio y solemne que se ha escogido desde hace muchos años. No se sabe a ciencia cierta de donde proviene la costumbre lo que si es sabido es que la mayoría de las personas la ha acogido y la practica.

Hay así mismo excepciones en pueblos apartados de aquí de México en que se visten de colores para ir a despedir a su deudo.

En el panteón también se realizan actos rituales como son: que el difunto vaya a ser sepultado en la tierra en la que previamente se ha hecho un hoyo apropiado y al cual se baja al difunto con lazos; luego los familiares mas allegados son los primeros en tirar sobre él un puñado de tierra, los sepultureros cubren el féretro de tierra y por último se le llena de flores y se le pone una cruz con el nombre y fechas de nacimiento y muerte y en ocasiones un pequeño pensamiento de despedida.

Otras veces los sepultureros ya tienen la tumba hecha y sólo dejan una parte abierta por donde introducen al muerto y la tapián. Y ponen una cruz con las inscripciones ya descritas anteriormente y en ocasiones un pequeño monumento.

Otra forma de sepultura son las gavetas que existen en algunos panteones. En éste tipo de rito las gavetas ya están construídas en las paredes de grandes áreas ajardinadas en donde cuando llega el féretro se introduce y se pone la tapa sobre la cual se escriben los datos que los identifican.

Hay una forma muy conocida de recoger los restos del difunto o de esparcirlos. Y es la forma de incineración del cuerpo; al cual después de hacerlo depositan sus cenizas en una pequeña caja que es sepultada en un panteón, en una iglesia o esparcida en diversos lugares según lo pedido por el difunto.

Muchas veces no termina todo aquí. Pues siguen los 9 días de duelo en los que diariamente se realiza una misa por el eterno descanso del difunto o se reza en la casa del difunto un rosario en su memoria. Al término de ese novenario los deudos están obligados a dar una ofrenda a quienes los acompañaron durante todo el trance; dicha ofrenda consiste en dar una cena con antojitos de la región.

Cultura religiosa:

Para los católicos, se tiene todo un proceso de acompañamiento al difunto y a sus familiares que empieza cuando la persona entra en un transe de enfermedad. Se llama al sacerdote de la iglesia, para que vaya a asistir al enfermo. En la iglesia católica existe un rito sacramental llamado "unción de enfermos" que en un tiempo se llamó extrema unción. A través de ritos y oraciones, la iglesia trata de infundir paz, serenidad, tranquilidad al agonizante y valor a los familiares del mismo. Fallecida la persona es trasladada a la iglesia en donde se celebra la misa, para recordar a la comunidad el mensaje de esperanza en la resurrección de los muertos: Cristo murió para darnos vida. El difunto a muerto para resucitar con Cristo, como dice San Pablo.*

La iglesia seguirá rezando y pidiendo por el difunto en la novena, en el aniversario, el 2 de Noviembre, o siempre que los familiares se sientan movidos a hacerlo, piden misas por el ser querido ya fallecido con el fin de continuar pidiendo por el descanso eterno del difunto y por el perdón de sus pecados, trayendo como consecuencia consuelo para los familiares.

La consecuencia de la envidia del diablo ya que Dios creó al hombre incorruptible, y lo hizo a imagen de su misma naturaleza; mas por envidia del diablo entró la muerte en el mundo y la experimentan los que le pertenecen. "Por tanto como por un solo hombre entró el pecado en el mundo y por el pecado la muerte, así fue que la muerte alcanzó a todos los hombres y por cuanto todos pecaron... el salario del pecado es la muerte y el Don gratuito de Dios la vida eterna en Cristo Nuestro Señor". Dios es quien determina la hora si es que están conseren ya sus días, si lo es sabida ya la cuenta de sus meses si un límite se ha fijado, pues la muerte es necesaria y sólo una sola vez y esto será luego del juicio.

La hora es incierta para el hombre, por ello, si ya superamos a que hora llegará estariamos preparados.

EL EVANGELIO DE JESUS CRISTO SEGUN SAN PABLO (1987)

EL EVANGELIO

* Carta del Apóstol San Pablo a los romanos 6, 4-5. Biblia Latinoamericana - Ediciones Paulinas.

g).- RELIGIOSA.- perfectamente que el hijo de Dios ha de venir y ésta es una verdad. Qué nos quedará: recibir la palabra de Dios, guardarla y arroparla. Aspecto bíblico según la religión católica.- más descuidado. "Dichoso quien esté en vela y conserve sus vestidos para no andar desnudo y que "Mas vale el día de la muerte que el día del nacimiento".³⁶

La muerte del cuerpo es comienzo de una vida mejor porque nuestra
La reflexión de la biblia sobre la muerte nos dice que es un amargo recuerdo para el hombre que vive en paz entre sus bienes, para aquellos desocupados a quienes en todo les va bien y todavía tienen fuerzas para hacer lo que les venga en gana. Sin embargo la muerte es una buena sentencia para el hombre necesitado y cañente de fuerzas, para el viejo acabado ahito de cuidados que se rebela y ha perdido la paciencia. Cierto es que no debemos temer la sentencia de muerte recordando sus comienzos y su fin ya que ésta sentencia viene del señor sobre todas las cosas. Y así la muerte del justo siempre será un paso a la paz pues sus almas estarán en manos de Dios y no tendrán tormento alguno. Además dicha sentencia es sólo la pena que se paga por el pecado; siendo éste la consecuencia de la envidia del diablo ya que Dios creó al hombre incorruptible, y lo hizo a imagen de su misma naturaleza; mas por envidia del diablo entró la muerte en el mundo y la experimentan los que le pertenecen. "Por tanto como por un solo hombre entró el pecado en el mundo y por el pecado la muerte, así fué que la muerte alcanzó a todos los hombres y por cuanto todos pecaron...el salario del pecado es la muerte y el Don gratuito de Dios la vida eterna en Cristo Nuestro Señor".³⁷ Dios es quien determina la hora si es que están contados ya sus días, si te es sabida ya la cuenta de sus meses, si un límite le has fijado, pues la muerte es necesaria y sólo una sola vez y ésto será luego del juicio.

La hora es incierta para el hombre, por ello, si ya supieramos a que hora llegará estaríamos preparados.

36.- GODTSSEELS S., J. LUIS, "Biblia Temática" Ed. Arvi Offset, León, Gto. (1987)

37.- Idem

Sabemos perfectamente que el hijo de Dios ha de venir y ésta es una verdad. Qué nos queda?: recibir la palabra de Dios, guardarla y arrepentirse porque de no hacerlo te encontrarás descuidado. "Dichoso quien esté en vela y conserve sus vestidos para no andar desnudo y que vean sus desvergüenzas".³⁸

La muerte del cuerpo es comienzo de una vida mejor porque nuestra habitación terrestre se desmorona y tenemos una casa que es Dios y una habitación eterna no hecha por mano humana que está en los cielos.

Cristo destruye la muerte: si por un sólo hombre reinó la muerte; con cuanta razón el don de la vida se restaurará también por un sólo hombre: Jesucristo. La vida es Cristo y la muerte una ganancia pues cuando nuestro ser corruptible se vista de incorruptibilidad y éste ser mortal se revista de inmortalidad entonces se cumplirá la palabra de la escritura: se enjugará toda lágrima de los ojos y no habrá ya muerte, ni llantos, ni fatigas, porque el mundo viejo ha pasado.

Pues en verdad quien escucha la palabra de Dios tiene vida eterna y no incurre en juicio sino que ha pasado de la muerte a la vida porque es la voluntad del padre que todo el que crea en su hijo y siga sus pasos tendrá la vida eterna y lo resucitará en el último día. Jesús es resurrección y vida y el que crea en él aunque muera vivirá y todo el que vive y cree en él no morirá jamás.

38.- Ibid pag. 240

"La gracia de tu dádiva llegue a todo viviente, ni siquiera a los muertos rehuses tu gracia dice el Señor. Por un muerto lágrimas derrama como quien sufre cruelmente, entona la lamentación, según el ceremonial entierra su cadáver y no seas negligente con su sepultura".³⁹ Ya que considerando que una magnífica recompensa está reservada a los que duermen piadosamente; no es superfluo y necio rezar por los muertos; al considerar que es algo santo y piadoso Dios expuso hacer éste sacrificio expiatorio en favor de los muertos para que quedaran libres de pecado.

"Con los funerales ha de pasar también la tristeza que una vida de miseria va contra el corazón. Debemos evitar la ignorancia respecto a los muertos para que no nos entristezcamos como los demás que no tienen esperanza; porque si creemos en la muerte y resurrección de Jesús de la misma manera Dios llevará consigo a los que murieron en Jesús.

Cuando un muerto reposa, deja en paz su memoria y consuélate de él porque su espíritu ha partido.

1) Al morir alguien se llora por él; por ello se siente compasión y se les consuela; más no se debe llorar siempre ya que el ser querido resucitará. Dios dijo: yo soy la resurrección y la vida el que cree en mi aunque muera, vivirá. Dichosos los muertos que mueren en el Señor desde ahora si descansarán de sus fatigas porque sus obras les acompañan".⁴⁰

3) Humanista: se reduce a la libertad humana y vuelve al hombre a la simple condición de un objeto, cuestión lógica.

4) Ontológicamente: Dios no es negado en nombre de una realidad mundana escandalosa, sino argumentando que Dios está en lo infinito, manteniendo una distancia infranqueable.

Replazaron el silencio a la palabra. Siguen siendo una contradicción.

39.- Ibid pag. 243

40.- Ibid pag. 245

Ateísmo.- zteca.-

El ateísmo engloba tanto la incredulidad como la indiferencia religiosa. Rechaza todas las afirmaciones sobre Dios y niega su existencia bajo todas las formas. El ateo vive como si Dios no existiera, no admite su trascendencia en el mundo. En el ateísmo la religión se convierte en un obstáculo que hay que eliminar. Ellos no aceptan que haya una vida después de ésta; su único consuelo es vivir ésta intensamente, gozarla en todas sus formas, trabajando y amando, con principios morales generados por las leyes de los hombres.

Para el ateísmo no es importante si hay un algo después de la muerte ni si no lo hay, su interés se cifra en la negación de Dios y todo lo que ello en sí conlleva argumentando:

- 1) Científicamente: la oposición entre Dios y la naturaleza para lo cual Dios es inútil.
 - 2) Existencialmente: se apoya en el mal, sobre todo aquel que golpea al inocente y cuando alguno de ellos muere y se lamenta, se busca la voz de Dios y éste calla; más se le acusa.
 - 3) Humanista: se reduce a la libertad humana y vuelve al hombre a la simple condición de un objeto, cuestión ilógica.
 - 4) Ontológicamente: Dios no es negado en nombre de una realidad mundana escandalosa, sino argumentando que Dios está en lo infinito, manteniendo una distancia infranqueable.
- Prefieren el silencio a la palabra. Siguen siendo una contradicción.

Religión azteca.-

De todas las religiones mesoamericanas, la más conocida es la de los aztecas; ya que fueron quienes dominaron en el siglo XVI gran parte de México y parte de Centro América.

Sus rituales practicados alcanzaban un alto grado de complejidad en ellos participan no sólo los indios aztecas, sino los indios huastecas y mazatecas honrando e invocando a sus dioses: Ochipaniztli, Atamalqualiztli, Venus, Xochiquetzal o Mictlantecutli.

La importancia que los aztecas le daban a la muerte provenía de los sacrificios humanos. Sólo adquiría relevancia al efectuar las ofrendas humanas para invocar a sus dioses. Estas ceremonias se planeaban desde siempre tornándose en costumbres que nadie imputaba, todo lo contrario todos participaban en ello. Muerte-sacrificio-ofrenda.

Los aztecas creían en el más allá, en otra vida, a la que se llegaba no según la manera como vivían sino como morían. Los guerreros o las doncellas escogidas para un sacrificio humano morían y eran considerados dignos de vivir un más allá unidos a sus dioses.

Religión asiriobabilónica.-

El exorcismo es lo esencial de ésta religión. Se utilizaba contra fuerzas maléficas, dioses irritados, demonios, hechizos, librar a enfermos del peso de los males físicos y psíquicos para propiciar el éxito social, la prosperidad, las relaciones amorosas y la comunicación con aquellos que ya habían muerto. Para esto último los ritos se hacían especialmente por la noche, invocando a través de una "medium" el espíritu o alma del difunto con el que se buscaba la comunicación y así muchas personas los practicaban cuando no aceptaban la separación total con sus seres queridos.

3).- DUELO Y ELABORACION

Sabiendo que el proyecto abarca el tema del proceso de elaboración del duelo de la propia muerte en enfermos terminales, teóricamente se llevó a cabo una investigación de campo con un modelo clínico, retomando como alternativa la investigación de casos. Esta investigación se enmarcó en el estudio de la observación del proceso de duelo de la propia muerte en pacientes terminales, tomando como base las experiencias de los mismos en su etapa terminal.

Por tanto en la definición del duelo se dice que es un estado de tristeza o pena por la pérdida de un ser querido o una situación desfavorable (económica, de poder, salud, etc.) o el enfrentamiento a situaciones aflictivas; y todo ello se considera normal.

Según Guillermo Calderón Narvaez incluye 3 períodos en la etapa de duelo: 1o) desesperación; 2o) depresión; 3o) aceptación.

"El 1º se representa como un estado de choque emocional, con pérdida del apetito, insomnio, fatiga, inquietud o apatía, llanto, sollozos y agravación o descompensación de la enfermedad preexistente.

La realidad puede o no ser aceptada e incluso puede ser negada durante los primeros momentos, lo cual se acompaña de sentimientos de falta de sentido de la existencia, de la vacuidad de todo, de la futilidad de la lucha y de la inutilidad del esfuerzo y del sacrificio.

El período depresivo trae consigo tristeza, desinterés, incapacidad de amar e inhibición psicomotriz.

Y el período de adaptación comienza cuando el individuo empieza a darse cuenta de la realidad y a fijarse nuevos objetivos. Para ello necesita la "metabolización" progresiva del estado depresivo.

La duración del duelo es variable y va de unas cuantas horas-semanas o hasta varios meses".⁴¹

También comenta Calderón N. que el duelo es una preocupación que comprende temor por la muerte en sí o un repaso de la vida que se ha dejado atrás y sus resultados. Se ha visto que un gran número de personas se sienten mas cómodas si se les permite hablar de la inminencia de su muerte y de sus pensamientos respecto a ella.

