

60



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



TANATOLOGIA: UNA ALTERNATIVA DE HUMANIZACION DE LA LABOR TERAPEUTICA DEL PSICOLOGO EGRESADO DE IZTACALA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

CESAR ELIZALDE GARCIA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. ANA LUISA GONZALEZ CELIS RANGEL

SINODALES:

DR. EDGARDO RUIZ CARRILLO

MTRA. ROSA ISABEL ESQUIVEL HERNANDEZ

SUPLENTES:

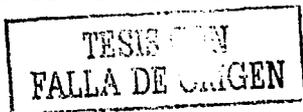
MTRA, MARTHA ELBA ALARCON ARMENDARIZ

DR. JOSE DE JESUS VARGAS FLORES



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO 2002





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: César Ezequiel García

FECHA: 11/01/2008

FIRMA: [Firma manuscrita]

ESTADO
DE LA BIBLIOTECA

*Hay momentos en la vida
en los que extrañas tanto a algunas personas,
que quisieras sacarlas de tus sueños y
envolverlas en un abrazo.
Sueña lo que deseas soñar;
ve a donde deseas ir;
se lo que deseas ser,
porque solamente tienes una vida
y una oportunidad para hacer las cosas que deseas hacer.
Ten la suficiente felicidad que te haga dulce;
los suficientes tropiezos que te hagan fuerte;
la suficiente tristeza que te haga humano;
y la suficiente esperanza que te haga feliz.
Siempre ponte en los zapatos de otras personas.
Si sientes que te duele,
probablemente le dolerá a esa persona también.
La mayoría de la gente feliz
no necesariamente tienen todas las cosas
que aparecen a lo largo de su camino.
La felicidad existe
para aquéllos que lloran,
aquéllos que les duele,
aquéllos que han buscado,
aquéllos que han tropezado;
porque ellos pueden apreciar
la importancia de las personas
que han tocado sus vidas.
Es importante estar reconciliado con tu historia,
con lo que te ha tocado vivir,
sólo así podrás ser feliz en plenitud.
Da gracias por ser quien eres y por lo que tienes,
por lo que te tocó vivir,
que es la mejor de las experiencias que pudiste tener.
Por los ángeles que te has topado a lo largo de tu vida... y el día de hoy.*

DEDICATORIA

A la muerte:

*Por permitirme vivir lo suficiente
para conducir este proyecto,
por enseñarme a vivir con intensidad,
por darme la oportunidad de experimentar
lo que es sentirse vivo y
por rodearme de tantos ángeles durante mi vida.*

A la vida:

*Por rodearme de amistad y amor,
por permitirme conocer lo bueno y lo malo,
por llenarme de la suficiente ingenuidad y pasión
para continuar sorprendiéndome con ella y disfrutarla.*

A mi familia:

*Por no perder la fe en mí y
por no permitir que yo mismo la perdiera,
por apoyarme en los momentos difíciles y
por amarme.*

A mis amigos:

*Por su incondicional apoyo y amistad,
su constante contribución
en mi crecimiento personal y
su entusiasmo por vivir.*

Tanatología: Una alternativa de humanización de la labor terapéutica del psicólogo egresado de Izacala
César Elizalde García

A Evarista:

*Por su alegría y esperanza,
su sinceridad y cariño,
por ser parte de mi inspiración y
porque aunque ya no esté,
estoy seguro que donde se encuentre,
se alegrará con este nuevo logro.*

A Ana Luisa:

*Por sus sugerencias, orientación y paciencia
para desarrollar este proyecto,
por ser un ejemplo de persistencia, dedicación y amor
a la profesión y a nuestros semejantes.*

A Rosy:

*Por sus acertadas observaciones y sugerencias
que enriquecieron este proyecto,
por su carisma y transparencia personal que la hace
uno de los seres más hermosos que he conocido.*

A la Universidad Nacional Autónoma de México

*Por darme la oportunidad
de cristalizar este proyecto,
esperando sea el primero
de una larga serie.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1	
LA MUERTE Y LOS MEXICANOS	
1.1 LA MUERTE EN LA PREHISTORIA.....	8
1.2 MAYAS Y AZTECAS: DOS MANERAS DE VIVIR LA MUERTE.....	9
1.3 CONCEPCIÓN DE LA MUERTE A PARTIR DE LA CONQUISTA.....	20
CAPÍTULO 2	
LA MUERTE EN EL MÉXICO ACTUAL	
2.1 DEFINICIONES.....	24
2.2 CALIDAD DE VIDA Y MUERTE.....	34
2.3 MÉXICO: TRADICIONES Y RITOS EN TORNO A LA MUERTE.....	45
CAPÍTULO 3	
TANATOLOGÍA: EL ARTE DE APRENDER A VIVIR BIEN PARA MORIR BIEN	
3.1 RESURRECCIÓN DE LA MUERTE: ORÍGENES DE LA TANATOLOGÍA.....	48
3.2 DEFINICIÓN, OBJETO DE ESTUDIO Y OBJETIVOS DE LA TANATOLOGÍA.....	52
3.3 EL PACIENTE TERMINAL.....	56
3.4 CARACTERÍSTICAS Y HABILIDADES DEL TANATÓLOGO.....	59
3.5 ¿QUIÉNES PUEDEN SER TANATÓLOGOS?.....	63
CAPÍTULO 4	
MUERTE Y PSICOLOGÍA	
4.1 ACTITUDES ANTE LA MUERTE.....	66
4.2 MIEDO A LA MUERTE.....	74
4.3 EL DUELO.....	80

4.4 ALTERNATIVAS TANATOLÓGICAS PARA ENFRENTAR LA MUERTE.....96

CAPÍTULO 5

INGRESO DEL PSICÓLOGO A LA TANATOLOGÍA

5.1 BREVE RESEÑA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.....102

5.2 PLAN DE ESTUDIOS DE LA FES IZTACALA: CARACTERÍSTICAS Y HABILIDADES DE SUS PSICÓLOGOS.....110

5.3 PSICOLOGÍA CLÍNICA Y TANATOLOGÍA: UNA CONVERGENCIA EN POS DE UN TRATO HUMANO A LOS USUARIOS.....117

CONCLUSIONES.....127

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....132

RESUMEN

En la presente revisión teórica el objetivo a seguir fue conjugar las habilidades del tanatólogo con las del psicólogo para obtener un estilo terapéutico en el que este último es sensible a los problemas del usuario y abandona su papel directivo depositando la responsabilidad de hacer los cambios pertinentes en el último con lo cual el terapeuta asume el rol de facilitador de cambios y no de hacedor de ellos.

Para cumplir este objetivo se efectuó una revisión del concepto de muerte en nuestro país desde la época prehistórica y prehispánica, pasando por la época colonial hasta llegar a la actualidad, todo ello con la intención de contextualizar el desarrollo de la tanatología en nuestro país así como de comprender las particularidades que los mexicanos han desarrollado respecto a la dimensión psicológica referente a la muerte.

Posteriormente, se hace una revisión y análisis de la evolución de la psicología clínica a nivel mundial y en México, particularizando en la formación de los psicólogos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), dependencia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

A partir de ello se realiza una crítica al actual ejercicio terapéutico y se proponen una serie de características tanto científicas como humanas con las que debe contar el terapeuta, las cuales le permitirán dar origen a una psicología crítica.

Se concluye que, dada la formación científica del psicólogo, ha dado mayor importancia a su preparación técnica, dejando en un segundo plano su preparación humana la cual comprende la confrontación y resolución de sus problemas personales así como la práctica de la compasión por sus semejantes.

Para salvar este obstáculo es de vital importancia que el psicólogo no sólo se concentre en su formación técnica, sino también en la humana y para ello habrá de confrontar sus demonios desde el inicio de su preparación pues así, no sólo evitará ver reflejadas sus problemáticas en las de los usuarios, también le será sencillo aceptar sus sentimientos y establecer relaciones empáticas.

Palabras clave: tanatología, habilidades terapéuticas, perfil del psicólogo.

INTRODUCCIÓN

La asesoría terapéutica es una de las actividades tradicionales que ejercen los psicólogos, lo cual, probablemente la convierte en uno de los principales ejes de su preparación profesional y personal, así como en un espacio a través del cual el psicólogo encuentra la posibilidad de mantener contacto directo con la comunidad a la cual se ha propuesto servir.

De acuerdo con López (2001), dentro del campo clínico, el psicólogo dirige sus actividades a la evaluación y tratamiento de personas o grupos que tienen problemas emocionales y/o de adaptación, enfocándose en las problemáticas individuales de los sujetos y en aquellas que se derivan de sus interacciones con el medio ambiente.

Las características de la práctica terapéutica que efectúe el psicólogo, dependerán esencialmente del marco teórico mediante el cual se oriente y las técnicas de intervención con las que cuente.

En el caso del psicólogo egresado de Iztacala, al concluir su formación profesional cuenta con una serie de competencias genéricas las cuales en base a sus funciones como profesional le permiten dirigir sus actividades y utilizar adecuadamente sus conocimientos.

Dichas funciones son:

- **Detección:** En ésta a través de la entrevista y la observación se evalúan e identifican déficits comportamentales los cuales son sustituidos por formas de comportamiento que socialmente son deseables o potencialidades cuyo desarrollo es requerido para satisfacer necesidades individuales o sociales.
- **Prevención:** Mediante la identificación de las variables que participan en la ocurrencia de un fenómeno y su interacción, se puede predecir lo que ocurrirá bajo ciertas condiciones, posibilitando así que exista un manejo de las mismas con el cual se pretende evitar la aparición de un acontecimiento no deseado.
- **Planeación:** Se refiere al diseño de ambientes, predicción de problemas a mediano y largo plazo y difusión de algunas actividades profesionales de apoyo entre personal paraprofesional y no profesional (Granados y Rodríguez, 2001).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Desarrollo: Mediante él se promueven cambios a nivel individual o grupal que posibiliten la aparición de comportamientos que cumplan los objetivos individuales y grupales.
- Intervención: En ella el psicólogo actúa y ayuda en la solución de problemáticas concretas y presentes, mediante el uso de las habilidades con las que se cuenta, las cuales son respaldadas por el conocimiento y manejo de un marco teórico y metodológico a través del cual se brindan soluciones creativas y únicas para esa problemática en particular.
- Investigación: Esta función se dirige a la evaluación controlada de instrumentos de medida, el diseño de tecnología y al establecimiento de habilidades interdisciplinarias en el área de salud y del cambio social.

El psicólogo debe identificar cuáles son las habilidades con las que él cuenta ya que es de vital importancia pues ésto le facilitará el ejercicio de su profesión y le mantendrá en claro cuales son las actividades que debe y puede realizar.

En el caso de la asesoría terapéutica, la competencia de la cual hace mayor uso el psicólogo básicamente es la de intervención ya que actúa como un facilitador de cambios en las problemáticas presentes de los usuarios brindandóles una serie de comportamientos y/o habilidades alternativos con los cuales se solucionen las mismas.

Con lo mencionado anteriormente, se justifica la utilidad y existencia del terapeuta, sin embargo, cabe agregar que toda la serie de cambios que el psicólogo facilite deben buscar promordialmente el bienestar del o los usuarios.

Esto último nos remite a una disyuntiva que con frecuencia se encuentran gran parte de los terapeutas, ésto es, la sensibilización que existe por parte de éstos frente a las problemáticas que reportan los usuarios.

Es cierto que durante su preparación, el psicólogo conoce toda una serie de conceptos que le facilitan y permiten categorizar los comportamientos, emociones, sensaciones y pensamientos que el usuario experimenta antes, durante y después del evento problema pero, uno de los principales y más comunes errores del terapeuta es tomar estas categorías como si fueran el usuario en sí, convirtiéndolo con ello en una categoría más del universo del conocimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al concebir inintencionalmente al usuario como una categoría, el terapeuta comienza a tratarlo como tal terminando así con la relación de ser humano a ser humano, es decir, le deshumaniza y con ello, se vuelve aún más difícil que el primero exprese sus emociones y sentimientos. Este tipo de relación podría explicar el por qué existe un alto índice de deserción de la asesoría psicológica.

Lo anterior, es apoyado por Elías (1987), quien acertadamente señala que la forma de vida de la actual civilización exige y genera un grado bastante alto de automática reserva ante la expresión de emociones y afectos espontáneos fuertes entre las personas, quienes sólo pueden superar esta barrera cuando se encuentran bajo gran presión.

Por su parte, Ortiz (2000) menciona que nos encontramos en una era en la que se han logrado avances tecnológicos y médicos que resultan impresionantes pero, de acuerdo con ella, con todos estos avances lo más increíble es que la raza humana está perdiendo algo muy importante y vital: su humanidad. Esto se refleja en su insensibilidad frente al dolor de las personas, en la indiferencia a éstas ante situaciones difíciles y precarias.

El psicólogo como miembro de esta civilización no queda exento a esta deshumanización, sólo que él tiene la posibilidad de ocultarla bajo la careta de los conceptos y las categorías.

Como profesional que jura ayudar y servir a la comunidad, el psicoterapeuta debe recordar en todo momento su propia condición como ser humano, pues sólo así podrá tratar a los usuarios como sus semejantes y no como otra categoría de análisis más; sería sensible a sus problemáticas y les permitiría desempeñar un papel realmente activo en la solución de las mismas; haría a un lado la relación de poder que se suscita dentro de la asesoría terapéutica en la que él es quien "sabe" y quien posee el conocimiento, motivo por el cual con base en lo que cree, decide qué "es lo mejor para el usuario", mientras que este último, dado que es quien "no sabe", simplemente se limita a seguir indicaciones dejando de lado su capacidad de análisis, crítica y decisión sobre sí mismo. Si el terapeuta tiene presente su condición como ser humano podrá asumir su papel como *facilitador de cambios* y no como hacedor de ellos.

Una alternativa viable con la cual el psicólogo podría humanizar su labor como terapeuta es la tanatología, ya que al estudiar y enfrentarse a la muerte, el tanatólogo recuerda contantemente que ésta es un elemento de unión entre los seres humanos, que lo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

hermana y sensibiliza ante el dolor ajeno, lo iguala con los demás, le recuerda su finitud y su condición como ser humano, le exige un arduo trabajo con la propia persona para que deje de lado todos sus prejuicios y se preocupe sólo por una cosa: el bienestar del usuario. Sólo en esa medida realmente puede brindar ayuda y apoyo a sus semejantes, siendo precisamente esto último lo que se necesita en la labor terapéutica de los psicólogos.

La tanatología (del griego Tanatos = Muerte) se encarga del estudio de la muerte analizando aspectos antropológicos y culturales relacionados con las costumbres y los ritos de los entierros; ayuda a los enfermos terminales, a sus familiares y amigos a disminuir su sufrimiento y aceptarla con lo cual se busca tener una muerte digna. También busca que el enfermo terminal viva el tiempo que le queda con dignidad, respeto, plenitud, aceptación y amor a la vida o a lo que resta de ella, mejorando así su calidad de vida y su calidad de muerte.

La tanatología es una disciplina que se encarga de enseñar el buen morir pero, paradójicamente, lo hace a través de enseñar el buen vivir es decir, para que haya una comprensión de la muerte antes debe haber una comprensión de la vida; con ello queda claro que no sólo los pacientes terminales pueden beneficiarse del trabajo tanatológico sino la población en general.

Ortiz (2000), señala que un tanatólogo es capaz de enseñar muchas cosas sobre la muerte, pero también sobre la vida. Algunas de ellas son el cómo vivir digna y honestamente, no sólo aceptar nuestros errores y culpas sino también enmendarlos, a perdonar y pedir perdón no exclusivamente cuando está cerca la muerte, también al gozar plena salud física.

Siendo la muerte lo único seguro en la vida, es el único acontecimiento que verdaderamente vuelve a todos iguales, ya que no discrimina edades, razas, ideologías, condiciones sociales, laborales o profesionales. Es por ello que el tanatólogo deja realmente de lado todos sus prejuicios y se preocupa sólo de una cosa: el bienestar del usuario.

Esto último, es algo por lo que debería preocuparse el psicólogo como terapeuta y también debería ser el eje bajo el cual conduzca sus intervenciones. Ser un experto en la modificación de déficits comportamentales resulta insuficiente, si no se es una persona sensible a las problemáticas de los usuarios, ya que éstos confían plenamente en que el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

terapeuta les ayudará a resolverlas y con ello a ser felices, pues en caso contrario sencillamente desertarán.

Es por esto que mediante el análisis documental de la preparación académica del psicólogo de la FES Iztacala y la incursión de la tanatología, no como una técnica de intervención sino como un estilo de ejercer la psicología, se pretende mostrar que de la conjugación de las habilidades del psicólogo con las del tanatólogo puede resultar un estilo terapéutico alternativo mediante el cual el psicólogo no sólo sea sensible a las problemáticas de los usuarios, sino también deje de lado su papel directivo y no sea él quien se encargue de hacer los cambios, sino quien los facilite y ofrezca una serie de soluciones al usuario, en función de sus necesidades y bienestar, será este último quien elija aquellas que mejores resultados puedan brindar en la resolución de su o sus problemáticas, con lo cual se respeta su autonomía y toma de decisiones sobre sí mismo y se mantiene siempre presente que es un ser humano al igual que el terapeuta.

Para lograr este objetivo es necesario contextualizar el fenómeno muerte en nuestro país. Primeramente se efectúa una revisión histórico-antropológica de la muerte en México, en la que se analiza la evolución de el concepto de muerte desde la prehistoria hasta la época colonial. En el siguiente capítulo se definen la tanatología y su objeto de estudio, se habla de su historia en el mundo particularizando en México, se conocen sus objetivos y las habilidades que posee un tanatólogo. Posteriormente, son señalados los procesos psicológicos que se presentan ante el evento conocido como muerte. Finalmente, se aborda la preparación académica de los psicólogos de la FES Iztacala, las habilidades con las que cuentan y los beneficios que puede brindarles la tanatología a aquellos que deseen especializarse, no como terapeutas, sino como facilitadores de cambios psicológicos.

Finalmente, se presentan las conclusiones en las que se señala que dada la formación científica del psicólogo, se le ha dado mayor importancia a su preparación técnica, dejando en un segundo plano su preparación humana la cual comprende la confrontación y resolución de sus problemas personales así como la práctica de la compasión por sus semejantes por lo que, para salvar este obstáculo, es de vital importancia que el psicólogo no se concentre solamente en su formación técnica, sino también en la humana y para ello habrá de confrontar sus demonios desde el inicio de su preparación pues

así, no sólo evitará ver reflejadas sus problemáticas en las de los usuarios, también le será sencillo aceptar sus sentimientos y establecer relaciones empáticas con estos últimos.

CAPÍTULO I

LA MUERTE Y LOS MEXICANOS

Estudiar la muerte en la antigüedad, ¿qué finalidad puede tener? Tal vez más de la que pudiéramos imaginar, ya que al dar un vistazo al pasado y estudiar las antiguas culturas llama la atención que la muerte desde siempre ha sido un acontecimiento desagradable para el ser humano, en especial para el occidental. Pero para los mexicanos podría ser diferente, pues al remontarnos a sus raíces culturales podrá observarse que la muerte no era temida sino, más bien venerada y hasta deseada.

Dado que cada civilización del mundo antiguo se ha desarrollado bajo diferentes filosofías, es de esperarse que en función de éstas varíe la aceptación o miedo a la muerte. Por ello, es necesario contextualizarla en territorio mexicano, pues al conocer y comprender la evolución que ha tenido la muerte desde la época prehistórica hasta la época colonial, será posible abordarla hasta la época actual en la que existe un mestizaje, resultado del encuentro de dos culturas: la mesoamericana y la ibérica.

1.1 La muerte en la Prehistoria

El ser humano es la única criatura que sabe que algún día va a morir pero, esto no siempre ha sido así.

En sus inicios, el hombre esencialmente se preocupaba de su subsistencia. Sus principales actividades consistían en recolectar plantas, frutos y pequeños animales, así como fabricarse abrigos, todo en función de las estaciones del año (Cosío, Bernal, Moreno, González, Blanquel & Meyer, 1983). Este hombre era un nómada que emigraba junto con las manadas de las cuales obtenía parte de su alimento. Conforme crecen sus necesidades comienza a realizar actividades en grupo tales como la cacería. El grupo no sólo facilita la caza sino también brinda mayores posibilidades de protección y seguridad. Estos son acontecimientos importantes en el desarrollo de la humanidad, sin embargo, el que ahora se abordará es el culto a los muertos.

No se sabe con exactitud cuándo comenzó el culto a los muertos, pero sí se sabe que el primero en ritualizar la muerte fue el hombre de Neanderthal.

En efecto, este hombre es el primero que tiene sepulturas o, lo que es lo mismo, entierra a los muertos. A los muertos humanos (Sádaba, 1991).

El practicar la inhumación es un hecho singular y de suma importancia, ya que el hombre se vuelve más hombre y se aleja de los otros animales al matar para sobrevivir ya que, a través de este acto descubre el valor de la muerte y el enterrar a sus congéneres indica cierta creencia en un *más allá*. Este momento es vital pues, el hombre comienza a tomar consciencia de sí mismo y de sus limitaciones en el mundo, por ello no sólo se cuida de cómo vivir sino también de cómo saber morir.

Consciente de su mortalidad, el hombre temeroso de la muerte comienza a realizar una serie de prácticas externas de valor animista y, finalmente mágico. La intención de estas prácticas es complacer los deseos de los que morían para que no molestasen a los que continuaban viviendo en el mundo terrenal. Estas experiencias de proximidad a la muerte comienzan a hacer religioso al hombre, ya que desea ser inmortal y para ello lo mejor es crear un ser que garantice inmortalidad, y que a su vez, lo va haciendo más hombre. Con el uso de la magia el ser humano desea saber de la vida, mientras que con la religión desea saber de la muerte, formando así una simbiosis.

Con el descubrimiento y práctica de la agricultura, el hombre comienza a establecerse y construye sus primeros asentamientos, comenzando así un proceso de complejización cultural y religiosa.

1.2 Mayas y Aztecas: dos maneras de vivir la muerte

MAYAS

En la zona cultural conocida como *Mesoamérica* se desarrollaron diversas civilizaciones que durante su proceso de culturalización compartieron elementos comunes, sin embargo, los mayas se diferencian de sus vecinos en rasgos tales como la arquitectura, las matemáticas (ellos usaban el cero y su notación aritmética era regida por el sistema vigesimal), la literatura y la escritura (usaban geroglíficos).

Pese a estas diferencias, su importancia no sólo radica en ellas sino también en el hecho de que esta civilización duró prácticamente, desde el Periodo Preclásico o Formativo,

hasta la llegada de los conquistadores europeos (Barrera-Vásquez, 1974) quienes permitieron conocer con cierto detalle algunos de sus ritos y creencias en torno a la vida y a la muerte.

Los mayas creían que el mundo fue creado por un dios llamado *Hunab* o *Hunab Ku* que significa un solo dios. Este dios no sólo creó al mundo, sino que también del maíz creó a la humanidad. Aún cuando este dios es de primordial importancia dentro de la mitología maya, en sus vidas figuraba poco y se encontraba alejado y remoto de la misma.

Al igual que otras culturas, los mayas creían que habían existido otros mundos antes del actual pero, cada uno de ellos fue destruido por un diluvio. El primero de estos mundos fue habitado por enanos (los *saiyam umicoob* o ajustadores) quienes se encargaron de construir las primeras grandes ciudades. Esta obra la realizaron durante la noche, pues el Sol aún no había sido creado y en cuanto éste salió por primera vez, los enanos se convirtieron en piedra. El fin de este mundo llegó mediante un diluvio universal conocido como *haiyokocaob* (agua sobre la tierra). El segundo mundo fue habitado por los *dzolob* o transgresores y culminó a consecuencia de un nuevo diluvio. En el tercer mundo los habitantes fueron los propios mayas conocidos como *mazehualob* (gente del pueblo) y la destrucción de este mundo llegó con una nueva inundación llamada *hunyecil* o *bulkabal*, que quiere decir la zambullida. Pasada esa inundación surgió el actual mundo el cual vino a ser poblado por una mezcla de los anteriores habitantes y éste también llegará su fin con un cuarto diluvio.

Conocedores del fatal destino de su mundo, la civilización maya no se preocupó por evitarlo (como lo hicieran los aztecas) y dirigieron su religión inicialmente a un sencillo culto a la naturaleza en el que personificaban las fuerzas naturales que los rodeaban así como a las criaturas de su entorno.

Con la complejización de las ciudades mayas, la religión es organizada y sus dioses se especializan creando así un sacerdocio cuya función es interpretar la voluntad divina ante el pueblo. La nueva religión es el resultado de la fusión de las personificaciones primitivas de la naturaleza con la deificación de los cuerpos celestes, originando así un culto del tiempo (Morley, 1980). Esta religión es altamente esotérica y tiene una fuerte tendencia dualista; presenta una lucha eterna entre las fuerzas del bien y el mal sobre el destino del hombre. Los dioses buenos son aquellos que producen el trueno, el rayo y la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

lluvia, hacen crecer el maíz y garantizan la abundancia; los dioses malos tienen como atributos la muerte y la destrucción, causan la sequía, los huracanes y la guerra. Como puede observarse, la principal función de la religión era obtener salud y sustento por medio de ella ya que así se procuraba una mejor vida.

Para invocar y aplacar a los dioses, los sacerdotes se purificaban realizando ayunos y abstinencias las cuales incluían la continencia sexual, así como el renunciar a comer carne y no usar sal o chile.

Los sacrificios también forman parte importante del culto entre los mayas y abarcan desde sencillas ofrendas de alimentos, toda clase de ornamentos y otros objetos, hasta los sacrificios humanos. El tipo de ofrenda se elegía en función de la urgencia del caso. Por ejemplo, un sacrificio pequeño integrado de ofrendas de alimentos y de adornos bastaba para curar una enfermedad o para evitar una molestia pequeña; sin embargo, en tiempos de gran necesidad como lo eran las sequías, se sacrificaban especialmente víctimas humanas, con el fin de obtener lluvias. Estos sacrificios se hacían de varias maneras, siendo la más común la extracción del corazón. Para efectuar este rito, primeramente se desnudaba a la víctima y su cuerpo era pintado de azul (este era el color de los sacrificios), se le ponía un tocado puntiagudo en la cabeza y se le conducía al lugar del sacrificio; una vez ahí, se expulsaba a los espíritus malignos y el altar era pintado de azul. Acto seguido los *chaces* o ayudantes del sacerdote (también pintados de azul) sujetaban a la víctima de sus extremidades y la acostaban sobre el altar mientras que el *nacom*, que era el encargado de los sacrificios humanos, hundía su cuchillo de pedernal entre las costillas de la víctima y le sacaba el corazón aún palpitante entregándoselo al *chilàm* quien rápidamente bañaba con la sangre la cara del ídolo que representaba al dios en cuyo honor se había hecho el sacrificio. Cabe señalar que tanto niños como mujeres eran sacrificados con igual frecuencia que los varones. En sus representaciones gráficas de los sacrificios, los mayas, al dibujar el pecho abierto de la víctima, agregan algo que pudiera ser el símbolo del alma del muerto concebida como un árbol que asciende hacia el cielo con un pájaro posado en sus ramas.

Una variante de los sacrificios humanos es aquella que se hacía por medio del arco y de la flecha. La víctima era desnudada, se le pintaba de azul, se le colocaba un tocado en la cabeza y se ahuyentaba a los demonios. Hecho lo anterior, la gente, armada con arcos y flechas, comenzaba a bailar con la víctima alrededor de un palo; al tiempo que bailaban le

subían al palo y le ataban. Acto seguido, el sacerdote se acercaba a la víctima con una flecha y le hería sacándole sangre que era untada en el rostro de los ídolos. Posteriormente, hacía una señal a los danzantes quienes, sin dejar de bailar, comenzaban a disparar en orden hacia una marca blanca que señalaba el corazón del sacrificado.

La última forma de sacrificio humano practicada por los mayas consistía en arrojar víctimas en el Pozo de los Sacrificios de Chichén Itzá, en las temporadas de hambre, epidemias y sequía prolongada. Para realizar esta ceremonia, se hacían peregrinaciones desde tierras distantes para arrojar en el pozo, no sólo a las víctimas sino también objetos de valor con el fin de que ambas ofrendas aplacaran la irritación de las deidades de la lluvia. Este sacrificio, además de constituir una ofrenda, buscaba conocer un pronóstico del futuro; para ello las víctimas debían ser exclusivamente niños y esclavas quienes eran arrojados con los pies y las manos en libertad y si alguno sobrevivía a la inmersión, se lanzaba una cuerda a medio día para sacarle y al encontrarse fuera le preguntaban que clase de año les tenían reservado los dioses.

Cerezo (2001), Barrera-Vásquez (1974) y Morley (1980), señalan que los mayas eran creyentes de la inmortalidad del alma, cuyo destino dependía de la forma en que hubiesen vivido. Podía ir a un lugar de eterno placer (en él nada los afligiría, tendrían comida y bebida en abundancia así como al *Yaxche*, un árbol muy fresco y con gran sombra bajo la cual descansarían siempre) o al *Mitnal* (un lugar en el cual serán atormentados por demonios, tendrían hambre, frío, cansancio y tristeza).

Los guerreros muertos en batalla, las mujeres que morían en el parto y los sacerdotes que abandonaban el mundo, iban directamente al paraíso maya. Aquéllos que se suicidaban para acabar con su tristeza, enfermedades o trabajos, también iban al paraíso llevados por *Ixtab*, la diosa de la horca.

Westheim (1985, en Cerezo 2001) señala que los mayas llamaban a los recién nacidos "prisioneros de vida", ya que para ellos la muerte libera al hombre de la cárcel que es la vida. Este pensamiento indicaría la ausencia de temor a la muerte entre los mayas pero, Barrera-Vásquez (1974) y Morley (1980) citan que esta gente tenía temor excesivo a la muerte mostrado a través de las ofrendas hechas a sus dioses, pues no tenían otro fin que el obtener salud, vida y mantenimientos. Cuando alguien moría eran abundantes los llantos y notoria la tristeza causada por este acontecimiento y decían que al difunto se lo había

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

llevado *Ah Puch* (el Señor de la muerte), de quien pensaban les venían todos los males y en especial la muerte.

Como puede observarse, las ideas en torno a la muerte son contradictorias, al menos en apariencia, pues habría que recordar que el pensamiento de los mayas se caracteriza por ser dual. Es un pensamiento antagonista mediante el cual se representa un ciclo de todas y cada una de las cosas que los rodean.

Anteriormente se mencionó que los mayas habían concebido divinidades malévolas y benévolas que luchaban por el destino del hombre las cuales, no sólo confirmarían su pensamiento dualista, sino también la complementareidad de unas con otras.

Entre las deidades benévolas se encuentran las siguientes: *Itzamná* (Señor de los Cielos, de la Noche y del Día) quien se encargaba de evitar calamidades públicas; *Chaac* (Dios de la Lluvia) quien no es sólo uno, sino cuatro dioses a la vez, uno por cada punto cardinal y está asociado con la creación y la vida; *Kukulkan* (Dios del Viento) que guarda una estrecha relación con el Dios de la Lluvia; y *Kan* (Dios del Maíz) relacionado con la vida, la prosperidad y la abundancia; y cuyo destino se encuentra sujeto a los dioses de la lluvia, el viento, la sequía, el hambre y la muerte (con esta última se encuentra en constante combate bajo la protección del Dios de la Lluvia).

Las antítesis de las anteriores deidades las conformaban en primer lugar *Ah Puch* (Dios de la Muerte, gobernante del *Mitnal* y jefe de los demonios), su representación era una cabeza de calavera que muestra desnudas las costillas y la columna vertebral; en caso de que su cuerpo esté cubierto de carne, ésta se ve hinchada y cubierta de círculos negros que indican su descomposición. Esta deidad se encuentra asociada con el Dios de la Guerra y de los Sacrificios y tiene como compañeros al perro, el ave Moán y la lechuza (todos se consideran criaturas de mal agüero y de muerte). En segundo lugar se encuentra el Capitán Negro de la Guerra conocido como *Ek Chuah* quien, al parecer, tenía una doble personalidad la cual era un tanto contradictoria pues, como dios de la guerra era malévolos, pero como dios de los mercaderes ambulantes era propicio. Esta deidad de dos caras refleja en una de ellas hostilidad hacia el hombre y en la otra amistad. Otro dios relacionado siempre con la muerte es *Manik* el Dios de la Guerra, de los Sacrificios Humanos y de la Muerte Violenta. Esta deidad generalmente se encuentra en compañía de *Ah Puch* en escenas de sacrificios humanos.

Además de los dioses señalados anteriormente, existen otras dos deidades femeninas. Una de ellas es *Ixtab*, Diosa del suicidio y de quien ya se había hablado con anterioridad. Esta diosa aparece representada con una cuerda enredada a su cuello, los ojos cerrados por la muerte y un círculo negro en una de sus mejillas, que cual simboliza la descomposición de la carne. La otra diosa es *Ixchel* quien aparentemente es poco amiga del hombre tal vez porque a su alrededor se encuentran la muerte y la destrucción que se simbolizan con una serpiente retorciéndose sobre su cabeza y una serie de huesos cruzados que se encuentran bordados en su falda. No obstante, al ser la esposa de *Itzamná* tenía también un lado bueno, pues era también Diosa de la Preñez e inventora del arte de tejer.

Una vez aclarado el papel que cada dios y diosa desempeñaba en la vida de los mayas, es claro que éstos no temían a la muerte sino al modo en que morirían (ya fuera por hambre o violencia) y es por ello que, con sus ofrendas buscaban mejores condiciones de vida en el mundo terrenal y no en el ultraterrenal (habrá de recordar que creían en la inmortalidad del alma).

AZTECAS

El *Pueblo del Sol o Pueblo de la Muerte*, mejor conocido como mexica-azteca, es una de las culturas mesoamericanas con mayor representatividad en la historia mexicana, no sólo porque en menos de un siglo logró expandir su territorio e imponer su poderío, sino también porque pese a ser un pueblo guerrero, su ideología se encontraba permeada por un sentido histórico y sobre todo, religioso de la vida.

La religión de los aztecas era politeísta y contaba con una gran diversidad de dioses que iban desde los etéreos o invisibles hasta los de forma material, humana o animal, mediante los cuales explicaban la existencia del mundo, su creación y sus manifestaciones.

Es por ello que, para comprender con claridad la muerte dentro del mundo azteca, es necesario que exista cierta familiaridad con la mitología de esta cultura.

Primeramente, en el pensamiento azteca el mundo ya había existido varias veces consecutivas milenios atrás: habían existido ya cuatro soles y cuatro tierras anteriores a la época en que vivían. En esas edades, llamadas *Soles* por los antiguos mexicanos, había tenido lugar una cierta evolución *en espiral*, en la que aparecieron formas cada vez mejores de seres humanos, de plantas y de alimentos (León-Portilla, 1988). El primero de esos soles

fue el Dios *Tezcatlipoca* (humo de espejo) quien representa al Sol de Tigre. Durante esta época el mundo fue habitado por los *quinametin* o gigantes (algunos mitos atribuyen a ellos la construcción de algunos lugares arqueológicos como Teotihuacan), quienes eran tan grandes y contaban con tantas fuerzas que podían arrancar árboles con las manos y comían bellotas. El fin de este sol llegó cuando *Quetzalcóatl* (serpiente quetzal) le pegó con un bastón derribándolo al agua, convirtiéndose entonces en un *ocelotl* (tigre) que mató y devoró a los gigantes. Posteriormente *Quetzalcóatl* se convirtió en el sol y rigió en un periodo en el que los hombres comían piñones. Su turno terminó cuando *Tezcatlipoca*, en forma de tigre, lo derrumbó de un zarpazo ocasionando con ello que se levantara un vendaval que convirtió a la raza humana en hombres-mono que se esparcieron por los montes. El siguiente sol fue *Tláloc* (dios de la lluvia). Durante su tiempo los hombres comieron la semilla del *acicintli* (maíz del agua) y su era concluyó cuando *Quetzalcóatl* hizo llover fuego el cual quemó a gran parte de los hombres mientras que los sobrevivientes se convirtieron en guajolotes. El penúltimo sol fue *Chalchihuitlicue* (Naguas de Jade, Diosa de la Lluvia y esposa de *Tláloc*) y los hombres que habitaron el mundo en esta era fueron creados con la ceniza. "Durante esta era vivieron los hombres que se alimentaban de *teocentli*, maíz divino, un maíz silvestre" (p. 245, Carrasco, 1976). Estos hombres acabaron convertidos en peces a causa de un diluvio que arrasó con todo. La quinta edad, en la cual consideraban que vivían, era conocida como la época del *Sol de Movimiento* el cual, según sus mitos, tuvo su origen en el fogón divino de Teotihuacán, lugar en el que los dioses acordaron que se hiciese un sol que alumbrara la Tierra, se alimentara de corazones y bebiera su sangre, obtenidos mediante la guerra. Los voluntarios para conseguir dicha empresa fueron *Tecuciztécatl* (señor de los caracoles) y *Nanahuatzin* (el purulento o bubosillo). Antes de la ceremonia de sacrificio, ambos dioses debían hacer penitencia y presentar ofrendas rituales que consistían en ramas de abeto y en bolas de baraba de pino, en la que se colocaban púas de maguey con las que debían sangrarse; sin embargo, *Tecuciztécatl* ofreció plumas de quetzal en vez de ramas de abeto y bolas de oro con espinas hechas de piedras preciosas y en lugar de sangrarse se conformó con presentar las espinas hechas de coral. En contraste, *Nanahuatzin* presentó las ofrendas tradicionales y ofreció su sangre en abundancia. Llegó el momento del sacrificio y ambos dioses se encontraban listos. El primero en intentar arrojarse al fuego fue *Tecuciztécatl*, sin embargo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en las cuatro veces que probó tuvo miedo perdiendo con ello su oportunidad de convertirse en el Sol. Llegado el turno de *Nanahuatzin*, éste simplemente cerró los ojos y se arrojó a la hoguera hasta ser consumido por el fuego convirtiéndose así en el destinado a transformarse en el *Quinto Sol*. En ese momento, invadido por la desesperación, *Tecuciztécatl* se arrojó tardamente a la hoguera y por ello su destino fue convertirse en la Luna.

Concluido el sacrificio, los dioses ahí reunidos sólo esperaron la salida del Sol descubriéndolo en dirección al oriente seguido por la Luna. Para evitar que el Sol y la Luna estuvieran siempre juntos, uno de ellos arrojó un conejo contra la Luna para que iluminara exclusivamente en la noche.

Creado el nuevo Sol, los dioses se preocuparon por crear una nueva raza de hombres que habitaran la Tierra. Esta misión quedó en manos de *Quetzalcoatl* quien era considerado un símbolo de la sabiduría entre las culturas mesoamericanas. Para cumplir con esta tarea, el dios realizó un viaje al *Mictlan* (la región de los muertos) en donde se encuentran los restos de las generaciones pasadas conocidos como *huesos preciosos* los cuales se encuentran en poder de *Mictlantecuhli* el señor de la región de los muertos quien obstaculiza la misión de *Quetzalcoatl*; sin embargo, este último logra obtener los huesos del hombre y de la mujer. Durante su huida el dios cae en un hoyo hecho por los servidores de *Mictlantecuhli* y durante su caída se esparcen los *huesos preciosos* los cuales son mordidos y roídos por unas codornices. Posteriormente *Quetzalcoatl* recoje los restos y se los lleva a *Tamoanchan* en donde los muele y coloca en un recipiente. Acto seguido él y los otros dioses se sangran y dejan caer el precioso líquido sobre los huesos molidos dando nueva forma e infundiendo la vida a los hombres *macehuales* (los merecidos por la penitencia).

Habiendo nuevos pobladores en el mundo y un nuevo Sol, los dioses se enfrentan a un nuevo problema por resolver: el Sol y la Luna no se movían.

Para lograr que sendos astros se movieran, los dioses deciden morirse aceptando libremente la muerte y se autosacrifican logrando con ello que el Sol y la Luna se muevan permitiendo de esta manera que nuevamente comenzaran los días y las noches. Los hombres habían merecido su vida gracias al autosacrificio de los dioses; por ello, "los seres humanos que por el sacrificio habían recibido la vida, habían de experimentar la necesidad

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de corresponder con su propia sangre para mantener la vida del Sol?" (p. 25, León-Portilla, 1988).

Este quinto sol al igual que los anteriores, sucumbiría ante un cataclismo y con ello los aztecas desarrollarían dos formas de pensamiento y de religión.

La primera de ellas buscaba en un plano personal la manera de crear o construir en sí mismos un *rostro sabio y un corazón firme como la piedra* que volvieran digno al hombre de ir más allá de la vida, de trascender. Esta visión de la vida puede ser llamada *sentido de la vida a través de una visión de las flores y los cantos*. A través de ella y los símbolos, el hombre puede encontrar su verdad, su raíz, su razón de estar sobre la tierra. Los símbolos no necesariamente deberán evocar la belleza pues gran parte de las ocasiones podrán ser profundamente trágicos, o podrán hacer referencia a la muerte y el misterio que se encuentra alrededor de la existencia humana. Esta visión de la vida reflexiona en torno a lo que existe y lleva a descubrir que todo está sometido al cambio y al término, es decir, aborda aquello que para el hombre significa la muerte. Estas ideas aunadas a la destrucción de los soles anteriores llevan a concebir la vida como una especie de sueño en el cual la vida es un lugar de lucha, de esfuerzo, en ella es posible encontrar una solución para todos los problemas. Es por ello que la única forma de trascender, superar lo transitorio y hacer frente a la muerte es a través del arte (*flores*) y la poesía (*cantos*) siempre y cuando reflejen el interior de las esencias y no su contemplación. De acuerdo con este sentido de la vida, la misión del hombre en el mundo es descubrir nuevas flores y cantos pues el simbolismo de ambos será capaz de llegar a los más apartados rincones del universo, a lo más oculto de los rostros y los corazones, podrá acercarse a todos los enigmas sin excluir el de Dios y, sobre todo, podrá dar un sentido a su vida y a su muerte.

La otra forma de enfrentar el cataclismo quizás sea la más conocida, pues es aquella que podría llamarse *visión místico-guerrera de la vida*. Dentro de esta visión se concibe la posibilidad de evitar la muerte del Sol si se le fortalece proporcionándole la energía vital que se encuentra encerrada en el *chalchihuatl*, líquido precioso o sangre que mantiene vivos a los hombres. Bajo esta visión, comenzaron y se elevaron los sacrificios de seres humanos cuyo corazón y sangre se ofrecían al Sol para alimentar su vida indefinidamente. Para realzar con frecuencia estos sacrificios, los aztecas introdujeron la práctica de las *guerras floridas* cuya finalidad fundamentalmente era obtener víctimas para los sacrificios. Con

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

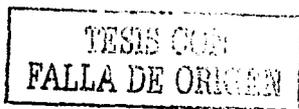
base en esta ideología, es factible afirmar que los aztecas asumieron el papel de pueblo elegido por el Sol encargado de cumplir una misión extraordinaria, evitar el cataclismo que pondría fin a la edad en que vivían. "Convertidos en un pueblo con misión, de esta idea fundamental se deriva el sentido mismo de la vida de los aztecas" (p. 92, León-Portilla, 1988). Según este pueblo, de ellos dependía que el universo continuara existiendo, pues si el Sol no era alimentado no tendría las suficientes fuerzas para triunfar en la lucha que habría de sostener contra los poderes de la noche. De esta manera los aztecas se sitúan al lado del Sol, considerándose del lado del Bien dentro de un combate sin tregua contra los poderes del Mal. Esta alianza con el Sol justificará, dentro de su historia, todas sus conquistas y el sometimiento de otros pueblos, pues al convertirlos en sus tributarios se realiza su suprema misión.

León-Portilla (1974) señala que no debe pensarse que el sacrificio humano era el único rito mediante el cual se alimentaba a los dioses. Este autor señala que en el *Códice Matritense* se describen otras 52 formas de ritos, entre los que se encuentran las danzas, los toques de flauta, el ofrecimiento de aves, de retoños, los autosacrificios con espinas, la abstinencia, el ofrecimiento del fuego, entre otros.

El desarrollo de estas ceremonias no sólo buscaba mantener la existencia del universo, sino también relacionar al hombre con sus dioses. Carrasco (1976) menciona que con ello inicia la creencia de que los muertos se unen al mundo de los dioses, se convierten en sus servidores, los muertos son a la vez hombres y dioses, creando con ello un sistema que incluye tanto a los hombres como a los dioses.

Según los aztecas, los seres humanos tenían su origen en el *Omeyocan*, lugar donde eran creados por los dioses supremos *Tonacateuhtli* (Señor de Nuestra Carne) y *Tonacacihuatl* (Mujer de Nuestra Carne), quienes posteriormente los mandaban a nacer en la Tierra.

Los aztecas creían que todo individuo estaba constituido por tres fluidos vitales: el *tonalli* que determinaba el vigor y la energía anímica (se encontraba en la cabeza), el *teyolia* (se encontraba en el corazón), el cual puede considerarse como el alma la cual viajaba al mundo de los muertos, y el *ihiyotl* que era un fluido luminoso localizado en el hígado, podía influir positiva o negativamente en la vida propia y la de otras personas (Iglesias, 1997).



Una vez que la muerte llegaba, separaba estos elementos vitales y el *teyolia* tenía la posibilidad de ir a cuatro moradas más allá del mundo terrenal, según las circunstancias en que se había muerto y por el grupo social al que se había pertenecido en vida (Argüelles y Ramírez, 1998; Iglesias, 1997).

Aguayo y Álvarez (1999), Carrasco (1976), Cerezo (2001), Iglesias (1997) y López (2000) coinciden en que el mundo ultraterreno se encontraba integrado por cuatro diferentes lugares, siendo el primero de ellos el *Tonacuanhuitlan* o *Chichihualcuahco* (Árbol de los Mantenimientos) que se situaba en el cielo de la pareja creadora. A este sitio iban los niños de pecho que no habían llegado a probar el maíz y desconocían el significado de la actividad sexual. Era considerado un paraíso infantil en el que permanecían en forma de colibríes hasta que se les permitía retornar a la Tierra para vivir una segunda vida. Mientras llegaba ese momento se alimentaban de los frutos del árbol nodriza que tenían forma de pechos maternos de los cuales brotaba leche. La segunda morada era el Infierno o *Mictlán* (literalmente el lugar de los muertos), al cual llegaban aquellos que habían tenido una muerte común y corriente, aquellos que habían muerto por enfermedad y/o vejez, los muertos de poca importancia que no habían sido elegidos para integrarse a una divinidad. El camino al *Mictlán* no era nada fácil puesto que implicaba encontrarse ante diversos peligros y dificultades que había de sortear durante cuatro años. Por ejemplo, el muerto tenía que cruzar el río *Chichnahuapan* (Nueve Aguas) con la ayuda de un perro que sacrificaban para enterrarlo con el muerto. También había de atravesar por el *Itzhecayan* en el cual soplaban fuertes vientos helados que cortaban como navajas de obsidiana por lo que el muerto, según Carrasco (1976), era enterrado con ropas de papel que lo protegerían. Además, también eran enterradas provisiones para el viaje del *tonalli* y ofrendas para que las entregara a los dioses. Una vez llegados a este sitio, los muertos podían volver a la tierra una vez al año. En este sitio, los muertos vivían de manera semejante a como habían vivido en la Tierra. El *Tlalocan* o paraíso de *Tlaloc* es la tercer morada a la cual podía ir el *tonalli*. Este era un lugar paradisiaco de clima siempre agradable, con ríos, vientos, nubes y frutos, donde se gozaba de eterna felicidad y placeres. Se encontraba situado en el primero de los cielos por encima de la superficie de la tierra en donde también se encuentra la luna. A esta morada iban los que morían ahogados, muertos por un rayo, o por enfermedades tales como la lepra o la hidropesía las cuales se consideraban como causadas por los dioses del

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

agua y de la lluvia. Las almas que aquí llegaban estaban destinadas a convertirse en dioses o en servidores del dios *Tláloc* y por eso recibían el nombre de *ahuaque* y *ehecatotontin* (dueños del agua y de los vientecillos). El último lugar de reposo para los muertos era el *Tonátiuh Ilhuicac* o Cielo del Sol, el lugar que era considerado el más glorioso de todos. En el moraban los guerreros que morían en el campo de batalla, los que eran sacrificados, los mercaderes y las mujeres que morían durante el parto. Al salir el Sol era recibido con gritos de júbilo por los guerreros que ahí residían que también alzaban sus escudos en señal de homenaje. Estos lo acompañaban en su viaje desde el amanecer hasta el medio día, momento en el que las mujeres lo recibían y llevaban hasta el ocaso. Pasados cuatro años de cumplir esta misión, los muertos se convertían en colibríes o mariposas, forma con la cual podrían chupar el néctar de las flores del cielo y de la tierra.

En la religión azteca, tal como puede observarse, la muerte es una fuente de vida ya que esta última se prolonga en la primera e inversamente. No es el fin de la vida, sino una fase de un ciclo infinito al que el hombre se encuentra predestinado desde el momento de su nacimiento. La muerte es concebida como algo sagrado, le da sentido a la vida y asegura la continuidad de ésta, el morir permite ir al encuentro de los dioses para obtener un lugar de reposo.

Es por estas razones que los aztecas no temían a su dios de la muerte y no se angustiaban ante las imágenes de la calavera ya que éstas hacían alusión a la vida, más bien temían a la incertidumbre de su vida. En otras palabras, no se aferraban a la vida y por ello les era fácil morir y difícil vivir (Westheim, 1983 cit. en Juárez y Tamayo, 1999).

1.3 Concepción de la muerte a partir de La Conquista

El año de 1521 es clave en la vida de los mexicanos ya que en él tendría lugar un acontecimiento histórico que dramáticamente afectaría su cultura. En ese año desembarcaron Hernán Cortés y sus hombres en costas mexicanas quienes, con ayuda de sus aliados indígenas, lograrían conquistar la ciudad de México-Tenochtitlán. La caída del imperio azteca no sólo representaría el exterminio de una de las grandes culturas de América sino también el de algunas otras y el dominio sobre gran parte de este continente.

La conquista de América no sólo significó la incorporación de nuevas extensiones de tierra a los dominios españoles, también significó la incorporación de los indígenas a la

vida cristiana de occidente. La conquista y dominio de estas tierras encontró una excelente justificación en el hecho de que era necesario e importante "convertir un mundo de infieles paganos a la fe verdadera" (p. 38, Moreno, 1976) o, en otras palabras, occidentalizarlos.

Los primeros esfuerzos de evangelización quedaron en manos de los conquistadores a través de las llamadas *encomiendas* mediante las cuales se comprometían a dar casa y vestido a los indígenas que se encontrarán a su cargo, a no pedirles oro y, sobre todo, a enseñarles la fe cristiana ya que bajo este móvil se justificarían los servicios que los indígenas prestaran a los conquistadores (González, 1974).

Este primer intento de evangelización fracasó rotundamente ya que la avidez de riqueza y poder de los españoles desvirtuó completamente las encomiendas porque abusaron de los indígenas para satisfacerla. Por ello, Cortés decidió pedir al Rey Carlos V que enviara misioneros para encargarse de esta labor, hombres buenos, temerosos de Dios, doctos, sabios y expertos, que instruyeran a los naturales y moradores en la fe católica y les enseñaran buenas costumbres (González, 1974).

Cosío y cols. (1983) y Moreno (1976) señalan que en 1523 llegan a tierras mexicanas Juan de Ahora, Juan de Tecto y Pedro de Gante, los primeros monjes franciscanos. Un año después de haber llegado, los dos primeros acompañaron a Cortés a una expedición en la cual perecieron por ello, Pedro de Gante comenzó su labor evangelizadora prácticamente solo. En 1524, llegaron los llamados "doce" quienes, al igual que los apóstoles, comenzaron la evangelización de los indígenas. Los franciscanos no fueron los únicos en llegar a la Nueva España. En 1526 arribaron los primeros dominicos los cuales comenzarían su labor hasta 1528. Los agustinos llegaron en 1533.

En los primeros años de evangelización mejor conocida como *Conquista Espiritual*, los misioneros actuaron con entera libertad y durante ellos, ensayaron diversos métodos de evangelización, sus esfuerzos se centraron en la traducción a lenguas indígenas de pasajes de evangelios, vidas de santos y otras lecturas ejemplares de tradición europeo-cristiana. Este tipo de prácticas evangelizadoras fueron suspendidas por el Tribunal del Santo Oficio de la Inquisición el cual también fungió como un medio para evangelizar ya que como lo señalan Juárez y Tamayo (1999), a través de él, se procesaba a algunos indígenas idólatras que continuaban realizando prácticas prehispánicas. No obstante, a partir de 1539 quedaron

exentos de ser juzgados por dicho tribunal por considerarse cristianos insuficientemente instruidos en la fe (De La Torre, 1974).

Otro de los métodos utilizados en este proceso, y quizá de los más eficaces, consistió en evangelizar a los niños, para que más adelante ellos fueran los evangelizadores considerando así al indígena como el mejor instrumento de conversión. Estos niños se convirtieron en un medio eficaz para la divulgación de la evangelización y, además, fueron un arma terriblemente ofensiva contra la religión y tradiciones prehispánicas ya que al salir de las escuelas comenzaban a romper la sociedad de sus mayores, puesto que destruían los templos de sus ídolos y delataban sus adoraciones clandestinas. Con este tipo de acontecimientos, los evangelizadores pensaron que entre los indígenas podría recuperarse la pureza del cristianismo primitivo que ya se encontraba corrompido en Europa.

Una forma más de convertir a los indígenas fue a través de sus propias formas de culto, ceremonia y creencias que se asemejaban a las cristianas. Juárez y Tamayo (1999) señalan que entre estas similitudes se encuentran la creencia en un mesías, la práctica de un bautismo, una confesión de pecados, una vida de abstinencia de los sacerdotes y la creencia de que los niños no bautizados van a un lugar especial.

Sin embargo, así como existían las semejanzas también había diferencias. Entre éstas se encuentra que el cristianismo enfatiza la salvación del alma, promete el bienestar ultra terreno de la persona, busca el perfeccionamiento del alma propia y de los semejantes, se preocupa por las malas inclinaciones ya que las fomenta el demonio, es monoteísta y por ende, rechaza la idolatría. En contraste, las religiones prehispánicas enfatizan en la necesidad de mantener un orden cósmico, en el bien de la colectividad antes que el de la persona, el sitio de reposo del alma está en función del tipo de muerte, son politeístas y por ello, se encontraban acostumbrados a la idolatría (Juárez y Tamayo, 1999).

Conociendo las semejanzas y diferencias de estas religiones, es posible afirmar que el encontrar esas prácticas y creencias entre los indígenas resultó ser más un obstáculo que una ayuda para la evangelización.

En el tiempo en que comienza la Conquista Espiritual, Europa se encontraba en el proceso de decadencia del momento histórico conocido como Edad Media. En esta época se intentaba liberarse del temor que se tenía a la muerte y más que a ella, el temor era al juicio final y al infierno.

Al incorporar el cristianismo en las sociedades prehispánicas, se introdujo a México el terror a la muerte y al infierno, vestigios medievales los cuales son los principales elementos de esta religión.

En este nuevo culto, los lugares a los que iban los muertos en la mitología mexicana fueron sustituidos por dos: el cielo y el infierno, trayendo consigo una valoración diferente de la muerte, ya que el lugar al que iba el alma correspondía, no a la manera de morir, sino al modo en que se había vivido, es decir, se encontraba basado en las buenas o malas acciones hechas en vida (Iglesias, 1997).

La reencarnación se volvió algo imposible ya que nadie tenía ese derecho, las ánimas ya no estaban obligadas a recorrer un camino largo para llegar al cielo o al infierno y debían conformarse con retornar a la tierra sólo una vez al año.

Aguayo y Álvarez (1999) y Juárez y Tamayo (1999) señalan que durante esta época la muerte se representaba por medio de un esqueleto en diferentes posturas que portaba en la mano derecha una guadaña. Esta imagen no cambiaría sino hasta el siglo XVIII donde dejaría de ser algo terrorífico y se le representaría como un personaje amable.

Como puede observarse la Conquista Espiritual fue mucho más violenta que la militar ya que mientras esta última mantuvo vigentes algunas estructuras sociales y de poder con algunas modificaciones, la primera se esforzó por destruir cualquier recuerdo de la concepción del mundo prehispánico. "Al desarticular el equilibrio de un sistema de vida coherente, estructurado, contribuyeron más y radicalmente que los conquistadores a destruir el mundo que quisieron defender" (p. 51, Moreno, 1976). Con ello, la Conquista Espiritual dejaría huella en los diversos ámbitos de la vida de los indígenas; ya que los misioneros y sacerdotes al ser los organizadores de las nuevas formas de vida comunitaria, se convertirían rápidamente en el centro de su vida, serían quienes regirían sus actividades colectivas y definirían las nuevas formas de cohesión social (Cosío y cols. 1983).

CAPÍTULO 2

LA MUERTE EN EL MÉXICO ACTUAL

¿La muerte es un problema? Esta es una pregunta algo complicada y ante la cual pueden surgir diversas respuestas.

La muerte para los muertos no es un problema ya que ellos carecen de problemas, para los vivos si constituye un problema pero si se analiza con detenimiento, la muerte en si no es el problema sino el hecho de saber que en algún momento se va a morir y mejor aún, como menciona Albarran (cit. en López S., 2000) el problema es que se trata de imaginar la propia experiencia de muerte en función de la experiencia de muerte de los demás; es decir, el hombre no opera con lo que es sino con lo que se imagina ó cree que es ó va a ser la muerte, adoptando con ello expectativas que la hacen angustiosa y terrible.

Por ello, con el transcurso del tiempo y los avances tecnológicos, el ser humano se ha preocupado por lograr que su esperanza de vida (¿o aplazamiento de muerte?) sea cada vez mayor, sin embargo, estos mismos factores aunados a la estructura social moderna basada en el utilitarismo, han cambiado su concepción de la vida y la muerte.

En la actual sociedad, sus miembros difícilmente se identifican con los viejos y los moribundos debido a que ellos representan la cercanía a la muerte lo cual implica que la decadencia de su salud suele separarlos del resto de los mortales, es decir, los aísla.

De acuerdo con Elias (1987) el aislamiento de los moribundos y los ancianos constituye uno de los puntos débiles de las actuales sociedades, el cual resulta sumamente complicado resolver porque los vivos encuentran difícil identificarse con ellos.

No obstante, en algunas sociedades como la mexicana, las ideas y ritos comunes alrededor de la muerte la convierten en un momento de socialización capaz de unir a los hombres.

Sin embargo, ello no implica que exista una mayor o mejor aceptación de la muerte pero sí posibilita que sea experimentada de diferente manera y que más que olvidarla, forme parte del vivir cotidiano como se verá en este capítulo.

2.1 Definiciones

Para hablar de la muerte indiscutiblemente es necesario conocer lo que de ella han dicho filósofos, científicos, teólogos y los propios psicólogos, ya que cada uno de ellos, de acuerdo a su visión y campo de acción, ha intentado definirla o explicarla.

FILOSOFÍA

Retomar la filosofía en la búsqueda de la comprensión de la muerte es importante porque gran parte de sus conocimientos intervienen desapercibidamente en la vida cotidiana a través de la cultura, la idiosincrasia, los hábitos y actitudes de cada individuo de la sociedad.

La filosofía es una ciencia que trata de la esencia, propiedades, causas y efectos de las cosas naturales. Este vocablo significa *amor a la sabiduría*, su cuna se encuentra en la antigua Grecia y comprende estudios de metafísica, lógica, ética y estética.

Gutiérrez (1990, en Marín, 2000) menciona que "la filosofía es una ciencia que tiene como instrumento la razón, es la más universal de todas las ciencias. Solamente estudia todas las causas supremas de todas las cosas y con esto queda expresado el objeto formal de la filosofía" (p. 21).

En el pensamiento filosófico griego es común encontrarse con el concepto de *dualidad*, el cual en relación con la muerte se refiere a la unión de dos sustancias en el ser humano, el cuerpo y el alma siendo esta última inmortal y capaz de transmigrar o reencarnar.

A este respecto, Platón concebía dos mundos diferentes, el material y el espiritual. El ser humano forma parte de esos mundos encontrándose su espiritualidad en el alma, aprisionada en el cuerpo. Para liberarla el ser humano debe de purificarse, desprenderse de todo lo material porque si el alma es confundida con el cuerpo se vuelve dependiente de éste y pierde la noción de su propia intemporalidad y, siendo así, vivirá siempre con ansiedad y miedo. Por esta razón, el ser humano debe volverse más espiritual ya que con ello puede aspirar a ascender a un mundo ideal, espiritual y perfecto. El camino a seguir para lograrlo es llevar una vida filosófica puesto que su continuo y prolongado ejercicio permitirá separar al alma del cuerpo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

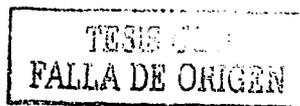
Sócrates (Marín, 2000) comparte una visión semejante a la de Platón y al respecto señala que un filósofo debe alegrarse ante la presencia de la muerte ya que quien realmente se dedica al conocimiento de la filosofía y por voluntad propia, está preparándose para morir y resultaría absurdo que se preocupara cuando llegara el momento para el que se preparó por tanto tiempo. Culmina mencionando que los verdaderos filósofos hacen del morir su profesión.

En contraste con Platón y Sócrates, Aristóteles profesa que el ser humano no es solamente alma ni solamente cuerpo, sino la síntesis de ambos, es un cuerpo animado por el alma. Por ello, si el cuerpo muere el alma deja de animarlo y consecuentemente el hombre deja de existir. Por esta razón, el ser humano tiene como finalidad su propio bien, la realización de sus potencialidades, su perfección, su felicidad. Dicha felicidad no se encuentra en el placer, la fama o las riquezas, se encuentra en la actualización de las propias potencialidades teniendo un lugar privilegiado el entendimiento o razón ya que el hombre que se guía por ella puede lograr su felicidad y alcanzar su propio fin.

Un tanto diferente a los anteriores filósofos, el pensamiento filosófico de Epicuro considera que lo importante de la vida es expulsar el sufrimiento, lo que es logrado al eliminar el deseo porque éste nos lleva a esperar del futuro sólo para decepcionarnos sin remedio. Por ello insiste en que hay que vivir el presente pues mientras se viva en él no se temerá a la muerte; además, señala que lo importante no es cuánto tiempo vivirá el cuerpo sino qué tan bien se vivirá como cuerpo, lo que hará significativa la vida.

RELIGIÓN

Desde que el hombre es tal, no sólo se ha cuidado de morir sino también de vivir. Sádaba (1991) menciona que el hombre no piensa sólo en como vivir, también piensa que ha de saber morir. Es por esto último que el hombre comienza a ser religioso. Así, se encuentra que durante el desarrollo y evolución de la humanidad, las imágenes, aprensiones y miedos de los seres humanos han generado creencias que en conjunto dan origen a la religión, que hasta la fecha forma parte importante en la vida y la muerte de la humanidad, siendo una prueba de ello el hecho de que en gran parte de las civilizaciones los lineamientos que indican el tipo de vida que ha de llevarse son dados por diversos códigos religiosos (p. e. no matarás).



La experiencia de muerte hace al hombre religioso y es por ello que la primera se encuentra íntimamente ligada a ella ya que posibilita practicar la propia espiritualidad, considerada una búsqueda de significado, variando este último en función del tipo de religión y la filosofía de vida que profese.

Así, se encuentra que, por ejemplo para los budistas la muerte es un total no funcionamiento del cuerpo físico, sin embargo, la fuerza de la vida no es destruida con la muerte del cuerpo, sencillamente se desplaza y transforma para funcionar en otra forma. Para facilitar este proceso, los budistas incineran a sus muertos con la finalidad de que el alma se libere del cuerpo y pueda pasar a su siguiente existencia.