Es importante determinar el grado de negación que ejercitan personas que están ante su inminente muerte y por tanto tomar precauciones acerca de ello; el grado de negación se determina por la presencia de: inestabilidades emocionales, insomnio, negación de la realidad y agresión.

Otra definición, elaboración y características del duelo según la corriente freudiana:

"La pérdida del ser querido despierta en sus deudos un estado de aflicción que puede traer consigo situaciones de trauma psíquico. Pero la personalidad humana también debe hacer el =trabajo de duelo= al perder sus imágenes infantiles, al abandonar a su familia, al dejar su país... el aparato psíquico se encarga de esa labor pero los duelos patológicos pueden requerir ayuda terapéutica cuando desembocan en estados depresivos".⁴²

En 1915 Freud definió el duelo como: "La reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc."⁴³

41.- CALDERON NARVAEZ, GUILLERMO, "Depresión". Pag 16 17 Ed. Trillas, México, D.F. 1985.

42.- FREUD, SIGMUND, "Duelo y melancolía". Vol. 1, Obras Completas (En vivo) Ed. Amorrortu, Industria Argentina (1986 - 98).

43.- Ibid Pag. 270.

"No se trata de un estado patológico, sino de un estado normal, aunque posee ciertas características que suponen para el individuo que atraviesa por el, una desviación de la conducta habitual".⁴⁴

Para el caso específico de la muerte, dichas características son en lo fundamental: la pérdida del interés por el mundo exterior en cuanto no recuerde a la persona fallecida; la pérdida de la capacidad de elegir un nuevo objeto amoroso, lo que equivaldría a sustituir al desaparecido; por último el apartamiento de toda función que no esté conectada con la memoria del desaparecido.

El duelo (la voz alemana -traver- también ha sido traducida como "aflicción") consiste en una situación transitoria, que desaparece al cabo de cierto tiempo sin dejar tras de sí grandes modificaciones en lo que respecta a la personalidad del sujeto.

Pero para que ésto ocurra, para que se arribe a la atenuación progresiva y espontánea del dolor, será necesario que el individuo afectado pase por un proceso psíquico de carácter inconsciente, denominado elaboración o trabajo de duelo. La elaboración del duelo es el proceso intrapsíquico -o la actividad psíquica inconsciente- consecutivo a la pérdida de un objeto al que se estaba fijado por medio del cual el sujeto logra desprenderse progresivamente del mismo.

En términos psicoanalíticos, el concepto de elaboración del duelo está relacionado con el concepto de elaboración psíquica, consistente en la necesidad del aparato psíquico de procesar las impresiones traumatizantes. En los mismos términos cabe recordar aquí la noción del objeto como la persona o cosa de la cual parta la atracción.

44.- Ibid. pag. 272.

Elaboración del duelo: glicos y en la melancolía no se produce la elaboración porque los sentimientos de ambivalencia -añidos de agresividad- que el sujeto tenía hacia la persona desaparecida, y que no reconocía a nivel consciente, se vuelven contra él. En la melancolía,

concreto "Se trata de un trabajo inconsciente, paulatino, con gran gasto de tiempo y energía psíquica, que responde a un mandato de la realidad: el objeto amado ya no existe y se hace necesario asumir la pérdida. Es un esfuerzo activo de contracatexis de todos los recuerdos vinculados con lo que se ha perdido: "matar al muerto", en términos vulgares.

De la resolución satisfactoria de éste proceso dependerá el restablecimiento de la situación de normalidad y, en caso de que éste proceso se interrumpa o fracase, el sujeto desembocará en una situación patológica".⁴⁵

proches con los que el melancólico se abruma, corresponden o están dirigidos a otra persona, al objeto perdido y ambivalentemente amado y odiado y han sido vuelta contra el propio yo".⁴⁶

Freud, concretamente, distingue entre tres casos de duelo: última es grave ya que una de las características fundamentales del melancólico es su tendencia al suicidio) se hace imprescindible la ayuda psicoterapéutica.

*el duelo normal. su elaboración aparecen como situaciones inevitables en la vida de todo ser humano, no solo ante el hecho de la muerte de personas queridas, sino ante cualquier situación de pérdida o separación dolorosa.

En este sentido, según Freud, a diferencia por todo ser humano

*los duelos patológicos (el sujeto se considera obsesivamente culpable de la muerte ocurrida, la niega, cree padecer la misma enfermedad que la produjo, se cree poseído o influido por el muerto, etc.)

Uno de los autores que más cuidadosamente estudia y analiza estos temas es la doctora Katharine Rivka, de la Universidad de Chicago. Según ella, el enfermo que se enfrenta básicamente con el anhelo de una

*y la melancolía. solución para de forma más o menos consciente, por una serie de fases o etapas que se desarrollan de la siguiente manera:

45- Ibid Pag 310.

46- Ibid Pag 310.

En los duelos patológicos y en la melancolía no se produce la elaboración porque los sentimientos de ambivalencia -teñidos de agresividad- que el sujeto tenía hacia la persona desaparecida, y que no reconocía a nivel consciente, se vuelven contra él. En la melancolía, concretamente, "el yo del sujeto se disocia: una parte se sitúa frente a la otra y la valora críticamente como si la tomara por objeto. La instancia crítica, enjuiciadora, disociada aquí del yo, es la conciencia moral. La parte yoica tomada como objeto es producto de una identificación con la persona perdida. La pérdida del objeto se ha transformado en pérdida del yo. Ya que proyectamos en nuestros seres queridos parte de la energía libidinosa; al morir ellos perdemos una parte de nosotros, y nuestro psiquismo se obliga a retraer nuevamente aquella energía al yo.

Los reproches con los que el melancólico se abruma, corresponden o están dirigidos a otra persona, al objeto perdido y ambivalentemente amado y odiado y han sido vueltos contra el propio yo".⁴⁶

En los casos de duelos patológicos y de melancolía (ésta última es grave ya que una de las características fundamentales del melancólico es su tendencia al suicidio) se hace imprescindible la ayuda psicoterapéutica.

El duelo y su elaboración aparecen como situaciones inevitables en la vida de todo ser humano, no solo ante el hecho de la muerte de personas queridas, sino ante cualquier situación de pérdida o separación dolorosa.

En éste sentido serán duelos a elaborar por todo ser humano situaciones tales como el pasaje de una etapa a otra con la consiguiente pérdida de ciertas actitudes, modalidades y relaciones.

Uno de los autores que clásicamente suelen citarse al analizar éstos temas es la doctora Kübler-Ross, de la Universidad de Chicago. Según ella, el enfermo que se encuentra bruscamente con el anuncio de una enfermedad sin solución pasa, de forma más o menos consciente, por una serie de fases o estadios que se sistematizan de la siguiente manera:

46.- Ibid. Pag 316

Negación y aislamiento, enojo, negociación, depresión y finalmente aceptación.

Durante la etapa de negación y aislamiento, el paciente terminal reacciona emotivamente al anuncio de la gravedad de su enfermedad; dice: "no, no es cierto; no puede ser; ésto no me puede pasar a mí". La función de la negación es proveer un elemento amortiguador entre el impacto de la comunicación y el sentido de la propia autoestima. El aislamiento es una forma de negación, en algunos aspectos. El paciente se retrae del dolor que acarrea el darse cuenta de la cercanía de su muerte.

La segunda etapa es la del enojo, dice el paciente: "¿por qué a mí?". El enojo se presenta de muchas maneras y es difícil tratar al paciente cuyo enojo se manifiesta en formas emotivas y explosivas. Esto se explica porque el paciente cree que sus actitudes virtuales se interrumpen prematuramente.

En la fase de negociación el enfermo terminal desea solamente una extensión de la vida y librarse del dolor y del sufrimiento. Para poder lograr el alargar su vida; se dice a sí mismo: "si tomo mi medicina probablemente me cure y me libre de los sufrimientos". Esto realmente es un intento de posponer lo inevitable, mediante un comportamiento que tenga como premio la recuperación; es un propósito de enmienda en vistas a lograr la curación. En algunos casos se dá un sentido de culpa que se quiere expiar o lavar, por medio del dolor y el buen comportamiento.

En la etapa intermedia del darse cuenta a medias los pacientes
La cuarta etapa es la de depresión. El paciente ya no espera recuperarse. La pérdida de la vida se torna agobiante. Dos tipos de depresión suelen acontecer. La primera es una depresión que el paciente dirige contra sí mismo: anticipa la pérdida de su mundo individual. El segundo tipo de depresión se refiere a la pérdida de seres o cosas amados. La depresión se manifiesta por una actitud silenciosa que poco a poco lo va preparando para el desenlace final. utiliza el enojo, la negación y la negociación: lucha contra la muerte y evita enfrentarse a ella.

La última etapa del proceso de morir es la aceptación. No es de ninguna manera un período feliz, sino un estado en el cual externamente, se nota una ausencia de sentimientos.

Kübler-Ross afirma que, durante todo el proceso de morir, la esperanza subsiste en alguna forma.

El esquema del Dr. Avery D. Weisman psiquiatra del hospital de Massachusetts (E.U.A.) describe tres etapas en el proceso de morir. Su descripción se deriva de sus experiencias clínicas y observación de pacientes moribundos. Él notó que el proceso de morir acontecía de diversas maneras. Morimos a varias cosas antes de que muramos por una enfermedad. Las pequeñas y parciales muertes poco a poco confluyen de tal manera que cesamos de ser una persona autónoma mucho antes de que llegemos al término.

El Dr. Weisman definió los puntos inicial y terminal como etapas del morir, y la etapa del darse cuenta a medias de la gravedad de la situación.

La etapa inicial: la negación la describe como un proceso dinámico que desarrolla el paciente terminal. Niega la realidad de la gravedad de su enfermedad y la posibilidad de la muerte. Esto con el fin de sobrellevar la situación que vive y para mantener una relación mas sencilla con las personas que ama.

La etapa final es descrita como la aceptación del hecho de morir por parte del enfermo terminal, como el momento final de su existencia terrena.

En la etapa intermedia del darse cuenta a medias los pacientes comienzan a descender hacia la muerte, hay cambios en las relaciones que guardan con las personas que son significantes para ellos; quieren y no quieren al mismo tiempo saber sobre su enfermedad.

El Dr. Stanley Keleman describe tres etapas:
etapa de resistencia, etapa de revisión y etapa inconsciente.

En la etapa de resistencia, el moribundo utiliza el enojo, la negación y la negociación: lucha contra la muerte y evita enfrentarse a ella.

En la etapa de revisión descubre un nuevo darse cuenta: esto acontece al examinar su vida a través de una visión rápida en la cual desfilan los acontecimientos más importantes de su existencia terrenal. En ésta etapa desaparecen parte del dolor y de la lucha que había entablado contra lo inevitable de la muerte. A medida que se pone en contacto con "asuntos importantes no terminados" y recupera su propia pertenencia, desarrolla otro tipo de darse cuenta de su situación; logra una aceptación de sí mismo y de su condición existencial presente, hacia la muerte, mas que una ensoñación, de lo que pudo haber sido su vida.

La tercera etapa llamada inconsciente, se dá con características semejantes al estado inconsciente de los bebés. La separación o a la muerte va seguida de eventos bien conocidos.

La reacción al duelo representa una crisis vital y produce una respuesta emocional importante así lo manifestaron Kolb y Brodie ya que "este darse cuenta de la muerte despierta la angustia fundamental de la vida, es decir, la angustia básica del miedo a lo desconocido, con una sensación profunda de impotencia asociada".⁴⁶ caracteriza por desinterés o desapego, con falta de interés de mantener sus relaciones con otras personas. "En algunos individuos la situación crítica despierta todas las angustias del pasado y moviliza la adaptación del yo y las defensas que éste ha desarrollado para enfrentarse a dichas angustias incluyendo: dependencia, agresión, identidad y sublimación".⁴⁷

Mas en general hay apatía, todo lo parece irreal y muchas veces se siente. Todas las personas que van a morir deben enfrentar por última vez el problema de la pérdida, de la separación con respecto al mundo y a las personas que aman. De cómo encaren éste temor dependerá su adaptación a la enfermedad terminal.

En las reacciones críticas de duelo aparecen también ideas de culpa y autoacusación que a veces se expresan en forma de conducta agresiva.

45.- EL PROBLEMA ALGUNO, "Conceptos de Psicología", pag. 102, Ed. Alhambra, Madrid, 1969.

46.- FABRY, b. JOSEPH, "La búsqueda del significado". Pag. 82, Ed. Fondo de la Cultura Económica, 1979.

47.- KOBLE, Dr KURT, "Psiquiatría". Pag. 358, Ed. Alhambra, Madrid, España. 1969.

Freedman, Kaplan y Sadok comentan que "la enfermedad y la hospitalización pueden precipitar un enfrentamiento abierto con la muerte. Cualesquiera que sean sus implicaciones, el paciente necesita una relación estrecha y segura, para ayudarse a hacer frente a lo desconocido".⁴⁸

Desafortunadamente el paciente moribundo despierta con frecuencia una gran ansiedad entre los que le rodean y en general se le descuida y evita. Se han descrito varios estadios en la psicología del paciente moribundo, entre los que se observan: una duda inicial, rabia, sumisión, resignación y adaptación final.

Según Kolb y Brodie la pérdida debida a la separación o a la muerte va seguida de eventos bien conocidos.

Al principio "hay protesta con llanto o con algún otro tipo de conducta agresiva y posteriormente pasa a una fase de desesperanza y aislamiento e inactividad.

Luego sigue una conducta que se caracteriza por desinterés o desapego, con falta de deseos de reanudar sus relaciones con otras personas".⁴⁹

"Ocasionalmente la persona se porta como de costumbre, pero a veces dice sentirse insensibilizado o siente dolor intenso al recordar lo que sucede. Mas en general hay apatía, todo le parece fútil y muchas veces se siente deprimida, aparecen: insomnio, anorexia, inquietud y explosiones de irritabilidad o incluso ira contra otros o contra sí mismo. Hay ocasiones en que las personas presentan reacciones psicósomáticas, neuróticas, depresivas y maníacas así como episodios de intoxicación alcohólica.

En las reacciones crónicas de duelo aparecen también ideas de culpa y autoacusación que a veces se expresan en forma de conducta agresiva.

48.- M. FREEDMAN, ALFRED, "Compendio de Psiquiatría". pag. 306, Ed. Salvat, México, D.F. 1989.

49.- KOLB, L.C., "Psiquiatría Clínica". pag. 180, Ed Interamericana, México, D.F. 1985.

Finalmente existen las personas que parecen reprimir la reacción de duelo durante semanas o meses e inclusive años".⁵⁰

CAPITULO III

50.- Ibid. Pag 209.

METODOLOGIA

HIPOTESIS DE TRABAJO

El proceso de duelo de la propia muerte es inherente al ser humano por lo que en la presente muestra estudiada se observa el transcurso de éste

HIPOTESIS NULA

La presencia de una enfermedad terminal no desencadena el proceso de duelo de la propia muerte

CAPITULO III

HIPOTESIS ALTERNA

La presencia de una enfermedad terminal desencadena el proceso de duelo de la propia muerte.

METODOLOGIA

HIPOTESIS DE TRABAJO

El estudio de las variables dependiente e independiente son el duelo y las enfermedades terminales; ambas son intrínsecamente no manipulables por el investigador, por tanto no es posible tener control sobre ellas. El proceso de duelo de la propia muerte es inherente al ser humano por lo que en la presente muestra estudiada se observa el transcurso de éste.

DEFINICION DE VARIABLES

HIPOTESIS NULA.

Variable dependiente: el duelo. El duelo es un proceso de adaptación a la pérdida de un ser querido, una situación desfavorable (económica, de poder, salud, etc.), o el enfrentamiento a situaciones conflictivas.

El estado de aflicción del duelo es una situación transitoria, que en el tiempo, sin dejar tras de sí, grandes modificaciones en lo que respecta a la personalidad del sujeto.

Variable independiente: enfermedades terminales. La presencia de una enfermedad terminal desencadena el proceso de duelo de la propia muerte.

Variable independiente: enfermedades terminales.

Son todas aquellas enfermedades cuyas características específicas van a determinar perfectamente y con anterioridad su diagnóstico. Y en las que el pronóstico de muerte próxima y segura se plantea con toda certeza.

VARIABLES.

Se optó por el diseño de una sola muestra extraída de una población determinada: dado que no es posible contrastar con un grupo control.

En el presente estudio las variables dependiente e independiente son el duelo y las enfermedades terminales; ambas son intrínsecamente no manipulables por el investigador, por tanto no es posible tener control sobre ellas.

Se trabajó con una población de enfermos terminales de tres instituciones hospitalarias, que tienen capacidad entre los 3 de aproximadamente 300 enfermos hospitalizados.

Se utilizó un muestreo de tipo no probabilístico; basado en las DEFINICION DE VARIABLES. Propositivo dado que no fué necesario que la muestra representara realmente a toda la población sino que sólo realizando un estudio en una población específica de cuyos pacientes quisimos conocer sus actitudes con respecto a una acción, y a algunos

Variable dependiente: duelo

Es una reacción de tristeza o pena, por la pérdida de un ser querido, una situación desfavorable (económica, de poder, salud, etc.), o el enfrentamiento a situaciones aflictivas.

El estado de aflicción del duelo es una situación transitoria, que en general desaparece al cabo de cierto tiempo, sin dejar tras de sí, grandes modificaciones en lo que respecta a la personalidad del sujeto.

El grupo de estudio se obtuvo de un número total de pacientes hospitalizados en 3 instituciones de salud.

Variable independiente: enfermedades terminales.

Son todas aquellas enfermedades cuyas características específicas van a determinar perfectamente y con anterioridad su diagnóstico. Y en las que el pronóstico de muerte próxima y segura se plantea con toda certeza.

Se tomaron en cuenta pacientes en edad de entre 18 y 60 años de

TIPO DE DISEÑO. enfermedad terminal de más ó aproximadamente 1 mes de vida mínimo

*paciente Se optó por el diseño de una sola muestra extraída de una población determinada; dado que no es posible contrastar con un grupo control.

*pacientes que estuvieron en condiciones físicas y psicológicas adecuadas (consciencia clara) dispuestos a ayudar a la realización de este trabajo

MUESTREO.

Criterios de exclusión

Se trabajó con una población de enfermos terminales de tres instituciones hospitalarias, que tienen capacidad entre los 3 de aproximadamente 300 enfermos hospitalizados.

Se utilizó un muestreo de tipo no probabilístico; basado en las apreciaciones del investigador. Propositivo dado que no fué necesario que la muestra representara realmente a toda la población sino que sólo realizamos un estudio en una población específica de cuyos pacientes quisimos conocer sus actitudes con respecto a una acción; y a algunos miembros de esa determinada población de los que no era posible llevar a cabo un muestreo simple al azar. Es una muestra independiente en la que se investigó a las personas en varios momentos de su vida.

*pacientes que no estuvieron en condiciones físicas y/o psicológicas

dispuestos a ayudar en la realización de este trabajo.

Se eligió a través de los siguientes criterios de inclusión:

*el grupo de estudio se obtuvo de un número total de pacientes hospitalizados en 3 instituciones de salud.

*la muestra a ser usada consistió en un grupo de pacientes terminales seleccionados de acuerdo a ser o tener la característica de haber sido diagnosticado como paciente con alguna enfermedad terminal.

*sólo se tomaron en cuenta pacientes en edad de entre 18 y 60 años de edad.

*pacientes con enfermedad terminal de más ó aproximadamente 1 mes de vida mínimo.

*pacientes dispuestos a colaborar en ésta investigación.

* Observación Clínica*

*pacientes que estuvieron en condiciones físicas y psicológicas adecuadas (consciencia clara) dispuestos a ayudar a la realización de éste trabajo.

ESCENARIO.

Criterios de exclusión:

La muestra de pacientes se estudió en y durante su período de

*pacientes terminales que estuvieron hospitalizados en alguna institución de salud. La habitación debe contar con una cama hospitalaria, un sofá, una silla, un banco de altura, una mesa móvil alimentaria, un closet empotrado en la pared y

*todo aquel paciente que no tuvo Dx de enfermo terminal. La habitación necesita para la atención eficaz y oportuna del paciente. Esto en

*pacientes que tuvieron más de 60 o menos de 18 años de edad.

*pacientes con una enfermedad terminal de menos de 1 mes de vida. La habitación debe contar con una cama, banco de altura, mesa móvil para

*pacientes renuentes a colaborar con ésta investigación. La habitación debe contar con una cama, banco de altura, mesa móvil para

*pacientes que no estuvieron en condiciones físicas y/o psicológicas dispuestos a ayudar en la realización de éste trabajo. La habitación debe contar con una cama, banco de altura, mesa móvil para

Las unidades cuentan con iluminación, ventilación y ambiente adecuado.

Todas las instituciones citadas se encuentran en la Ciudad de Salamanca, Gto.

INSTRUMENTOS.

Entrevistas semiestructuradas (ver anexo, pag 102 y 103)

* Observación Clínica*

ESCENARIO.

La muestra de pacientes se estudió en y durante su período de hospitalización en un cuarto privado de aproximadamente 5 x 5 mts.; que consta de una cama hospitalaria, un sofá cama, un buró, una silla, un banco de altura; una mesa movible alimentaria; un closet empotrado en la pared y un baño adjunto. Además de los accesorios necesarios que cada habitación necesita para la atención eficaz y oportuna del paciente. Esto en el Hospital Pemex.

En el IMSS el estudio se hizo en cubículos semi-privados de 2 x 3 mts. que constan de una cama, banco de altura, mesa movible para alimentación, 2 sillas, un mueble buró, un baño compartido. Y los accesorios necesarios para la buena atención de éste tipo de pacientes.

En el hospital general se utilizaron cubículos semi-privados de 3 x 3 mts. que contienen una cama, banco de altura, mesa movible para alimentación, 2 sillas, un mueble buró, un baño compartido. Y los utensilios adecuados para que la unidad esté bien equipada para atender al paciente en determinado momento.

Las unidades cuentan con iluminación, ventilación y ambiente adecuado.

Todas las instituciones citadas se encuentran en la Ciudad de Salamanca, Gto.

PROCEDIMIENTO.

Se hicieron los trámites correspondientes con las autoridades de las mencionadas instituciones de salud y se les informó lo que se pretendía realizar.

Se seleccionó una muestra con base en la apreciación sobre los sujetos que conforman la población de pacientes terminales; en los hospitales ya descritos con anterioridad y tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados. La selección se realizó de una población específica, de la cual se investigaron y conocieron en diferentes sesiones, sus actitudes en esa etapa de su vida.

Realizado lo anterior:

*se escogieron los sujetos de estudio en las centrales donde se concentran los expedientes y se solicitó permiso al médico tratante para trabajar con su paciente.

*ya en la unidad se entabló una plática general con el paciente para lograr el rapport necesario, y así recabar la información esencial.

*se le explicó el porqué de las visitas y pláticas con él.

*se investigó o directamente se le preguntó si estaba dispuesto a colaborar con este estudio dejándolo con la permisividad de aceptar o rechazar lo que se le pedía.

*después de cada entrevista se estructuró en forma escrita el contenido de ella, haciéndose hincapié dando prioridad a los puntos esenciales y relevantes a nuestra investigación.

*así mismo se describió lo observado en cuanto a reacciones ante preguntas o estados de ánimo por los que pasó el paciente, así como las actitudes observadas en él.

*también durante el avance en las entrevistas, se recabaron datos del historial clínico para complementar información.

*así se llevaron a cabo varias fases de entrevistas 6-7 ó más cuando fué necesario. Llevando un reporte de todo ésto.

*una vez terminado el trabajo con cada paciente se analizaron psicológicamente los resultados, primero individualmente, haciendo una integración adecuada de lo que se obtuvo con cada uno.

*posteriormente una vez con éstos resultados; se analizaron en general todos los datos del total de pacientes y con esto se llegó a los resultados finales y conclusiones.

CAPITULO IV

REPORTE DE CASOS.

Para la estructuración de los casos que entregada se describen se tomó como base las 3 etapas de duelo que Guillermo Calherón Narvaaz menciona, con la división que de cada etapa se hace de ellas.

Cabe hacer notar que la presentación de casos que se analizan son sólo una síntesis de todas las sesiones llevadas a cabo con cada uno de los pacientes a lo largo de su período terminal.

En seguida del reporte de cada caso se incluyen los signos, síntomas y etapas, desplegados, por los que atravesaron los pacientes.

CAPITULO IV

REPORTE DE CASOS.

Caso

Paciente: J.H.M.

Sexo: Para la estructuración de los casos que enseguida se describen se tomó como base las 3 etapas de duelo que Guillermo Calderón Narvaez menciona; con la división que de cada etapa se hace de ellas.

Religión: católico.

Estudio: Cabe hacer notar que la presentación de casos que se analizan son sólo una síntesis de todas las sesiones llevadas a cabo con cada uno de los pacientes a lo largo de su período terminal.

En seguida del reporte de cada caso se incluyen los signos, síntomas y etapas, desglosados, por los que atravesaron los pacientes.

Evolución real del pronóstico: 2 meses 17 días.

Paciente que al conocer la noticia reflejó mucho temor y miedo que se hizo perceptible en su mirada y en el temblor visible de sus manos y tomó una actitud de ira y enojo lo que expresó con deseos de venganza hacia todas las personas. Hasta aquí el paciente se maneja con una combinación de sentimientos y negación de la realidad ya que no acepta que él tenga la enfermedad, que esto le está sucediendo a él; todo esto coincide con la fase de DESESPERACION. Así es como el paciente durante los primeros 20 días posterior a los cuales inició con la fase de DEPRESION la cual manifestó con llanto, anorexia, insomnio, tristeza, desinterés y aislamiento, esto último se notaba al pedir al paciente que lo dejaran sólo y al no querer participar en ningún comentario y/o conversación. Durante un mes presentó altas y bajas de éstos signos y síntomas y al llegar a los 2 meses presentó varios períodos de introspección posterior a los cuales se hacía más manifiesta su depresión, sin deseos de manifestar sus ideas y aparecieron sentimientos de falta de motivación para vivir expresando esto en las constantes ideas de suicidio. Finalmente antes de 8 días del deceso apareció la fase de ADAPTACION pues inició la

elaboración de las etapas que se habían presentado y se observó Caso 1.

Paciente: J.H.M.
Sexo: masculino.
Edad: 29 años.
Estado civil: soltero.
Religión: católico.
Estudios: terminó la enseñanza preparatoria.
Dx.: SIDA.
Px.: fatal.

Evolución del pronóstico: variable de 3 a 4 meses a partir de la aparición de los síntomas.

Evolución real del pronóstico: 2 meses 17 días.

No. de entrevistas: 12

Paciente que al conocer la noticia reflejó mucho temor y miedo que se hizo perceptible en su mirada y en el temblor visible de sus manos y tomó una actitud de ira y enojo lo que expresó con deseos de venganza hacia todas las personas. Hasta aquí el paciente se maneja con una combinación de sentimientos y negación de la realidad ya que no acepta que el tenga la enfermedad, que eso le esté sucediendo a él; todo esto coincide con la fase de DESESPERACION. Así se manejó el paciente durante los primeros 20 días posterior a los cuales inició con la fase de DEPRESION la cual manifestó con llanto, anorexia, insomnio, tristeza, desinterés y aislamiento, esto último se notaba al pedir el paciente que lo dejaran sólo y al no querer participar en ningún comentario y/o conversación. Durante un mes presentó altas y bajas de éstos signos y síntomas y al llegar a los 2 meses presentó varios períodos de introspección posterior a los cuales se hacía mas manifiesta su depresión, sin deseos de manifestar sus ideas y aparecieron sentimientos de falta de motivación para vivir expresando esto en las constantes ideas de suicidio. Finalmente antes de 8 días del desenlace apareció la fase de ADAPTACION pues inició la

elaboración de las etapas que se habían presentado y se observó ansioso pero resignado, aceptando (hasta donde es posible) su enfermedad y término de la misma. Lo cual a estas alturas representaba para él un gran alivio.

Edad: 20 años.
Estado civil: soltero
Etapas: católico.
Ocupación: desesperación (no se dedica a nada).
Dx: depresión y Renal Crónica (Adenocarcinoma del riñón).
Px: adaptación a largo plazo

Signos y síntomas indicadores de las etapas:

No. de Temor, miedo, enojo, deseos de venganza, aislamiento, pérdida del apetito, insomnio, rechazo, indiferencia, inestabilidad emocional, negación de la realidad, llanto, tristeza, desinterés, pensativo, como ausente, sin deseos de expresar sus ideas, ansiedad, angustia, ideas de suicidio y chantaje.