Sherr (1992) menciona que la religión budista proclama el bienestar ético y espiritual de cada persona y los exhorta a tener compasión por cualquier forma de vida. Marín (2000) señala que por esta razón, los budistas no permiten el aborto ni la eutanasia activa pero aceptan las transfusiones de sangre y el trasplante de órganos, pues entre sus creencias se encuentra el ayudar al prójimo. Asimismo, dado que los budistas creen en la reencarnación, deben aceptar la responsabilidad de la manera en que ejercen su libertad ya que las consecuencias de sus actos pueden ser vistas en vidas posteriores.

Para culminar con el budismo, es necesario señalar que los moribundos pueden rechazar la administración de medicamentos que alteren la conciencia ya que interfieren en su capacidad de meditar, especialmente sobre su muerte, lo cual puede ejercer cierta influencia en su siguiente reencarnación.

Al igual que los budistas, los hinduistas también creen en la reencarnación sólo que esta religión es mucho más compleja ya que ella va desde el politeísmo (venera una diversidad de divinidades naturales), hasta el más exigente monoteísmo (creen en una ley universal que lo domina todo: el Dharma).

En el hinduismo la muerte representa "el momento en el que el Karma y el Dharma se dividen, el estado de la vida en que se da la liberación del apego" (Marín, 2000, p. 28), no es un acontecimiento muy trascendental, ya que como creyentes de la reencarnación (también llamada Yugas), consideran que se ha presentado en diversas ocasiones en las que la conciencia trasciende al encontrarse completamente libre de apegos. Por esta razón, el morir implica liberarse de la situación actual y pasar a otra mejor y, por ello se procura no molestar al muerto con llantos, sino ayudarlo con oraciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuando un hindú se encuentra en estado de agonía, sus parientes pueden sentarse junto a él a leer un libro sagrado o bien, pueden llevarle ropa y dinero para que los toque y se distribuyan entre los necesitados.

Sherr (1992) menciona que si se encuentra presente un sacerdote hindú, puede ayudar a las personas a aceptar la muerte de una manera filosófica y también puede atar un hilo alrededor del cuello o la cintura del moribundo como señal de bendición.

Al sentir que su momento ha llegado, el moribundo puede pedir que lo acuesten en el suelo para estar más cerca de la madre tierra en el momento de su muerte y así ayudar a la siguiente reencarnación.

Después de morir el creyente hindú, su hijo mayor sin importar cuál sea su edad encabeza un ritual en el cual los parientes lavan el cadáver y lo visten con ropa nueva antes de sacarlo para finalmente cremarlo.

Entre los creyentes del islam conocidos como musulmanes, existe gran resignación ante la muerte, ya que están conscientes que desde el primer día de vida inevitablemente llegará el de la muerte. Cerezo (2001) menciona que la muerte en el Corán se remonta a la ofensa que Adán y Eva infligieron a Dios al desobedecerlo y comer del árbol del conocimiento. Por ello, su castigo fue vivir en la tierra y morir en ella. Sin embargo, los ofensores y sus descendientes no fueron destruidos ni enviados a una condena permanente, se les permitió que durante el tiempo que durara su vida tuvieran la libertad de guiarla por el sendero que los devolvería a Dios, o por el de la perversión y la corrupción que los llevaría a Iblis. Por lo tanto, la vida representa una etapa en la cual puede retomarse el camino a Dios y la muerte no es un castigo, sólo es el final de esta etapa. Además, al morir cuerpo y alma se separan reuniéndose nuevamente hasta el día de la resurrección con Dios, el día del juicio final en el que serán abiertos los libros en los cuales su encuentra todo lo bueno y malo que se haya hecho. Mientras ese día llega, el alma adopta la forma de un ave que permanecerá en el árbol del cielo, será interrogada por los ángeles quienes le dirán su destino provisional hasta el día del juicio final.

Cerezo (2001) menciona que los musulmanes moribundos tradicionalmente son lavados con agua corriente antes de rezar y después de ir al baño. En el momento de su muerte, las últimas palabras que deben salir de sus labios son "*No existe ningún otro dios que no sea Alá y Mahoma es su profeta*". En caso de que la condición del moribundo le

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

impida decirlo, cualquier musulmán puede decirlo en su oído. Marin (2000) señala "que después del deceso, el cuerpo no puede ser tocado ni lavado por alguien que no sea musulmán. Se le debe voltear la cabeza hacia el hombro derecho (para enterrarlo con la cara hacia la Meca), los miembros enderezados y el cuerpo envuelto en una sábana sencilla" (p. 29).

Concluidos los anteriores ritos, el cuerpo debe ser sepultado en el menor tiempo posible (por lo general en el transcurso de 24 horas), motivo por el que no se permite la práctica de la autopsia, a menos que sea requerida por el forense y con la solicitud por parte de los dolientes de la posterior devolución de los órganos al cuerpo para poder enterrarlo. Cabe señalar que entre los dolientes, algunos no mostrarán manifestaciones de sentimientos de dolor, debido a que el hacerlo es considerado señal de falta de fe en Alá.

La religión judía, a diferencia de muchas otras, considera que Dios no mora en los santuarios, sino que mora en el cuerpo, siendo éste la sede del creador, de la *chispa divina*, es por ello que el cuerpo debe ser sumamente respetado (Marin, 2000).

Los judíos conciben a la muerte como el fin natural de la vida, es un acontecimiento necesario para pasar de este mundo al otro, paso que depende de la separación del alma del cuerpo.

Durante todo el tiempo que viva, el ser humano debe escoger entre dos caminos, uno en el que puede vencer a la muerte mediante la observancia de la Tora, que lleva a la vida, y otro, en el que la propia obstinación y la idolatría conducen a la muerte. Si el camino seguido durante la vida fue el de la Tora, la muerte no se considera una tragedia, ya que la vida debió de haber sido rica en obras buenas, bendecida con buena salud y vitalidad tanto del espíritu como del cuerpo.

Cerezo (2001) menciona que en el judaísmo no existe la necesidad de que un intermediario proporcione los *últimos ritos*, motivo por el cual un judío agonizando puede no solicitar ver a un rabino. Cuando el deceso ocurre, el cuerpo es bajado al piso con los pies apuntando en dirección a la puerta. En caso de que se encuentre presente alguno de los hijos del fallecido, deben de ser éstos quienes le cierren los ojos y cubran el cuerpo con una sábana blanca. Los acompañantes sólo deben rezar como muestra de respeto y colocan dos velas en el piso al lado de la cabeza.

Cerezo (2001) y Marín (2000) señalan que dependiendo del sexo del muerto, un compañero o compañera prepara el cuerpo en presencia de tres miembros de la comunidad. El cuerpo es lavado en forma especial y amortajado antes de ubicarlo en un sencillo ataúd y de que se pronuncien las oraciones.

Este ritual es hecho a todo ser humano, sin importar lo malo que pudiera haber sido ya que todo ser humano tiene siempre algo de bondad. El suicidio representa la única excepción, en estos casos no existe la obligación de seguir el rito y el cuerpo es enterrado en un lugar aparte, debido a que *el hombre no es dueño de su vida*.

Al igual que los musulmanes, los judíos por lo general llevan a cabo el funeral en un lapso de tiempo no mayor a 24 horas.

Llegada la muerte, los judíos esperan la llegada del *Mesías* con la cual los muertos resucitarán. Por esta razón piensan que todo cuerpo debe estar completo para recibir su llegada.

Conociendo lo anterior, es comprensible el hecho de que los judíos no permitan que sus cuerpos sean mutilados (con la autopsia, por ejemplo), ni que se les retiren sus órganos para trasplante.

A diferencia del judaísmo, en el cristianismo no existe objeción alguna respecto a la práctica de la autopsia ni a la donación de órganos para el trasplante.

El cristianismo se fundamenta en los escritos de la Biblia (Antiguo y Nuevo Testamento) en la cual, según Viamonte (1993, en Cerezo 2001) se mencionan tres tipos de muerte:

1. Muerte Temporal: en ésta el espíritu se separa del cuerpo.
2. Muerte Espiritual: ocurre cuando el espíritu se separa de Dios y este espíritu es arrojado al *lago de fuego*, donde se vuelve eterno.
3. Muerte Cristiana: es el comienzo de la vida espiritual y eterna.

De acuerdo con los anteriores preceptos, Herrasti (1996, en Cerezo, 2001) señala que en el cristianismo la muerte no representa el fin sino el principio de la verdadera vida ya que dentro de la primera existe la esperanza de la resurrección.

Además, los cristianos creen que con la muerte de Jesús la humanidad se ha reconciliado con Dios. Por lo tanto, morir debe considerarse un momento santo pues es un momento en el que alma se entrega a Cristo y forma parte de él encontrando así la vida del

paraíso; pero para lograrlo habrá que prepararse constantemente durante la vida terrenal. Parte de esta preparación consiste en admitir que hay un solo Dios y creer en él, aceptar que ha dado un alma inmortal al ser humano y una ley moral, con la cual debe regir sus actos siendo los más significativos el amor al prójimo, a Dios, la obediencia a sus mandamientos y sacrificios, para obtener indulgencias en el juicio final. Si el ser humano hace caso omiso de lo anterior, condenará su alma y estará en el infierno por la eternidad.

Antes del momento de su muerte, el cristiano agonizante puede solicitar la presencia de algún sacerdote que le brinde las últimas bendiciones y que interceda por él. Una vez muerto, sus parientes pueden desear que su cuerpo se encuentre presente para orarle, así como para encomendarle a Dios el cuidado de su alma.

Como ha podido observarse, todas estas religiones tienen enormes diferencias unas con otras, sin embargo, también guardan ciertas semejanzas entre sí. Algunas de ellas son el pensamiento dualista (separación cuerpo-alma), que aunado a la inmortalidad del alma conforma uno de sus principales pilares. Otra de sus semejanzas es la vida posterior a la muerte, la idea más atractiva de todas y cada una de las prácticas espirituales. Una coincidencia más es que todos los actos realizados durante la vida terrenal repercutirán en la ultraterrenal volviéndose importante hacer “méritos” en la primera, para ser merecedores de la segunda.

Con base en unas cuantas semejanzas de estas religiones, es sencillo percatarse que éstas más que separar a los seres humanos deberían de unirlos ya que, independientemente de las prácticas religiosas y ritos que las caracterizan, todas buscan exactamente lo mismo, no sólo ofrecer una mejor vida después de la muerte sino también indicar los lineamientos a seguir aquí y ahora para lograrlo. Además, demuestran que pese a que cada cultura tiene su propia concepción de muerte, todos los seres humanos comparten una actitud bastante similar ante ella.

BIOLOGÍA Y MEDICINA

Desde la perspectiva biológica se considera que el organismo nace para morir y es por ello que la muerte no se considera un fracaso, sino como una etapa más del ciclo vital. Por extraño que parezca, la muerte es un evento necesario y conveniente para la subsistencia de la vida ya que si no existiera todos los organismos llegarían a la ancianidad

y en ésta acumularían una enorme proporción de enfermedades y limitaciones, el espacio vital se reduciría y habría problemas de escasez de alimentos y recursos. Por esta razón, aunque la muerte individualmente parezca una tragedia, socialmente constituye una necesidad (Cerezo, 2001).

Dentro de la ciencia biológica se considera que un ser humano se encuentra muerto cuando todos sus sentidos dejan de funcionar, es decir, cuando hay un cese completo de la vida, caracterizado por la abolición definitiva de las funciones vegetativas y que se reconoce por dos efectos: la suspensión de la función activa del individuo (movimiento, nutrición, reacción, entre otros) y su rápida descomposición (putrefacción), que aparece por la desaparición de las funciones defensivas del organismo ante sus agresores (p. e. las bacterias) (Cerezo, 2001).

Por su parte, la medicina según el Diccionario de Medicina Dorland en su 26ª edición (Marín, 2000) define a la muerte como la "cesación de la vida. Suspensión permanente de todas las funciones corporales vitales, cesación irreversible de los siguientes datos: función cerebral total, función espontánea del aparato respiratorio, función espontánea del aparato circulatorio" (p. 16).

Cerezo (2000) señala que esta definición se encuentra basada en los criterios de certeza del estado de abolición total e irreversible de las funciones corporales, concluidos en la reunión internacional sobre trasplantes, realizada en Ginebra en 1968. En esta reunión se enumeraron los siguientes criterios:

1. Pérdida de la vida de relación.
2. Arreflexia y atonía muscular totales.
3. Paralización de la respiración espontánea.
4. Desplome de la presión arterial a partir del momento en que se mantenga artificialmente.
5. Trazado electroencefálico lineal absoluto (incluso bajo estimulación) obtenido con garantías técnicas.

Cabe señalar que estos criterios no son válidos en niños con hipotermia o con intoxicación.

A consecuencia del desarrollo de las técnicas de resucitación y de mantenimiento de las funciones vitales, el diagnóstico de muerte ha cambiado. Por muchos años este

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

diagnóstico se dio cuando las actividades cardíaca y respiratoria desaparecían. Sin embargo, actualmente el paro cardíaco puede ser reversible si el corazón no se encuentra dañado irremediablemente. Hoy día el diagnóstico de muerte es dado cuando una persona muestra la existencia de daño encefálico irreversible. Este diagnóstico es conocido como muerte cerebral.

Skurovich (1998, en Marín 2000) señala que entre los criterios que se toman en cuenta para determinar la muerte cerebral, se encuentran el coma con apnea (falta o suspensión de la respiración), la ausencia de función del tallo cerebral, flacidez y ausencia de movimientos espontáneos (excluyendo reflejos y mioclonias medulares) y electroencefalograma plano.

Reyes (1996, en Marín, 2000) menciona que algunos de los signos que señalan la ruptura vida-muerte son: inmovilidad, hipotonía, falta de reflejos y de respuestas, el cuerpo totalmente inerte, los miembros ligeramente flexionados, la cabeza ladeada, la punta de los pies inclinados ligeramente hacia fuera, la mandíbula caída, la boca abierta, los ojos entreabiertos sin tonicidad.

El enfriamiento del cuerpo y la rigidez cadavérica son considerados signos semitardíos. El primero en ocasiones puede comenzar con la agonía y se confirma después de una o dos horas de ocurrido el deceso comenzando en la cara y en las extremidades. La segunda se produce después de doce horas aproximadamente, inicia por la cara y sigue por la nuca, el tronco y el resto de los miembros; dura entre 24 y 72 horas.

OTRAS DEFINICIONES

La filosofía, la religión, la biología y la medicina no son los únicos tipos de muerte que se pueden definir y de los que se puede hablar, ya que también existen otros tipos de muerte.

Un ejemplo de ello es la muerte social, identificada con la jubilación o con la pérdida del rol activo y económico, transitando a un rol pasivo social y económicamente. El internamiento total y la restricción del contacto social son algunas de sus manifestaciones.

La muerte psicológica constituye una de las más claras evidencias de que la muerte no es simplemente un acontecimiento biológico. De acuerdo con Saldanha (1993, en Cerezo, 2001) esta muerte se caracteriza por el fin de una vida saludable sin la necesidad de

finar la existencia física, la vida es inhibida, el sujeto simplemente abandona todos sus proyectos de vida por una forma vegetativa de existencia.

Como puede observarse, este tipo de muerte sencillamente es resultado de la negación a vivir. Este concepto se aplica a todas aquellas personas que se aíslan o niegan la vida a causa de conflictos no resueltos, aquellas que han dejado de experimentar identidad y autonomía, cohesión personal, aquellas que solamente aguardan la muerte biológica no como aceptación, sino como una forma de intentar resolver el problema de carecer de un sentido de la vida (de este último se hablará más adelante).

El conocimiento de los diversos conceptos de muerte evidencia que esta idea se encuentra inscrita dentro del lenguaje humano, aún cuando poco se hable de ella abiertamente. Hablar de la muerte es el primer paso para enfrentarla y para dar significado a la vida, para volverla una aliada, ya que en la medida que se le "conozca", menos se le temerá.

2.2 Calidad de vida y muerte

Salud y bienestar son dos de los conceptos en los cuales se encuentran los antecedentes de lo que hoy día se conoce como Calidad de Vida. Esta expresión es tomada de las ciencias sociales y aparece durante la década de los 50 e inicios de los 60, a causa de la necesidad de obtener datos objetivos que permitieran conocer el bienestar de la sociedad (Cabrera R., 2001).

No obstante, el término calidad de vida aparece hacia la década de los 70, expandiéndose hacia los años 80 y estando encubierto su desarrollo histórico por otros conceptos como los de bienestar, salud y felicidad (Cerezo, 2001).

Antes de la aparición del concepto de calidad de vida, el modelo de sanidad operaba bajo el objetivo de "estar sano" convirtiendo así al proceso salud-enfermedad en un binomio de lo bueno y lo malo en el que todo aquello que incrementaba la salud y el bienestar era bueno, mientras que lo malo era todo lo contrario. Sin embargo, la situación sanitaria cambió radicalmente ya que las enfermedades infecciosas comenzaron a ser desplazadas paulatinamente por enfermedades crónicas tales como las afecciones cardíacas, la hipertensión, el cáncer, la diabetes, la arteriosclerosis, la artrosis, entre otras (Guerrero,

2001). Estos cambios evidenciaron la influencia del estilo de vida en la aparición de enfermedades y, con ello las patologías dejaron de ser un asunto meramente biológico, dando paso así a la sociología y a la psicología pues no había duda que los elementos de la organización social moderna constituían un factor de riesgo para la salud.

Con este nuevo enfoque sobre el origen de las enfermedades, surgió la necesidad de contar con una categoría cuyo criterio permitiera valorar apropiadamente las medidas sanitarias, pero que en su análisis incluyera el estudio no sólo de las condiciones materiales sino también de los aspectos subjetivos del estilo de vida. Es así como se propone el empleo del término Calidad de Vida como un concepto integrador de todas las áreas de la vida y el cual hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos (Guerrero, 2001 y Barbosa, 2001).

Inicialmente el concepto de calidad de vida consistió en el cuidado de la salud personal; posteriormente en la salud e higiene públicas; después se extendió a los derechos humanos, laborales y ciudadanos incluyendo la capacidad de acceso a los bienes económicos; y por último, a la preocupación por la experiencia del individuo de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud.

El concepto de calidad de vida se encuentra determinado por dos aspectos importantes: la objetividad y la subjetividad. Cada uno de estos aspectos juega un papel importante para el ser humano al definir su situación actual debido a que como ente físico y psicológico percibe el mundo con cierta objetividad y a través de sus sentimientos. A los anteriores aspectos, Barbosa (2001) añade dos más: las condiciones de vida de una persona y la satisfacción que ésta experimente con dichas condiciones vitales. Dados estos aspectos, hoy día existe una falta de consenso sobre su definición, elementos y evaluación, debido a que la calidad de vida es cambiante a lo largo de la existencia, en gran medida es relativa a los niveles logrados en el pasado, su estimación se hace en función del nivel de calidad de vida de los individuos de una comunidad, es imposible evaluarla directamente y su campo, teóricamente hablando, *es la vida completa*. Por ello, es necesario considerar que los niveles de calidad de vida, varían en función de cada cultura, estructura social, sistema político e incluso edad, sexo y dimensiones de personalidad como expectativas, creencias, ideales, etcétera. El analizarla significa analizar las experiencias subjetivas de los individuos, es decir, el conocer cómo viven, sus condiciones objetivas de vida y sus

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

expectativas de transformación de dichas condiciones (Guerrero, 2001). Lo mencionado anteriormente permite concluir que la calidad de vida es reflejo de la evaluación integral que cada individuo hace de sus condiciones de vida en función de la felicidad y la satisfacción que experimente con éstas.

La calidad de vida se refiere al sentido de bienestar que percibe una persona, derivado de su experiencia ante la vida (Cabrera M., 2001). Es un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, es un sentimiento de bienestar personal (Cerezo, 2001).

Levi y Anderson (Barbosa, 2001) la definen como una medida compuesta de bienestar físico, mental, social, de felicidad, satisfacción y recompensa, tal como lo percibe cada individuo y cada grupo.

Para Rodríguez, la calidad de vida es el nivel de bienestar subjetivo o felicidad que en términos de presencia o ausencia de indicadores estándar, más o menos objetivos, consideran las personas que determinan una "buena vida" en general (Cerezo, 2001).

Setián (s/f en Cabrera M., 2001) plantea que la calidad de vida es el grado en que un individuo percibe que su vida es buena y satisfactoria, que goza de bienestar físico y material, así como de buenas relaciones interpersonales, además de participar en actividades sociales, alcanzando un desarrollo óptimo a nivel personal. La perspectiva psicológica aporta a este concepto una visión en la que el hombre experimenta una sensación de bienestar cuando las necesidades que siente se ven apreciablemente reducidas; se centra en las necesidades humanas y en su satisfacción. Tales necesidades son a la vez biológicas y aprendidas, de modo que la cultura influye en su número y contenido.

La calidad de vida para Guerrero (2001) es la evaluación que el individuo hace de su propia vida, mientras que para Andrews y Withey (1976, cit. en Guerrero, 2001) no se trata solamente de un sentimiento de satisfacción o bienestar personal, de poder o competencia comportamental, de dominio o control de los diversos sectores del entorno objetivo, también se trata de una valoración que el individuo hace sobre éstos y otros aspectos que considera importantes en su vida actual, en su vida completa. Otra definición semejante a las anteriores es la de San Martín y Pastor (1990, en Cabrera R., 2001) quienes señalan que el ejercicio de los valores sociales y la relación global que el individuo establezca entre los estímulos positivos y negativos, en el curso de su vida social, en sus

interrelaciones con las otras personas de la sociedad y con el medio ambiente total en que vive, definen al concepto de calidad de vida.

Por su parte, Cabrera M. (2001) considera que no hay poca ni mucha calidad de vida, sino sencillamente, se tiene o no, la vida tiene calidad cuando se vive con vida.

González-Celis (2002) señala que la calidad de vida como objeto de estudio de la psicología se relaciona con aspectos del funcionamiento de la salud tales como el afrontamiento, la solución de problemas, el control y la auto-eficacia, o el desarrollo de habilidades sociales.

Como se ha observado, el término calidad de vida puede concebirse como una construcción sumamente compleja, multifactorial y dinámica compuesta por diversos elementos. De los elementos que la conforman, los más destacados son: la satisfacción, el nivel de vida, el estándar de vida, el modo de vida, el estilo de vida y el bienestar social.

SATISFACCIÓN

Es la evaluación que un individuo efectúa de un estado cualquiera de su propia vida. Para ello toma como referencia un patrón interno o externo entre sus aspiraciones, expectativas y logros conseguidos (González y Zepeda, 2002). En otras palabras, es una valoración total de la vida que cada persona realiza en función de criterios propios, la cual es expresada en la correspondencia entre cuánto se espera lograr en la vida y cuánto se ha logrado. Cabe señalar que éste elemento se encuentra influenciado por algunas variables de la personalidad de los sujetos así como por el apoyo social y familiar recibido.

NIVEL DE VIDA

El nivel de vida es la base material de la existencia cotidiana que permite juzgar la presencia o ausencia de las condiciones mínimas indispensables requeridas para satisfacer las múltiples necesidades del hombre, desde las elementales (alimentación, vestido, vivienda, salud, etc.), hasta las superiores (trabajo, enriquecimiento cultural y espiritual). Dichas condiciones permiten conocer la capacidad que el individuo tiene para disponer sobre recursos de todo tipo (dinero, propiedad, conocimiento, energía física y psicológica, relaciones sociales, de seguridad, etcétera), por medio de las cuales puede controlar y dirigir sus condiciones de vida. El nivel de vida podría definirse en siete elementos los

cuales son: nutrición, salud, vivienda, educación, ocio, seguridad, excedente de renta y satisfacer las necesidades básicas; pero según Montalvo y Vital (Barbosa, 2001) el nivel de vida "busca el saber vivir, el vivir bien, el grado de realización como seres humanos, la manera en cómo los recursos satisfacen las necesidades elementales (alimentación vestido y salud), las necesidades operativas (vivienda, recreación, transporte y seguridad), y por último las necesidades de formación y de realización como seres humanos (enseñanza, trabajo y cultura)" (p.41).

Por su parte, Cerezo (2001) sugiere que el nivel de vida expresa el grado y condiciones de satisfacción de las necesidades individuales y colectivas que goza una persona, una familia, un grupo y/o una clase social.

MODO DE VIDA

El modo de vida según García y Lima (1985, en Cerezo, 2001) es la forma que adquiere la actividad vital, el género de vida del individuo del grupo social, la clase y el pueblo en general, que actúa en una formación económico-social determinada. Este concepto toma en cuenta el modo en que vive el hombre o en otras palabras, el modo por el cual los miembros de una sociedad en general y las clases sociales utilizan y desarrollan las condiciones de vida. Este concepto también se refiere a las interacciones del individuo con su sociedad, con el medio ambiente que le rodea y con el cual está en constante contacto (Barbosa, 2001); posee rasgos generales de la forma de vivir del hombre en la sociedad, su lugar en el sistema de relaciones sociales y las posibilidades creadas por el régimen social para la actividad humana, tomando en cuenta el modo en que vive el hombre.

ESTÁNDAR DE VIDA

Otro elemento de la calidad de vida es el estándar de vida, que es la parte del bienestar social que puede relacionarse directa o indirectamente con la escala de medición monetaria. Puede ser medido a través de agentes individuales que evalúen pequeños cambios en los estándares de vida o en términos del poder adquisitivo. En el estándar de vida también se encuentran involucrados aspectos subjetivos de los cuales Rodríguez (1995, en Cerezo, 2001) menciona al amor como uno de ellos.

ESTILO DE VIDA

El estilo de vida es considerado como un aspecto de gran relevancia en relación con la salud personal ya que permite conocer la calidad de vida de la sociedad; que posibilita explicar el origen de gran parte de las enfermedades crónico degenerativas que se desarrollan por el comportamiento de las personas, más que por agentes patógenos.

El estilo de vida es el conjunto de motivos, cualidades, intereses y valores que cada persona muestra por sí misma en cada acto que desempeña, implica tanto el consumo como las preferencias e incluye diversas acciones, comportamientos, actitudes, etcétera (Cerezo, 2001).

En occidente el estilo de vida, de acuerdo con Ramírez (1998, en Cerezo, 2001), se caracteriza por ser adquisitivo y consumista además de hacer énfasis en el trabajo como una actividad valiosa y satisfactoria.

BIENESTAR SOCIAL

El bienestar social según Cerezo (2001) son todas aquellas leyes, programas, políticas, acciones y servicios que se establecen para asegurar, mejorar y fortalecer la provisión de todo aquello que es considerado como necesidades básicas y no básicas que tiendan a lograr el bien humano y social.

Está relacionado con diversos aspectos de la vida de las personas (lo personal, lo social), y sin embargo, frecuentemente se le relaciona con los servicios públicos y la economía. No obstante, se encuentra fundamentado en la capacidad del hombre para satisfacer sus necesidades, así como en su capacidad para controlar y dirigir conscientemente sus condiciones de vida.

Algunos indicadores que permiten valorar el bienestar social son el ingreso per cápita, la mortalidad infantil, la disponibilidad de alimentos, la tasa de alfabetización, la vivienda, la educación y la cultura.

Cerezo (2001), anexa a los anteriores elementos tres más: la felicidad, el amor y el sentido de la vida.

FELICIDAD

Quizás la felicidad es lo más fácil de tener y lo más difícil de encontrar. Frecuentemente está relacionada con la salud, el dinero y el amor, sin embargo, hay seres que aún contando con los tres no siempre son felices, debido a que en algunas ocasiones no se valora lo que se tiene. Esta autora expresa que lo anterior se debe a que los seres humanos siempre queremos más de todo o, dicho en otras palabras, somos ambiciosos siendo esto, precisamente, lo que nos conduce a la infelicidad.

AMOR

Hasta la fecha, del amor mucho se ha escrito, mucho se ha dicho, mucho se ha sentido y expresado, pero definirlo es bastante difícil ya que es una emoción indescriptible que no es exclusiva del ser humano, de determinada edad o de algún género. El recuerdo o presencia de alguna persona, animal, planta, actividad u objeto, son capaces de evocarlo.

Los seres humanos experimentan diversas formas de amor durante su vida, lo cual permite suponer que es un proceso y una combinación de experiencias instintivas y aprendidas. Para Cerezo, (2001) el amor crea, sana y proporciona placer, además de ser el instrumento más importante y efectivo para la comunicación entre las personas ya que todos necesitamos amar y ser amados.

El amor no debe ser el resultado de una doctrina, un artículo de fe, un punto de convicción intelectual o una tesis apoyada en argumentos, porque el verdadero amor no requiere razones, debido a que forma parte de la naturaleza del ser humano.

Un humano que ama de verdad posee un espíritu sano, obtiene un conocimiento verdadero y profundo de la naturaleza, una visión de la vida y sus semejantes, por lo cual difícilmente puede ser cruel con ellos, en resumen, es bondadoso.

SENTIDO DE LA VIDA

Cada cosa puede tener un sentido, y justamente eso es lo que hace el ser humano: da sentido a las cosas, una a una. Desde que ha sido consciente de su confrontación con la muerte, el ser humano ha tenido la necesidad de hallarle sentido a todo lo que le sucede en la vida. Esta búsqueda resulta de vital importancia, debido a que el comportamiento

saludable del ser humano (la mejora subjetiva y objetiva de su calidad de vida) depende de dicha búsqueda, mejor conocida como *sentido de la vida*.

Yutang (1990, en Cerezo, 2001) considera que el sentido u objeto de vivir es gozar verdaderamente la vida, no se trata sólo de lograr, sino de preguntarse *¿qué hacer con la vida?*, ya que la respuesta permitirá ordenar la vida de manera tal que se encuentre la mayor felicidad posible durante ella.

Al respecto Sádaba (1991) menciona que hay vidas más completas que otras, las hay más acabadas y menos acabadas, lo cual no depende del tiempo que se viva sino de lo feliz que se haya vivido. Es por ésta razón que el sentido de la vida se da con el tiempo, no es algo que se tome o se deje. La vida se vive desde dentro, de ahí que su sentido se encuentre ligado a la experiencia que cada ser humano va teniendo de la vida misma. Por eso es que la vida se hace, da su sentido a quien espera y permite su evolución, sea cual sea el sentido, cada ser humano lo tendrá siempre y cuando no espere que le llegue del cielo.

El sentido de la vida puede encontrarse de dos formas, el lenguaje y la vida cotidiana. Las dos pueden enseñar al ser humano a confrontarse con la muerte y sobre todo, a dar significado a su vida.

En el lenguaje la muerte se manifiesta como una forma de comunicación en la que puede expresarse horror, amenaza, chistes, exclamaciones o exageraciones. Todas son formas de expresión habitual con las que suele desdramatizarse, con las que simplemente se habla sobre ella y no se reflexiona en torno a ella.

Cuando la muerte forma parte del lenguaje habitual de los seres humanos, puede convertirse en un aliado y no en un enemigo de la vida. Brindarle familiaridad y respeto permite tener siempre presente su cercanía y lejanía cuando de ella se habla, da a la muerte el sentido que se necesita para vivir.

La experiencia cotidiana de la muerte es una de las pocas cosas que consigue romper con el acelerado ritmo de vida, propio de los seres humanos, sobre todo si quien fallece es un ser cercano. Ferrater (s/f, en Sádaba, 1991) escribe que en la vida cotidiana los lazos que se establecen con otras personas en ocasiones llegan a ser tan profundos que su muerte es un mordisco en nuestra vida, de forma tal que su muerte es sentida como si hubiera muerto una parte del propio ser. Sin embargo, la vida cotidiana también trata a la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

muerte con toda normalidad, pues nadie se escandaliza con los cementerios, los templos, los ritos o los trámites que se realizan para sepultar a un muerto.