Antes de la llegada del fin hace más despiertos sus sentimientos y desarrolla una adaptación a éste nuevo estado que lo llevó hasta un descanso que en muchas ocasiones era por él anhelado; esto se dio durante los primeros 18 días posteriores a su diagnóstico terminal. Se ve que ha manejado adecuadamente su enfermedad tuvo dudas y hasta lloró resistiéndose a lo que le pasaba pero entendió que al dejar que todo terminara sin resistirse, al fin encontrarla la tranquilidad que buscaba. En el último mes estuvo mas tranquilo, resignado y aceptando en lo posible el fin de su enfermedad. No se tuvo la oportunidad de observar el curso por la etapa de desesperación debido a que su enfermedad llevaba mucho tiempo de evolución.

NOTA: debido a la larga evolución de su enfermedad la noticia del Dx. terminal no provocó desesperación en él.

Etapas:
depresión
adaptación

Paciente: R.J.A.

Sexo: masculino. Tristeza, labilidad emocional, adaptación, duda, llanto

Edad: 20 años. Ilusión, adaptación

Estado civil: soltero

Religión: católico.

Ocupación: por su enfermedad no se dedica a nada.

Dx.: Insuficiencia Renal Crónica (Adenocarcinoma del riñón).

Px.: Fatal a corto plazo.

Evolución real del pronóstico: 2 meses 18 días.

No. de entrevistas: 7

Al recibir la noticia el paciente se observó triste, retraído y con labilidad emocional debido a que duró años padeciendo de esto y este darse cuenta de la llegada del fin hace más despiertos sus sentimientos y desarrolla una adaptación a éste nuevo estado que lo llevó hasta un descanso que en muchas ocasiones era por él anhelado; esto se dió durante los primeros 18 días posteriores a su diagnóstico terminal. Se ve que ha manejado adecuadamente su enfermedad tuvo dudas y hasta lloró resistiéndose a lo que le pasaba pero entendió que al dejar que todo terminara sin resistirse, al fin encontraría la tranquilidad que buscaba. En el último mes estuvo mas tranquilo, resignado y aceptando en lo posible el fin de su enfermedad. No se tuvo la oportunidad de observar si cursó por la etapa de desesperación debido a que su enfermedad llevaba mucho tiempo de evolución.

NOTA: debido a la larga evolución de su enfermedad la noticia del Dx. terminal no provocó desesperación en él.

Etapas:

depresión

adaptación

Signos y síntomas indicadores de las etapas:

Paciente G.M.V.

Sexo Tristeza, retraimiento, labilidad emocional, adaptación, duda, llanto, tranquilidad, resignación, adaptación.

Estado civil: casada.

Religión: católica

Ocupación: hogar

Dx.: Ca. cérvico uterino metastásico. inicio: lenta

Px.: bueno si se atiende a tiempo, fatal si se deja evolucionar

Evolución real del pronóstico: 2 meses 2 días

No. de entrevistas: 10.

Paciente que al escuchar la noticia se quedó atónita, desconcertada, ansiosa, como buscando algo de qué aferrarse, una esperanza, que alguien le dijera que sí se iba a curar dado que no concebía que a ella le estuviera pasando eso. Los primeros quince días estaba intranquila a la expectativa, como esperando que alguien le diera la noticia de que no era verdad lo que le estaba sucediendo o a la espera de una curación. Después de un mes del diagnóstico la paciente estuvo confusa luchando según ella decía por vencer la enfermedad y negándose a aceptar que todo era cierto. Todo esto es coincidente con la etapa de DESESPERACION. A la evolución de dos meses entró en la etapa de DEPRESION la cual se manifestó con llanto, tristeza, anorexia, astenia, adinamia e insomnio.

Paciente que al término de su enfermedad presentó una negación total tanto a comunicarse como a alimentarse y no hubo en ella manifestaciones de aceptación de la realidad, pero se infiere que a partir de sus últimos síntomas comenzó a adaptarse

Etapas

Paciente: G.M.V. *operación*
 Sexo: femenino.
 Edad: 45 años. *re que adaptación*
 Estado civil: casada.
 Religión: católica. *mas indicadores de*
 Ocupación: hogar.

atónita, desconcierto, ansiedad, duda, expectación, intranquilidad,
 Dx.: *anza,* Ca cérvico uterino metastásico. *za* Inicio: lentamente. *adinamia*
e insomnio.

Px.: bueno si se atiende a tiempo; Total si se deja evolucionar.

Evolución real del pronóstico: 2 meses 2 días.

No. de entrevistas: 10

Paciente que al escuchar la noticia se quedó atónita, desconcertada, ansiosa, como buscando algo de qué aferrarse, una esperanza; que alguien le dijera que si se iba a curar dado que no concebía que a ella le estuviera pasando eso. Los primeros quince días estaba intranquila a la expectativa, como esperando que alguien le diera la noticia de que no era verdad lo que le estaba sucediendo o a la espera de una curación. Después de un mes del diagnóstico la paciente estuvo confusa luchando según ella decía por vencer la enfermedad y negándose a aceptar que todo era cierto. Todo esto es coincidente con la etapa de DESESPERACION. A la evolución de dos meses entró en la etapa de DEPRESION la cual se manifestó con llanto, tristeza, anorexia, astenia, adinamia e insomnio.

Paciente que al término de su enfermedad presentó una negación total tanto a comunicarse como a alimentarse y no hubo en ella manifestaciones de aceptación de la realidad; pero se infiere que a partir de sus últimos síntomas comenzó a adaptarse.

Etapas:

Paciente: desesperación
 Sexo: depresión
 Edad: y se infiere que adaptación
 Estado civil: soltera

Religión: Signos y síntomas indicadores de las etapas:

Ocupación: maestra.

atónita, desconcierto, ansiedad, duda, expectación, intranquilidad, esperanza, confusión, negación, llanto, tristeza, anorexia, astenia, adinamia e insomnio.

fatal a corto plazo 1/2 año después de detectada

No. de entrevistas: 6

Paciente que al conocer la noticia, gritó, lloró y comentó que no aceptaba lo que le estaba pasando, que no quería que le pasara eso. Se observaba muy confusa, desconcertada y con cierta incredulidad ya que se negaba a creer que eso le estuviera pasando a ella. Todo esto estuvo presente los primeros 22 días posteriores al conocimiento de la enfermedad además de una fase de rebeldía que se manifestó por ira y enojo. Después de esta etapa de DESESPERACION pasó a la de DEPRESION 8 días más tarde que se hizo visible por presentar anorexia, apatía, astenia, adinamia, desprecio por todo cuanto le rodeaba e indiferencia en su relación con las personas que estaban cerca de ella. Esta paciente sólo llegó a ésta fase depresiva ya que cabe mencionar que en ningún momento aceptó su estado ni tuvo manifestaciones de tranquilidad ante su enfermedad.

Etapas:

desesperación
 depresión

Signos y síntomas indicadores de las etapas:

llanto, confusión, desconcierto, tristeza, incredulidad en Caso 4.

Paciente: a. O.R.O. astenia, adinamia, desprecio por todo, indiferencia

Sexo: femenino.

Edad: 30 años.

Estado civil: soltera.

Religión: católica.

Ocupación: maestra.

Dx.: leucemia.

Px.: fatal a corto plazo 1/2 año después de detectada.

Evolución real del pronóstico: 1 mes 21 días.

No. de entrevistas: 6.

Paciente que al conocer la noticia; gritó, lloró y comentó que no aceptaba lo que le estaba pasando, que no quería que le pasara eso. Se observaba muy confusa, desconcertada y con cierta incredulidad ya que se negaba a creer que eso le estuviera pasando a ella. Todo esto estuvo presente los primeros 22 días posteriores al conocimiento de la enfermedad además de una fase de rebeldía que se manifestó por ira y enojo. Después de esta etapa de DESESPERACION pasó a la de DEPRESION 8 días más tarde que se hizo visible por presentar anorexia, apatía, astenia, adinamia, desprecio por todo cuanto le rodeaba e indiferencia en su relación con las personas que estaban cerca de ella. Esta paciente sólo llegó a ésta fase depresiva ya que cabe mencionar que en ningún momento aceptó su estado ni tuvo manifestaciones de tranquilidad ante su enfermedad.

Etapas:

desesperación

depresión

Signos y síntomas indicadores de las etapas:

llanto, confusión, desconcierto, tristeza, incredulidad, enojo, ira, anorexia, apatía, astenia, adinamia, desprecio por todo, indiferencia, insomnio e inconformidad.

Edad 49 años.

Dx: cirrosis hepática

Px: fatal a corto plazo; 4 a 5 meses después de la detección

Evolución real del pronóstico: 2 meses 12 días

No. de entrevistas: 10.

Paciente que al recibir la noticia permanece callado, triste, pensativo lo que nos da a entender que no curso por la etapa de DESESPERACION ya que desde el inicio presentó signos y síntomas de DEPRESION. Al mes y medio del curso de su enfermedad los síntomas se hicieron más manifiestos agregándose a los ya mencionados un estado como de indiferencia hacia todo ya que no prestaba atención a lo que se le decía y a lo que le rodeaba; mostró desconcierto, ansiedad y tuvo momentos de angustia al desear que todo llegara a su fin; ésto al mismo tiempo creaba una reacción de temor que era visible en su mirada y en el tartamudeo de su voz dado que temía el no saber qué le esperaba después de la muerte. Así mismo, se esforzaba en mostrar una aparente tranquilidad ya que él nunca se negó a la aceptación de su enfermedad y al término de la misma, etapa de ADAPTACIÓN.

Etapas:

depresión
adaptación

Paciente: J.M.C.

Sexo: masculino.

Edad: 49 años.

Estado civil: casado.

Religión: católico.

Ocupación: obrero.

Dx.: cirrosis hepática.

Px.: fatal a corto plazo; 4 a 5 meses después de la detección.

Evolución real del pronóstico: 2 meses 12 días.

No. de entrevistas: 10.

Paciente que al recibir la noticia permanece callado, triste, pensativo lo que nos dá a entender que no cursó por la etapa de DESESPERACION ya que desde el inicio presentó signos y síntomas de DEPRESION. Al mes y medio del curso de su enfermedad los síntomas se hicieron más manifiestos agregándose a los ya mencionados un estado como de indiferencia hacia todo ya que no prestaba atención a lo que se le decía y a lo que le rodeaba; mostró desconcierto, ansiedad y tuvo momentos de angustia al desear que todo llegara a su fin; ésto al mismo tiempo creaba una reacción de temor que era visible en su mirada y en el tartamudeo de su voz dado que temía el no saber qué le esperaba después de la muerte. Así mismo, se esforzaba en mostrar una aparente tranquilidad ya que el nunca se negó a la aceptación de su enfermedad y al término de la misma, etapa de ADAPTACIÓN.

Etapas:

depresión

adaptación

Signos y síntomas indicadores de las etapas:

Caso 6

Paciente S M I.

Sexo: pensativo, callado, triste, resignado, temeroso, indiferente, con desconcierto, ansiedad, angustia, insomnio y anorexia.

Estado civil: soltera

Religión: católica.

Ocupación: prostitución.

Dx.: SIDA.

Px.: fatal Evolución: variable.

Evolución real del pronóstico: 2 meses 24 días a partir de la aparición de los síntomas.

No. de entrevistas: 12.

Paciente que en el momento de recibir la noticia adopta una actitud de cinismo tanto en pose como en sus palabras e intenta tomar todo a broma, aunque esto duró sólo un momento y enseguida se puso muy seria y pensativa y admitió de manera responsable su enfermedad. Dijo sentirse en el momento y después de la noticia devaluada y rechazada tanto por su familia como por la sociedad, después vivió la esperanza y satisfacción de sentirse aceptada a pesar de la vida que había llevado. Esto sucedió durante el primer mes y medio de evolución de la enfermedad.

También pasó por una etapa de pena y vergüenza de sí misma y de soledad por su comportamiento, de reserva, silencio y tristeza y los momentos de aislamiento consigo misma. Fase de DEPRESIÓN. Al final presentó la fase de aceptación y lo hizo de manera tranquila ya que su misma enfermedad la llevó a la reconciliación con sus familiares. Etapa de ADAPTACIÓN.

NOTA: No cursó por la etapa de desesperación pues su vida de por sí era desesperada.

Etapas:

Paciente: S.M.I. *destrucción*
 Sexo: femenino.
 Edad: 29 años.
 Estado civil: soltera. *mas indicadores de las etapas*
 Religión: católica.
 Ocupación: prostitución. *no, incredulidad, desprecio por si misma, negación, silencio, tristeza, pensativa, deseos de reconciliación, pena,*
 Dx.: *vergüenza, SIDA, agradecimiento, alivio*

Px.: fatal Evolución: variable. *-*

Evolución real del pronóstico: 2 meses 24 días a partir de la aparición de los síntomas.

No. de entrevistas: 12.

Paciente que en el momento de recibir la noticia adopta una actitud de cinismo tanto en pose como en sus palabras e intenta tomar todo a broma, aunque esto duró sólo un momento y enseguida se puso muy seria y pensativa y admitió de manera responsable su enfermedad. Dijo sentirse en el momento y después de la noticia devaluada y rechazada tanto por su familia como por la sociedad, después vivió la esperanza y satisfacción de sentirse aceptada a pesar de la vida que había llevado. Esto sucedió durante el primer mes y medio de evolución de la enfermedad.

También pasó por una etapa de pena y vergüenza de sí misma y de soledad por su comportamiento, de reserva, silencio y tristeza y los momentos de aislamiento consigo misma. Fase de DEPRESION. Al final presentó la fase de aceptación y lo hizo de manera tranquila ya que su misma enfermedad la llevó a la reconciliación con sus familiares. Etapa de ADAPTACION.

NOTA: No cursó por la etapa de desesperación pues su vida de por sí era desesperada.

Etapas:

Paciente: depresión
 Sexo: adaptación
 Edad: 45 años

Estado: Signos y síntomas indicadores de las etapas:

Religión: católico

Ocupación: indiferencia, cinismo, incredulidad, desprecio por sí misma, negación, silencio, tristeza, pensativa, deseos de reconciliación, pena, vergüenza, miedo, agradecimiento, alivio.