Por eso, pese a que al final de la vida siempre aparece la muerte, el sentido de la primera no decaerá si se le ha dado un *valor real a la vida de todos los días con los demás*. Con esto, no se pretende decir que los demás vivan a través nuestro, sino que el ser humano habrá de relacionarse con sus semejantes en función de las perspectivas que todos pueden ofrecer y cumplir, es decir, tendrá que construir una vida en la que se combinen sus distintas cualidades, en la que se practiquen nuevas formas de vivir y se disfrute de aquello que le es familiar, de lo concreto, de lo inmediato. Todo esto no es más que moverse en y disfrutar de lo que ofrece la vida cotidiana, ésta en su sencillez, sugiere cómo hay que vivir, sólo corresponde a los humanos desarrollar el potencial que se encuentra en el vivir cotidiano.

Con base en lo mencionado, de las formas para encontrar el sentido de la vida es factible afirmar que el sentido de la vida no se encuentra, el sentido de la vida lo construye cada ser humano para sí mismo, con sus propios recursos, en la medida que se permite vivir y con el sentido que desea darle a lo que vive, es por ello que para poder entender el sentido de la vida es necesario analizar primero el propio concepto de muerte y conocer el valor que se le da a la vida.

El listado de elementos que conforman la calidad de vida aquí descrito, no es absoluto ya que, como se mencionó con anterioridad, la calidad de vida es un término sumamente vasto como para contar con una lista específica de sus componentes, lo cual deja en claro que éstos se diversifican para cada humano aún en las mismas situaciones, sus efectos pueden diferir y, en el mejor de los casos, suelen brindar como resultado la felicidad y satisfacción de la persona.

Aún cuando en el futuro se logre establecer un concepto general de la calidad de vida, sus componentes continuarán variando de población a población y más aún, de persona a persona. Es por ello que la calidad de vida debe constituir una categoría que dé cuenta de la dinámica personal y no de una visión parcial (Guerrero, 2001), porque la forma en que cada ser humano valore su vida, dependerá de sus circunstancias, de los retos que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

día a día se le presenten, así como de las habilidades con las que cuente para afrontar situaciones de cualquier índole.

Para valorar la vida, el ser humano inevitablemente debe reflexionar sobre la muerte, puesto que sólo ésta promueve un análisis sobre el sentido de la vida, la felicidad, el bienestar y los valores de la vida; elementos que en conjunto pueden propiciar el darle importancia a nuestra existencia, así como la búsqueda de una óptima calidad de vida.

El ser humano debe ser consciente de que tal vez nunca tendrá nuevamente la oportunidad de hacer las cosas que en realidad desea hacer, debe comenzar a dejar de lado el propósito de poseer, afán que solamente lo distrae y hace menospreciar lo que tiene frente a él, su integridad, sus valores, e incluso, su ser (pensamiento, memoria, capacidades, características, etc.) olvidando que al morir, esto último es lo único que se llevará.

Por esta razón, la principal ocupación del ser humano debería ser vivir lo mejor posible la vida, procurando que la labor o trabajo que desempeñe ayude a desarrollar su ser y manteniendo presente que el objetivo de tener (acumular bienes materiales) implica contar con lo indispensable para vivir en forma cómoda y tranquila.

Dado que el ser humano no es un ente aislado, también tiene la necesidad de integrarse a la sociedad, de relacionarse con otras personas y de formar una identidad social, que le posibilitará establecer relaciones activas de amistad con sus compañeros de trabajo, así como con miembros de asociaciones y organizaciones, desarrollar apego a la familia y parientes y arraigo con la comunidad.

Finalmente, para que el ser humano pueda vivir con plenitud y ser feliz es esencial que logre equilibrar apropiadamente sus actividades físicas con las sexuales, intelectuales, emocionales y espirituales, ya que una buena condición física produce una sensación de bienestar y reduce la ansiedad, el estrés y la irritabilidad. Por ello, Cerezo (2001) menciona que muchos investigadores han concluido que la actividad física prolonga la vida y aumenta la resistencia del cuerpo a las enfermedades y al dolor.

Como puede observarse la muerte y la calidad de vida se encuentran íntimamente ligadas ya que sin la una, la otra carecería de sentido. Analizar el concepto de muerte es primordial para conocer el valor de la vida, ya que el enfrentarse a la muerte es el único acontecimiento que verdaderamente posibilita conocer el propósito real de la existencia y permite aprender a disfrutar de la vida.

Por consiguiente, se debe de ser sumamente cuidadoso para que la calidad de vida no sea confundida con la adquisición de bienes materiales, pues de ser así, la vida puede ser confundida con cualquier otra posesión.

Para evitar confusiones deberá tenerse siempre presente que la calidad de vida no puede considerarse como el mayor consumo de bienes y servicios, no sólo depende del cómo se vive, sino también del cómo se vive, del conocimiento de sí mismo, de la apreciación de la propia vida, de la valoración de las relaciones humanas y de la apreciación personal del tiempo, el territorio y el cuerpo, lo cual ofrece como resultado el gozar de una buena salud.

En este último campo, las metas de la calidad de vida se encuentran representadas por la obtención de una vida lo más larga posible y en el mejor estado de salud posible, encontrándose ambos distribuidos equitativamente entre los grupos e individuos que forman una comunidad (Setién, 1993, en Cabrera M., 2001), no obstante, la realidad es otra.

Actualmente, la medicina ha obtenido un enorme progreso que haría suponer que el nivel de salud de la población debería encontrarse en un óptimo nivel, sin embargo, en términos sociales no ha aumentado tal como lo evidencian las relaciones sociales que los seres humanos establecen hoy día las cuales sólo muestran formas de utilitarismo que acentúan en gran medida el aislamiento y la enfermedad.

La forma de vida de la actual civilización exige y ha generado una excesiva represión de la expresión de emociones y afectos de los seres humanos entre sí, pudiendo romper esta barrera únicamente cuando se encuentran bajo una excesiva presión.

Para finalizar, cabe recordar que el objetivo de ciencias tales como la medicina, la biología, la filosofía, la psicología, etcétera, es conocer, preservar, alargar o hacer lo más cómoda posible la vida, pero, ante las rutinas sociales que sólo denotan gran pobreza emotiva y que propician el aislamiento, cabría preguntarse ¿es esa la calidad de vida de la que tanto se alardea? ¿es necesario que ocurra una catástrofe o la muerte para que se revalore la vida y verdaderamente se vivan con intensidad todos y cada una de los días? ¿es necesario que aparezcan calamidades para que dejemos nuestras diferencias de lado y realmente nos preocupemos por ayudar a nuestros semejantes?

2.3 México: tradiciones y ritos en torno a la muerte

El México actual es el resultado de un mestizaje no sólo biológico sino también cultural, es el resultado de la mezcla de ritos religiosos cristianos con ritos religiosos paganos o indígenas, es el resultado de la mezcla de ideologías europeas con ideologías indígenas, en resumen, es la identidad de todos y cada uno de los mexicanos.

La cultura mexicana, sustentada en su identidad, no distingue entre la vida y la muerte, para los mexicanos todo es vida, la muerte simplemente es parte de la vida, y no es su parte final, sino el inicio de la perpetuidad. Esto muestra que las creencias que justifican la celebración del Día de Muertos, son originadas por la necesidad de trascender después de la muerte (Aguayo y Álvarez, 1999).

En el presente siglo y aún con los avances tecnológicos, los mexicanos continúan ofrendando a la muerte y a los muertos ya que, si bien es cierto que al igual que otros seres humanos comparten la angustia ante la perspectiva de morir, se diferencian de otros pueblos porque han transformado a la muerte en algo familiar y cotidiano, sin dejar de brindarle su merecido respeto.

Entre las expresiones populares con las cuales se demuestra respeto y veneración a la muerte se encuentran la artesanía, los refranes, el día de muertos y con él las calaveras.

La festividad de muertos comprende varios días. De acuerdo con las creencias populares, los "muertos chiquitos" (aquellos que murieron en la infancia) arriban al mundo el 1° de noviembre, mientras que los adultos muertos lo hacen el 2 del mismo mes. En algunas regiones del país, las festividades comienzan el 28 de octubre, fecha que se encuentra dedicada a aquellos que murieron por accidente; en otras comienzan el día 30 de octubre fecha en la que son recibidas las almas de los "limbos" o niños que murieron sin haber recibido el bautizo.

La tradición de colocar una ofrenda para los muertos es una costumbre muy antigua en México, se remonta a la época prehispánica, como lo muestran los ritos fúnebres de los aztecas. Ellos enterraban junto a sus muertos ofrendas tales como ropa de papel, un perro xoloescuintle, una cuenta de jade, entre otras. Estas ofrendas ayudaban a la *teyolia* (alma) a realizar su largo viaje al otro mundo; además, cada mes colocaban ofrendas alimenticias que fortalecieran a los muertos para resistir tan largo viaje a *Mictlán* o al *Tlalocan*.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el México contemporáneo, los familiares de los muertos acuden a los panteones con la finalidad de arreglar las tumbas de sus muertos con varios días de anticipación o inclusive el mismo día en que se les festeja. Las limpian, les ponen flores, velas y arreglan las cruces. Asimismo, comienzan a preparar la ofrenda a la que, de acuerdo con las tradiciones populares, los muertos llegarán a nutrirse de la esencia de los alimentos que en ella son depositados (Iglesias, 1997).

Generalmente, las ofrendas son colocadas sobre mesas de uso diario, cubiertas con manteles de papel china u hojas de plátano, según la costumbre regional. Encima se colocan los alimentos y bebidas que más le gustaban al difunto, acompañados de frutas, calaveras de dulce, cirios, panes, cigarrillos, sal, etc., su retrato; es imprescindible un vaso con agua porque el difunto llega muy sediento a causa de su viaje.

De la entrada de la casa al altar se coloca un camino de flor de zempasúchil para que las ánimas no se pierdan. Además, para que las almas acudan es necesario que se les rece, se queme copal y se les digan palabras de bienvenida. En caso de que lo anterior no sea cumplido, es muy probable que las almas se enojen y no lleguen a tomar sus alimentos. Ya que los muertos han comido y bebido de la ofrenda, debe despedirse con el sonido de las campanas y cohetes, al mismo tiempo que sus familiares los acompañan hasta el panteón para que regresen a sus tumbas y no se pierdan en el camino y después estén vagabundeando y asustando a los vivos.

Estas celebraciones, como es de esperarse, origina una enorme actividad en los ámbitos comercial, artesanal y agrícola.

Las artesanías mexicanas, ricas en colorido y magnificencia, constituyen uno de los signos por los cuales México es distinguido.

En las festividades de muertos, se da rienda suelta a la creatividad de los artesanos y es así como fabrican gran variedad de artesanías tales como incensarios y candelabros de barro, sahumerios, ángeles y querubines de azúcar; calaveras de amaranto, azúcar y chocolate; flores de papel estaño, juguetes, pan, papel picado, cirios y velas; e incluso exquisitos platillos.

Algunas de estas artesanías relacionadas con la muerte permiten literalmente jugar con ella o comérsela. Así, pueden encontrarse juguetes como las "cajitas de muerto" dentro de las cuales reposa un difunto, los títeres de barro y alambre, los muertos planos y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

articulados, los esqueletos de cartón que representan personajes de la vida cotidiana, etc. Si lo que se desea es *comerse a la muerte*, basta con adquirir una calavera de dulce o pan de muerto.

Entre otras formas de los mexicanos para manifestarse a la muerte se encuentran los versos satíricos dedicados a personajes del ámbito político, cultural, artístico y/o deportivo, mejor conocidos como "calaveras literarias", que tienen sus orígenes en la época colonial y cuya finalidad es manifestar descontentos, hacer críticas o demostrar simpatías.

Los relatos de espantos y aparecidos que se narran son otra manifestación literaria que utilizan los mexicanos para referirse a la muerte. Estas narraciones ayudan a mantener vigente la idea del regreso de los muertos a este mundo, con cualidades todopoderosas de bondad y de maldad.

Finalmente, parte de la sabiduría popular contenida en los refranes contiene frases que hablan de la inevitabilidad de la muerte, así como de la necesidad de continuar viviendo. En cambio, en otros dichos pueden encontrarse frases que hacen alusión a la temeraria valentía de los mexicanos expresada como un disfrazado poco respeto a la muerte y a la burla de la que es objeto.

Este convivir del mexicano con la muerte en el que intenta olvidarla a través de juegos y sátiras, al mismo tiempo que le muestra respeto con la honra de los muertos y la práctica de ritos, ha dado origen a diversos juicios tales como si no le tiene miedo, si se burla de ella, si se la come, si la domina, si la reta, etcétera. Lo cierto es que el mexicano con base en sus tradiciones, cultura e ideología ve a la muerte como un símbolo milenario, dual, inseparable de la vida, capaz de regir su existencia entre lo místico y lo real (Iglesias, 1997).

CAPÍTULO 3

TANATOLOGÍA: EL ARTE DE APRENDER A VIVIR BIEN PARA MORIR BIEN

*Y todo lo que necesitaba
para ser realmente feliz
estuvo siempre cerca de mi,
sólo que tuvo que pasar toda una vida
para pecatarme de ello y
para aprender a apreciarlo.*

*Todo lo que necesitaba
siempre lo tuve,
tuve amistad, tuve amor, tuve salud
pero no tuve tiempo
para pecatarme de su presencia y disfrutarlos.*

*Hoy mi tiempo ya no es mucho
pero es el suficiente
para saber que tuve una vida plena
aún cuando no la haya disfrutado.*

Elizalde, 2002

Aprender a vivir es una ardua tarea cuando no se tiene claro qué es vivir, cuando el ser humano pretende ser inmortal y olvida su mortalidad, cuando el sentido de la vida se confunde con la adquisición de bienes materiales que más bien son un medio para sobrevivir.

Al encontrarse cara a cara con la muerte, el ser humano quita la venda de sus ojos y desea vivir sus últimos momentos con toda la intensidad con la que no lo hizo años atrás. No obstante, no tiene noción de cómo hacerlo. Justamente, es aquí donde la tanatología

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

juega un papel importante, no sólo en la vida de quien va a morir, sino también en la de sus seres cercanos.

La tanatología aparece como una alternativa para mejorar lo que resta de vida a quien está próximo a morir pero, ¿para qué esperar hasta ese momento si la tanatología puede ofrecer esas mismas bondades a quien tiene una larga esperanza de vida?

Por esta razón, en este capítulo se desarrolla la historia de la tanatología, se presentan sus diferentes definiciones, su objeto de estudio y sus objetivos para concluir con las habilidades y características del tanatólogo.

3.1 Resurrección de la muerte: orígenes de la Tanatología

La tanatología originalmente se ocupaba de los cadáveres, pero hace poco más de tres décadas comenzó a ocuparse de las personas, de la atención de los pacientes terminales y de sus familiares.

Para que este cambio se suscitara, fue necesaria la actuación de dos profesionales: la enfermera Cicely Sanders y la médica Elizabeth Kübler-Ross.

En el año de 1967, en Inglaterra, Cicely Saunders desarrolló una modalidad de trabajo en la que sostenía que la persona que va a morir debía ser asistida para aliviar el dolor y otros síntomas físicos y psíquicos provocados por la enfermedad y sus vicisitudes. Esta orientación fue llamada "hospice". Este más que un espacio físico en donde la persona muere con dignidad, es una actitud frente al usuario y su familia, que siempre toma en consideración el control del dolor y otros síntomas que se presenten. El enfermo terminal es una persona y no una cosa que puede manipularse y, por consiguiente, es capaz de participar activamente en la toma de decisiones como son el continuar o no con un determinado tratamiento o el lugar donde lo recibe; tiene derecho a saber en forma veraz y hasta donde pueda tolerarlo, sobre el estado de su enfermedad y los tratamientos paliativos que se le suministran. El apoyo a la familia es fundamental para poder ayudar al paciente terminal ya que cada uno de los miembros reacciona diferencialmente de acuerdo a su estructura psicológica, a la historia personal y a los vínculos con el enfermo. El equipo actúa ayudando en los procesos de aflicción y duelo, detectando los casos de duelos patológico y sugiriendo la terapia adecuada.

Elizabeth Kübler-Ross, médica psiquiatra formada en Suiza y profesora de la Universidad de Chicago comenzó la atención sistemática de los enfermos terminales en Estados Unidos y en su primer libro *Sobre la muerte y los moribundos*, publicado en 1969 propone modos de aproximación a las ansiedades de los pacientes terminales y describe cinco estadios psicológicos en el proceso que finaliza con la muerte, donde predominan sucesivamente las emociones de negación y aislamiento, rabia, negociación, depresión y aceptación.

La Tanatología es introducida en México por la Asociación Mexicana de Tanatología Asociación Civil (AMTAC) la cual de acuerdo con Reyes (1990, en Noyola, 2000) "nació para llenar un vacío existente y existencial en todo México" (p. 14). Esta asociación es civil y no lucrativa, multidisciplinaria e interdisciplinaria. Su fundación se remonta al 18 de noviembre de 1988 por el Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiría. La ideología bajo la cual se guía contiene los siguientes principios:

- a) La muerte y el miedo a la muerte son fuente de muchos de los problemas humanos. Eliminar estos miedos es dar vida: vida a plenitud, vida llena de calidad.
- b) El suicidio es un mal que se puede prevenir. En la mayoría de los casos, quienes tienen ideas suicidas prefieren recibir ayuda adecuada, en lugar de fabricar su propia muerte.
- c) Por último, siguiendo las enseñanzas de Kübler-Ross, consideran que el amor incondicional es un ideal asequible.

Conforme a estos principios, las metas de la AMTAC son:

- 1) Ayudar a combatir el miedo a la muerte para lograr una mejor calidad de vida.
- 2) Prevención, intervención y postvención en casos de suicidio.
- 3) Lograr que el paciente deseché las emociones negativas que han sido reprimidas en el pasado para ayudarlo a vivir libre, feliz, en paz consigo mismo y con los demás.

En suma, la meta última del tanatólogo es orientar al enfermo hacia la aceptación de su realidad, aceptación que se traduce en esperanza real. En ella está contenida el verdadero sentido de la vida que incluye una mejor calidad de vida, la muerte digna y en paz.

Noyola (2000) señala que los objetivos de la AMTAC son:

Teórico: hacer un estudio serio, profundo, científico, sobre lo que es el morir, la muerte y la existencia después de esta vida.

El enfermo terminal: al enfermo terminal se le ayuda a que siga siendo productivo, que tenga una real calidad de vida y que se prepare para morir con aceptación, dignidad y total paz.

La familia del enfermo terminal: ayudarlos a que persistan en la calidad de vida personal y en la calidad de las relaciones interfamiliares y prepararlos para la muerte del ser querido.

El trabajo de duelo: ayudar a los que están sufriendo por la muerte de un ser querido a que lleguen a la real aceptación, con el menor dolor y en el menor plazo posibles.

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

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

Segura (1998, en Noyola, 2000) menciona que la organización de la AMTAC en lo referente a temas de estudio y trabajo está dividida en las siguientes áreas:

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

Área humanística cuyo objetivo es la recolección de trabajos sobre el concepto de morir, de la muerte y del culto a los muertos, al igual que lo relacionado con el suicidio

desde el punto de vista de las leyes, la filosofía, la sociología o de cualquier otra área humanista.

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

Área estética que se encarga de investigar cómo se siente el mexicano, cualquiera que sea su cultura, y cómo proyecta a través del arte todo lo que es muerte, morir, culto a los muertos y suicidio.

Aún cuando en México se desconoce mucho sobre la tanatología, ha logrado obtener espacios en los cuales no sólo se desarrolla sino también brinda magníficos resultados. Un ejemplo de ello es el Hospital López Mateos del ISSSTE. En él desde 1990 fue implantada esta disciplina médica recibiendo un fuerte impulso por parte de la directora general del Instituto en ese año, Socorro Díaz, quien promovió la capacitación de sus especialistas de psiquiatría en esta disciplina.

A la fecha, con la aplicación de la tanatología en este hospital se han obtenido resultados extraordinarios, en los que se puede observar con claridad y objetividad cómo en el paciente se logra mayor tranquilidad y el deseo de arreglar sus cosas personales, así como resolver disgustos con algunos miembros de la familia, situaciones fiscales, de herencia y sobre todo, dentro de su angustia, aceptar la muerte.

3.2 Definición, objeto de estudio y objetivos de la Tanatología

La tanatología es una ciencia humanística que tiene como objeto de estudio, según Martínez-Bouquet (s/f), a la muerte; sin embargo, de acuerdo con Cavazos (s/f) ésta es sólo su objeto formal, ya que su objeto material es el enfermo terminal. Su raíz etimológica proviene de los vocablos griegos *Thánatos* que significa muerte y *logos*, tratado o ciencia, significa el estudio sobre la muerte.

Esta definición pese a ser sontera, señala la gran fuerza que la tanatología tiene como palabra y el impacto que puede provocar.

No obstante, la tanatología va mucho más allá de este concepto e incluso para algunos estudiosos del tema como Bravo (1994), la tanatología es una ciencia humanística que estudia tanto el morir como la muerte; concibe al ser humano como un todo en sus necesidades y en sus realidades físicas, culturales y espirituales; se interesa ante todo por el enfermo terminal y su familia; así como por el equipo de salud y todo aquél que de manera directa o indirecta tiene una relación con la muerte de un ser humano.

Delgado (1998) define a la tanatología como una disciplina científica cuyo campo de acción es el estudio científico, humanístico y religioso, de todo conocimiento humano, de lo que es el morir, la muerte y la existencia después de esta vida. Su principal objetivo es el enfermo terminal ya que es a él a quien se dirige principalmente el interés de su estudio aunque también dirige su atención hacia la familia del enfermo terminal.

Para Maqueo (s/f) la tanatología es el estudio de la muerte y el moribundo, en especial de las medidas que se aplican para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los pacientes en fase terminal; así como para la aprensión de sus sentimientos de culpa y pérdida de los familiares. Su finalidad es que todo usuario tenga una vida plena y llegue a su muerte con dignidad y aceptación. Esta misma autora agrega que es la ciencia de la vida, que enseña a vivir cada minuto de la existencia y muestra que la vida está en manos de la vida, enseña que se puede trabajar en la calidad de vida propia ya que la cantidad se encuentra en manos del Creador.

La tanatología para Acosta (1995) es una ciencia que puede entrar grupal e individualmente en la vida de los seres humanos. Individualmente como un apoyo para el paciente en una situación crítica o cuando tiene una enfermedad que lo enfrenta a su muerte. Grupalmente ayuda a los familiares del paciente y al equipo de salud a enfrentar la situación diaria en la que se encuentran inmersos sentimientos tales como el miedo y la angustia.

Marín (2000) define a la tanatología como la ciencia de la muerte y sus manifestaciones, como la ciencia de la muerte y el morir cuya suma de conocimientos científicos acerca de la muerte incluye el aspecto humano, referido como todas aquellas necesidades que el ser humano tiene (p.e. la espiritualidad). Además es una disciplina

científica, cuyo campo propio es el estudio científico, humanístico, religioso y en general, de todo conocimiento humano sobre lo que es el morir, la muerte y lo que hay después.

Complementando la anterior definición, Viamonte (en Cerezo, 2001) menciona que la tanatología analiza aspectos de antropología cultural, de la naturaleza del alma, las costumbres y ritos de los entierros, así como las dificultades conceptuales que existen en la definición de muerte de una persona.

Para el autor de ésta revisión, la tanatología es una ciencia que percibe al hombre como un todo, con sus necesidades y realidades físicas, psicológicas, espirituales, sociales y culturales. Se encarga no sólo del estudio de la muerte sino también de sus manifestaciones, del enfermo terminal y sus seres cercanos; así como del suicidio y los individuos que hayan tenido una pérdida significativa, para lo cual analiza aspectos antropológicos y culturales que guarden relación con las costumbres y los ritos en torno a la muerte. Ayuda a los enfermos terminales, a sus familiares y amigos a disminuir su sufrimiento y aceptarla, con lo cual se busca tener una muerte digna, no obstante, contempla antes que nada al enfermo terminal y luego a quienes le rodean. Busca que el enfermo terminal viva el tiempo que le queda con dignidad, respeto, plenitud, aceptación y amor a la vida o a lo que resta de ella, mejorando así su calidad de vida. Además se encarga de enseñar el buen morir pero, paradójicamente, lo hace a través de enseñar el buen vivir es decir, para que haya una comprensión de la muerte antes debe haber una comprensión de la vida, con ello queda claro que no sólo los pacientes terminales pueden beneficiarse del trabajo tanatológico sino la población en general.

Los objetivos de la tanatología pueden variar de acuerdo a los fines para los que sea utilizada, motivo por el cual pueden encontrarse diversidad de éstos.

Bravo (1994) considera que el objetivo central de la tanatología es proporcionar al ser humano una muerte apropiada, una buena muerte tanto para el que muere, como para los que sobreviven, una muerte con la que éstos últimos puedan vivir, es decir, una cuyas características sean la ausencia de sufrimiento, persistencia de las relaciones significativas para el enfermo terminal, intervalo para el dolor permisible, alivio de los conflictos restantes, creencia de la oportunidad, ejercicio de opciones, actividades factibles y comprensión de las limitaciones físicas (Bravo, 1994). Todo esto puede traducirse como ayudar al ser humano a morir con dignidad, paz y plena aceptación.

Para Riojas (1999, en Crezo, 2001) y Manzo (1999) el objetivo de la tanatología es dedicarse a la atención de enfermos terminales, basándose en el principio de cuidar más allá de curar, proponiéndose disminuir los sufrimientos de los pacientes, mejorar su calidad de vida, ayudar a que se preparen para la muerte, que logren si es posible un aprendizaje de esta experiencia trascendente y que se reconcilien con la vida, en lo posible, antes de su partida. Además, debe encargarse del cuerpo médico y del proceso de duelo de los familiares.

Weissman (s/f, en Manzo, 1999) dice que la finalidad de la tanatología es proporcionar al hombre una buena muerte, una "muerte apropiada", aquella en la que hay ausencia de sufrimiento, persistencia de las relaciones significativas para el enfermo, intervalo para el dolor permisible, alivio de los conflictos restantes, creencia en la oportunidad, ejercicio de opciones y actitudes factibles y comprensión de las limitaciones físicas.

Según Ortiz (2000) el objetivo de la tanatología es ayudar a los enfermos terminales, a sus familiares y amigos a aceptar la muerte, a tener una muerte digna y a vivir, el tiempo que les resta con dignidad, respeto, plenitud, aceptación y amor a la vida o a lo que resta de ella.

Martínez-Bouquet (s/f) menciona que la finalidad de la tanatología es disminuir el sufrimiento de los enfermos terminales mediante el uso de los cuidados paliativos, mejorar su calidad de vida, ayudar a que se preparen para la muerte, que logren un aprendizaje de esta experiencia trascendente y que se reconcilien con la vida, si es el caso. También debe ocuparse de los duelos de la familia del enfermo terminal, así como de su reestructuración ante el hueco dejado por quien ha fallecido.

Cabazos (s/f) considera que el objetivo de la tanatología es ayudar al enfermo terminal y a sus familiares o amigos a afrontar el proceso de muerte o pérdidas de diferentes tipos, promoviendo además, el amor a la vida desde una perspectiva integral, concibiendo al humano como un ser biopsicosocialespiritual. Agrega que su principal objetivo es ayudar al hombre en aquello a lo que tiene como derecho primario y fundamental: a morir con dignidad, plena aceptación y total paz; ayudar y reconfortar a los familiares del enfermo terminal a que se preparen para la muerte del ser querido; y a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

quienes ya la sufren, a que elaboren el duelo en el menor tiempo y con el menor dolor posible.

Para Reyes (1996, en Marín, 2000) los principales objetivos de la tanatología son:

- Ayudar al enfermo terminal para que siga siendo productivo todo el tiempo que pueda y tenga verdadera calidad de vida y una muerte adecuada.
- Ayudar a los familiares del enfermo y a sus amigos cercanos a que conserven tanto su calidad de vida personal, como la calidad de las relaciones intrafamiliares y, que se preparen para la muerte del ser querido, que le permitan morir en paz.
- Ayudar a los que sufren ya el dolor de la muerte del ser querido, a que hagan su trabajo de duelo en el menor tiempo y con el menor dolor posibles.
- Ayudar a los que forman parte del equipo de salud, a aliviar las frustraciones, angustias, rabias, culpas, depresiones y otras emociones dolorosas que surgen ante la muerte del paciente... o de uno mismo.
- Ayudar a los que tienen ideación o conducta suicida a que encuentren una esperanza real, que es lo que en verdad necesitan.

Las definiciones y objetivos de la tanatología son diversos, sin embargo esto no es de gran relevancia ya que a pesar de ello mantienen clara su finalidad general: el bienestar del paciente y de aquellos que le rodean.

Es precisamente por esta razón que la tanatología ha comenzado a ganar terreno, a tal grado que se ha convertido en una especialidad de otras ciencias (especialmente la ciencias humanas) cuyo campo de acción es compatible al suyo.

3.3 El paciente terminal

Primeramente, un paciente terminal es aquél que padece una enfermedad incurable, debido a la cual es altamente probable que muera en un periodo de tiempo relativamente breve. Al respecto, Manzo (1999) dice que un paciente es diagnosticado como terminal cuando ha perdido sus mecanismos reguladores y de defensa necesarios para preservar la homeostasis, y por ende, no responde a las medidas terapéuticas que se le aplican. Para establecer este diagnóstico es necesario demostrar fehacientemente fallas orgánicas múltiples y la falta de respuesta a la terapéutica específica.

Hoy día, gran parte de los pacientes terminales han dejado de ser atendidos en casa, para ser trasladados a un hospital en donde al ingresar formarán parte de esa estadística que indica que, aproximadamente un 70% de los pacientes terminales muere en los hospitales (Gómez, 2001).

El sistema de salud actual conformado por una estructura de poder y trabajo intensivista ha afectado severamente los derechos del paciente, al igual que sus procesos de muerte y agonía, volviéndolos experiencias tecnológicas e impersonales. Este fenómeno ha vuelto difusos los límites entre la muerte, la personalidad y los derechos individuales, relegando a la persona a un papel secundario con la pérdida de sus facultades. Por ello, una vez dentro del hospital, el paciente pierde gran parte de sus derechos y su destino se encontrará en manos de sus familiares y del equipo médico. En ese momento el paciente ha muerto socialmente.

Prueba de esta muerte social es la frecuencia con que los médicos y los familiares desconocen o ignoran las preferencias del paciente al final de su vida, preocupándose más por el aspecto biológico y funcional de la enfermedad, lo cual deja en un segundo plano las dudas, angustias y emociones que viven los pacientes.

Por esta razón y con la intención de que el paciente mantenga su individualidad y autonomía, se han establecido los *derechos del paciente terminal*, los cuales son:

- Ser tratado como un ser humano vivo, hasta el momento de su muerte.
- Mantener una esperanza, cualquiera que ésta sea.
- Expresar a su manera sus sentimientos y emociones, en todo momento, especialmente cuando éstos son enfocados en su propia muerte.
- Vivir independiente y alerta, es decir, autónomamente.
- Usar su creatividad para pasar mejor su tiempo.
- Participar en las decisiones que incumben a sus cuidados y a su vida.
- Conservar su individualidad y no ser juzgado por sus decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros.
- Discutir y acrecentar sus experiencias religiosas, místicas y espirituales.
- Derecho a la atención de médicos y enfermeras, incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos paliativos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Ser liberado del dolor ya sea físico, emocional, psicológico, intelectual, social y/o espiritual, para que pueda mantener una sensación de optimismo.
- Ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen, ayudándolo a enfrentarse con la muerte.
- Conocer o rehusar conocer todo lo concerniente a su enfermedad, su estado y su pronóstico médico.
- Obtener una respuesta honesta del personal médico ante cualquier pregunta que él haga respecto de su proceso de enfermedad.
- No ser engañado.
- Recibir ayuda de y para su familia, tanto en la aceptación de su muerte como a la hora de morir.
- Que no se le prolongue indefinidamente el sufrimiento, si se le aplican medidas extremas o heroicas, para sostener sus funciones vitales.
- No morir solo.
- Morir en paz y con dignidad.
- Derecho a que su cuerpo sea respetado tras su muerte.

Mediante estos derechos se recuerda que el trato debe basarse en la persona, más no en la enfermedad. Por ende, todo ser humano merece una *buena muerte* la cual puede conceptualizarse como todos aquellos actos sociales que envuelven al moribundo, así como a quienes interactúan con él, ya sean familiares, amigos o miembros del equipo de salud; los cuales crean vínculos de aceptación que les permiten aceptarla y prepararse para ella. Parte de esta buena muerte es la *muerte digna* que se considera tal cuando la fase terminal y la muerte ocurren en el domicilio en que vivió el paciente. Si éste experimentó calidad de vida en los últimos días de su existencia, podrá hablarse de la presencia de *calidad de muerte*.

Algunos elementos situacionales que Gómez (2001) señala sirven como indicadores de la calidad de muerte y son:

- Estar en un lugar confortable.
- Permitir que el paciente haga lo que desea.
- No padecer dolor en grado extremo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Sentirse en paz consigo mismo, con el entorno y con Dios.
- Participar en las actividades diarias habituales.
- Permitir la estancia de sus seres queridos en el hogar tanto tiempo como el paciente lo desee.

Otros indicadores deseables pero que se presentan en menor medida son:

- Morirse dormido, sin conciencia.
- Poder completar alguna tarea que el paciente considera importante.
- Ser capaz de aceptar la muerte.
- Despedirse de los seres queridos.
- Vivir hasta que ocurra algún acontecimiento que el enfermo considera crucial para él. Si fuera el caso, el equipo de salud debe ayudarlo a “vivir el último instante”.

Mediante el reconocimiento de los derechos del paciente terminal, así como de los elementos que conforman una buena muerte, son mayores las probabilidades de que los pacientes terminales sean tratados como seres humanos que continúan pensando, sintiendo y viviendo, en resumen existiendo.

Por esta razón, en las relaciones tanatólogo-paciente es trascendental que este último no sea tratado como un caso, sino como una persona que tiene problemas y necesita ayuda. Para ello, el tanatólogo debe interesarse por los aspectos personales, familiares y sociales del paciente; preocupándose por y comprometiéndose con él, sin llegar a considerar como propio el problema, en otras palabras, sensibilizándose ante su problema. Algunos comportamientos que favorecen esta relación son escuchar con atención; según sea el caso, dar malas o buenas noticias; responder a preguntas difíciles; tener un diálogo terapéutico al igual que estar en comunicación con la familia y el resto del equipo de salud.

3.4 Características y habilidades del tanatólogo

Como pudo observarse en los objetivos de la tanatología, su finalidad es ayudar al paciente en todos los aspectos posibles para que tenga una muerte digna, pero los objetivos por sí solos no lo lograrían, debe haber un intermediario que los desarrolle y los cumpla. Este es el tanatólogo.

El tanatólogo forma parte de un equipo interdisciplinario en el que se encuentran médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, religiosos, etcétera. En este equipo cada uno de sus integrantes cumple una función en específico, y entre ellos debe haber alguien que sea idóneo en dialogar en calidad de ser humano con otro ser humano que se pregunta por el sentido de la vida, la muerte, la enfermedad, el sufrimiento y por su familia (Manzo, 1999).

Precisamente, esta es la función del tanatólogo. Él es el especialista que atiende aspectos del proceso del morir, quien tiene que curar el dolor del proceso de morir, no sólo en el enfermo sino también en la familia y el equipo interdisciplinario de salud. Él se encarga de atender la angustia que sufren paciente y familia, desde el momento en que se enteran que se encuentra próximo a morir, maneja la frustración manifestada en rabia irracional e incontrolable y, a diferencia de otros especialistas cuya labor termina con la muerte del paciente, la del tanatólogo no. Él continúa hasta que los familiares, los sobrevivientes, concluyan su trabajo de duelo y acepten verdaderamente la muerte de su ser querido.

Para realizar esta labor conocida como *acompañamiento terapéutico*, el tanatólogo debe tener primeramente un grado mínimo de intimidad consigo mismo, lo cual le exige un continuo desarrollo personal, apertura hacia lo nuevo, lo desconocido, imaginación y espíritu de riesgo (Manzo, 1999). Todo esto implica que debe tener *consciencia de la propia humanidad* y de la consecuente imparcialidad e imperfección de los propios juicios. Ello requiere constante y permanente dedicación para buscar el conocimiento de la realidad incluyéndose a sí mismo, que trascienda racionalizaciones o intelectualizaciones e ir más allá de la dualidad bueno-malo. También debe tomar en cuenta los patrones culturales de cada paciente, así como todos los elementos físicos y fantaseados que posibiliten el apoyo sin rebasar los límites de tolerancia y respeto.

Tal como lo menciona Acosta (1995) para realizar cualquier intervención, el tanatólogo debe prepararse, conocer sus propios miedos, trabajar con ellos, reconocer cuándo le impiden actuar, saber pedir ayuda, tener siempre presente la particularidad de su paciente y no olvidar que es parte de un equipo. Delgado (1998) coincide con Acosta en la necesidad de tener identificados los miedos personales a la muerte, pero agrega que también debe tenerse una autoestima bien cimentada, tener identificados los miedos a el

contagio (si se trata de alguna enfermedad contagiosa), definir la identidad psicosexual, así como los prejuicios sociales y culturales.

Por ello, Marín (2000) señala que no todos pueden ser tanatólogos, ya que para serlo deben tenerse las siguientes cualidades:

- ✓ Tener un profundo conocimiento científico de qué enseña la tanatología como disciplina científica.
- ✓ Ser capaz de tener verdadera compasión (sufrir con), real empatía sin sentimientos fingidos.
- ✓ Desarrollar una gran habilidad para identificar rápidamente las necesidades de su paciente.
- ✓ Igualmente, debe acrecentar sus aptitudes para desarrollar relaciones interpersonales llenas de significado.
- ✓ Tener un buen sentido del humor, ser capaz de reírse de lo absurdo de una situación y de sí mismo.
- ✓ Alta honestidad para decir "no se".
- ✓ Capacidad para decir las cosas como son, sin recurrir a mentiras piadosas, ni a circunloquios, que puedan llegar a romper la confianza.
- ✓ Generosidad de dar su tiempo, cada vez que se necesite y paciencia para escuchar.
- ✓ Mucha humildad para aprender, dar, reconocer, aceptar correcciones, perdonar y perdonarse.
- ✓ Saber lo que es y exige el amor incondicional y vivirlo.

En contraste, Bravo (1994) enumera las siguientes características como propias de un tanatólogo:

- ✓ Estar dispuesto a compartir algunas de las preocupaciones del paciente y averiguar cuáles son sus necesidades específicas.
- ✓ Tener como requisito madurez, que proviene de la experiencia.
- ✓ Que habiendo examinado su propia actitud ante la muerte, el tanatólogo pueda sentarse junto al lecho de muerte con tranquilidad y sin ansiedad.
- ✓ Conocimientos de psicología, ante todo ser una persona comprensiva.

- Contar con el tiempo necesario para sentarse junto al enfermo y escucharlo, acompañarlo en el silencio que va más allá de toda palabra.
- Capacidad para captar con palabras y actitudes la disponibilidad del paciente, el lenguaje oral, corporal, una mirada, un movimiento de manos, una lágrima.
- Contar con la fortaleza y amor suficientes para brindar una auténtica ayuda.

Lo cierto es que en tanatología, cada paciente es un ser humano único con una historia propia y es parte de la labor del tanatólogo ayudarle a identificar sus miedos y angustias; así como proponer juntos una estrategia de acción que permita solucionar, resolver, sublimar o aprender a vivir con ambos (Bravo, 1994).

Para ello, el tanatólogo previamente debe darse una respuesta personal sobre la muerte y encarar sus propios miedos ante ella, puesto que si no lo hace y no los derrota, los proyectará en la persona que requiere de su apoyo.

A este respecto, Bravo (1994) menciona que un tanatólogo antes de cualquier intervención tanatológica debe:

- Confrontar previamente su propia mortalidad.
- Comprender ampliamente el proceso de duelo y resolver previamente las propias pérdidas.
- Tener capacidad de empatía con el paciente para establecer una sintonía afectiva con él y su familia.
- Debe ser capaz de tolerar el contacto cercano con la muerte, el sufrimiento, la incertidumbre y la impotencia.
- Poseer efectivas capacidades de escuchar, interpretar y contestar lo adecuado.
- Ser consciente de las propias limitaciones, así como de las frustraciones como elemento inseparable de la terapia del moribundo.
- Poseer un sólido entrenamiento y contar con mecanismos de soporte propios (someterse a terapia psicológica).

Además, el tanatólogo debe profundizar en todos los conocimientos referentes a lo que es la muerte, a lo que es el proceso de morir y sobre todo, a lo que es vivir. Esto último implica que también debe conocer los que es el hombre total para que pueda ayudarlo

adecuadamente en sus necesidades físicas, biológicas psicológicas, emocionales, espirituales, legales, sociales, etcétera y debe ser capaz de dar afecto, cariño, amor incondicional (Marín, 2000). En síntesis, el tanatólogo debe *tener un profundo conocimiento sobre el hombre, la vida, la muerte, y al mismo tiempo, una profunda calidad humana.*

Esta continua preparación del tanatólogo le permite actuar eficazmente como un catalizador y escucha que puede ayudar al enfermo terminal a evaluar su estado de vida y muerte basándose en la percepción de sus propias habilidades, en la aceptación de los sentimientos e ideas que muestran mejoras en este proceso y en la comunicación. Además, le permite tener en cuenta la validez de las alternativas, el saber preguntar y escuchar, facilitar la información y las soluciones existentes, ayudar a elegir, tolerar y permitir los silencios, respetar decisiones y promover la responsabilidad del paciente.

Para concluir, es necesario aclarar que aún cuando la tanatología es una disciplina humana, como lo muestran las cualidades del tanatólogo, no puede ser ejercida por cualquier persona ya que se requiere no sólo de una esmerada preparación psicológica, sino también personal que comprenderá una constante confrontación consigo mismo.

3.5 ; Quiénes pueden ser tanatólogos?

En México, a partir de la fundación del INMEXTAC y de la AMTAC, se han abierto las puertas a todo tipo de profesionales y no profesionales para formarse como tanatólogos, no obstante, esto ha fomentado que la tanatología se convierta en un voluntariado en el que pocas personas realmente cuentan con la suficiente preparación para efectuar intervenciones dirigidas y eficaces. En pocas palabras, cualquier persona que esté interesada en conocer sobre tanatología puede hacerlo. Esto último no puede ni debe ser negado a nadie, sin embargo, ejercer como tanatólogo sí debe restringirse a un grupo de profesionales cuya preparación y formación profesional les permitan manejar óptimamente estos conocimientos.

A lo anterior cabe aunar que en el Congreso sobre Tanatología y Suicidio celebrado en México en el año de 1999, se hizo manifiesta la importancia de profesionalizar la práctica de la tanatología, así como de difundirla entre la población, puesto que gran parte de ésta desconoce su existencia como un servicio de atención a la salud (Noyola, 2000).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Entre los profesionales cuya formación previa puede ser complementada con la formación tanatológica se encuentran los siguientes:

- Médicos. Ellos como profesionales cuya función es aliviar a los pacientes, se asumen como responsables de la salud de los enfermos y es por ello que se convierten en una de las personas que más se involucran con estos últimos. Además, gran parte de los pacientes y sus familiares es en quien mayor confianza depositan y a quien más recurren para resolver sus dudas o apaciguar sus preocupaciones.
- Enfermeras. Ellas se encargan de ayudar al individuo, sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen al mantenimiento o mejora de la salud o a tener una muerte apacible. Atienden las necesidades del paciente, a partir de las básicas y fisiológicas, culminando en las necesidades de relación, comunicación y autoestima. Los cuidados brindados por las enfermeras concluyen cuando el paciente es dado de alta o muere.
- Trabajadoras (es) Sociales. Estos profesionales son quienes conocen los servicios y recursos de que dispone la comunidad a la que pertenece el paciente, por ende, ellos se encargan de éste y su familia con el fin de concientizarlos y sensibilizarlos respecto de la situación que atraviesan. Entre sus funciones se encuentran promover la satisfacción del paciente y planear estrategias para proporcionarle calidad de vida y, si es el caso, calidad de muerte. En caso de que el paciente fallezca, acompañan a los familiares si desean ver el cuerpo y les apoyan en los trámites funerarios.
- Asistentes Religiosos. Dado que gran parte de los pacientes adoctrinan una tradición religiosa, es importante atender sus necesidades espirituales ya que a través de ellas puede tratar de encontrar sentido de clemencia, esperanza y amor que les permitan sentirse en paz. Además, la tradición religiosa es útil como vehículo para el entendimiento y la expresión de dimensiones de profundidad de la vida humana y el destino, puesto que ofrece interpretaciones específicas del origen del mundo y la humanidad. La dimensión religiosa también es útil como defensa en contra de la inseguridad, mejora la comunicación y minimiza el potencial de conflictos.
- Psicólogos. Para fungir como tanatólogo es necesario contar con un adecuado nivel de análisis, a través del cual verdaderamente se comprenda la situación del enfermo y se elaboren preguntas o realicen comentarios coherentes y oportunos al discurso o silencio

del paciente. Esto implica, percatarse e indagar cuáles son las cogniciones, sentimientos y comportamientos que el paciente experimenta en su situación presente, para que a partir de estos elementos, pueda dotársele de las habilidades necesarias para afrontarla con el menor dolor posible. Noyola (2000) apoya lo anterior al señalar que la tanatología debe considerarse como una técnica breve de intervención, debido a que los principios en los que se fundamenta están tomados de la psicología.

Como puede observarse, la ayuda tanatológica se asemeja a la labor terapéutica puesto que en ambas se requiere de ciertas habilidades para intervenir y brindar soluciones eficaces. Por esta razón, el psicólogo que desee formarse como tanatólogo debe conocer previamente cuáles son las habilidades con las que cuenta, así como sus funciones y áreas de incidencia.

CAPÍTULO 4

MUERTE Y PSICOLOGÍA

Al mencionar la palabra muerte, inmediatamente evocamos el recuerdo de alguien o pensamos en nosotros mismos, en una condición en la que no hay respuestas corporales o quizás en una tierra prometida después de la vida.

Al margen de estas ideas, es una realidad que el mero vocablo muerte evoca toda una serie de pensamientos, actitudes, sentimientos, emociones y comportamientos del ser humano en torno a ella. Estas manifestaciones constituyen la dimensión psicológica de este fenómeno y eso es precisamente lo que a la psicología le corresponde investigar y en lo que debe efectuar sus intervenciones. De acuerdo con Vargas (1993) durante mucho tiempo los psicólogos ignoraron y evitaron este tema, tal vez porque han juzgado como inconveniente el analizar las reacciones y actitudes de las personas durante el proceso de enfrentamiento con su propia muerte, o tal vez, a que el tema de la muerte se encuentra dentro de un contexto en el que se intenta ocultarla y negarla. No obstante, pese al caso omiso que se ha dado a este fenómeno, la actual demanda de profesionales con la preparación, capacidad y habilidades para enfrentarlo es mayor día con día.

En la actualidad no hay día en el que por la radio, la televisión, el periódico o en internet no aparezcan noticias sobre decesos, homicidios o suicidios. Resulta sorprendente que para gran parte de la población la muerte continúe siendo motivo de tabúes y temor. Es probable que el ritmo acelerado de la vida haya favorecido que este tipo de eventos sean tan cotidianos que nos resultan lejanos e incluso ajenos. No obstante, cuando la vida que se encuentra en riesgo o amenazada es la propia, todo cambia, pues es cuando tienen lugar los cuestionamientos sobre el sentido de la propia existencia, de la vida y de la muerte. Para este momento, es para el cual debe de haber alguien preparado en la identificación, manejo y reestructuración de pensamientos, sentimientos y emociones. Este alguien no es otro que el psicólogo, quien durante su formación profesional ha adquirido los conocimientos suficientes para comprender la dinámica de estos procesos y si se auxilia con el conocimiento y la preparación de la tanatología, no sólo hará más eficaz su intervención,

sino también será lo suficientemente humano para sensibilizarse ante las problemáticas de sus usuarios y preocuparse por el bienestar de éstos.

Por todo lo anterior, en el presente capítulo se abordan y describen aquellos procesos experimentados por el ser humano ante la muerte, así como los sentimientos, emociones y pensamientos que sean característicos de dichos procesos.

4.1 Actitudes ante la muerte

La muerte del ser humano es necesaria para la vida de sus semejantes, debido a que es un ciclo completamente natural, es parte del ciclo vital, de un equilibrio universal. Es así como la muerte constituye el cierre de su existencia, y por lo tanto, es parte de la percepción de nuestro mundo, la cual adquirimos y desarrollamos para transformarla en actitudes que varían de cultura a cultura y de individuo a individuo.

Sin embargo, aún sabiendo que la muerte es inherente a la vida, es un acontecimiento difícil de comprender, que es imprevisible y en ocasiones puede sorprender a quien la espera en determinado tiempo, en resumen, como se mencionó con anterioridad, es el final absoluto de la persona.

Kubler-Ross menciona que la muerte es todavía un acontecimiento terrible y aterrador, y el miedo a la muerte es un miedo universal, aunque creamos que lo hemos dominado en muchos niveles (Juárez y Tamayo, 1999). Por ello el ser humano percibe a la muerte como un hecho nuevo y terrible y no como el proceso natural e inminente que es. Esto propicia que muchas personas, al saberse próximas a morir, se estigmaticen a sí mismas sintiéndose merecedoras de su destino. No obstante, también pueden enfrentarla como una amenaza, como una injusticia, como un fracaso, como un castigo que le arrebatara todo lo que ha hecho y que no le permite continuar con sus metas, las cuales se ven truncadas (Vargas, 1993).

La muerte es un evento que no sólo altera el ritmo de vida del moribundo, sino también el de quienes le rodean. Ante este evento, la familia puede tomar una actitud que bien podría llamarse asfixiante respecto al moribundo ya que no le deja ningún espacio a éste, le sobreprotege e incluso puede utilizarle. En contraste, existen otro tipo de familiares que suelen brindar todo el apoyo económico que se requiera, pero no muestran afecto

alguno al enfermo, llegando al punto de aislarlo y abandonarlo, por lo cual, en muchos casos el paciente termina rechazado y solo.

Los avances tecnológicos que han posibilitado aumentar la esperanza de vida o, mejor dicho, prolongar la agonía y aplazar la muerte, no han hecho más que aumentar el temor a esta, corroborarla como algo desagradable que se intenta negar, suprimir, evadir e ignorar, procurando ocultarla lo más posible.

Sádaba (1991) señala que "en comparación con la antigüedad, ha ido en aumento nuestra capacidad de identificación con otros seres humanos, la compasión con sus sufrimientos y su muerte" (p. 9). Sin embargo, las sociedades contemporáneas muestran todo lo contrario ya que, los seres que representan mayor cercanía con la muerte, es decir, los ancianos y los moribundos son relegados, la humanidad tiene temor y es incapaz de expresar afectos y emociones y el mero vocablo muerte es evitado a toda costa.

Esto sólo demuestra que la civilización, más que evolucionar respecto a la confrontación con la muerte, ha retrocedido e incluso intenta matarla, pero lo más que logra es ocultarla o evadirla. No obstante, el ser humano no teme a la muerte, sino a la agonía, que representa lucha y sufrimiento.

A medida que la civilización ha evolucionado y se ha desarrollado tecnológicamente, la actitud del ser humano hacia la muerte y el modo mismo de morir también han cambiado. Es así como un hecho que en otra época fue público, actualmente resulta ser un tabú o, en el mejor de los casos, algo privado.

En la antigüedad la muerte era un acontecimiento familiar que regularmente tenía lugar en casa, en compañía de los miembros de la familia quienes se encargaban de cuidar al moribundo en sus últimos días; incluso, los detalles de la preparación del cuerpo y los ritos fúnebres después del fallecimiento constituían un evento familiar y comunitario. Por ejemplo, en la Edad Media hablar de la muerte era frecuente y público, era algo menos oculto para los niños, los jóvenes y los viejos, era algo más familiar y omnipresente, la participación de otros en la muerte de un individuo era normal. Ello no quiere decir que en el pasado el miedo a la muerte no existiera, pero la condicionante que marcaba la diferencia y servía de ayuda para morir en paz era la presencia de las personas significativas para el moribundo a la hora de la muerte, lo cual resultaba reconfortante. El verdadero miedo lo generaba la salvación del alma, miedo a ser castigado después de morir.

En comparación con la antigüedad, en la época actual la muerte se ha convertido en algo semejante a una maravilla tecnológica, ya que una parte significativa de la población muere en un hospital ante la presencia de desconocidos que lo tratan como un objeto, como un número más que ingresa a la lista de desahuciados, pero que representa una gran inversión financiera a la que debe salvarse su vida a como de lugar, aunque no se piense en el ser humano y su valía en el momento de su ingreso. Gómez (2001) añade que la forma tradicional de morir en casa, rodeado por los seres queridos que toman en cuenta las decisiones del moribundo ha cambiado ya que las estadísticas indican que aproximadamente un 70% de los pacientes mueren en instituciones hospitalarias, rodeados de técnicas altamente especializadas, con tubos en los orificios y agujas en las venas, con la finalidad de prolongar la vida. De acuerdo con esto, la muerte para ellos llega al aislarlos de su familia y relegarlos a la soledad. Además, al enfermo no le es posible opinar y es su familia quien toma las decisiones de su tratamiento sin consultarle.

Respecto a aquellos actos realizados después de la muerte, que incluyen rituales y comportamientos específicos a cada cultura y religión mejor conocidos como *luto*, en la actualidad algunas familias excluyen a los niños de estos ritos y ceremonias que guardan relación con la muerte, debido a que es "demasiado para ellos", los adultos muestran temor a familiarizarlos con ella. Consideran que el peligro que corren los niños no consiste en que conozcan la finitud humana, sino en cómo comunicárselas, ya que sienten y piensan que al hacerlo transmitirán sus propias angustias, su miedo a la muerte. No obstante, el niño notará que la situación familiar ha cambiado, notará que algo anda mal y desconfiará de los adultos.

En cambio, cuando los niños asisten desde temprana edad a los funerales y toman parte en los ritos y ceremonias, en especial cuando se trata de la muerte de miembros de la familia inmediata, se percatarán de que el morir es una parte normal del proceso de la vida y comenzarán a comprender que su final es la muerte y, además sentirán que no están solos en su dolor.

Como puede observarse la muerte también guarda una estrecha relación con la cultura ya que en función de ésta se le da un significado en particular y delimita a través de sus instituciones humanas (familia, matrimonio, escuela, iglesia, etc.) quiénes pueden participar en lo referente a ella, así como las funciones de los participantes.

Al utilizar la expresión "los muertos", da la impresión de que las personas muertas continúan existiendo, no en el recuerdo de los vivos, sino independientemente de éstos, quizá en un mundo o vida ultraterrenales, es decir, el miedo ante la propia finitud impulsa al ser humano a reprimirlo y ocultarlo en fantasías, en las que se ofrece la supervivencia eterna en otro lugar. Aún cuando dicha expresión denota la creencia en la vida más allá de la muerte, la convicción de que la última lleva a la extinción de la personalidad, genera cada vez mayor temor ante la muerte y negatividad para afrontar su inevitabilidad.

Cuando se habla de los moribundos o de las tumbas, seminconscientemente se despierta el temor a la propia muerte, se debilitan las fantasías de inmortalidad, ya que ambos elementos sirven como recordatorio para los seres humanos de su mortalidad. Inclusive, frente a los muertos se mantiene una conducta casi de admiración, como si hubieran llevado a cabo algo muy difícil, se terminan las críticas hacia ellos, se les disculpa cualquier disgusto que hayan ocasionado, se les honra e increíblemente, se les brinda mayor respeto que a los vivos, aún cuando éste ya no les sirva para nada.

Juárez y Tamayo (1999) mencionan que para los moribundos el hecho de estar solos, de tener que enfrentarse a lo desconocido sin ninguna ayuda familiar, es lo que más les asusta del morir. Esto es comprensible puesto que en la actual sociedad, el aislamiento y la soledad son prácticas comunes que se encuentran bien establecidas en la personalidad de todos sus integrantes, teniendo así que en la Edad Moderna el vivir la muerte solitariamente o mejor dicho *privatizar la muerte*, es una característica frecuente que la diferencia de épocas anteriores. Por ello, es importante romper con estas barreras puesto que quien muere en un ambiente familiar puede eliminar gran parte de su miedo a la muerte.

Ya se ha mencionado con anterioridad que el concepto de muerte en el ser humano es desarrollado desde temprana edad y recibe influencias culturales a través de un sistema social conocido como familia, y no sólo el concepto sino también la actitud, no siendo estáticos ambos ya que de acuerdo a la etapa de desarrollo humano éstos varían.

En la niñez el temor a la muerte es relacionado con el temor a la separación o a la desaparición, no obstante, el concepto evoluciona desde la no consciencia de su significado hasta su entendimiento como algo natural.

De acuerdo con el concepto que el niño tenga de morir, variará su reacción hacia la muerte propia y la de los demás. Lewis (1982, en Juárez y Tamayo, 1999) sostiene que las ideas que el niño tiene hacia la muerte de acuerdo a su edad son las siguientes:

- De 0 a 5 años, se tiene la idea de abandono o castigo.
- De 5 a 10 años, conceptos de inevitabilidad y confusión.
- De 10 a 15 años, de realidad.

Nágera (1983, en Juárez y Tamayo, 1999) señala que aún cuando se le hable de la muerte al niño, si la información va más allá de su comprensión, éste sólo la ignorará y construirá fantasías en torno a ella. Este mismo autor explica la conceptualización de los niños de diferentes rangos de edad en torno a la muerte:

- Los niños de tres y cuatro años equiparan la muerte con la ausencia de los objetos humanos de amor de los que dependen.
- A los cuatro y cinco años, el niño siente curiosidad sobre hechos como el entierro, muerte de animales o plantas y sobre accidentes que se relacionan con la muerte.
- De los cinco a los nueve años, la muerte se personifica y se aplaza la curiosidad sobre ésta.
- Entre los nueve y doce años (periodo preadolescente), el concepto no se ve muy afectado en términos de estrés psicológico y desaparecen las preguntas sobre la muerte.
- En los adolescentes (13 a 16 años), saber o hablar de la muerte les genera estrés psicológico igual que a los adultos aunque socialmente en los primeros no sea aceptado como tal.

Por su parte Villalobos (1997) menciona que antes de los cinco años los niños conceptualizan a la muerte en términos mágicos y egocéntricos debido a que aún no tienen la capacidad de abstraer y comprender este concepto, inclusive cuando alguien cercano a ellos muera. Ante este evento, suelen pensar que se trata de un fenómeno temporal y reversible, en otras palabras, piensan que se trata de una separación y que la personas regresarán en cualquier momento.

A los siete años los niños ya son capaces de señalar causas de muerte concretas y comienzan a percatarse de tres de sus principales características: es irreversible, definitiva y

permanente. Pese a que ignoran que es inevitable comienzan a surgir preocupaciones al respecto. En esta etapa la muerte es identificada y personificada con los esqueletos, calaveras o como una persona pálida y horripilante.

Llegando a la pubertad, alrededor de los doce años, se evidencia que todos los menores se dan cuenta de que la muerte es un hecho biológico universal y que es parte del ciclo de la vida, su capacidad de abstracción es mayor y por lo tanto sus explicaciones son más complejas y toman consciencia de que ellos también morirán. En esta etapa del ciclo vital, hay una plena comprensión de los cuatro conceptos fundamentales de la muerte: irreversibilidad (es un fenómeno permanente), finalización o no funcionamiento (observarla como un estado en que tocas las funciones vitales cesan), universalidad (verla como un fenómeno natural el cual ningún ser vivo puede evitar) y causalidad (desarrollar ideas reales en torno a sus causas y dirigir el miedo hacia los estímulos amenazantes del medio).

En los adultos, según Erikson (en Juárez y Tamayo, 1999), la muerte es conceptualizada en las siguientes etapas:

- Intimidad y Solidaridad vs. Aislamiento. En esta fase se elige y busca la compañía de personas cuyas identidades sean complementarias a la propia o semejantes o, en caso contrario, simplemente se aíslan.
- Generalidad vs. Absorción en Sí Mismo. Esta es la adultez temprana, la cual se caracteriza por la creciente madurez filosófica e intelectual, motivo por el cual los adultos jóvenes difícilmente pueden creer en la inmortalidad, pero tampoco pueden negar por mucho tiempo que ellos y sus seres queridos morirán algún día. En este momento se comprende la inevitabilidad de la muerte, pero se cree que no ocurrirá en mucho tiempo y el resultado es la tendencia a evadir o hacer a un lado los pensamientos de muerte.
- Integridad vs. Disgusto, Desesperación. A medida que el adulto procrea y asegura el desarrollo de la nueva generación, desarrolla su integridad, pero si la vida que ha llevado le parece irrealizada, se disgustará ante el estilo de vida que lleva. En esta etapa, conocida como media adulta, el ser humano se encuentra a la mitad de su vida (35 a 65 años), en ella contempla a sus padres ya envejecidos y a sus hijos en la etapa de adultez, lo cual significa que la infancia y la juventud se han ido, mientras que la muerte se encuentra cada vez más cerca, convirtiéndose así en un problema personal. Se intenta

ganarle tiempo a la muerte a través de comportamientos tales como: preocupación constante por la salud, intento de seguir teniendo actividad sexual, manifestación de una enorme atención a los asuntos religiosos.

- En la vejez (65 años hasta antes de la muerte) se efectúa una introspección, retomando periodos pasados de la propia vida para aceptar la finitud de la existencia humana y poder enfrentar la muerte. Durante este retroceso en el tiempo resurgen conflictos no resueltos que pueden resolverse en el presente, se piensa qué ha de hacerse con el tiempo que resta y con los sentimientos que debe expresarse hacia los demás. Aún cuando los viejos piensan más en la muerte, en comparación con otros grupos, reportan tenerle menos miedo, lo cual sugiere que esto se debe tal vez al hecho de que ellos han visto a mucha gente morir y esto seguramente les proporciona una mayor noción de lo que es la muerte. Además, es probable que crean haber tenido su parte justa de la vida y por ello se sientan preparados para morir; aunque también, es probable que haya escaso interés por la vida debido a su decadencia física, a las enfermedades y a las pérdidas personales.

Como ha podido observarse, quienes encaran a la muerte necesitan sentir que aún forman parte del mundo de los vivos, que son escuchados y apreciados por lo que pueden dar. Durante este proceso aparecen diversas actitudes, no sólo en el paciente y su familia, sino también en el equipo de salud. Este último puede reflejarlas en sentimientos de impotencia, de derrota profesional, aunque también, a través del miedo a la muerte, sobre todo cuando se identifican con quien muere y en especial si este se hallaba en plenitud de su vida.

Al trabajar con pacientes terminales o moribundos debe tenerse en cuenta que, los familiares y amigos al acercárseles pueden hacerlo con lástima, curiosidad, miedo al contacto, asco o actitudes y prejuicios moralistas, con los cuales olvidan que están tratando con *seres humanos* iguales a ellos. Para hacer frente a estas actitudes es necesario reemplazarlas por otras que sean funcionales en esa situación como podrían ser el tener una actitud franca y respetuosa, responder de manera lo más clara posible a las inquietudes y dudas del moribundo, no brindar falsas esperanzas, tener contacto físico con ellos (p. e.

tocar sus manos, hombros, sentarse cerca, abrazar, etc.), tener capacidad de empatía, pero especialmente *no crear dependencia*.

4.2 Miedo a la muerte

¿Qué es el miedo?

Esta es una pregunta fácil de sentir, pero algo complicada de contestar. El miedo es una de las tres emociones fundamentales del ser humano (las otras dos son el amor y el odio) que generalmente tiene un objeto preciso, concreto, un mal presente e inminente. Su contraparte, la angustia, tiene características subjetivas que se encuentran a nivel de cogniciones, sin embargo, en situaciones concretas miedo y angustia se mezclan siendo por ello necesario hacer una distinción entre ambos.