Px: fatal

Evolución: variable a corto plazo de 1 a 5 meses

Evolución real del pronóstico:

Paciente que al enterarse de la noticia se pone sumamente nervioso y angustiado; esto era comprensible con sólo verlo ya que él ni siquiera podía hablar. Después de la primera impresión dijo sentir una profunda impotencia ante la enfermedad y su pronóstico. Todo lo anterior concuerda con la fase de DESESPERACIÓN. Posteriormente durante los primeros diez días estuvo triste, pensativo y callado a tal grado que su estado general se deterioró mucho, dado que no sabe que hacer debido a que no acepta el hecho real. Después de estos días de profunda DEPRESIÓN manifestó durante otros quince días una actitud de esperanza ya que esperaba recuperarse. Al ver que su estado general iba decayendo cada día más el paciente decía sentir miedo a morir, no sabía explicar por qué le daba miedo lo desconocido; así pasó los últimos 15 días antes de caer en la inconsciencia. No aceptó aparentemente su diagnóstico.

Etapas:

Paciente: L.M.M. Depresión

Sexo: masculino.

Edad: 45 años.

Estado civil: casado. mas indicadores de las etapas

Religión: católico.

Ocupación: obrero. angustia, impotencia, tristeza pensativo callado
esperanza, miedo, no aceptación.

Dx.: Ca bronogénico.

Px.: fatal.

Evolución: variable a corto plazo de 1 a 5 meses.

Evolución real del pronóstico; en éste paciente: 2 meses 11 días.

No. de entrevistas: 11.

Paciente que al enterarse de la noticia se pone sumamente nervioso y angustiado; ésto era perceptible con sólo verlo ya que él ni siquiera podía hablar, después de la primera impresión dijo sentir una profunda impotencia ante la enfermedad y su pronóstico. Todo lo anterior concuerda con la fase de DESESPERACION. Posteriormente durante los primeros diez días estuvo triste, pensativo y callado a tal grado que su estado general se deterioró mucho, dado que no sabe que hacer debido a que no acepta el hecho real. Después de éstos días de profunda DEPRESION asumió durante otros quince días una actitud de esperanza ya que deseaba recuperarse. Al ver que su estado general iba decayendo cada día mas el paciente decía sentir miedo a morir, no sabía explicar por qué le daba miedo lo desconocido; así pasó los últimos 15 días antes de caer en la inconsciencia. No aceptó aparentemente su diagnóstico.

Etapas:

Paciente: desesperación

Sexo: depresión

Edad: 23 años.

Estado: Signos y síntomas indicadores de las etapas:

Religión: católica.

Ocupación: nerviosismo, angustia, impotencia, tristeza, pensativo, callado, esperanza, miedo, no aceptación.

Dx: hipercalcemia.

Rx: fatal. evolución: de 2 a 4 meses

Evolución real en este paciente: 3 meses 8 días.

Paciente que al conocer la noticia rompe en crisis de llanto y dice no poder creer lo que le dicen puesto que ella piensa que no se va a morir. Después de esto adoptó una actitud de aislamiento y durante los siguientes 22 días se negó a hablar del asunto, no aceptaba tocar el tema ni que nadie lo hiciera delante de ella. Esto sucedió coincidiendo con la etapa de DESESPERACION. Después de esta etapa se presentó la de DEPRESION ya que se quedaba mucho tiempo pensativa, triste y hablaba poco. Al mes y medio su depresión se hizo todavía más evidente, se veía muy triste y con crisis esporádicas de llanto, además presentaba momentos de aislamiento y pedía que la dejaran sola. Después de 2 meses 8 días y durante los siguientes 15 días se observó ansiosa, angustiada y llorando "por nada". A los 3 meses se ve más tranquila en apariencia, se ve triste y empieza a aceptar hablar de su enfermedad y muerte y no evade el tema. Estuvo así otros 8 días. Fase de ADAPTACION.

Etapas:

desesperación

depresión

Paciente: M.E.C.S.
Sexo: Signos femeninos.
Edad: 23 años.
Estado civil: soltera.
Religión: católica.
Ocupación: estudiante de leyes.

Dx.: hipercalcemia.

Px.: fatal evolución: de 2 a 4 meses.

Evolución real en éste paciente: 3 meses 8 días.

No. de entrevistas: 15.

Paciente que al conocer la noticia rompe en crisis de llanto y dice no poder creer lo que le dicen puesto que ella piensa que no se va a morir. Después de esto adoptó una actitud de aislamiento y durante los siguientes 22 días se negó a hablar del asunto, no aceptaba tocar el tema ni que nadie lo hiciera delante de ella. Esto sucedió coincidiendo con la etapa de DESESPERACION. Después de ésta etapa se presentó la de DEPRESION ya que se quedaba mucho tiempo pensativa, triste y hablaba poco. Al mes y medio su depresión se hizo todavía mas evidente, se veía muy triste y con crisis esporádicas de llanto, además presentaba momentos de aislamiento y pedía que la dejaran sola. Después de 2 meses 8 días y durante los siguientes 15 días se observó ansiosa, angustiada y llorando "por nada". A los 3 meses se vé mas tranquila en apariencia, se ve triste y empieza a aceptar hablar de su enfermedad y muerte y no evade el tema. Estuvo así otros 8 días. Fase de ADAPTACION.

Etapas:

desesperación
depresión

adaptación

Paciente L.A.R.

Sexo Signos y síntomas indicadores de las etapas:

Edad 29 años.

Estad llanto, negación, aislamiento, pensativa, callada, triste, con ansiedad, angustia, tranquilidad y adaptación.

Ocupación: supervisor de obreros

Dx síndrome de Guillain-Barré

Px en ocasiones fatal evolución de 1 a 11/2 meses

No. de entrevistas: 8.

Al recibir la noticia el paciente se observó a la expectativa y temeroso; en seguida su miedo se manifestó por temblor en sus manos y voz y presentó una crisis de llanto. Los siguientes 10 días el paciente asumió una actitud de reserva; se mostraba triste, hablaba poco, buscaba aislarse de quien lo rodeaba, se veía pensativo y no participaba en ninguna conversación. En éste período se vé como el paciente pasó por las etapas de DESESPERACION Y DEPRESION y así duró los primeros 22 días. Posterior a esto los siguientes días pasaba la mayor parte del tiempo callado, reservado, pensativo, "tranquilo" y dijo aceptar su estado pero que no le hicieran comentarios o pláticas delante de él. Fase de ADAPTACION. NOTA: por su actitud final y en general durante toda su evolución se infiere que no hubo adaptación real.

deseperación
depresión

Paciente: L.A.R.

Sexo: Signos masculino. Indicadores de las etapas

Edad: 29 años.

Estado civil: casado. llanto, reserva, tristeza, hablaba poco, aislado.

Religión: católico.

Ocupación: supervisor de obreros.

Dx.: síndrome de Guillain-Barré.

Px.: en ocasiones fatal evolución de 1 a 11/2 meses.

Inicio: súbito.

Evolución real en éste paciente: 38 días.

No. de entrevistas: 8.

Al recibir la noticia el paciente se observa a la expectativa y temeroso; en seguida su miedo se manifestó por temblor en sus manos y voz y presentó una crisis de llanto. Los siguientes 10 días el paciente asumió una actitud de reserva; se mostraba triste, hablaba poco, buscaba aislarse de quien lo rodeaba, se veía pensativo y no participaba en ninguna conversación. En éste período se vé como el paciente pasó por las etapas de DESESPERACION Y DEPRESION .y así duró los primeros 22 días. Posterior a ésto los siguientes días pasaba la mayor parte del tiempo callado, reservado, pensativo, "tranquilo" y dijo aceptar su estado pero que no le hicieran comentarios o pláticas delante de él. Fase de ADAPTACION. NOTA: por su actitud final y en general durante toda su evolución se infiere que no hubo adaptación real.

Etapas:

desesperación

depresión

adaptación

Caso 10.

Paciente: F.R.M.

Sexo: Signos y síntomas indicadores de las etapas:

Edad: 40 años.

Estado: temor, miedo, llanto, reserva, tristeza, hablaba poco, aislado, pensativo.

Religión: católico.

Ocupación: campesino.

Px.: fatal

Evolución real del pronóstico en este paciente: 2 meses

No. de entrevistas: 10.

Paciente que al conocer su estado se observa confuso, nervioso angustiado; dice que no, que no es verdad lo que le dicen, ansiedad presenta crisis de llanto y pide que hagan algo por curarlo que no cree que él se vá a morir. Luego los siguientes 15 días presentó una mezcla de los signos y síntomas anteriores y a los cuales se les agregó enojo, ira y agresividad con el mismo por no poder hacer nada y con los demás porque no hacían nada por evitar que eso le estuviera pasando a él. Así evolucionó su fase de DESESPERACION. Al siguiente mes presenta crisis de llanto frecuentes, se muestra triste, se aísla de familiares y demás personas; se observa pensativo y elude cualquier conversación o intento de la misma. Esta etapa de DEPRESION se volvió mas evidente los siguientes 15 días al exacerbars los síntomas ya citados y nunca dijo o manifestó haber aceptado su enfermedad y el final de la misma.

Paciente: F.R.M.

Sexo: masculino. *confusión, aislamiento, angustia, negación, llanto, incredulidad*

Edad: 40 años. *ira, llanto, tristeza, aislamiento, pensativo*

Estado civil: casado.

Religión: católico.

Ocupación: campesino.

Dx.: Ca hepático.

Px.: fatal.

Evolución real del pronóstico en este paciente: 2 meses.

No. de entrevistas: 10.

Paciente que al conocer su estado se observa confuso, nervioso y angustiado; dice que no, que no es verdad lo que le dicen, enseguida presenta crisis de llanto y pide que hagan algo por curarlo que no cree que él se vá a morir. Luego los siguientes 15 días presentó una mezcla de los signos y síntomas anteriores y a los cuales se les agregó enojo, ira y agresividad con el mismo por no poder hacer nada y con los demás porque no hacían nada por evitar que eso le estuviera pasando a él. Así evolucionó su fase de DESESPERACION. Al siguiente mes presenta crisis de llanto frecuentes, se muestra triste, se aísla de familiares y demás personas; se observa pensativo y elude cualquier conversación o intento de la misma. Esta etapa de DEPRESION se volvió mas evidente los siguientes 15 días al exacerbarse los síntomas ya citados y nunca dijo o manifestó haber aceptado su enfermedad y el final de la misma.

Etapas:

desesperación

depresión

Signos y síntomas indicadores de las etapas:

Paciente: G.G.M.

Sexo: confusión, nerviosismo, angustia, negación, llanto, incredulidad, enojo, ira, agresividad, llanto, tristeza, aislamiento, pensativo.

Estado civil: soltera.

Religión: católica

Ocupación: empleada

Número de entrevistas

Paciente que al recibir la noticia presenta crisis de llanto, después de un rato se le ve ansiosa, angustiada, pide que no la vayan a dejar sola porque tiene miedo, quiere que siempre la estén acompañando y habiéndole pero no de su enfermedad y así pasa los primeros 22 días. Los siguientes 15 días permanece durmiendo mucho y al despertar vuelve a pedir que no la vayan a dejar sola: se ve triste, llora y no desea comer. A 8 días de su final pide un sacerdote y después de ello se le ve mas tranquila, serena y hasta parece aceptar lo que le está sucediendo.

Etapas

desesperación
depresión
adaptación

Signos y síntomas indicadores de las etapas

angustia, miedo, tristeza, anorexia, tranquilidad,

Caso 11.

Paciente: G.G.M.
Sexo: femenino.
Edad: 36 años.
Estado civil: soltera.
Religión: católica.
Ocupación: empleada.

Dx.: Ca.

Px.: variable.

Evolución real del pronóstico: 1 mes 15 días.

Número de entrevistas 7

Paciente que al recibir la noticia presenta crisis de llanto, después de un rato se le vé ansiosa, angustiada, pide que no la vayan a dejar sola porque tiene miedo; quiere que siempre la estén acompañando y hablándole pero no de su enfermedad y así pasa los primeros 22 días. Los siguientes 15 días permanece durmiendo mucho y al despierta vuelve a pedir que no la vayan a dejar sola: se vé triste, llora y no desea comer. A 8 días de su final pide un sacerdote y después de ello se le ve mas tranquila, serena y hasta parece aceptar lo que le está sucediendo.

Etapas:

desesperación

depresión

adaptación

Etapas:

Signos y síntomas indicadores de las etapas:

depresión

llanto, ansiedad, angustia, miedo, tristeza, anorexia, tranquilidad, serenidad, resignación.

Paciente: F.P.G.
Sexo: masculino.
Edad: 33 años.
Estado civil: casado.
Religión: católico.
Ocupación: campesino.

Dx.: septicemia.

Px.: variable.

Evolución real del pronóstico: 1 mes.

No. de entrevistas: 7.

Paciente que al conocer su enfermedad asume una actitud de reserva, callado, apenas si habla un poco, se ve triste pensativo como resignado y prefiere no hablar de ningún tema. Pide que no haya visitas y que si es posible lo dejen sólo lo más que se pueda. El paciente inicia con la fase de DEPRESION la cual dura 8 días más o menos. Luego se vé angustiado, inquieto, ansioso y pide constantemente que le ayuden, que se haga algo por él, se muestra enojado al saber que nada se puede hacer, se vé de mal humor al saber que de nada sirve lo que se le hace. Esta etapa de DESESPERACION dura 5 días y nuevamente pasa a una fase de DEPRESION con manifestaciones de tristeza y llanto asumiendo de nuevo una actitud de reserva y aislamiento. Se niega a hablar por completo y ante las insistencias se vuelve indiferente. No muestra signos de adaptación.

Etapas:

desesperación
depresión

Signos y síntomas indicadores de las etapas:

reservado, callado, triste, pensativo, resignado, soledad, angustia, inquietud, ansiedad, enojo, de mal humor, tristeza, llanto, indiferencia.



resignado, ya no llora y parece aceptar tanto su enfermedad como el final

fase de ADAPTACION.

Paciente: T.M.C.
Sexo: femenino.
Edad: 39 años.
Estado civil: casada.
Religión: católica.
Ocupación: ama de casa.

Dx.: Ca metastásico (estómago)

Px.: fatal.

Evolución real del pronóstico: 2 meses 15 días.

No. de entrevistas: 12.

Al conocer la noticia la paciente se observa nerviosa con temor y llora. Durante el mes siguiente se nota inquieta, angustiada, no habla mucho, cuando lo hace es para decir que no puede creer que eso le esté pasando a ella o en otras pocas ocasiones dice sentirse 'desesperada' al no poder hacer nada para evitar lo que le está sucediendo. Los síntomas y signos en éste período coinciden con la etapa de DESESPERACION. Luego se hace manifiesta la etapa de DEPRESION con llanto frecuente y momentos de aislamiento; después de 15 días la depresión se hace más profunda, se nota mucha tristeza en sus ojos y llora frecuentemente. 8 días antes de fallecer pide hablar con un sacerdote y posteriormente se ve más resignada, ya no llora y parece aceptar tanto su enfermedad como el final de la misma ya que hasta ella participaba en comentarios sobre lo mismo; fase de ADAPTACION.