Entre las respuestas naturales que muestran los seres humanos ante la muerte, se encuentra el miedo, miedo a morir con dolor, miedo a lo incierto, miedo a morir en la soledad. El miedo a la muerte se encuentra relacionado con el instinto de conservación de la especie ante amenazas objetivas y externas. En cambio la angustia ante la muerte es una amenaza de orden subjetivo que sólo es atribuible al ser humano, ya que únicamente él piensa a futuro, se revela ante lo desconocido y a dejar lo conocido, lo cual hace angustioso al miedo. Delgado (1998) menciona que dentro del miedo pueden distinguirse tres tipos: miedo a lo que viene después de la muerte, al hecho de morir y a la extinción del ser.

El miedo a morir es algo permanente que tiene tal magnitud para el ser humano, que es capaz de consumir una buena parte de su energía vital en la tarea de negar la muerte, lo cual se evidencia comúnmente en el afán de trascenderla. Lo que hace tolerable el miedo a la muerte es su localización en el tiempo y el espacio, ya que el idealizarla como algo lejano permite al ser humano resistirlo e incluso, manipularlo.

En algunas ocasiones el miedo a morir representa el miedo a dejar de vivir, debido a que la vida es concebida como una posesión, por lo cual puede pensarse que no se tiene miedo a morir sino a perder lo que se tiene, se teme perder el cuerpo, las posesiones y la identidad, se teme enfrentarse al abismo de la nada. En otras ocasiones, el miedo es producto del temor al deterioro físico, al sufrimiento y al tipo de muerte que puede tenerse. Sin embargo, gran parte de las ocasiones, el miedo hacia la muerte es generado por la incógnita de qué pasará antes de morir, el ser humano teme ser abandonado en ese difícil

momento y/o estar solo. Tiene miedo de haber sido malo y por ello merecer la muerte. Sufre y teme abandonar el mundo dejando asuntos no resueltos con sus semejantes, así como separarse de éstos. Es por ello que cotidianamente el ser humano se defiende de ese miedo intentando protegerse y prever la muerte, negando su propia muerte durante largo tiempo y cuando ya no es posible negarla, intenta dominarla desafiándola, ya que con ello se tiene la impresión de que se es inmune a ella.

No obstante, la muerte continúa siendo un acontecimiento terrible y aterrador, el miedo a ella es universal, aunque no es algo natural en el hombre y pese a que se crea que ha sido dominada en muchos niveles, lo cierto es que ha cambiado la manera de confrontarla, de enfrentarse al hecho de morir y a los pacientes terminales y, al parecer, entre más avanza la tecnología más se le teme y niega. Marín (2000) menciona que existen muchas razones por la que no se afronta con tranquilidad la muerte, pero la más importante es que en la actualidad el morir es algo solitario, mecánico y deshumanizado, lo cual dificulta determinar técnicamente en qué momento se ha producido la muerte.

La misma autora señala que la muerte se ha convertido en algo solitario e impersonal, porque a menudo el paciente se encuentra fuera de su núcleo familiar y acaba en la sala de urgencia de algún hospital y, si su estado es de gravedad, se le trata como una persona sin derecho a opinar, siendo otro quien decide por él.

El miedo a la muerte puede ser expresado de muy variadas formas y entre algunas de éstas se encuentran las siguientes:

- Evasión. Se evita física y cognitivamente aquello que nos genera temor, ya sea consciente o inconscientemente.
- Cambios en el estilo de vida. La dirección de éstos se dirige a cuidar la salud con esmero, ya que se espera por recompensa mayor vida, es decir, hay un excesivo cuidado de la salud, aún cuando esto no garantiza la existencia de la calidad de vida.
- Sueños. El temor se proyecta en forma de pesadillas cuyo contenido es la muerte.

Algunas fuentes que generan temor a la muerte son la pérdida del sí mismo, lo desconocido más allá de la muerte, el bienestar de los miembros sobrevivientes de la familia, miedo a lo desconocido, a la destrucción, al dolor, a la pérdida de identidad, a morir sin dignidad, temiendo principalmente a la soledad y al sufrimiento.

En vista de la diversidad de fuentes que generan temor en el ser humano, al enfrentar la muerte, autores como Villalobos (1997) se han ocupado de identificar algunos tipos de miedo a la muerte y de categorizarlos. El listado que propone es el siguiente:

- Miedo al proceso de morir, el cual se refiere al acto específico de morir, sin incluir los eventos concomitantes de tal proceso, pero tomando en cuenta las causas de la muerte. Aquí la pregunta es ¿dolerá morir? Y aún cuando esta pregunta quede sin respuesta, no dejará de provocar ansiedad, la cual es de suma importancia para explicar y comprender el temor. La principal razón de este miedo es la presencia de la obsesión por el dolor físico, los espasmos de la agonía, el hecho de que la transición de vivo a muerto sea doloroso.
- Miedo a lo muerto, que comprende las reacciones ante personas o animales que han muerto, así como a toda circunstancia u objeto que involucre estar en las proximidades de ellos. Aquí mediante los ritos, los eufemismos y los intentos por hacer que el muerto parezca dormido, los deudos guardan el equilibrio individual y social intentando hacer que la muerte parezca algo menos que ella misma.
- Miedo a ser destruido, el cual se relaciona con la destrucción del propio cuerpo en manos de otras personas después de morir. Ejemplos de ello es el hecho de donar órganos, servir para investigaciones e incluso ser incinerado ya que surge una obsesión por la nada y se siente amenazada la posibilidad de la vida eterna.
- Miedo por personas significativas, ya que el ser humano no sólo teme por la propia muerte, sino también por la de los demás y en específico por la de aquellos a quienes ama o de quienes depende material o emocionalmente. Pese a que este miedo parezca altruista no es tal, ya que responde a otros motivos, pues al morir un ser querido con él mueren también las esperanzas, aspiraciones y goces depositados en él y por ello, las emociones y sentimientos aquí experimentados corresponden a un estado de pérdida con carácter de irrecuperable.
- Miedo a lo desconocido, en el cual entran todas las creencias mágicas y religiosas así como las reflexiones de tipo existencial en torno a la muerte. En este tipo de miedo las creencias religiosas son de vital importancia ya que la carencia de ellas implica que las personas se perturban ante la inminencia de un deceso, en cambio quienes les den

mayor importancia mostrarán serenidad ya que en ellas encontrarán los recursos necesarios para aceptar la situación.

- Miedo fóbico a la muerte, el cual es un temor obsesivo que se presenta concretamente ante un hecho exclusivo, ya sea una situación, cosa, animal o persona. En este caso se trata del miedo a estar consciente, luego de ser declarado muerto o a ser enterrado vivo, a despertar en un cementerio, en un ataúd o en la morgue (muerte aparente).
- Miedo por el cuerpo luego de la muerte, el cual se encuentra relacionado con el miedo a ser destruido aunque se diferencian en que en este tipo de miedo se teme a la destrucción por los procesos naturales, se teme a lo que sucederá cuando el cuerpo muera o se descomponga a su desfiguración ya que esto es una amenaza contra la esperanza de vida eterna.
- Miedo a la muerte prematura, el cual se refiere a la amenaza de no cumplir con las metas en la vida. Al hablar de muerte prematura primeramente se piensa en niños, adolescentes o adultos jóvenes, no obstante, lo prematuro no sólo debe concebir en función de la cantidad de años vividos o de las etapas de desarrollo transitadas, también puede referirse a eventos específicos, esperar algunos momentos más de vida o alcanzar a arrepentirse de las culpas, lo cual deja en claro que la muerte prematura es susceptible de ser interpretada diversamente según los intereses del sujeto.

Dentro de la terapia que se desarrolle con el usuario, será necesario que se le ayude a elaborar, definir y externar sus miedos presentes, en específico, aquellos que surgen a partir de la proximidad de la muerte. Para ello, es necesario tener en claro que el miedo y sus respuestas sirven al ser humano para asegurar su autoconservación; mientras que la forma en que lo afronte de manera que le cause el menor daño posible, lo pueda asimilar y logre "darle una salida", depende de las actitudes y posturas que el usuario adopte ante el miedo.

Para enfrentar el miedo a la muerte, el ser humano cuenta con diversos mecanismos de defensa mejor conocidos como *estilos defensivos o de afrontamiento*, los cuales son patrones de conducta, producto de la experiencia individual que aparecen como resultado del miedo y que posibilitan una mayor adaptabilidad, comprensión, asimilación así como

superación del miedo. Cerezo (2001) señala que entre los estilos defensivos que aparecen con mayor frecuencia se encuentran los siguientes:

- **Ajuste intrapsíquicos.** Consiste en llegar a un convencimiento o a un estado que permita aceptar la situación estresante, tratando de modificarla en la medida de lo posible, de tal manera que pueda convivirse con ella.
- **Compensación,** en la cual, como su nombre lo dice, se compensa una deficiencia tratando de desarrollar una manifestación o expresión contraria a la deficiencia con la intención de desvalorizar esta última.
- **Intelectualización o percepción fría** de la situación y los acontecimientos en general, la cual se encuentra despojada de afecto y sentimientos ya que quedan de lado.
- **Reiteración,** que consiste en evocar frecuentemente, a nivel cognitivo, la imagen de un evento estresante, altamente impactante y agudo, que al ser meditada, recordada y manipulada, comienza a perder fuerza en su aspecto emocional.
- **Racionalización.** Esta es una forma de autoengaño en la que el individuo asume un convencimiento capaz de justificar una frustración, disminuyendo con él el efecto de ésta, así como el estrés.
- **Sustitución,** en la que como su nombre lo indica se busca algo o alguien que sustituya, en alguna medida, lo perdido, trátese de una persona, familia, puesto de trabajo, etcétera.
- **Negación.** Es la tendencia a creer en lo que nos conviene o es afín a nuestras necesidades, mientras que aquello que nos es contrario no lo aceptamos.
- **Regresión,** la cual consiste en retrotraerse a formas de comportamientos anteriores para resolver los problemas.
- **Rigidez,** en la que se establece una serie de pensamientos inflexibles con los cuales se mantienen vigentes estereotipos que inspiran seguridad y estabilidad, lo cual los vuelve difíciles de modificar, aún cuando se requiera un cambio para adecuarse a la realidad concreta.
- **Ajuste conductual,** el cual puede presentarse en formas tales como la búsqueda activa y emprendedora de soluciones, la búsqueda de información, la actividad física, la actividad manual, la distracción, etc.

- ✓ Evasión, que se encuentra conformada por una serie de hábitos y comportamientos que, por una parte alivian los estados negativos, y por otra dañan y destruyen la salud.
- ✓ Catarsis, la cual consiste en expresar bruscamente los sentimientos y emociones.
- ✓ Agresividad, es una conducta intencionada que se encamina a destruir de manera violenta la causa de tal estado.
- ✓ Huida, en la que concretamente se escapa de la situación estresante.
- ✓ Previsión. En ella se procura poseer información de lo negativo que probablemente puede suceder, y permite acostumbrarse a esta idea, por lo que los efectos estresantes son mucho menores, siempre y cuando no se trate de algo inesperado.
- ✓ Búsqueda de apoyo, que consiste en buscar en personas más estables y seguras que nosotros mismos una cobertura espiritual que brinde seguridad y apoyo sentimental.

A estos estilos defensivos o de afrontamiento, Villalobos (1997) agrega dos más:

- ✓ Sensibilización, en la que el individuo es capaz de externar verbalmente la aprensión que le produce entrar en contacto con un objeto amenazante, con una tendencia a presentar una baja sensibilidad autónoma (a través de la respuesta galvánica de la piel) ante la amenaza, así como tender a conductas que denoten una intención de procurar dicho objeto.
- ✓ Represión, la cual se caracteriza por la falta de aprensión verbalizada ante eventos emocionales, motivo por el cual, el sujeto muestra una alta sensibilidad autónoma al encontrarse frente al objeto que le atemoriza.

Además de estos estilos de afrontamiento, existe una idealización, con la cual el ser humano es capaz de disminuir el miedo a la muerte. Esta idealización es la inmortalidad. Gómez (2001) enumera los siguientes tipos de inmortalidad:

- ✓ Inmortalidad biológica, que consiste en vivir a través de la descendencia procreada.
- ✓ Inmortalidad creativa, propia de los artistas ya que permite a la persona vivir a través de sus obras de arte, sus escritos u obras hechas en vida.
- ✓ Inmortalidad teológica, la cual abarca aquellos símbolos religiosos o filosóficos que hacen referencia a la vida después o más allá de la muerte.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

- Inmortalidad experimental, conformada por intensas sensaciones de bienestar y disfrute de estar vivo, capaces de trascender el temor a la muerte y de conducir las acciones de las personas a vivir el presente y lo que ofrece la vida con la mayor intensidad y plenitud posibles.

Como ha podido observarse, el miedo a la muerte pareciera más bien ser el miedo a la soledad y al dolor de la agonía, el miedo a no tener alguien a nuestro lado, alguien que muestre lo que le importamos, alguien que nos acompañe hasta el último momento. Esto muestra que la muerte no tiene nada de terrible y tal vez lo terrible podrían ser los dolores del moribundo, así como la pérdida que sufren sus seres queridos cuando éste muere, porque junto con él se sepultan las esperanzas, alegrías y expectativas que en él se encontraban depositadas, y con ello, el comportamiento de los que sobreviven se transforma de tal manera que se actúa como si se muriera cuando un ser querido muere. La manera de morir depende de la manera de vivir ya que si una persona siente que su vida ha sido plena y llena de sentido, le será más fácil aceptar su muerte, pero si siente que su vida ha sido todo lo contrario tendrá el amargo sabor de pensar que la ha desperdiciado.

4.3 El duelo

El duelo es un proceso en el que se reajustan las ideas y pensamientos vinculados con la persona fallecida. También es una respuesta, un sentimiento subjetivo de los seres humanos que aparece tras la muerte de un ser querido, la pérdida real de cualquier objeto, parte del cuerpo o función que sea emocionalmente importante para la persona cuya finalidad es salir de la pena íntegro, enriquecido y vitalizado. En este estado, los deudos se sienten privados de un ser querido y abarca diferentes emociones tales como llanto, negación, aturdimiento, etc. Estas emociones producen diversas manifestaciones que alteran la conducta rutinaria de la vida, ya que aparecen en los pensamientos, sentimientos y actividades, y de ellas se enlistan las siguientes:

- Sentimientos. Hay tristeza, soledad, añoranza, ira, culpabilidad y autorreproches.
- Sensaciones físicas. Estómago vacío, tirantez en el tórax o la garganta, hipersensibilidad a los ruidos, sentido de despersonalización, sensación de ahogo y tos seca.

- Cogniciones o pensamientos. Incredulidad, confusión, preocupación, presencia del fallecido, alucinaciones visuales y auditivas.
- Comportamientos o conductas. Se sueña con el fallecido, hay trastornos del apetito como deficiencia o exceso, conductas dañinas para la persona (p.e. actos temerarios), aislamiento social, suspiros, hiperactividad, llanto y frecuentación de los lugares que acostumbraba el fallecido.

Como se ha observado, el duelo es un sentimiento que hace sufrir, que ocasiona dolor y que, sin embargo, es necesario experimentar para sobreponerse y aceptar la pérdida, pues de lo contrario, al no concluirlo, se experimentaría un constante estado depresivo caracterizado por conductas obsesivas, por una tremenda ambivalencia y por la no aceptación de la pérdida del ser querido, conocido como *duelo patológico*.

La forma en que se exprese el duelo se encuentra estrechamente relacionada con la cultura a la que se pertenece, a las situaciones que rodean a la pérdida, a la edad de la persona que fallece y si se trata de una muerte anticipada o repentina.

Cabe señalar que de acuerdo a las circunstancias, el duelo no sólo puede experimentarse cuando haya una pérdida, sino también antes de que ésta suceda, e incluso, no sólo los familiares y amigos lo sienten, pues si es el caso, también lo sentirán los enfermos o pacientes terminales, tal como se ve en los siguientes apartados.

ELABORACIÓN DEL DUELO

Como se mencionó anteriormente, el duelo generalmente inicia inmediatamente después de la muerte de un ser querido y se encuentra limitado a un periodo de tiempo que varía de persona a persona, pero que no se extiende a lo largo de la vida.

Este proceso, en el que se deshacen los lazos contraindidos con el muerto y se enfrenta el dolor de su pérdida, es conocido como *elaboración del duelo*. Esta experiencia de pérdida es dolorosa debido a que los seres humanos tenemos apegos con otras personas, es decir establecemos fuertes lazos emocionales con los demás. El apego de los seres humanos es considerado una conducta normal, ya que tiene un valor de supervivencia que proviene de sus necesidades de protección y seguridad, las cuales se desarrollan desde temprana edad

y son dirigidas hacia unas pocas personas específicas y tienden a perdurar a lo largo de una parte significativa de la vida.

La elaboración del duelo es diferente para todos los seres humanos y sobre todo se encuentra íntimamente relacionada con la etapa de desarrollo en la que se encuentren los deudos, al igual que con el parentesco que se guardaba con el fallecido. Es por ello que las respuestas de los seres humanos ante la pérdida de un ser querido pueden ser diferentes.

En un niño, la pérdida de un ser querido no se diferencia mucho de la de un adulto, aunque las diferencias pueden establecerse a partir de su desarrollo cognitivo y emocional, los cuales definen su percepción, interpretación y comprensión de lo que es la muerte, así como del estado de dependencia en el que el infante se encuentra, ya que frente a la pérdida, lo primero que hará será buscar un sustituto de la persona fallecida para no perder la seguridad que ésta le brindaba. A diferencia de los adultos, el niño no se retrae del mundo externo, por el contrario, se torna sumamente demandante debido a que necesita comprobar que existen los suficientes suministros para satisfacer sus necesidades.

Entre las condiciones que se consideran favorables en la elaboración del duelo infantil se encuentran:

- ✓ El haber mantenido una relación segura y afectuosa con el fallecido antes de sufrir su pérdida.
- ✓ El recibir a la brevedad información precisa sobre lo ocurrido.
- ✓ La posibilidad de hacer toda clase de preguntas y recibir respuestas lo más honestas posibles.
- ✓ Permitirle que participe en la aflicción de la familia e incluso en las ceremonias funerarias.
- ✓ Contar con un sustituto de la persona fallecida y tener la seguridad de que esa relación continuará.

Si estas condiciones son reunidas podrá observarse que el niño mantiene la esperanza de que la persona fallecida volverá (conductas de resurrección), pese a que en ocasiones reconozcan que eso no sucederá y se pongan tristes. También habrá infinitos intentos para ver y reencontrarse con la persona desaparecida, habrá fantasías en las que se vive, habla, juega, abraza y hasta siente a dicha persona. Aunque también puede temerse la

pérdida de alguien más, así como el temor a la propia muerte. Todo esto que le sucede al niño es importante para que pueda distanciarse del ser muerto y comience a sustituirlo por otra persona significativa de su entorno, pues sólo en esta medida comenzará a aceptar la finitud del fallecido y la imposibilidad de verlo, escucharlo, dialogar y/o jugar con él.

Durante la intervención terapéutica con el niño deben rectificarse sus fantasías de muerte y trabajar la idealización de la persona fallecida. Mientras tanto, a su familia debe ayudársele a trabajar en la elaboración del propio duelo, a aceptar al niño tal cual es sin asignarle funciones del difunto y a eliminar los beneficios secundarios que éste puede obtener en relación con el manejo de la pérdida, colaborar en la desidealización del muerto y enseñarle a aceptar las emociones que se vivencian en relación a la persona fallecida.

En el caso de los adultos, el duelo suele ser breve, aunque algunas de sus manifestaciones perduran en el tiempo. La duración e intensidad del duelo adulto dependen de las condiciones en que se suscitó la muerte, es decir, si ésta ha sido más o menos inesperada, pues si la muerte es repentina el shock y la negación perdurarán por más tiempo. En cambio, cuando la muerte es esperada o inevitable, el duelo puede darse tiempo antes de que ésta se produzca y culminar cuando sea efectiva. El tiempo normal y esperable de duración del duelo es de seis meses a un año, aunque puede suceder que luego de uno o dos años aún persistan signos y síntomas del duelo e incluso, pueden permanecer toda la vida, pero los duelos normales son resueltos finalmente. Por lo general, después de dos meses del fallecimiento, los signos y síntomas más agudos del duelo suelen ir perdiendo fuerza, lo cual permite a los sobrevivientes adaptarse mejor (p.e. se recupera el sueño y el apetito, se recobra el funcionamiento rutinario, etc.). En el duelo de los adultos pueden aparecer autorreproches relacionados con actos triviales que se hicieron o dejaron de hacer con la persona perdida; hay tendencia a idealizar y recordar selectivamente sus atributos; puede tenerse la sensación de que el fallecido está presente a grado tal que haya alucinaciones o ilusiones (p.e. oírlo, verla, olerla). Sin embargo, en el duelo normal el deudo se percata de que esto no es real.

Los adultos, en la elaboración de su duelo, suelen presentar sensaciones de aturdimiento y nudo en la garganta, llanto, desconfianza, negación de la pérdida, suspiros, sentido de irrealidad y vacío en el estómago. También puede observarse ira, insomnio, tristeza, agotamiento, debilidad, anorexia, anhedonia, introversión, pensamientos sobre el

difunto, culpabilidad, alteraciones del sueño y dificultad para concentrarse. Finalmente, los deudos pueden recordar el pasado con placer, recuperan el interés por otras actividades y establecen nuevas relaciones.

El duelo en los ancianos es muy semejante al de los niños debido a que en la senectud nuevamente se produce un estado de dependencia, la cual produce una disminución en su capacidad de duelo y les permite desarrollar con mayor facilidad conductas no patológicas y adaptativas a la pérdida. En algunos casos, al igual que los infantes, los ancianos también necesitan un sustituto que les proporcione seguridad, mientras en otros no se intenta buscar un sustituto, motivo por el cual pueden presentarse comportamientos autodestructivos que aparentemente son un intento de reunión con la persona perdida, sin mostrar señales de dolor por tal pérdida. Sin embargo, dada la dificultad para elaborar el duelo, ellos tienden a reaccionar con manifestaciones somáticas.

Si un profesional decide ayudar a elaborar el duelo debe de perseguir los siguientes objetivos:

- Disminuir la ansiedad, la depresión y el dolor físico.
- Mejorar la adaptación al medio.
- Aumentar la autoestima.
- Estimular la esperanza.
- Aumentar la autoeficacia.
- Brindar una visión diferente y positiva de la realidad.
- Descubrir nuevos recursos para enfrentarse a este problema.
- Enfrentar el duelo, en compañía de otros, de los cuales se recibirá apoyo.
- Identificarse con otras personas que atraviesan por problemáticas similares.
- Estar acompañado y no sentir soledad.
- Reforzar la capacidad de manejo y resolución de problemas.
- Ayudar a vencer los impedimentos que evitan el reajuste después de la pérdida.
- Estimular a los deudos para decir “adiós” al fallecido y sentir confortabilidad en la nueva situación.

Para cumplir los anteriores objetivos, el psicoterapeuta debe ayudar a los deudos a que realicen ciertas tareas que les permitirán restablecer el equilibrio, así como completar el

duelo ya que éste es un proceso y no un estado. Las tareas a realizar en orden progresivo son:

- Aceptar la realidad de la pérdida. Cuando alguien muere, incluso si su muerte es esperada, existe la sensación de que no es verdad. Por esta razón la primera tarea del duelo es afrontar plenamente la realidad de que el ser querido se encuentra muerto, que se ha marchado y no volverá. Asumir que el reencuentro es imposible, es parte angular de la aceptación de la realidad, pues de lo contrario puede aparecer algún tipo de negación que conlleve a los dolientes a no aceptar que la muerte es real y se queden bloqueados en esta tarea. Llegar a la aceptación de la realidad lleva tiempo porque implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional de la pérdida.
- Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. Al hablar de dolor debe incluirse tanto el dolor físico como el emocional y conductual, asociados con la pérdida, ya que si bien es cierto que nadie experimenta el dolor con la misma intensidad ni lo siente de la misma manera, también es cierto que es imposible no experimentar algún nivel de dolor al perder a alguien a quien se ha estado profundamente vinculado. Por lo tanto, es necesario trabajar con él o los deudos para que su dolor no se manifieste mediante alteraciones somáticas o algunas formas de conducta disfuncional. Dada la actual presión social respecto a la expresión de emociones y sentimientos, cada vez resulta más común oponerse a la elaboración de los aspectos emocionales, motivo por el cual el doliente bloquea sus sentimientos y niega el dolor, evitando pensamientos dolorosos y estimulando sólo pensamientos agradables sobre el fallecido, no se permite a sí mismo dar rienda suelta a su dolor, sentirlo y saber que un día se pasará.
- Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente. Esta adaptación dependerá de cómo era la relación con el fallecido así como de los distintos roles que desempeñaba. En este momento del duelo pueden presentarse regresiones intensas en las que los deudos pueden percibirse a sí mismos como inútiles, inadecuados, incapaces, infantiles o personalmente en quiebra, debido a que los intentos de cumplir con los roles del fallecido pueden fracasar. Lo cual los lleva a una sensación de baja autoestima y cuando esto ocurre, se cuestiona la eficacia personal y cualquier cambio es atribuido al azar o al destino y no a la fuerza y habilidad propias. La persona que se detiene en esta tarea lucha contra sí misma, fomenta su impotencia, no desarrolla las habilidades de

afrontamiento necesarias y se aísla para no asumir las exigencias del medio lo cual denota una inadaptación a la pérdida.

- Desapegarse emocionalmente del fallecido y seguir viviendo. En esta tarea, el psicoterapeuta tiene la labor de ayudar a la persona en duelo a encontrar un lugar adecuado para el fallecido en su vida emocional, un lugar que le permita continuar viviendo de manera más eficaz en el mundo. Esta tarea es demorada cuando el doliente mantiene los apegos del pasado, en vez de formar otros nuevos, ya que algunas personas encuentran la pérdida tan dolorosa que hacen un pacto consigo mismas de no volver a querer nunca más.

Cuando el psicoterapeuta decida intervenir en la elaboración del duelo, debe tener claro que no todo proceso de duelo implica la indicación de una terapia y que ésta únicamente se recomienda si se observa que el duelo por el que se atraviesa no es "normal". Dentro de la terapia convencional, el terapeuta trabajará intentando animar a la persona que sufre el duelo a que exprese sus sentimientos de pérdida hacia la persona fallecida, siendo de vital importancia que se le proporcione apoyo emocional al deudo, tanto por parte del psicoterapeuta, como de la familia extensa y amigos. Pese a que el duelo es una experiencia de pérdida, este no significa desprenderse del muerto, sino instalarlo intrapsíquicamente en un lugar inolvidable y que permita continuar con la vida ordinaria (Noyola, 2000).

FASES DEL DUELO

El proceso de duelo como crisis que es, evoca diversas reacciones emocionales y sentimentales, las cuales para facilitar su estudio han sido categorizadas por diversos autores en fases, a fin de comprender con mayor facilidad éste fenómeno.

La primera en proponer una serie de fases del duelo fue Kübler-Ross a finales de los años 60 (Marín, 2000). Durante su trabajo con pacientes terminales, observó que todos manifestaban una serie de sentimientos y emociones semejantes entre sí, a partir de ello los categorizó en cinco fases. las cuales describió en términos de la proximidad de la muerte. Las fases que propone son las siguientes:

- Negación y aislamiento. De acuerdo con Delgado (1998) lo fuerte de esta fase depende de cómo se le diga el diagnóstico al paciente, de cuánto tiempo le quede y de cómo se

ha ido preparando a lo largo de la vida, debido a que esta fase constituye un anuncio catastrófico de condena, ante el cual el paciente puede encerrarse en sí mismo en un terror solitario en el que se repite a sí mismo frases como "esto no puede sucederme a mí", "el diagnóstico está equivocado", "debe haber algún error". Gran parte de los pacientes, al considerar al equipo de salud como incompetente debido a que no logran curarlos, aceptan y buscan con desesperación algún tratamiento que les devuelva la salud, por lo cual es común verlos junto con su familia y amigos visitar médicos al por mayor e incluso a curanderos y charlatanes. Sin embargo, los pacientes continúan con su médico, pero le suplican que se esfuerce más (Vargas, 1993). La negación es un medio de afrontamiento provisional que aparece después de recibir una noticia inesperada e impresionante y funciona como un amortiguador, que da tiempo al paciente para que se recobre y, con el tiempo, movilice otras defensas. Esta negación pronto es sustituida por una aceptación parcial lo cual no implica que sea superada, ya que por lo general la negación continua presentándose, no sólo durante las primeras fases de la enfermedad o al enterarse del diagnóstico, sino también más adelante. La necesidad de negación existe en todos los pacientes, aunque es mayor al principio de una enfermedad grave o su diagnóstico, que al final de la vida.

➤ Ira. Cuando es imposible continuar manteniendo la negación, es sustituida por esta fase en la que se experimentan y manifiestan sentimientos incontrolables e irracionales de ira, rabia, envidia y resentimiento que surgen ante la percepción de injusticia que el paciente tiene por su muerte próxima en un plazo corto. Algunos pueden sentir que la muerte les ha arrebatado anticipadamente su vida, mientras que otros gozan inmerecidamente de una vida más larga, además surge la pregunta ¿por qué yo?. Esta fase es muy difícil de afrontar, tanto para la familia, como para el personal de salud, debido a que la ira del paciente se manifiesta hacia todas las direcciones y se proyecta contra todo lo que le rodea casi al azar. Esta manifestación indiscriminada de la ira se debe en gran medida a que todas las actividades del paciente se ven interrumpidas prematuramente y todos sus proyectos quedan inconclusos, siendo esto precisamente por lo que descargan su ira y rabia con quienes sí lo podrán hacer. Por ello, es característico del paciente que encuentre motivos para quejarse a donde quiera que mire, alzará la voz para pedir las cosas, se quejará y pedirá (más bien exigirá) ser

atendido. Sin embargo, este tipo de comportamientos denotan en el paciente la necesidad de respeto y comprensión, de que se le preste atención y dedique un poco de tiempo y, sobre todo, de no ser olvidado, pues con estas medidas se sentirá un ser humano valioso, del que se preocupan y permiten funcionar. Con ello paulatinamente comenzará a bajar la voz y a reducir sus peticiones. Por esta razón es importante aprender a escuchar a los pacientes y usuarios y a veces incluso, aceptar su ira irracional, sabiendo que al manifestarla experimentan una sensación de alivio que les ayudará. Delgado (1998) señala que esto sólo se logra en la medida en que seamos capaces de afrontar nuestros propios miedos y temores respecto a la muerte.

- **Negociación.** Una vez que el paciente ha sido capaz de afrontar la fase de negación y se ha enojado con los que le rodean e incluso con Dios, comienza a contemplar la posibilidad de llegar a una especie de acuerdo o trato con alguna divinidad para que posponga su muerte. Esto es precisamente la negociación, un intento para posponer los hechos en un determinado plazo de tiempo, bajo la promesa implícita de no pedir nada más si se le concede. Este comportamiento por lo general es una manifestación de las culpas ocultas bajo una promesa. Por ello es importante que se le brinde el apoyo necesario al paciente para que se libere de temores irracionales o de su deseo de castigo por un sentimiento de culpa excesivo, que no hacen más que aumentar el pacto y las promesas incumplidas cuando pasa la fecha de vencimiento. Las negociaciones pueden ser con alguna divinidad o con el personal de salud.
- **Depresión.** Cuando las operaciones u hospitalizaciones del paciente comienzan a ser más frecuentes, cuando su organismo denota mayores síntomas o se debilita y adelgaza, le es casi imposible continuar con su actitud de “al mal tiempo, buena cara” debido a que no puede continuar negando su enfermedad y destino. Entonces su ira y rabia son sustituidas por una gran sensación de pérdida (p.e. económica, afectiva, del empleo, del hogar, de algún órgano y, la más dolorosa, la del propio ser) con la que comienza un periodo depresivo que trae consigo tristeza, desinterés, incapacidad de amar e inhibición psicomotriz. Otros síntomas de la depresión como son la pérdida de interés, la incapacidad para gozar de las cosas y el embotamiento de las emociones se deben totalmente a los malestares físicos que afectan a los pacientes. En esta fase hay tres diferentes depresiones. La primera es la *depresión reactiva* la cual aparece como

respuesta a las pérdidas reales o de carácter simbólico y en la que hay una gran necesidad de comunicación por parte del paciente. La *depresión ansiosa* es el siguiente tipo, en ella aparecen de nueva cuenta cualquiera de las anteriores fases sin un orden específico y, además, aparece la hipocondría como señal evidente de la ansiedad. Por último se encuentra la *depresión anticipatoria o preparatoria* la cual se considera como la más dolorosa y necesaria para que el paciente terminal se prepare para morir, debido a que ésta es el sentimiento de pena que tiene que padecer, la separación final, la pérdida de todos sus seres y objetos de amor. Esta depresión es silenciosa o se necesitan de muy pocas palabras para expresar lo que el paciente desea y necesita que le demuestren, basta con tocarle una mano, acariciarle el cabello o sencillamente sentarse junto a él.

➤ **Aceptación.** Esta fase inicia cuando el paciente comienza a darse cuenta de la realidad y se fija nuevos objetivos. Si no se trata de una muerte repentina e inesperada, y se le ha ayudado al paciente a pasar por las otras fases, llegará al momento en el que su destino no le deprimirá ni enojará, ya que habrá tenido bastante tiempo para haber expresado sus sentimientos anteriores, de haber resuelto algunos asuntos incompletos, de haber llorado la pérdida inminente de tantas personas y lugares para él y contemplará con relativa tranquilidad su próximo destino. La aceptación puede ser de dos tipos, *neutral* en la que no se teme a la muerte aunque tampoco es bienvenida, sino simplemente se le acepta como uno de los hechos inherentes de la vida y se procura sacar el máximo provecho a esta última; o *de acercamiento* en la que se presenta la creencia de una vida feliz después de la muerte. Cabe señalar que la aceptación no es una fase feliz (¿quién se alegra de morir?), aún cuando aparentemente se encuentra desprovista de sentimientos y pareciera que el dolor ha desaparecido, hay gran variedad de ellos como producto de la despedida de todo aquello y aquéllos que se ama. Es la espera. En este momento el paciente puede pedir que lo dejen solo o que no lo perturben con noticias y problemas del exterior, puede desear no tener visitas, ni hablar, prefiriendo el silencio y acompañantes que lo comprendan. En estos momentos quienes necesitan más ayuda son los familiares y amigos, ya que si el paciente empieza a hablar de su propia muerte ellos evaden el tema, con lo cual obtienen momentáneamente tranquilidad, la cual no es definitiva en lo que concierne a este suceso .

Cabe señalar que durante todas estas fases permanece vigente una racionalización del sufrimiento, por parte tanto del paciente, como de sus familiares y amigos, conocida como *esperanza*, en la cual tienen plena confianza en la curación y recuperación del enfermo ya que esperan que todo lo que han sufrido tenga algún sentido o valga la pena aguantar un poco más. Algunos de los pensamientos que pueden contribuir a mantener viva la chispa de la esperanza son el descubrimiento de algún medicamento nuevo o un éxito de última hora en un proyecto de investigación. La *esperanza* permite al enfermo terminal conservar el ánimo y soportar más pruebas aún cuando esté cansado de todo, por esta razón, es importante que el equipo de salud comparta con los enfermos desahuciados la *Esperanza* de que puede pasar algo imprevisto, de que puede producirse una remisión o de que puede vivir más de lo previsto. Cuando un enfermo desahuciado deja de manifestar esperanza, por lo general se considera una señal de muerte inminente.

Como puede observarse, estas fases parten del supuesto de que el paciente cuenta con información sobre su enfermedad y conoce el alcance de la misma, sin embargo, ante la situación contraria el Dr. Sporken (Noyola, 2000) propone otra serie de fases que anteceden a las de Kubler-Ross.

- Ignorancia. En ella los familiares conocen el diagnóstico pero el paciente no, por esta razón son los familiares quienes requieren de mayor ayuda psicológica en este periodo. Esta fase puede ser considerada por el paciente como una conspiración de silencio por parte de los familiares y del equipo de salud.
- Inseguridad. En esta el paciente manifiesta su afán por salir de la incertidumbre y conforme avanza el tiempo comienza a dudar y alterna un miedo intenso, con la esperanza de su curación, adopta una actitud de gran desconfianza y con frecuencia sufre cambios importantes en su estado de ánimo.
- Negación implícita. Aquí el paciente comienza a sospechar y pensar en el diagnóstico desfavorable de su enfermedad y se resiste al mismo, inventando una versión propia más agradable, por lo que es característico que en esta fase se hagan planes para el futuro.
- Ansiedad. Esta sucede cuando no se le comunica al paciente el diagnóstico verdadero y finalmente muere en el curso de este periodo o en una fase previa a la que haya retrocedido.

- Y Comunicación de la verdad. Aparece cuando se le da a conocer el diagnóstico verdadero al paciente y con ello se da paso a la primera fase descrita por Kubler-Ross (negación) a partir de la cual se desarrollarán las siguientes fases.

Reyes (1994), en función de sus experiencias personales, señala que en México el proceso de morir es diferente al descrito por Kubler-Ross y por esta razón propone sus propias fases del duelo que son:

- Y Angustia. Esta es el primer dolor con el que se enfrenta la persona que recibe un diagnóstico fatal, ya sea para ella o para algún ser querido. Es probable que esta angustia intente disfrazarse tras la careta de la negación, sin embargo, este disfraz dura poco ya que por lo común se cae en la resignación en la cual el engaño consiste en creer que el diagnóstico ha sido aceptado. La angustia que el paciente experimenta no es a causa de la proximidad de su muerte, es más bien por la incógnita de cómo van a quedar sus seres queridos, siendo sus temores más frecuentes la pobreza, la soledad o el desamparo en el que estarán, lo cual le provoca una notoria y profunda tristeza. Para el terapeuta o tanatólogo es importante que haya la suficiente claridad para distinguir la resignación y la aceptación, debido a que muchas veces son confundidas, a pesar de ser opuestas. Para ayudar a la persona que se encuentra en esta fase basta con escucharle de tal manera que hablante y escucha vivan en esos momentos una verdadera comunión de sentimientos, una verdadera y profunda comprensión.
- Y Frustración. Esta fase se caracteriza por un dolor profundo en el paciente y su familia, debido a que se percatan de que "ya no queda tiempo" de mostrar amor, perdón o arrepentimiento. Esto los lleva a una toma de conciencia: ante la muerte nos sentimos totalmente impotentes. En ese momento la frustración se convierte en rabia profunda e intensa que por momentos se convertirá en enojo o ira y serán descargados contra Dios o la vida, pero en otros, odio y envidia contra sí mismo o contra los demás, contra los sanos y contra el equipo de salud, debido a que ya no se tiene tiempo de terminar lo inconcluso o empezar lo nuevo. Para contrarrestar estos sentimientos debe dársele al paciente y a su familia una esperanza real, que debe traducirse en hacer sentir al enfermo y al familiar que su vida ha valido la pena, que ha tenido un pasado rico en experiencias, que le permita entrar al mundo de los valores trascendentales en el cual

pueda encontrar el sentido del dolor, del sufrimiento, de la enfermedad, de la vida en esas circunstancias, el sentido trascendental de la muerte. Esto es importante debido a que nunca será lo mismo morir con las manos vacías, que morir con las manos llenas ya que esto último posibilitará llegar al sentido de la trascendencia.

- **Culpa.** Por una parte, se manifiesta como una resignación martirizante, por otra, como una oportunidad de entablar un regateo con Dios o con la vida. El resignado busca sacrificio, el negociador un nuevo trato; pero en ambos casos el sufrimiento es mayor que en las fases anteriores. En esta etapa se hacen cambios en la manera de vivir, promesas condicionadas y un fuerte dolor ocasionado por sentimientos de culpa ocultos. La ayuda para quienes viven en esta fase consiste en confrontar a la familia y al paciente con el por qué de sus culpas y lo absurdo de éstas para que sean eliminadas, en la medida que se enfrenten a la realidad y acepten que el hombre siempre obra por un bien, pero que es válido equivocarse. En este momento puede comenzarse a trabajar con la elaboración del perdón, perdón a sí mismo y a los demás, pues este quita la resignación paulatinamente hasta lograr una real aceptación, pues de lo contrario la culpa puede convertirse en una dolorosa acompañante de la muerte que producirá tristeza.
- **Depresión.** Es uno de los sentimientos conocidos más dolorosos, conduce a la desesperanza, conjugación que genera los más fuertes sufrimientos que existen. Reyes coincide con Kubler-Ross en que tanatológicamente existen tres tipos de depresión:
 - a) **Reactiva.** Es la respuesta a las pérdidas reales y simbólicas que sufren el paciente y su familia. Ejemplos de éstas son la pérdida de la salud, de miembros u órganos, de derecho sobre el propio cuerpo, de derecho sobre la propia vida.
 - b) **Ansiosa.** Es una depresión cargada de dolor que se acompaña del deseo de morir, mientras que la ansiedad se refiere a los deseos que tiene el paciente de continuar viviendo, a los deseos de la familia para que él siga viviendo. Estos sentimientos se contraponen provocando una guerra en el interior del paciente. En esta fase aparecen síntomas de hipocondría y resurgen todos los sentimientos que aparentemente habían sido superados.
 - c) **Anticipatoria.** Esta sólo la sufre el enfermo terminal y quizás, es la más dolorosa de todas las depresiones. debido a que en ella el paciente acepta que ya se va a morir.

El comportamiento observado es de encierro en el silencio, en el mutismo, en el dolor, puesto que tiene que despedirse de todo y todos los que ama. La vida entonces es solitaria y el paciente solo, vive en su interioridad, el ambiente se torna triste y es la tristeza lo único que puede reinar. Aquí los familiares comienzan a vivir el duelo anticipado.

- **Aceptación.** Se da dependiendo del tiempo, cuando el enfermo pudo, sin represiones, trabajar cada una de las etapas anteriores. La ayuda para el paciente consiste en tocarlo, manifestarle un sincero amor humano y estar con él para que no muera sólo. En la aceptación ya no habrá resignación, aunque seguirá habiendo tristeza. La aceptación toma la vida activa y conscientemente, el paciente vive a plenitud todos sus instantes teniendo presente que el instante que con más intensidad debe vivir es el de su muerte.

Las diferentes fases descritas anteriormente también pueden ser vividas por los familiares y amigos del usuario aunque no de igual manera. Villalobos (1997) propone las siguientes reacciones por la pérdida de alguien, las cuales son válidas antes de la pérdida, así como después de ésta:

- **Negación.** Se presenta cuando se sabe que alguien querido ha muerto o morirá pronto. Se caracteriza por la evasión de la realidad, así como por la negación de los hechos.
- **Confusión.** Es la falta de claridad respecto a la realidad, se manifiesta en respuestas involuntarias de las emociones, las cuales contactan a la persona con un mundo distorsionado. Estas emociones generalmente se expresan a través del llanto, la plática excesiva o la tartamudez.
- **Sentimiento de coraje.** Aparece cuando llorar, hablar en exceso o la mudez son insuficientes para desahogar y comienzan a tornarse en enojo. La reacción de la persona es de rebelión contra todos y todo, en especial contra aquello o aquéllos que son juzgados como culpables de la situación.
- **Sentimiento de culpa.** El coraje comienza a ceder y deja de expresarse a medida que la persona que sufre la pérdida llega al fondo de sí misma y empieza a sentirse culpable a consecuencia del recuerdo, de los resentimientos y las acciones que hizo o dejó de hacer con quien está próximo a morir, motivos por los cuales tiende a idealizarse el pasado.

- Aceptación de la pérdida. El dolor que aquí se vive es el más profundo y es plausible afirmar que también es el último, ya el deudo comienza a aceptar la realidad de la pérdida y se percata que puede seguir viviendo aún con ella.
- Alivio. Esta experiencia inicialmente es sentida de modo ambivalente porque el deudo comienza a disfrutar la vida de nueva cuenta, pero no sabe qué hacer con esa sensación, este indicio es el inicio del reestablecimiento.
- Reestablecimiento. En esta fase el deudo es capaz de recordar la pérdida y el proceso de duelo con la característica de que el recuerdo es menos doloroso cada vez, por ello, nuevamente comienzan a hacerse planes para el futuro.

A diferencia de Villalobos, Reyes (1994) define cuatro diferentes fases derivadas de la pérdida de una persona querida:

- Depresión. Durante ella se niega lo que se está viviendo y se tiene la impresión de vivir en una pesadilla de la que se espera despertar pronto para continuar la vida como antes. A medida que aumenta el número de meses del fallecimiento del ser querido, paulatinamente comienza a aceptarse la realidad con lo cual se agudiza el sufrimiento del duelo, que se hace notorio en conductas como la pérdida de interés por la propia vida, alteraciones alimentarias y del sueño y sentimientos de culpa, todos síntomas de la depresión.
- Rabia. Esta se vuelve contra sí mismo manifestándose en forma de sentimientos de culpa tales como no haber sido bueno con quien murió, por qué éste no sobrevivió, por no haber impedido su muerte, por aquellos momentos en que se deseó su muerte, etc. Junto con la culpa sobreviene la tristeza la cual le servirá para minimizarla.
- Perdón. Para llegar a esta fase es necesario perdonar las propias faltas (sean reales o no), al o los otros y las debilidades o errores que hayan existido en las relaciones referentes a quien murió o referidas al resto de los familiares, ya que mientras no se logre perdonar se vivirá en una profunda tristeza, pues éste es una condición indispensable para tener paz interior y para terminar la elaboración del duelo.
- Aceptación. Es el final del duelo, se da cuando se siente que la muerte no existe como tal, sino que simplemente es un cambio de la presencia del ser amado. La auténtica aceptación se dará cuando se perciba que el muerto "se encuentra vivo" dentro de uno

mismo. Delgado (1998) cree que no necesariamente debe agradecerse la muerte del ser querido para llegar a la aceptación y sugiere que para llegar a ella es necesario tener consciencia de que el final llegó y que la vida del muerto valió la pena, tanto para él como para quienes lo amaron.

El transitar del inicio al final de estas fases es una labor ardua que puede ser aligerada cuando se cuenta con la ayuda de un psicólogo o un tanatólogo, debido a que ellos pueden ayudar a elaborar una adecuada resolución del duelo, de la manera menos dolorosa y en el menor tiempo posible.

Cabe señalar que independientemente de quién proponga las fases del duelo, en la práctica éstas no se presentan en el orden aquí señalado e incluso pueden presentarse varias a la vez, conjugarse o estar ausentes, además aunque todas fueron elaboradas en función de los pacientes, como se ha podido observar, también son de utilidad para trabajar con sus familiares y amigos, ya que ellos viven fases muy semejantes y sólo basta con identificar en cuál se encuentran.

DUELO ANTICIPADO

Aparece cuando la pérdida o la muerte son cercanas e inminentes, es experimentado por el paciente, sus familiares y amigos y el equipo de salud que se encuentra involucrado con él. Este tipo de duelo se presenta principalmente en los pacientes terminales y en especial en aquellos que tienen muchos apegos en sus vidas y que en ese momento sienten que están perdiendo muchos seres significativos a la vez, esta anticipación de la pérdida suele ser desbordante y, gran parte de las ocasiones, lleva al paciente al aislamiento como manera de afrontar el impacto del diagnóstico.

A los familiares y amigos este tipo de duelo les permite elaborar la pérdida con mayor rapidez y prepararse para la separación definitiva debido a que este proceso empieza pronto, incluyendo las diferentes tareas ya descritas, de las cuales las tres primeras sufren algunas diferencias. Por ejemplo, en la *aceptación de la realidad de la pérdida* existe en la familia la conciencia y aceptación de que la persona va a morir (la aceptación es aún mayor cuando se percatan de la decadencia del paciente) y por lo tanto la elaboración correspondiente comienza pronto. En el *trabajo con las emociones y el dolor de la pérdida* surgen gran variedad de sentimientos que se encuentran asociados con la pérdida

anticipada, pero el que se observa con mayor frecuencia es la ansiedad, que aumenta para muchas personas y se acelera en la medida que se prolonga el periodo de duelo anticipado y cuanto más cerca se encuentra el paciente de la muerte. La *adaptación a un medio en el que el fallecido está ausente* se caracteriza por el ensayo de roles que los supervivientes hacen. No obstante, cuando el periodo de duelo anticipado es demasiado largo, por lo general pueden generarse muchas culpas y rabia en los seres cercanos, debido a que el cansancio físico y emocional hace que los familiares del enfermo, ya agotados y viendo su sufrimiento, lleguen a desear su muerte o se alejen emocionalmente tiempo antes de su muerte.

4.4 Alternativas tanatológicas para enfrentar la muerte

Desde siempre, el tema de la muerte ha sido objeto de profundas reflexiones y meditaciones y, pese a que forma parte de la propia existencia, se ha producido un rechazo hacia ella y hacia las personas que representan cercanía a esta (moribundos y ancianos). Como se ha mencionado con anterioridad, esto se debe a que en la actual sociedad la ideología dominante profesa que la enfermedad debe ser combatida y vencida, lo que consecuentemente conduce a negar el hecho de que la muerte ocurra, transformándola, de un proceso natural, a la obligación de buscar los medios necesarios para mantener viva a la persona.

Paradójicamente, pese a jactarse de conocer mucho sobre el morir, se desconoce también mucho sobre su proceso y menos aún sobre la intervención terapéutica en él.

En México tiene poco más de 13 años que el estudio sobre la intervención terapéutica en el proceso de muerte de pacientes terminales fue introducido por la Asociación Mexicana de Tanatología A. C. (A.M.T.A.C) y sin embargo, durante este tiempo, la difusión de este campo ha sido escasa, a tal grado que sólo en algunos hospitales se conoce lo que es la tanatología, lo cual explica que aún no tenga la relevancia ni el reconocimiento que se le ha dado en otros países.

Aún cuando el trabajo tanatológico es casi desconocido en nuestro país, la A.M.T.A.C. ha propuesto un tratamiento tanatológico para cada una de las emociones que tienen lugar durante el proceso de muerte

Ante la *angustia*, el camino a seguir es promover que el paciente exprese de forma abierta sus sentimientos en relación con la pérdida de salud y vida que enfrenta, siendo necesario para ello que el tanatólogo tenga suficiente empatía con el enfermo, ya que ella favorecerá la sensación de alivio que el paciente necesita. Es por eso que la actitud debe ser de escucha, lo cual no necesariamente implica la emisión de alguna respuesta.

Respecto a la *culpabilidad*, es una de las emociones más dolorosas y persistentes, por lo que lejos de manejarse, debe quitarse confrontando al usuario con los momentos en que actuó como lo haya hecho y ayudándole a comprender que en las circunstancias de su actuación, su decisión se basó en lo que en ese momento consideró pertinente. Con lo anterior se busca que el usuario sea consciente de que su sentimiento de culpabilidad se basa en un absurdo, enseñándole a perdonar las decisiones que juzga incorrectas, para que con ello logre vivir y morir en paz.

La *depresión* es uno de los desórdenes emocionales más dolorosos y se da como producto del proceso de morir, más no como una patología adicional. En este caso es necesario que el tanatólogo sea capaz de distinguir si la depresión es reactiva, anticipatoria o ansiosa, ya que la intervención será diferente en cada una de ellas. En la depresión reactiva la ayuda dependerá del tipo de pérdida, para la anticipatoria la ayuda consistirá en permitir al paciente que diga adiós a lo y a los que ama. En cuanto a la ansiosa debe estar dispuesto en todo momento a ayudar al enfermo debido a que presenta síntomas de hipocondría, además de presentarse acompañada de las emociones señaladas en el apartado correspondiente.

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

Como puede observarse, la anterior propuesta es poco explícita ya que indica los fines de la intervención pero no los medios, es decir, no explica cuáles son las herramientas tanatológicas que han de emplearse para facilitar los cambios en el paciente. Además, al poner en práctica esta intervención los criterios de cambio dependerán de cada tanatólogo

ya que no se encuentran delimitados y con ello se pierde objetividad en este proceso, que básicamente se enfoca en la intuición.

Dadas estas limitantes, el Instituto Mexicano de Tanatología A. C. (INMEXTAC) ha decidido llevar a cabo la tanatología en un nivel de consejería enfatizando en la necesidad de contar con características específicas que le permitan al tanatólogo comprender los estados afectivo y emocional por los que atraviesan, tanto pacientes como familiares (Noyola, 2000). Implica que el conocer y manejar las habilidades de consejería no es suficiente, sino que es necesario estar en constante actualización respecto a la bibliografía formal referente al tema, así como en el manejo de técnicas psicológicas.

Para el INMEXTAC, el apoyo que brinde la tanatología debe centrarse en las alternativas que tiene el paciente para revalorarse y darle un sentido a la vida, al tiempo que incorpora a la muerte como parte de la primera, con lo cual puede aprenderse a elaborar las propias pérdidas y afrontar las crisis, consecuencia de éstas. Con base en estas características, la *consejería tanatológica* es definida como una práctica que ayuda a la gente a tomar decisiones sobre aspectos muy concretos en sus vidas, siendo los valores, metas y decisiones el principio y fin de puntos específicos a tratar en el proceso, a través de un procedimiento planeado, en donde *la consejería enfatiza la participación del usuario* para el aprendizaje y asimilación de sus propios valores durante la etapa final de su vida. La consejería es un *proceso breve, dinámico y dirigido que confronta al usuario con su situación personal, sus sentimientos y preocupaciones y lo lleva a encontrar alternativas y tomar decisiones que le permitan vivir con plenitud.*

El fin de la consejería tanatológica es ayudar al paciente terminal a aceptar la muerte y para ello, el consejero tendrá que hacer menos doloroso el proceso de morir, esclareciéndole conceptos que le permitan primeramente entender mejor el concepto de vida, pues a partir de éste podrá identificar la propia concepción de muerte, que le permitirá prepararse para ella sin dejar pendientes, *dando solución a sus problemas basándose en sus propias decisiones.*

Aún cuando la AMTAC y el INMEXTAC tienen notables diferencias referentes al ejercicio de la tanatología, debido a que la primera enfatiza en los aspectos místicos religiosos, mientras la segunda propone una intervención mucho más sistemática y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

científica, ambas coinciden en que el tanatólogo puede valerse de los *cuidados paliativos* para lograr una muerte digna del enfermo terminal.

Los *cuidados paliativos* pueden definirse como “el cuidado integral y activo de pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos curativos. Es una filosofía de cuidados donde lo fundamental no es curar, sino aliviar síntomas y prevenir complicaciones de la enfermedad” (Manzo, 1999, p. 17). La palabra *paliativo* se deriva del latín y significa frazada, la manta con la cual se cubre delicadamente a aquél que sufre. Es la acción de confortar y acompañar e implica desarrollar las “artes del cuidado”.

En medicina paliativa no se trabaja para la muerte, sino con la muerte para la vida; siendo lo principal mejorar la calidad de vida del paciente y su familia bajo la filosofía de no acelerar la muerte, ni prolongar innecesariamente la vida. Manzo (1999) señala que para aprender en conjunto la última enseñanza vital, es decir, vivir la propia muerte, la medicina paliativa se apoya en la esperanza y el amor como aspectos esenciales de la vida.

Dadas las características de la medicina paliativa, estos cuidados se encuentran destinados a aquellos pacientes cuyo pronóstico de vida es inferior a seis meses, padecen una enfermedad avanzada, progresiva e incurable o a los que tienen pocas o nulas posibilidades de responder a un tratamiento específico. Estos cuidados más que curar, pretenden cuidar, su objetivo es brindar apoyo y cuidado a los pacientes terminales, de modo tal que puedan vivir los problemas que les ocasiona su enfermedad tan plena y confortablemente como les sea posible. Su filosofía encierra el concepto de morir con dignidad y considera a la muerte como un fin doloroso e inevitable, pero normal. Por ello, como se mencionó con anterioridad, considera que la muerte debe ocurrir en su momento, sin acelerarla ni posponerla inútil o cruelmente, sobre la base de consideraciones que creen que con ello se alejan de la eutanasia.

Mediante el empleo de la terapéutica paliativa se brinda una atención integral al paciente, considerando los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de éste. Se le prepara para controlar algunos de sus síntomas físicos así como para adaptarse a aquéllos que no son controlables, se brinda apoyo emocional y comunicación entre el paciente, sus familiares y el equipo de salud y; el trabajo interdisciplinario es organizado de tal manera que sea flexible y adaptable a las necesidades de los pacientes.

La terapéutica paliativa, mediante el trabajo interdisciplinario, debe ayudar al paciente a controlar o adaptarse a sus síntomas, promover su autonomía y dignidad a través del tratamiento, el cual debe contar con una actitud rehabilitadora y activa que permita superar el “no puede hacerse nada más”. Para ello, el ambiente puede ser modificado con fines terapéuticos que promuevan, en la medida de lo posible, el bienestar del paciente y de su familia. En resumen, los cuidados paliativos deben liberar al enfermo de sus molestias físicas, así como ayudarlo a superar el sentimiento de frustración, fracaso y temor que puede rodearlo.

El trabajo paliativo se encuentra conformado por cinco fases que son:

- Y Cuidado total. En él se manejan aquellas situaciones que pudiesen generar malestar al paciente, ya sean de índole espiritual, física, emocional, intelectual, social y/o económica.
- Y Control de síntomas. En esta fase se procura prevenir y tratar los síntomas que aparecen en el proceso de agonía, así como aquéllos que son propios de una enfermedad y/o tratamiento específicos.
- Y Control del dolor. El dolor quizá sea el síntoma más relevante y temido, tanto por el paciente, como por sus familiares ya que ambos sufren y su sufrimiento es aún mayor cuando es imposible dar sentido alguno al proceso por el que atraviesa la persona que esta muriendo o cuando se racionaliza su irrecuperabilidad.
- Y Apoyo emocional al paciente y a la familia. Durante esta fase es necesario tener el conocimiento y la habilidad para emplear técnicas psicológicas que permitan conocer las emociones, el sentir y pensar del paciente y de quienes le rodean para reorganizar su funcionamiento familiar e individual.
- Y Manejo de estrés y apoyo al equipo de salud. El apoyo consiste en erradicar el *síndrome de agotamiento* desarrollado progresivamente por el equipo de salud, a raíz de que se involucra demasiado en lo emocional, por la sobrecarga de trabajo y las demandas emocionales impuestas por otras personas. Generalmente se conforman grupos catárticos en los que el tanatólogo funge como facilitador para que todos y cada uno de los miembros del equipo de salud compartan sus experiencias, sentimientos, emociones y pensamientos con la finalidad de liberarse de ellos.

En lo referente a la interacción tanatólogo-paciente, Noyola (2000) considera que hay cuatro fases durante esta interacción. La primera de ellas es la *fase de interrelación* que se caracteriza por la compenetración emocional que establecen el tanatólogo y el usuario, su meta es lograr un encuentro genuino, en el que se dé comprensión y calidez humana para lograr una verdadera identificación. La siguiente es la *fase de catarsis* en la que se promueve la expresión de sentimientos e ideas del usuario, siendo labor del tanatólogo saber escuchar, estar concentrado e intentar identificarse con las expresiones del usuario mientras éste habla. La *fase de interposición* es la tercera y se refiere a una exploración introspectiva del usuario, por ello el nivel intelectual de éste y del tanatólogo será un factor importante ya que cuanto mayor sea, mayores serán las posibilidades de profundizar en los conflictos y explorar los sentimientos, emociones y pensamientos, cuya resolución y modificación permitirán dar un nuevo orden a su vida. La última fase recibe el nombre de *dimensión pedagógica* e implica crecimiento, transformación de ideales espirituales, existenciales y éticos, para encontrar alternativas que lleven al usuario a considerar la posibilidad de hacer algo por él mismo, debido a esto último, se le enfoca como la etapa más difícil de alcanzar.

Para concluir, cabe señalar que la intervención tanatológica ha sido diseñada para pacientes que se encuentran en fase terminal de alguna enfermedad mortal, presentan daño o insuficiencias orgánicas o no responden a la terapéutica en forma adecuada y morirán en un periodo aproximado de seis meses. Noyola (2000) señala que "la consejería también está diseñada para las personas que se encuentran afligidas, angustiadas y con sentimientos de culpa, que necesitan apoyo emocional para tratar de encontrar respuesta a las numerosas preguntas que se hacen sobre el proceso de morir y de la muerte misma" (p. 28). Para quienes no está diseñada la intervención tanatológica es para pacientes autistas, enfermos que se encuentran en salas de cuidados intensivos, en estado de coma profundo, así como para quienes sufren retardo mental severo, trastornos de la personalidad y especialmente para aquellas personas que no acepten el trabajo tanatológico.

CAPÍTULO 5

INGRESO DEL PSICÓLOGO A LA TANATOLOGÍA

*Nuestras palabras no tienen que agradar;
tienen que ser de provecho. Decir lo que
sentimos y sentir lo que decimos es nuestra
principal estrategia de sanación.*

Buendía, 1999.

Psicología y tanatología, dos ciencias tan diferentes y al mismo tiempo tan cercanas, preocupadas por el bienestar del usuario o el paciente según sea el caso, ciencias que comparten principios históricos en común pero que han separado sus senderos. Para que converjan de nueva cuenta es necesario reseñar parte de la historia de la psicología, tanto a nivel mundial, como en nuestro país para tener una amplia visión de la evolución y transformaciones que ha sufrido esta disciplina y junto con ella sus categorías de análisis y las demandas sociales.

Una vez contextualizados y familiarizados con la práctica psicológica desempeñada en nuestro país, habrá los elementos suficientes para conocer el plan de estudios profesionales en psicología de la FES Iztacala, particularizando en la formación del psicólogo clínico.

Por último, se efectuará un análisis del ejercicio terapéutico en nuestro país y se planteará una opción para mejorarlo. En esta opción se incluirá a la tanatología como uno de los ejes relevantes para que la práctica terapéutica se humanice y sea realmente significativa para los usuarios y el terapeuta.

5.1 Breve reseña histórica de la Psicología Clínica

Para abordar y comprender la formación y actividad del psicólogo clínico en nuestro país, es necesario conocer, primero a nivel general cómo ha surgido esta área de incidencia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

así como su evolución, para posteriormente abordar su desarrollo en nuestro país, particularizando en la formación del psicólogo clínico de Iztacala.

El origen de la psicología clínica, en términos relativos, es reciente y su desarrollo ha estado lleno de conflictos e inquietudes sobre su identidad, siendo a partir de la Segunda Guerra Mundial que su crecimiento se ha acelerado en diversas direcciones.

Sin embargo, al dar un vistazo al pasado, es posible percatarse que desde tiempos remotos los "trastornos mentales" han sido explicados de diversas maneras. En las sociedades primitivas, por ejemplo, dichos trastornos eran atribuidos a poderes demoniacos o sobrenaturales tales como la pérdida del alma, el pecado por la infracción de tabúes, la introducción en el cuerpo de sustancias u objetos dañinos, así como los efectos nocivos de la brujería y los poderes de la magia negra de otros seres humanos o de difuntos rencorosos e insatisfechos. En este caso, era el chamán, el mago o hechicero, quien fungía como "terapeuta" y a través de ceremonias identificaba el agente o causa patógena sobrenatural y partiendo de ello aplicaba el remedio más adecuado. Sus técnicas incluían desde invocar el alma para que regresara y se reintrodujera en el paciente, hasta exorcizar espíritus y demonios que eran transferidos a otras personas, animales o cosas. En caso de que se tratase de un castigo divino, además era necesario realizar sacrificios o prácticas de purificación (Buendía, 1999).