Etapas:

desesperación
depresión
adaptación

Signos y síntomas indicadores de las etapas:

nerviosismo, temor, llanto, inquietud, angustia, callada, negación, aislamiento, tristeza, resignación, aceptación.

Inicio del duelo psicológico: 1 mes 15 días

Paciente que al recibir la noticia se observa confuso, nervioso, temeroso, manifiesta no saber qué hacer o qué decir. Los siguientes 15 días se ve ansioso, angustiado y dice no creer lo que le está pasando, contradice diciendo que sí que tal vez sí se recupera si se trata de un cáncer. Esta fase de DESESPERACIÓN da lugar a la etapa de NEGACIÓN. Al pasar a esta se observa muy triste, no desea comunicarse con nadie, vive en sus propias ocaciones; dice que él quiere estar solo, no quiere que nadie le vea y sonríe, esto durante 15 días. Manifiesta deseo de poder hacer algo importante para arreglar sus asuntos espirituales y así estar tranquilo. Durante los últimos 8 días aparentemente entra en la etapa de ACEPTACIÓN.

desesperación

depresión

adaptación

Caso 14.

Paciente: F.T.O.
Sexo: masculino.
Edad: 46 años.
Estado civil: casado.
Religión: católico.
Ocupación: comerciante.

Dx.: pancreatitis.

Px.: variable.

Evolución real del pronóstico: 1 mes 15 días.

No. de entrevistas: 8

Paciente que al recibir la noticia se observa confuso, nervioso y temeroso manifiesta no saber qué hacer o qué decir. Los siguientes 22 días se vé ansioso, angustiado y dice no creer que vaya a morir y se contradice diciendo que sí; que tal vez si pero que a lo mejor no es cierto. Esta fase de DESESPERACION da lugar a la de DEPRESION durante la cual se observa muy triste, no desea comunicarse con nadie, llora en muchas ocasiones; dice que el quiere estar sólo, no quiere que nadie le hable, todo ésto durante 15 días. Manifiesta deseos de querer hablar con un sacerdote para arreglar sus asuntos espirituales y así sentirse mas tranquilo. Durante los últimos 8 días aparentemente entra en la fase de ADAPTACION.

Etapas:

desesperación
depresión
adaptación

Signos y síntomas indicadores de las etapas:

confuso, nervioso, temeroso, ansioso, angustiado, incrédulo, contradicción, tristeza, callado, llanto, tranquilidad, resignación, aceptación.

nórticos, 1 mes 22 días

en apariencia. Los siguientes 15 días se los pasa de nuevo indiferente de lo que le hacen le satisface, le pasa renunciando a que a él le sucedan esas cosas, se ve angustiado, inquieto, con mucho llanto. En esta etapa se sucede la etapa de DESESPERACIÓN. Luego sigue un período de transición que dura 15 días en el cual se ve indiferente ya que no se interesa con nada de lo que le dicen y ni y pensativo esto mas o menos dura 15 días. Después se manifiesta la etapa de DEPRESIÓN en la cual se muestra este estado reservado, busca mucho la soledad, no comenta nada, ni participa en ningún comentario, luego esta etapa se profundiza exacerbándose más sus signos y síntomas. Los últimos 15 días entra en una fase de aceptación y refiere que si no se puede hacer nada, que pase lo que tiene que pasar, fase de ADAPTACIÓN.

desesperación
depresión
adaptación

Paciente: E.H.A.
Sexo: masculino.
Edad: 42 años.
Estado civil: casado.
Religión: católico.
Ocupación: obrero.

Dx.: vrices esofágicas.

Px.: variable.

Evolución real del pronóstico: 1 mes 22 días.

No. de entrevistas: 10.

Paciente que al conocer sobre su enfermedad se observa tranquilo en apariencia. Los siguientes 15 días se los pasa de mal humor, nada de lo que le hacen le satisface, la pasa renegando de que a él le sucedan esas cosas, se ve angustiado, inquieto, con mucho enojo. Hasta aquí se sucede la etapa de DESESPERACION. Luego sigue un lapso de transición que durará 15 días en el cual se ve indiferente ya que no se interesa por nada de lo que le dicen y muy pensativo esto mas o menos dura 15 días. Después se manifiesta la etapa de DEPRESION en la cual se muestra triste, callado, reservado, busca mucho la soledad, no comenta nada, ni participa en ningún comentario, luego ésta etapa se profundiza exacerbándose más sus signos y síntomas. Los últimos 15 días entra en una fase de aceptación y refiere que si no se puede hacer nada; que pase lo que tiene que pasar, fase de ADAPTACION.

Etapas:
desesperación
depresión
adaptación

Signos y síntomas indicadores de las etapas:

Padre: H N C

Sexo: mal humor, insatisfacción, reniega, angustia, inquieto, enojo, indiferencia, desinterés, pensativo, triste, callado, reservado, resignación, aceptación.

Religión: católico

Ocupación: obrero

Se muestra pasivo de desánimo, inseguro, guarda silencio y no permanece durante el siguiente mes, evitando tocar el tema, mal humor, refiere que nada le satisface, ni lo que dice, ni lo que hace. Se ve como nervioso, inquieto y angustiado. Se pasa el periodo de DESESPERACIÓN. Durante el mes y medio que sigue habla mucho de todo se lamenta y de todo se queja, se le ve muy triste, pensativo, continúa de interés hacia todo, presenta anorexia, adinamia, anorexia e insomnio y se le ve llorar esto sucede en la etapa de DEPRESIÓN. El último mes anti un estado como de resignación, él mismo lo refiere que ya pasara lo que fuera, que más pronto mejor, Etapa de ADAPTACIÓN. Incluso de vital más

desesperación
depresión
adaptación



Paciente: H.N.C.

Sexo: masculino.

Edad: 59 años.

Estado civil: casado.

Religión: católico.

Ocupación: obrero.

Dx.: Ca metastásico (próstata).

Px.: variable.

Pronóstico real en este paciente: 3 meses 15 días.

No. de entrevistas: 14.

Paciente que al recibir la noticia se queda sin poder hablar, sólo tartamudea palabras de desaliento, enseguida guarda silencio y así permanece durante el siguiente mes; evitando tocar el tema y de muy mal humor, refiere que nada le satisface, ni lo que dice, ni lo que hace. Se vé como nervioso, inquieto y angustiado. Así pasa el período de DESESPERACION. Durante el mes y medio que sigue habla muy poco, de todo se lamenta y de todo se queja, se le ve muy triste, pensativo, con falta de interés hacia todo, presenta astenia, adinamia, anorexia e insomnio y se le ve llorar ésto sucede en la etapa de DEPRESION. El último mes entra en un estado como de resignación, él mismo lo refiere: que ya pasara lo que fuera, que más pronto mejor. Etapa de ADAPTACION, incluso de veía más tranquilo, más sereno.

Etapas:

desesperación

depresión

adaptación

Signos y síntomas indicadores de las etapas:

Paciente: T B V

Estado: desaliento, silencio, mal humor, insatisfecho, nervioso, inquieto, angustiado, triste, pensativo, desinterés, astenia, adinamia, anorexia, insomnio, llanto, resignación, tranquilo, sereno, aceptación.

Religión: católica.

Ocupación: ama de casa

Inicio a partir de:

Inicio real del pronóstico: 1 mes

Paciente que al conocer su diagnóstico presenta una crisis nerviosa grita y llora, enseguida se observa ansiosa, intranquila y angustiada por no saber qué hacer al no aceptar que eso le suceda a ella, tiene pendiente, aduce que tal vez el tiempo no le alcance para arreglar los asuntos. Durante los siguientes 15 días se enfoca en esto y se ve siempre ansiosa y preocupada. Hasta aquí se detecta su paso por la etapa de DESESPERACION. Después de haber arreglado sus asuntos se nota más

Etapas

desesperación;

adaptación

Signos y síntomas indicadores de las etapas

gritar, llanto, ansiedad, intranquilidad, angustia, desesperación, llanto, pensativa, espera, resignación, aceptación.

Paciente: T.G.V.
Sexo: femenino.
Edad: 32 años.
Estado civil: casada.
Religión: católica.
Ocupación: ama de casa.

Dx.: tumor cerebral maligno.

Px.: fatal a corto plazo.

Evolución real del pronóstico: 1 mes.

No. de entrevistas: 6.

Paciente que al conocer su diagnóstico presenta una crisis 'nerviosa' grita y llora, enseguida se observa ansiosa, intranquila y angustiada por no saber qué hacer al no aceptar que eso le suceda a ella, tiene pendiente, aduce que tal vez el tiempo no le alcance para arreglar los asuntos. Durante los siguientes 15 días se enfoca en esto y se vé siempre ansiosa y preocupada. Hasta aquí se detecta su paso por la etapa de DESESPERACION. Después de haber arreglado sus asuntos se nota más tranquila; muy callada y pensativa con una actitud como de espera. Etapa de ADAPTACION.

vé como más tranquila, su actitud es de resignación y ADAPTACION. Etapas: resistencia al desesperación adaptación

Signos y síntomas indicadores de las etapas:

gritar, llanto, ansiedad, intranquilidad, angustia, tranquilidad, silencio, pensativa, espera, resignación, aceptación.

Paciente: S.A.O.
Sexo: femenino.
Edad: 56 años.
Ocupación: hogar.
Estado civil: casada.
Religión: católica.

Dx.: gangrena gaseosa y diabetes.

Px.: variable.

Evolución real del pronóstico: 3 meses.

No. de entrevistas: 13.

Paciente que al conocer su pronóstico se niega a aceptarlo aduciendo que no entiende porqué a ella le sucede eso; se observa muy confusa y mezcla sentimientos de ansiedad y angustia con enojo e ira. Pide constantemente que se le ayude a salir bien de todo lo que le sucede y así permanece un mes en esta etapa de DESESPERACION. Posteriormente se queda mucho tiempo callada y sólo interviene en conversaciones cuando se le insiste en que lo haga. Tiene períodos frecuentes de llanto, se vé triste, en ocasiones indiferente a lo que acontece a su alrededor. En ésta etapa de DEPRESION durá aproximadamente 1 mes, después del cual se vé como más tranquila, su actitud es de resignación y ADAPTACION, pide un sacerdote y comenta que suceda lo que suceda ya no pondrá resistencia alguna.

Etapas:

- desesperación
- depresión
- adaptación

Signos y síntomas indicadores de las etapas:

negación, confusión, ansiedad, angustia, enojo, ira, callada, llanto, tristeza, indiferencia, tranquilidad, resignación, reconciliación, aceptación.

razón civil: bofetón

Evolución: real del pronóstico: 2 meses 8 días

Nº de entrevistas: 10

... siempre tranquilo, tranquilo todo, hasta parece alegre, siempre permaneció sonriente. Al indicarle el tratamiento se niega a someterse a él aduciendo que nada le servirá. Dice que prefiere permanecer el mayor tiempo en su casa y sólo acudir a revisión cuando se le indique. El mes y medio siguiente acudió a las citas de manera puntual y se mostraba igual que al principio, de aparente buen humor, solícito, condescendiente. Refiere que si le preocupaba su enfermedad pero que nada ganaba con angustiarse puesto que sabía que no era curable y que por tanto iba a tomarlo con calma. Al indicarle que era necesario internarse al mes y medio lo acepta y estuvo en el hospital con la misma actitud serena de siempre hasta el momento en que falleció.

Etapas

adaptación.

Paciente: R.G:M.

Sexo: masculino.

Edad: 35 años.

Estado civil: soltero.

Religión: católico.

Ocupación: maestro.

Dx.: SIDA.

Px.: fatal.

Evolución real del pronóstico: 2 meses 8 días.

No. de entrevistas: 10.

Paciente que al recibir la noticia permanece aparentemente tranquilo y habla mucho, pregunta todo, hasta parece alegre, siempre permaneció sonriente. Al indicarle el tratamiento se niega a someterse a él aduciendo que de nada le servirá. Dice que prefiere permanecer el mayor tiempo en su casa y sólo acudir a revisión cuando se le indique. El mes y medio siguiente acudió a las citas de manera puntual y se mostraba igual que al principio, de aparente buen humor, solícito, condescendiente. Refería que sí le preocupaba su enfermedad pero que nada ganaba con angustiarse puesto que sabía que no era curable y que por tanto iba a tomarlo con calma. Al indicarle que era necesario internarse al mes y medio lo aceptó y estuvo en el hospital con la misma actitud serena de siempre hasta el momento en que falleció.

Etapas:

adaptación.

Signos y síntomas indicadores de las etapas:

tranquilo, habla mucho, alegre, sonriente, negativo, buen humor, solícito, condescendiente, sereno.

haber de su ente

tranquilo, de muy mal humor, negativo, condescendiente, solícito, condescendiente, sereno. Esto sucede en la fase de DESESPERACIÓN la cual dura 22 días. Posteriormente sigue negativa a todo, no colabora en su tratamiento pero lo sigue en su manejo, muy tranquila, tiene muchos momentos de quedarse callada, en algunas relaciones pero no acepta hablar de su padecimiento. En esta fase de DEPRESIÓN dura 20 días, siempre en apuro por su enfermedad y evolución de la misma.

Etapas:

decepción

decepción

Signos y síntomas indicadores de las etapas:

angustia, ansiedad, intranquilidad, mal humor, reveses, negativista, callado, pensativo, llanto, tristeza.

Paciente: R.F.B.
Sexo: masculino.
Edad: 37 años.
Estado civil: casado.
Religión: católico.
Ocupación: empleado.

Dx.: Ca.

Px.: variable.

Evolución real del pronóstico: 1 mes.

No. de entrevistas: 6.

Paciente que al saber de su enfermedad e ingreso, se observa angustiado, ansioso, intranquilo, de muy mal humor, inquieto, no hace caso de lo que se le dice ni de ninguna indicación. Esto sucede en su fase de DESESPERACION la cual dura 22 días. Posteriormente sigue negativista a todo, no acepta colaborar en su tratamiento pero lo hace de manera mas tranquila, tiene muchos momentos de quedarse callado y pensativo, en ocasiones llora, no acepta hablar de su padecimiento, ni participa en pláticas. Se vé triste. Esta fase de DEPRESION dura 8 días. No acepta en apariencia su enfermedad y evolución de la misma.

Etapas:

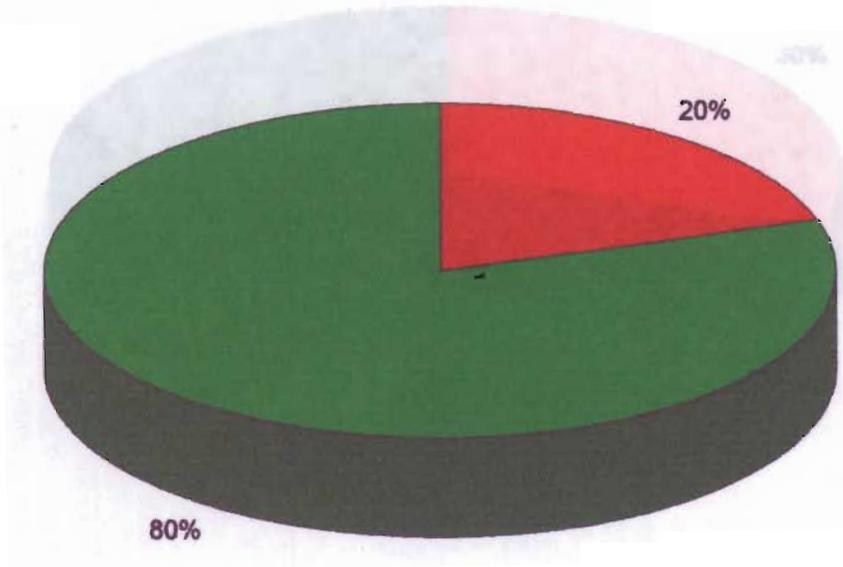
desesperación
depresión

Signos y síntomas indicadores de las etapas:

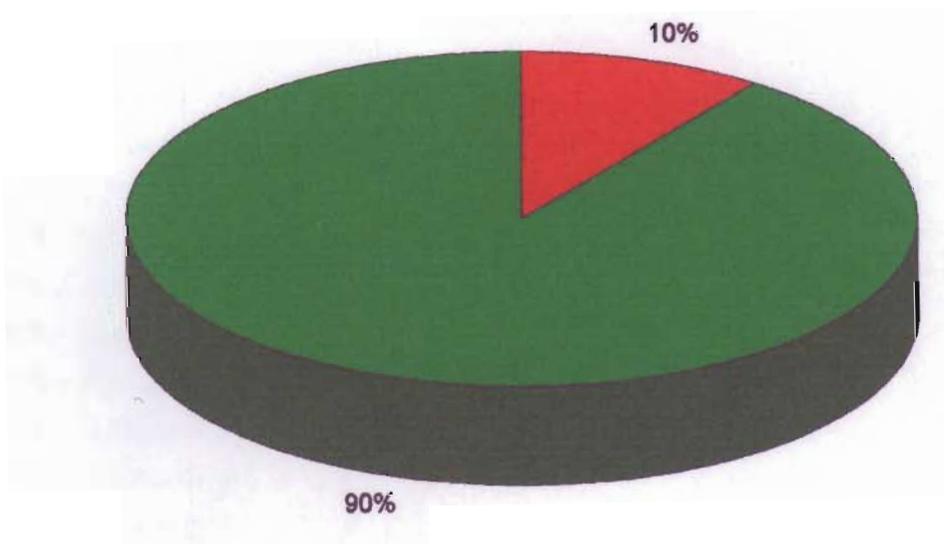
angustia, ansiedad, intranquilidad, mal humor, reniega, inquietud, negativista, callado, pensativo, llanto, tristeza.

RESULTADOS la etapa de ADAPTACION (20%)

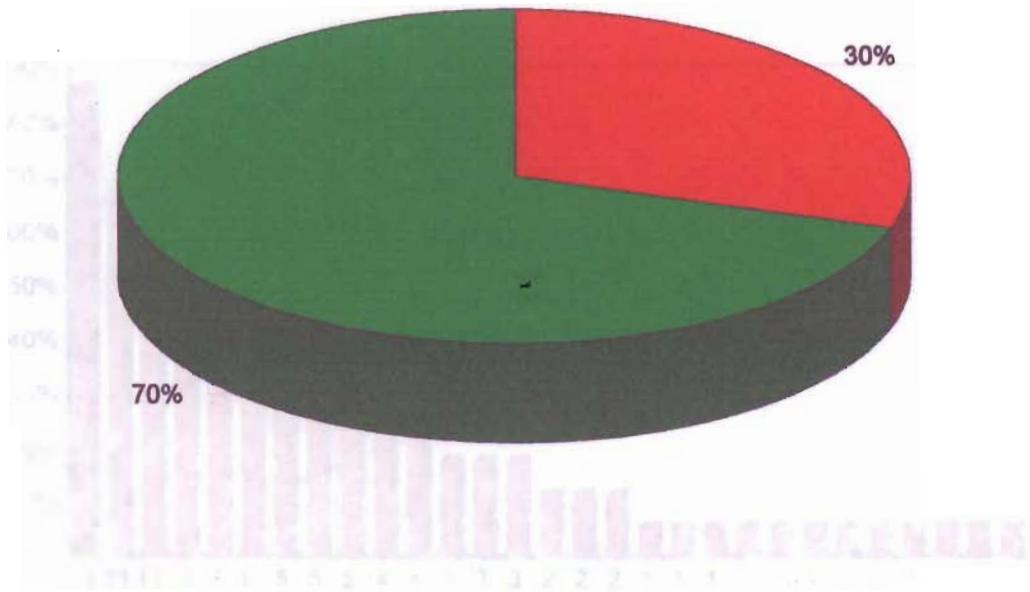
De 20 pacientes estudiados se encontró que:
16 pasaron por la etapa de DESESPERACION (80%)



18 pasaron por la etapa de DEPRESION (90%)

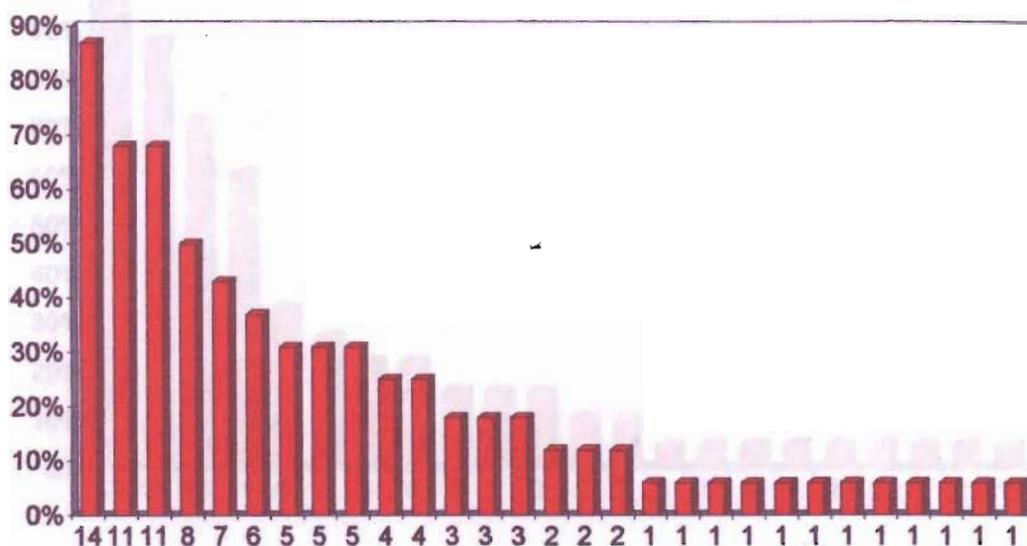


14 pasaron por la etapa de ADAPTACION (70%)



- 60% - 10 - 60 - 40
- 70% - 10 - 60 - 30
- 80% - 10 - 60 - 20
- 90% - 10 - 60 - 10
- 100% - 10 - 60 - 0
- 110% - 10 - 60 - 10
- 120% - 10 - 60 - 20
- 130% - 10 - 60 - 30
- 140% - 10 - 60 - 40
- 150% - 10 - 60 - 50
- 160% - 10 - 60 - 60
- 170% - 10 - 60 - 70
- 180% - 10 - 60 - 80
- 190% - 10 - 60 - 90
- 200% - 10 - 60 - 100

DE LOS 16 PACIENTES QUE PASARON POR LA ETAPA DE DESESPERACION PRESENTARON LOS SIGUIENTES SIGNOS Y SINTOMAS.

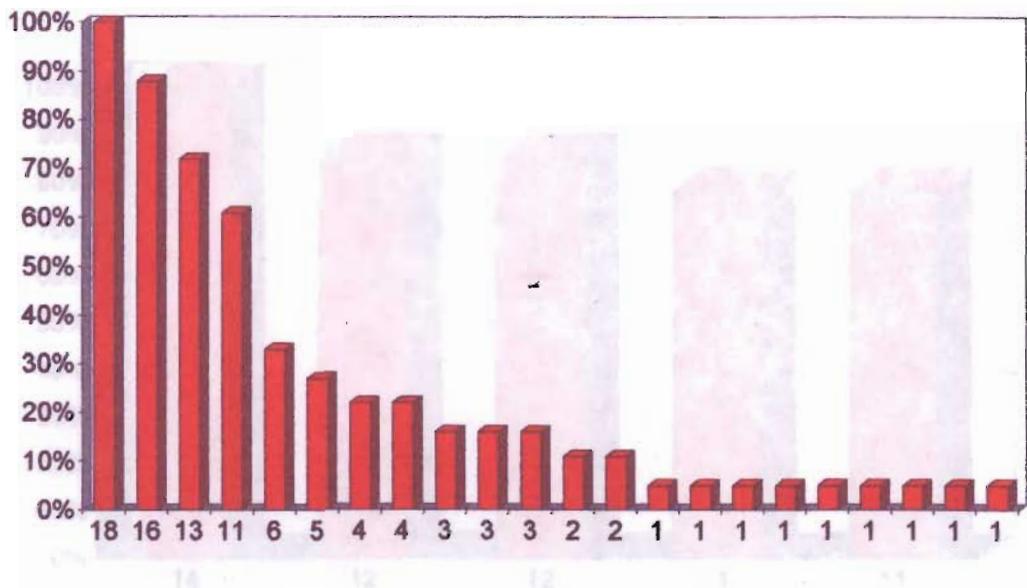


87% - 14 Angustia
 68% - 11 Negación
 68% - 11 Inquietud
 50% - 8 Ansiedad
 43% - 7 Llanto
 37% - 6 Enojo
 31% - 5 Temor
 31% - 5 Nerviosismo
 31% - 5 Confusión
 25% - 4 Miedo
 25% - 4 Ira
 18% - 3 Mal Humor
 18% - 3 Desconcierto
 18% - 3 Esperanza
 12% - 2 Renegar

12% - 2 Gritar
 12% - 2 Expectantes
 6% - 1 Deseos de Venganza
 6% - 1 Chantaje
 6% - 1 Duda
 6% - 1 Atónita
 6% - 1 Agresividad
 6% - 1 Incredulidad
 6% - 1 Desprecio
 6% - 1 Cinismo
 6% - 1 Devaluada
 6% - 1 Rechazo
 6% - 1 Vergüenza
 6% - 1 Impotencia

DE LOS 18 PACIENTES QUE PASARON POR LA ETAPA DE DEPRESION PRESENTARON LOS SIGUIENTES SIGNOS Y SINTOMAS.

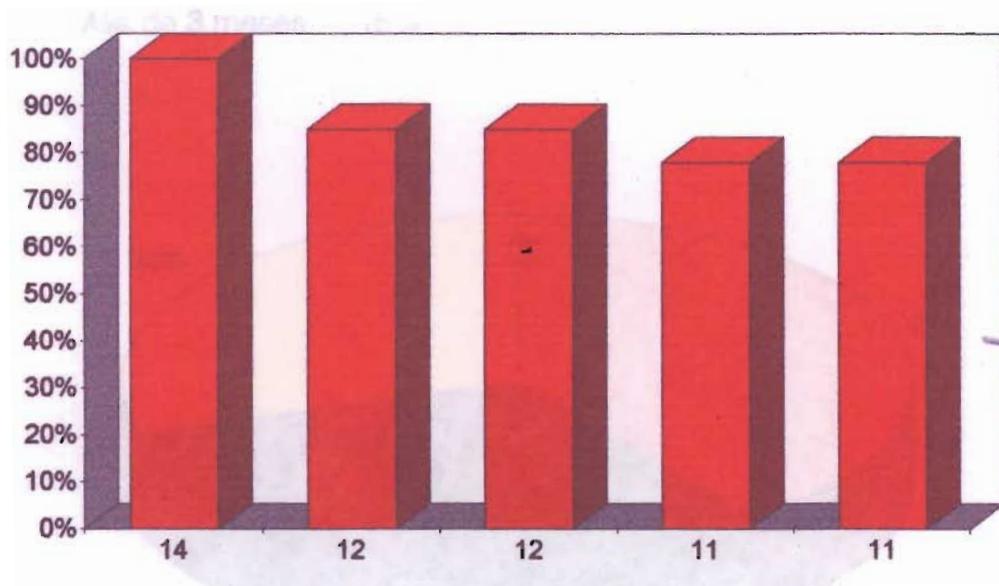
SIGNOS Y SINTOMAS



100% - 18 Tristeza
 88% - 16 Callado
 72% - 13 Llanto
 61% - 11 Pensativo
 33% - 6 Aislados
 27% - 5 Anorexia
 22% - 4 Reservados
 22% - 4 Soledad
 16% - 3 Insomnio
 16% - 3 Astenia
 16% - 3 Adinamia

11% - 2 Labilidad Emocional
 11% - 2 Angustia
 5% - 1 Desinterés
 5% - 1 Retraimiento
 5% - 1 Indiferencia
 5% - 1 Apatía
 5% - 1 Seriedad
 5% - 1 Pena
 5% - 1 Desaliento
 5% - 1 Ideas de Suicidio
 5% - 1 Falta de motivación para vivir

DE LOS 14 PACIENTES QUE PASARON POR LA ETAPA DE ADAPTACION DICIENDOLO O INFIRIENDOSE QUE ASI LO MANIFESTABA SU ACTITUD PRESENTARON LOS SIGUIENTES SIGNOS Y SINTOMAS.



100% - 14 Intróspección

85% - 12 Reconciliación

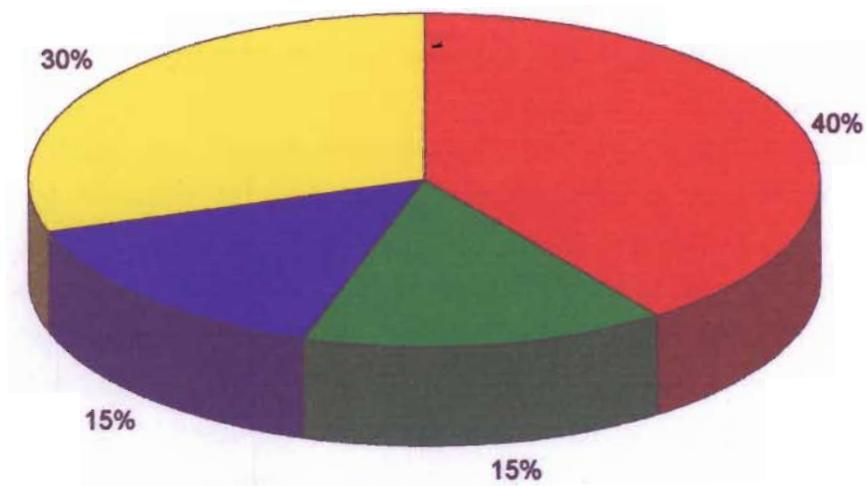
85% - 12 Tranquilidad

78% - 11 Resignación

78% - 11 Aceptación

Porcentajes del tiempo de evolución real del pronóstico.

De 1 mes	15%
De 1 a 2 meses	30%
De 2 a 3 meses	40%
Más de 3 meses	15%



Se iría en consecuencia de los resultados
de un estudio psicológico que los propios autores
de la obra que las personas cuidan...

Hay barridos que no pueden...
pero no se ha de olvidar el hecho de
que la vida la por sí es tan...
de otros sentimientos y ellos...
de un impacto fuerte que sufren...

Una causa que lleva a impedir el...
de una angustia...
depración dando paso a su...
tomando en cuenta que no hay mayor...
la enfermedad incurable y la amenaza de muerte.

CAPITULO V

También cabe señalar...
misma suele manifestarse en estos momentos...
religiosas genera tal paz interior que provoca un...
ante esta situación tan perturbadora. En cambio...
de estos recursos, la combinación fatal de...
y autocompasión consigue aislar y...
defensa y ello los conduce a una inmediata...

En cuanto al período de depresión...
personas que están a las puertas de la muerte casi por necesidad...
por ésta etapa; sin embargo, si hay excepciones y ésto se debe a que...
personas buscan mecanismos de defensa que les permiten superar...
apenas sentirla, dándose razones...
evitar la depresión, pues de ésta les serviría entrar en ella dado que...
ganarían.

Estas reflexiones les sirven de...
últimos momentos.

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Se infieren directamente de los resultados encontrados a través del análisis psicológico que los propios datos clínicos ofrecen y de ello se deduce el por qué las personas cursan o no por las diferentes etapas.

Hay pacientes que no pasan por la etapa de desesperación o que en ellos no se hace evidente el curso de ésta ya que la desesperación no se siente si ya su vida de por sí es tan desesperada que les impide darse cuenta de otros sentimientos y ello les ofrece una barrera que los protege de cualquier impacto fuerte que sufren, incluyendo el conocimiento de su propio final.

Otra causa que lleva a impedir el paso por la desesperación es el sufrir de una angustia tal que la persona se refugia directamente en la depresión, dando paso a su abatimiento por la pérdida que va a sufrir; tomando en cuenta, que no hay mayor afrenta a la experiencia humana, que la enfermedad incurable y la amenaza de muerte.

También cabe señalar que la formación religiosa o expresión de la misma suele manifestarse en éstos momentos. La convicción de prácticas religiosas genera tal paz interior que provoca un aporte de ánimo y firmeza ante esta situación tan perturbadora. En cambio cuando no se echa mano de éstos recursos, la combinación fatal de culpabilidad, desamparo, orgullo y autocompasión consigue aislar y malograr todo los sentimientos de defensa y ello los conduce a una irremediable desesperación.

En cuanto al período depresivo, se constata que la mayoría de las personas que están a las puertas de la muerte casi por necesidad pasan por ésta etapa; sin embargo, sí hay excepciones y ésto se debe a que las personas buscan mecanismos de defensa, que les permiten superarla, sin apenas sentirla, dándose razones válidas para ellos, que defienden, para evitar la depresión, pues de nada les serviría entrar en ella dado que nada ganarían.

Estas reflexiones les ayudan de alguna manera a sobrellevar éstos últimos momentos.

Hay personas que no llegan a pasar por el período de adaptación y esto se debe a que dado la diferencia en la personalidad de cada paciente, también difiere la asimilación que se hace a dicha etapa. Por tanto, cuando no se está satisfecho de la vida que han llevado, hay resistencia a la aceptación y hay un apego a la existencia y a las cosas materiales, adjudicándose responsabilidades o culpas al abandono a algo o alguien, razón que muchas veces es solo pretexto como refugio de su miedo al enfrentarse con la muerte.

No hay adaptación porque a pesar de que es muy común el hecho, nadie está preparado para morir, el desconocimiento de la muerte y el miedo que ella impone, provoca que las personas acepten o rechacen más fácilmente los cambios y transformaciones que se sufren en este cúlmen inexorable.

El proceso de duelo de la propia muerte es inherente al ser humano; y como hay rechazo ante la aceptación de la propia muerte, no se logra o es difícil llevar a cabo la elaboración del duelo por el paciente.

La muerte es un problema que cada persona aborda de forma individual y cada paciente reaccionará de acuerdo con sus convicciones y necesidades. Algunos pacientes consideran que la muerte es casi un alivio feliz del dolor torturante.

Finalmente se concluye aceptando la hipótesis alterna, que la presencia de una enfermedad terminal desencadena el proceso de duelo de la propia muerte.

CONCLUSIONES PERSONALES.

Al enterarse de la propia muerte, esto provoca en las personas un impacto emocional e intelectual que genera en su organismo un estado de alarma que cambia de forma rápida su entorno y lo más importante: el último período con que la persona cuenta.

Los pacientes con conocimiento del último recorrido de su vida se vuelven frágiles y aunque permanecen en un ambiente hospitalario, no tienen una atención adecuada, debido a que los medios y técnicas que se emplean para estos casos, son muy limitados, dado el alto costo que ello implica y el poco interés que suscita.

Los pacientes que son informados de su pronóstico lo recorren en menor tiempo del previsto. Porque enfrentarse con las intensas emociones relacionadas con los momentos que están pasando y unidas al sufrimiento que les implica la enfermedad somática, quedan física y emocionalmente exhaustos. Este excesivo gasto de energía trae como consecuencia el término anticipado.

Enfrentarse con la muerte es un acontecimiento habitual y exasperante que apesar de los grandes avances y experimentos científicos, el índice de mortalidad sigue siendo el 100 por 100.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.

No existen instrumentos de medición, únicamente se cuenta con la observación clínica y experiencia, por lo que los resultados obtenidos están estrechamente vinculados con las capacidades del investigador. Por lo tanto:

Por el momento no se pueden extraer resultados generalizables por ser un estudio pre-experimental y exploratorio.

Las sugerencias tanto a la comunidad científica como a los estudiantes son:

1.- La presencia de otro u otros investigadores que corroboren, deshechen y/o amplien las observaciones del experimentador. Elaborando un trabajo con las mismas características que el presente, con el objeto de conferir y/o rechazar sus resultados.

2.- Que en posteriores estudios se propongan las bases para medir confiable y sistemáticamente el proceso de duelo de la propia muerte a través del diseño de un instrumento propio y adecuado para estos fines.

3.- Asumir una actitud natural en el trato con los pacientes terminales es un criterio fundamental; tomando en cuenta que cualquiera de nosotros pudiésemos estar en una situación semejante.

11.- DE AJURIAGUERRA, J. *Manual de Psicología Infantil*. México, D.F. Ed. Massón, 1961.

12.- DUSSEL, E. *La producción teórica de Marx*. México, D.F. Ed. Siglo XXI, 1962.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- AFTERLINK, M., La Muerte. México, D.F., Ed. Botas, 1957.
- 2.- ARIES, P., El duelo y su elaboración. Barcelona, España, Ed. Ocampo, 1985
- 3.- AVER, A., La muerte y el morir. Caracas, Venezuela, Ed. Lagoven 1980, 3a. Edición.
- 4.- BAKAN, D., Enfermedad, dolor y sacrificio. México, D.F. Ed. Fondo de la Cultura Económica, 1979.
- 5.- BELLAK - SMALL, Psicoterapia breve y de emergencia. México, D.F. Ed. Pax, 1980.
- 6.- BLAUBERG, I., Compendio de Filosofía. México, D.F. Ed. Fondo de la Cultura Económica, 1984.
- 7.- CALDERON N., G., Depresión. México, D.F. Ed. Trillas, 1985.
- 8.- CAMUS, A., El Extranjero. México, D.F. Ed. Alianza, 1989.
- 9.- CECCATTY, M., La Vida. Barcelona, España, Ed. Roca, 1969.
- 10.- COOPER, D., La muerte de la familia. México, D.F. Ed. Fondo de la Cultura Económica, 1986.
- 11.- DE AJURIAGUERRA, J., Manual de Psiquiatría Infantil, México, D.F. Ed. Massón, 1991.
- 12.- DUSSEL, E., La producción teórica de Marx. México, D.F. Ed. Siglo XXI, 1962.

- 13.- FABRY, b. J., La búsqueda del significado. México, D.F. Ed Fondo de la Cultura Económica, 1990.
- 14.- FREUD, S., Duelo. Buenos Aires, Argentina, Ed. Amorrourtu, 1886-98, 10ª Edición, Tomo 1.
- 15.- FROMM, E., Ética y psicoanálisis. México, D.F., Ed. Fondo de la Cultura Económica, 1986.
- 16.- GAOS, J., Angustia. Madrid, España, Ed. Alianza, 1980.
- 17.- GODTSSELS, J. L., Biblia Temática, León, Gto. Ed. Arví, 1987. (no 1984)
- 18.- GUTIERREZ, A., Historia de Michoacán. Moreli, Mich., Ed. Centro Cultural Nicolaita, 1989.
- 19.- KENT, W., El hombre con Dios. Buenos Aires, Argentina, Ed. Aguilar, 1980.
- 20.- KOBLE, K., Psiquiatría. Madrid, España, Ed. Alhambra, 1964.
- 21.- KOLB - BRODIE, Psiquiatría Clínica. México, D.F., Ed. Interamericana, 1985.
- 22.- KUBLER - ROSS, E., On death and dying. Nueva York, Ed. Mc. Millán, 1969.
- 23.- KUBLER - ROSS, E., Una luz que se apaga. México, D.F., Ed. Pax, 1986.
- 24.- LAIN, P., La relación médico-enfermo. Revista de Occidente, 61 (agosto 1976), 6-13.

- 25.- LANDSBERG, P. L., Experiencia de muerte. Santiago de Chile, Ed. Cruz del Sur, 1962.
- 26.- M.FREEDMAN, A., Compendio de Psiquiatría, Barcelona España, Ed. Salvat, 1984.
- 27.- MOHR, B., Nilda. San Francisco, CA, Ed. Atenea, 1976.
- 28.- N. KERLINGER, F., Investigación del comportamiento. México, D.F., Ed. Interamericana, 1984.
- 29.- NIETO, E., Muerte y cultura. Rev. Médico Moderno, 11, (Junio 1984), 20-22
- 30.- NILS, CH., Los límites del dolor México, D.F., Ed. Fondo de la Cultura Económica, 1986.
- 31.- SAHLER, O. J., El niño y la muerte. México, D.F., Ed. Alhambra, 1983.
- 32.- PHILIP, S., Manual de psiquiatría. México, D.F., Ed. Manual Moderno, 1976.
- 33.- PICK-LOPEZ, Como investigar en ciencias sociales. México, D.F., Ed. Trillas, 1988.
- 34.- POUPARD, P., Diccionario de las Religiones, Barcelona, España, Ed. Herder, 1990.
- 35.- RAMIREZ, I., Ritos y tradiciones. Guanajuato, Gto, Centro Cultural de Guanajuato, 1983.
- 36.- REVUELTAS, J., El luto humano. México, D.F., Ed. Era, 1985.

37.- RICCIARDI-HURALT, Biblia Latinoamericana. Madrid, España, Ed. Carasa, 1974.

38.- SARTRE, J.P., El existencialismo es un humanismo. México, D.F., Ed. 5º Sol, 1985.

39.- SHERMAN, A., La vida después de la muerte. México, D.F., Ed. Diana, 1990.

40.- SILVER, R., El paciente moribundo: punto de vista de un clínico. American Journal of Medicine (ed. española), 100, (febrero 1980), 11-18.

9.- Vivencias

ANEXO: 1 - Religión

¿a qué religión pertenece?

TEMAS A TRATAR EN LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.

- 1.- Ficha de identificación.
- 2.- ambiente familiar (exploración de datos relevantes).
- 3.- Datos importantes en la etapa escolar.
- 4.- Impresiones diagnósticas de las personalidades de los pacientes.
- 5.- actitudes: *pre hablar acerca de su muerte*
 - a) de la familia ante muertes anteriores.
 - b) del paciente ante muertes ya ocurridas.
 - c) de familiares ante la inminente muerte del paciente.
 - d) del paciente ante su inminente muerte.

- 6.- Etapas del duelo por las que pasa
 - desesperación.
 - depresión.
 - adaptación.
 - exploración de cada uno de los signos y síntomas clínicamente significativos.

- 7.- Proyectos a futuro.
 - a) preocupaciones.
 - b) deseos.
 - c) actitud ante ello.

- 8.- Herencia.
 - * arreglo de sus negocios.
 - * pendientes por resolver.

- 9.- Vivencias.
 - a) como se vive en cuanto al aspecto social.
 - b) psicológicamente como se encuentra.
 - c) lenguaje no verbal.

10.- Religión.

- a) a que religión pertenece.
- b) investigación de su religión ante la muerte.

11.- Generales.

- a) le hubiera gustado que le ocultaran la verdad.
- b) siente miedo ante lo que le está sucediendo.
- c) quiere hablar acerca de su muerte.