Conforme se complejizan las sociedades y aparecen las primeras civilizaciones, las alteraciones comportamentales continúan siendo atribuidas a entidades sobrenaturales, pero la situación es más compleja debido a que ya existen ciertos conocimientos sobre tales alteraciones, siendo los sacerdotes quienes intervienen en éstas. Cabe señalar que en este momento los sacerdotes cuentan con cierta sabiduría médica que se asocia a los dioses y a sus revelaciones, por lo que es practicada como reglas religiosas o morales. Esto conlleva a que la enfermedad sea equivalente al pecado, mientras el castigo es el remedio. Entre estas civilizaciones, es la griega la que mayores aportaciones efectúa, ya que al convertir a la medicina en ciencia, atribuye por vez primera las "alteraciones mentales" a causas naturales. Otra importante aportación es la hecha por sus pensadores y filósofos quienes intentan aportar alguna claridad sobre los "desórdenes mentales" y sobre sus posibles formas de tratamiento. Entre éstos, probablemente es Cicerón quien hace la más valiosa aportación al opinar que los factores emocionales podían causar enfermedades físicas

(Buendía, 1999). Él diferenciaba las enfermedades físicas de las mentales con base en que las primeras eran resultado de factores externos, mientras las segundas se debían a la negligencia de la razón y como consecuencia de ello, la curación podría lograrse mediante la filosofía.

Al explorar el periodo de la Edad Media, es notorio un retroceso en el pensamiento científico lo que propicia que la demonología vuelva de nuevo. De nueva cuenta, el demonio es aceptado como el culpable de todos los comportamientos anormales, motivo por el cual tales comportamientos son vistos como perversos, como acciones del demonio en contra de Dios. Consecuentemente, las curas nuevamente son de carácter sobrenatural e incluyen la aplicación de reliquias sagradas, conjuros y exorcismos. De igual manera, las técnicas de diagnóstico se encontraban permeadas por esta visión y las personas "poseídas" eran detectadas con señales impuestas por el demonio. Pese a ello, personajes como Paracelso y Juan Huarte atacaron las ideas acerca de la posesión diabólica (Buendía, 1999). El primero describió nuevamente las enfermedades mentales, de igual forma que los griegos, como fenómenos naturales y propuso su cura por medio de la medicina. El segundo defendió la opinión griega del comportamiento a normal y además escribió un libro sobre la mente, en el que señalaba la distinción entre teología y psicología.

Con la llegada del periodo renacentista la filosofía del pensamiento predominante afirma que la razón es la fuente del conocimiento. Tal filosofía conlleva a la aparición del término "locura" y con él comienza a hablarse libremente de ésta, pero paulatinamente los "locos" empiezan a ser considerados como personas peligrosas, parecidos a criminales y delincuentes.

En el siglo XVII se desarrolla la psicología asociacionista, que considera que las percepciones de los sentidos son la única fuente de vida psíquica. A finales de este mismo siglo y durante el siglo XVIII, con el desarrollo de la revolución industrial, las sociedades sufren una serie de transformaciones que traen consigo la ruptura con los valores tradicionales que servían de cohesión a la familia y grupos, al mismo tiempo cambia la interpretación del mundo y la sociedad. Los comportamientos anormales ya no son contemplados desde el punto de vista de la razón o del orden, sino desde el punto de vista del derecho del individuo libre. Ahora la "locura" es percibida a partir de las relaciones que la libertad puede mantener con ella misma (Buendía, 1999). En este siglo las enfermedades

mentales son colocadas dentro de las ciencias médicas y comienza a valorárseles en el medio terapéutico siendo el ámbito hospitalario el factor de tratamiento.

Durante el siglo XIX la filosofía adoptada y que posteriormente predominará como nueva ideología es el positivismo. Influenciados por esta filosofía, los pensadores de este siglo dan a la "locura" el estatuto de enigmática e inaccesible en su verdad total, sin embargo, no dudan que algún día habrá un conocimiento capaz de investigarla. En ésta misma época, el hombre deja de ser la medida de todas las cosas y es convertido en un factor de uso, aumentado la intolerancia hacia quienes no ofrecen ninguna utilidad a la sociedad, donde la ganancia y el propio provecho se convierten en el principio que guiará la conducta humana.

Dadas estas condiciones, el tratamiento de los pacientes daba prioridad a las funciones de custodia, es decir, la función que los profesionales desempeñaban consistía en recluir a las personas que perturbaban el orden establecido. Por esta razón las técnicas de tratamiento utilizadas se encaminan a la reeducación moral y la eliminación de algunos síntomas, más que a la erradicación de los trastornos.

No es sino hasta finales del siglo XIX e inicios del XX que la psicología clínica moderna comienza a constituirse y a tomar relevancia. Uno de los acontecimientos determinantes para su conformación es la llegada del psicoanálisis, que produce la valoración del aspecto psíquico, valoración que tendrá gran influencia en la futura concepción de los trastornos mentales y su tratamiento.

Otro acontecimiento relevante para la consolidación de la psicología clínica moderna es la inclusión de los métodos científicos en psicología, pues al realizar investigaciones experimentales, los psicólogos clínicos evalúan la precisión y validez de su trabajo.

El siguiente acontecimiento trascendental ocurre en el año de 1896 con la fundación de la primera clínica psicológica auspiciada por Lightner Witmer, pionero de la psicología clínica, quien además comienza a impartir docencia de esta materia en la Universidad de Pennsylvania y funda la revista *The Psychological Clinic* en 1907 (Buendía, 1999).

Pese a estos acontecimientos, la psicología clínica no acelera su desarrollo, sino hasta la Primera Guerra Mundial (1914-1918), momento histórico en el que la principal problemática era evaluar las habilidades de cada individuo que le permitieran ocupar el

puesto más adecuado, de acuerdo a las mismas. Concluida esta guerra, las investigaciones de los psicólogos clínicos comenzaron a efectuar avances en tópicos como personalidad, origen de la inteligencia, problemas de conducta y relaciones entre las conductas disfuncionales y el aprendizaje. Paralelamente, comenzaron a realizar estudios en clínicas y hospitales con enfermos mentales; pero lo que se convertiría en el precursor natural de la psicología clínica sería la aplicación de técnicas psicológicas en el estudio de los desórdenes de personalidad.

Al desencadenarse la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), además de las necesidades de selección que hubo en la Primera Guerra Mundial, se anexaron los problemas humanos que esta nueva contienda desencadenó. Tal conjunción sería decisiva en la transformación del trabajo clínico dentro de la psicología ya que al concluir ésta, hubo una gran demanda del servicio por las personas que solicitaban atención por problemas de salud mental. Esto hace que el papel del psicólogo clínico adquiriera mayor relevancia y comience a definirse como "el profesional que se dedica al diagnóstico, al tratamiento y a la investigación de desórdenes del comportamiento de los adultos" (Buendía, 1999; p. 26), definición con la que comienza a brindársele el reconocimiento de su función terapéutica.

LA PSICOLOGÍA EN MÉXICO

En el caso de México, los primeros antecedentes que se tienen acerca de la psicología datan del siglo XIX, momento histórico en el que su estudio es llevado a cabo de manera implícita en materias como moral, filosofía, humanidades, metafísica, ética y lógica. En pocas palabras, se trata de una psicología académica y por consiguiente, el trabajo en el área clínica es nulo, aunque no inexistente ya que la atención de las "enfermedades mentales" se encuentra en manos de personas dedicadas a la caridad y la religión, integrándose posteriormente los médicos.

A finales de este mismo siglo, la psicología en nuestro país comienza a ser usada con fines políticos e ideológicos, con la pretensión de consolidar el capitalismo dentro de la nación. López y Rodríguez (1999) señalan que al insertar la psicología en la educación se pretendía formar futuros ciudadanos que dieran un nuevo carácter al país, desde lo moral, hasta lo científico, de acuerdo a los modelos extranjeros y no a la realidad que la nación vivía. En vista de la preocupación por modelar un nuevo mexicano, se hizo a un lado la

aplicabilidad de la psicología a los problemas sociales de la época (enfermos mentales, alcoholismo, alto índice de mendigos, etc) convirtiendo su ejercicio no en una profesión, sino en un apoyo para los discursos que sustentaban la educación nacional, a partir de la descripción del desarrollo infantil, la moral y el juicio.

Durante la primera década del siglo XX comienza a sentirse el peso de la realidad social sobre el modelo extranjero impuesto, haciendo insostenible la idea de progreso de ese tiempo. Las manifestaciones de inconformidad comienzan a ser más fuertes y frecuentes, es necesario reprimirlas y el instrumento utilizado es la psicología, a través de la cual los pensadores son calificados como locos, particularmente aquellos escritores que crean polémica y escándalo con sus obras, en las cuales plasman ideas en contra de la ideología de la época.

En la segunda y tercera década del mismo siglo gran parte de los trabajos psicológicos, tanto teóricos como prácticos, tienden a traducir y adaptar modelos extranjeros, sin embargo, también hay importantes acontecimientos para el desarrollo de la psicología en México. Uno de ellos es la fundación del primer laboratorio de psicología en el país en el año de 1916 por Enrique O. Aragón, quien veinte años después crearía y dirigiría el primer Instituto de Psicología y Psiquiatría de la Universidad, el cual cerraría dos años más tarde. En 1925 con el inicio de funciones del Departamento de Psicopedagogía e Higiene comienza a hacerse presente el tema de "higiene mental", en el que se habla de que el ser humano necesita estar sano biológica y mentalmente para tener una vida equilibrada y aún cuando estas dos esferas se encuentran estrechamente vinculadas, serían separadas al ocuparse la medicina del cuerpo y la psicología de la mente. No obstante, pese a esta separación, el trabajo práctico psicológico en el área de salud brilla por su ausencia, estando la labor terapéutica en manos de médicos y profesores especializados durante las décadas de los 20 y 30. Para 1928 con el primer plan de estudios de la Facultad de Filosofía y Letras, la psicología es vinculada a la ciencia filosófica en el área académica, al insertarla como materia de curso dentro de los estudios para obtener el grado de Maestro o Doctor en Filosofía.

A mediados de los años 30 la psicometría se propagó cobrando gran fuerza a partir de la Segunda Guerra Mundial, momento histórico en el que se le empleó exitosamente en la selección y adiestramiento de las fuerzas armadas. Culminando este conflicto, la

psicometría mostró ser un método factible para ser usado en el área de producción, naciendo así la psicología organizacional. Paralelamente, en este periodo apareció la sociometría, la cual plantea una clasificación de los individuos a partir de sus aptitudes, opiniones e inteligencia. Estos avances en el extranjero son importados a México focalizándolos de una manera particular.

En la primera mitad de la década de los 40 las grandes potencias económicas se encuentran ocupadas en la Segunda Guerra Mundial, lo cual permite que países como México incrementen su producción y exportación de productos e impulse el desarrollo de las empresas mexicanas. Sin embargo, al término del conflicto la producción comienza a disminuir y estancarse por su reducida capacidad técnica y científica, empezando a proliferar las inversiones extranjeras (López y Rodríguez, 1999).

Durante este despegue de la industria mexicana, el tema de la educación constituye la piedra modular y es retomado como vía para la construcción de un nacionalismo mexicano que permitiera fortalecer este proceso. De nueva cuenta, el papel del psicólogo sería el de asesor técnico, en cuanto que enseñaría a los profesores cómo se desarrollan los niños, cómo aprenden, los adiestraría en el manejo de pruebas para que seleccionen, clasifiquen y diagnostiquen a sus alumnos, de manera tal que los planes de estudio fueran estructurados acorde a ellos y aunque esto sólo permaneciera en el discurso debido a la falta de apoyo a la educación. Pese a ello, la psicología aplicada se mantuvo fuerte en el terreno educativo y psicométrico, siendo los profesores quienes la ejercían.

López y Rodríguez (1999) mencionan que en el ámbito de la salud, se propuso abrir un Departamento de Psicología dentro del Manicomio General, en el año de 1950. Dicho departamento se encontraría destinado a resolver las necesidades de estudios psicométricos y de psicodiagnóstico. En esta propuesta, las actividades a desarrollar se concretan a la labor psicométrica y quienes se encargaban de ejecutarlas eran profesores, debido a que en aquellos años la psicología aún no se consolidaba como profesión pese a que en 1945, por iniciativa de Fernando de Ocaranza, se dió origen al Departamento de Psicología, cristalizándola académicamente como ciencia independiente.

Para los años 60 y 70 México siente nuevamente la crisis social al evidenciarse el choque social de ideologías y valores entre la cultura mexicana y la estadounidense, el cual da como resultado una transformación cultural. La familia mexicana es bombardeada con

una conceptualización diferente de las relaciones de pareja, tocando temas de sexualidad, igualdad de oportunidades sociales para varones y mujeres, la difusión del divorcio, la creación de necesidades en torno al uso de aparatos electrodomésticos en el hogar, y otras más. Como resultado, estas situaciones generaron a nivel individual desorientación personal, angustia, competencia, relaciones interpersonales poco afectivas, niños abandonados y/o con problemas de aprendizaje, así como un aumento en las patologías referentes a "desórdenes mentales".

Ante esta situación los psicólogos surgieron como la posibilidad de ser los reparadores mentales en la sociedad, lo cual dio margen a que el uso de la psicología se extendiera y posibilitara su surgimiento como profesión, primeramente en la Universidad del Estado de Veracruz en 1966 y posteriormente en el Distrito Federal en 1973 (López y Rodríguez, 1999).

Como puede observarse, la psicología clínica ha sido objeto de paulatinas transformaciones con las que ha logrado consolidarse gradualmente; transformaciones que en el extranjero se han suscitado a partir de los acontecimientos sociales, más que por la evolución de ideas o la acumulación de resultados encontrados. En contraste, en nuestro país su transformación ha respondido más bien a intereses ajenos a la disciplina, lo cual contribuyó a su lenta consolidación como profesión y a rezagarse en algunas de sus áreas de incidencia, al dejar de lado la prevención, intervención y búsqueda de soluciones a las problemáticas sociales.

Mediante este breve recorrido histórico se evidencia que la psicología clínica fue, hasta hace tres décadas, un rubro olvidado que exclusivamente sirvió a fines políticos y no como respuesta a las demandas sociales de la población, dando como resultado que en la actualidad las condiciones de vida de las comunidades se hayan deteriorado, restringiéndole, a gran parte de ellas, el acceso a este tipo de servicios. Además, a esta situación cabría agregar la falta de identidad profesional de los psicólogos reflejada en la poca o nula noción de sus funciones en las diferentes áreas de incidencia, así como de sus habilidades. Esto último es el tema a abordar en el siguiente apartado.

5.2 Plan de estudios de la FES Iztacala: características y habilidades de sus psicólogos

Para hablar del psicólogo egresado de Iztacala es necesario hablar en primer lugar del plan de estudios al que se encuentra sujeto durante su formación profesional, así como de las condiciones que auspiciaron la creación del mismo, siendo esto último lo primero que se abordará.

Desde tiempo atrás, como pudo observarse en el apartado anterior, la psicología venía afrontando serios problemas referentes a su definición profesional y científica, los cuales surgieron con el origen de ésta como disciplina ya que inicialmente fue planteada como una rama de la filosofía y posteriormente, de la medicina, sin que dichos planteamientos fueran hechos por psicólogos. Estas condiciones restringieron el campo de acción del psicólogo. Sin embargo, en cuanto la psicología logró establecer un objeto de estudio independiente de otras ramas de la ciencia, pudieron establecerse las bases necesarias para independizarse como profesión.

Anteriormente fueron muchos los intentos realizados para obtener la independencia profesional e igual número fueron los fracasos, sin embargo, la constitución de la psicología como facultad independiente de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM fue un gran adelanto. Pese a ello, ahora era necesario independizarse de las disciplinas médicas, lo cual no se logró sino hasta la creación de Iztacala, cuyo curriculum contempló los contenidos de estas disciplinas como conocimientos adicionales a la profesión en su carácter interdisciplinario y no como elementos básicos en la preparación integral del psicólogo.

Remontándonos al año 1964 encontramos, en el Departamento de la Universidad Veracruzana, el inicio de la historia de la carrera de psicología en la FES Iztacala. En esta Universidad se creó la primer escuela de psicología en el país que intentó impartir una enseñanza científica, que vinculara los hallazgos y métodos de la psicología experimental con los servicios de las áreas aplicadas. Los programas y experiencias de la Universidad de Veracruz en el periodo 1965-1971, aunados a los ensayos de 1972 a 1974 consistentes en nuevas formulaciones y programas efectuados en el Departamento de Análisis Experimental de la Conducta de la Facultad de Psicología de la UNAM, fueron de gran utilidad para la FES Iztacala, ya que a partir de ellos desarrolló su propio programa de estudios, el cual se consolidó en 1975 con la posibilidad objetiva de elaborar un modelo

científico, educativo y profesional de la psicología que fue aprobado como plan de estudios un año después.

Este nuevo punto de vista sobre la definición de la psicología contemplaba tres aspectos diferentes, pero vinculados uno con el otro. Ribes (1980) señala que tales aspectos fueron:

- El desarrollo de un sistema educativo congruente con una práctica científica derivada de la psicología.
- La configuración de un modelo científico, que permitiera sistematizar e integrar los más variados fenómenos psicológicos desde una perspectiva conductual, superando las limitaciones inherentes al paradigma de condicionamiento.
- La definición de un nuevo papel profesional del psicólogo, ubicando su inserción social con base en un contexto ideológico preciso y comprometido.

Los criterios que permitieron consolidar el currículo psicológico de Iztacala fueron *“la definición de funciones que un profesional de la disciplina debería ejercer y la adopción de contenidos emanados directamente de la psicología para la integración del entrenamiento profesional”* (Ribes, 1980; p. 14). Con estos criterios, conjuntamente se incluyeron dos grandes compromisos en el “proyecto Psicología Iztacala”, los cuales por un lado, evidenciaban la necesidad de plasmar en el curriculum académico la identidad profesional y científica que el psicólogo sufría como problema desde tiempo atrás; mientras que por otro incluían la construcción de un currículo propio de la disciplina cuyos elementos se derivaran de la definición de dicha identidad.

Para cumplir con estos criterios y compromisos, el modelo de Psicología Iztacala contempló los contenidos de la carrera a partir de funciones específicas vinculadas a los problemas en los que tenían incidencia, satisfaciendo con ello el primer objetivo y el primer compromiso. Al seleccionar contenidos metodológicamente homogéneos y propios de la disciplina, ordenados y secuenciados de acuerdo con criterios congruentes con la profesión, se cumplieron los segundos.

Lo anterior se reflejó en un plan de estudios estructurado en un sistema modular de aprendizaje que enfatiza en el adiestramiento práctico, constituyendo éste el núcleo central de la preparación del futuro profesionista. En este sistema el aprendizaje de naturaleza

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

verbal, es decir, el que se lleva a cabo en el aula, es vinculado a situaciones, a través de los laboratorios, las instituciones y la comunidad que forman parte normal de la enseñanza.

En el proyecto "Psicología Iztacala", el nuevo plan de estudios contempla tres módulos: a) módulo teórico-metodológico; b) módulo experimental, y c) módulo aplicado. Cada módulo se interrelaciona uno con otro definiendo objetivos complementarios, pero a la vez, cada uno de ellos define actividades diferenciadas, condiciones específicas de aprendizaje y sistemas particulares de evaluación. En este sistema modular, el módulo teórico-metodológico provee la información y herramientas metodológicas requeridas por los módulos experimental y aplicado, a los que sirve como apoyo y estos últimos son considerados como fundamentales.

Los módulos experimental y aplicado se encuentran programados durante toda la carrera, sólo que durante los primeros semestres la actividad académica es concentrada en el módulo experimental, pero conforme estos transcurren, particularmente en los últimos, la actividad es invertida y concentrada en el módulo aplicado. Desde que el estudiante comienza su entrenamiento, está previsto que ejercite algunos de los conocimientos del laboratorio a situaciones aplicadas en los primeros semestres, y a medida que aumenta la proporción de tiempo dedicada a estas actividades, el laboratorio servirá para verificar, bajo condiciones controladas, soluciones técnicas indicadas o nuevas posibilidades de acción.

Ribes (1980) enlista como características de este sistema las siguientes:

- El estudiante participa activamente en el proceso de instrucción, incluso como maestro.
- Los objetivos se definen en términos conductuales precisos, jerarquizados y secuenciales, lo que los distingue de los objetivos instruccionales tradicionales.
- El aprendizaje se efectúa a dos niveles: individual y de grupo, pero en ambos cada estudiante ajusta su velocidad de aprendizaje a sus propias posibilidades.
- La evaluación se realiza a través de la satisfacción o no satisfacción de los diversos objetivos instruccionales, los cuales deben cumplirse en su totalidad.
- La enseñanza se programa en situaciones de grupo (unidades experimentales o profesionales) y en situaciones individuales.
- El profesor participa en el proceso de enseñanza como orientador, moderador de seminarios, supervisor práctico, tutor académico y diseñador de objetivos instruccionales y no como simple conferenciante.

- No se descarta el uso eventual de conferencias y proyecciones audiovisuales colectivas, con fines de ilustración complementaria.

Bajo estas nuevas condiciones curriculares y en congruencia con la metodología adoptada, Iztacala diseñó formas de entrenamiento que llevaron al estudiante a las situaciones concretas en las que se desenvolvería profesionalmente, lo cual podría garantizar una gran calidad del egresado, quien tendría la habilidad suficiente para vincular la teoría con la práctica. Ribes (1980) menciona que *"al entrenamiento que recibe el estudiante, sobre todo en los casos de las áreas de servicio, subyace una concepción del profesional que proporciona servicios con el objetivo primordial de disminuir la dependencia de la comunidad hacia él. Es decir, la labor básica en estos programas consiste en entrenar a la comunidad en el manejo de todas aquellas técnicas y procedimientos que le permitan resolver sus problemas sin necesidad de recurrir al profesional"* (p. 15). Estas nuevas formas de entrenamiento requirieron que el plan de estudios de Iztacala se centrara en la necesidad de evitar la duplicidad y ambigüedad de conocimientos que hasta ese momento presentaban otros programas de estudio.

Por ello, la formación profesional del estudiante de Iztacala se encontró dirigida por *objetivos conductuales*, los cuales hacen referencia a la necesidad de *explicar conductualmente las actividades terminales que debe efectuar un psicólogo*. Ello implica especificar en forma objetiva todos aquellos repertorios y competencias que debe desarrollar como profesional en las diferentes áreas de incidencia.

Algunos de estos comportamientos, que bien podríamos llamar competencias conductuales o habilidades genéricas, son el observar, definir y analizar variables empíricas que afectan la conducta cuantitativa y cualitativamente, definir problemas y diseñar programas, seleccionar adecuadamente las técnicas de intervención y elaborar nuevas técnicas basadas en la investigación experimental, evaluar los resultados de los procedimientos y darles seguimiento en situaciones naturales, escribir reportes, analizar literatura, saber dar indicaciones, saber interactuar con otros, entrenar a paraprofesionales y no profesionales de la comunidad, analizar datos, evaluar la adecuación de un concepto a un grupo de datos o la aplicabilidad de una técnica a una situación determinada, etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Evidentemente, la única manera en que un estudiante desarrollaría estas competencias sería incluyéndolas como el núcleo central de su formación, evaluándolas no por la cantidad de conocimiento, sino por su ejecución e inclusión en el repertorio conductual propio.

Al diseñar el plan de estudios, las funciones profesionales fueron determinados con base en la problemática potencial que la comunidad presenta al psicólogo independientemente de la demanda momentánea, mientras los criterios metodológicos y tecnologías de la profesión fueron ajustados a la problemática, evaluando sus efectos sociales a todos los niveles. Por ello, se redefinieron las funciones profesionales de la psicología, analizando las problemáticas de la comunidad y utilizando la metodología en su solución, independientemente de la demanda presente.

Al realizar tal análisis, fue posible especificar aquellas funciones que son propias de la actividad profesional del psicólogo, mismas que a continuación se describen:

- **Detección:** a través de la entrevista y la observación se evalúan e identifican déficits comportamentales, los cuales son sustituidos por formas de comportamiento que socialmente son deseables o potencialidades cuyo desarrollo es requerido para satisfacer necesidades individuales o sociales.
- **Prevención:** mediante la identificación de las variables que participan en la ocurrencia de un fenómeno y su interacción, se puede predecir lo que ocurrirá bajo ciertas condiciones, posibilitando así que exista un manejo de las mismas, con el cual se pretende evitar la aparición de un acontecimiento no deseado. En otras palabras, “el psicólogo aporta una tecnología de la instrucción masiva a nivel de la comunidad, misma que permite la evitación de problemas de salud, a través de la participación activa y consciente de los distintos miembros de dicha comunidad” (Ribes, 1980; p. 61).
- **Planeación:** se refiere al “diseño de ambientes, predicción de problemas a mediano y largo plazo y difusión de algunas actividades profesionales de apoyo entre personal paraprofesional y no profesional” (Granados y Rodríguez, 2001; Ribes, 1980).
- **Desarrollo:** mediante este se promueven cambios a nivel individual o grupal que posibiliten la aparición de comportamientos, mediante los cuales se cumplan los objetivos individuales y grupales.

- **Intervención:** en ella las acciones del psicólogo son dirigidas a la solución de problemáticas concretas y presentes, mediante el uso de las habilidades con las que se cuenta, las cuales son respaldadas por el conocimiento y manejo de un marco teórico y metodológico, a través del cual se brindan soluciones creativas y únicas para esa problemática en particular. En esta función el psicólogo “reeducar” para remediar las deficiencias propiciadas por un ambiente social desfavorable al desarrollo de la población.
- **Investigación:** se dirige a la evaluación controlada de instrumentos de medida, el diseño de tecnología y al establecimiento de habilidades interdisciplinarias en el área de salud y del cambio social.

Estas funciones de la actividad profesional del psicólogo encuadran en aquellas situaciones sociales en las que el factor humano es determinante y, por consiguiente, son ejecutables en áreas problema tales como salud pública, producción y consumo, instrucción, ecología y vivienda; áreas en las que la actividad puede desenvolverse en condiciones económicas como la urbana desarrollada, urbana marginada, rural desarrollada y rural marginada; dirigiendo sus actividades profesionales a individuos y grupos urbanos e institucionales.

Conociendo los escenarios y poblaciones en que incide el psicólogo, es necesario esclarecer cuáles de estas actividades profesionales le son prioritarias. En esencia son dos: la primera es su *intervención directa en la solución de problemas concretos o en el desarrollo de soluciones nuevas*; y la segunda es la *desprofesionalización progresiva del psicólogo* como aplicador de soluciones concretas. Con ésta última actividad, el psicólogo debe dar un giro a su actividad, haciendo de la planeación y creación de tecnología capaz de prevenir eficazmente los problemas a nivel comunitario su principal labor, la cual será mediada por paraprofesionales y no profesionales.

Como puede observarse, este plan de estudios se diseñó tomando en cuenta las necesidades sociales del país y los objetivos profesionales del psicólogo, los cuales son establecidos por la comunidad y cuyo análisis muestra como áreas problema prioritarias la salud pública y la producción, particularizando en las funciones de desarrollo y prevención,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y enfocando las actividades profesionales especialmente a las poblaciones rural y urbana marginadas.

EL PSICÓLOGO CLÍNICO FORMADO EN IZTACALA

La actividad docente universitaria ha tenido como propósito preparar profesionales especializados en la resolución de problemas específicos en situaciones reales; para ello, se efectúa un cuidadoso análisis de la función social de el psicólogo.

En el módulo de psicología clínica se procura especificar el papel que ha de desempeñar el psicólogo clínico en el contexto social en el que ha de desenvolverse como profesional. De esta manera, al preguntarse ¿qué habilidades deberá tener el psicólogo clínico en México?, sólo podrá obtenerse una respuesta cuando se sepa cuál es la población y los problemas que hay que resolver en esa comunidad en particular.

Dadas las necesidades de intervención en México, la aproximación del psicólogo clínico deberá ser más comunitaria que individual, enfatizando no sólo en la intervención sobre problemas existentes, sino también en la prevención de los mismos.

Para ello, el programa de psicología clínica más que técnicos forma investigadores, los cuales a partir de la práctica misma, encuentran los problemas, los describen y de esta investigación derivan una tecnología sólida que prevé y dado el caso, instrumenta los procedimientos adecuados para resolver los problemas.

El enfoque propuesto para ello es conductual comunitario y tiene dos características:

- Es comunitario en tanto pretende romper con la relación uno a uno que tradicionalmente ha caracterizado a la práctica clínica, para llevar al psicólogo clínico al trabajo comunitario, especialmente a nivel de prevención.
- Es conductual, en tanto que pretende emplear una metodología que trabaja con definiciones conductuales claras acerca de los objetivos o metas de tratamiento, los criterios de cambio y la verificación de los resultados obtenidos.

El funcionamiento de este enfoque en la formación de psicólogos clínicos se encuentra conformado por dos módulos: el teórico y el aplicado, mismos que a continuación se describen.

Con ayuda del módulo teórico se dota al estudiante con los elementos necesarios que le permitirán comprender mejor y analizar los problemas que afrontará durante su práctica, pues dadas las limitaciones inherentes a la aplicación de tecnología creada en otros contextos, con características diferentes a las nuestras, se considera que más que dotar al estudiante de herramientas tecnológicas inexistentes en México, se le deberá proporcionar un marco teórico generativo, entendiendo por esto un marco teórico que le permita crear técnicas adecuadas al contexto que ha de enfrentar como profesional. Dicho marco teórico posee las siguientes características:

- Enseña al estudiante a definir conductualmente los problemas.
- Enseña al estudiante a identificar las variables incluidas en la génesis y mantenimiento del problema.
- Dota al estudiante de los medios de investigación que le permiten evaluar las mencionadas variables en los nuevos problemas que tendrá que afrontar.
- Con base en lo anterior, el estudiante será capaz de crear estrategias de intervención y verificar la efectividad de las mismas.

Con el módulo aplicado el estudiante es dotado de los medios más importantes de la modificación de conducta, en el área clínica y paralelamente se le enseña a conceptualizar conductualmente problemas clínicos basado en los principios del análisis experimental de la conducta. Asimismo, el estudiante se enfrenta directamente con los problemas clínicos reales de la comunidad y, lo más importante, es entrenado en la creación, adecuación e investigación de nuevas estrategias de intervención adecuadas a nuestra realidad social.

5.3 Psicología clínica y tanatología: una convergencia en pos de un trato humano a los usuarios

Hoy día existe un amplio abanico de opciones teóricas que dan cuenta de los procesos psicológicos y cada una de ellas concibe de diferente manera al ser humano, pero necesariamente para concebirlo es preciso hacerlo en un contexto industrializado, puesto que la industrialización ha jugado un papel importante en su existencia, pues en el caso de nuestra nación, ha transformado la cultura agraria en urbana y con dicha transformación ha cambiado nuestros patrones de vida, generado desvinculación y falta de identificación con

nuestro trabajo, ha promovido la impersonalización de las relaciones sociales, acelerado el ritmo de vida, incrementado la violencia e inseguridad, desplazado las actividades humanas por aparatos y objetos, convirtiendo al género humano en mercancía de consumo.

A esto último contribuye la publicidad, medio con el cual se crean necesidades superfluas que afectan más a su intimidad, debido a que contribuye a que los seres humanos no confíen en sí mismos a menos que posean o adquieran determinados artículos, los cuales se vuelven necesarios en su proceso de aproximación con sus semejantes.

Ante este escenario, el ser humano ha aprendido a valorarse por aspectos superficiales como su apariencia, calidad de ropa, bienes materiales, etc., todo ello justificado por la mejora de sus condiciones de vida dentro de esta sociedad de "bienestar". A tal mejora de las condiciones de vida ha correspondido un rebajamiento del umbral de tolerancia al dolor inherente a la vida y una elevación de la exigencia del confort. Los seres humanos que viven en la sociedad de "bienestar" se empeñan en luchar contra el sufrimiento, en acabar con el dolor, en eliminar la enfermedad y en ocultar la muerte.

En este panorama su salud es un bien de consumo más que ha convertido al ser humano moderno en un consumidor de cuidados y servicios, dependiente de diversos profesionistas entre los que se encuentra el psicólogo, profesional que "solucionará", desde su concepción muy particular del ser humano y a través de un determinado marco teórico, las problemáticas de aquellos usuarios que soliciten sus servicios.

Con ello inicia una relación interactiva en la que el usuario transfiere sus preocupaciones a un científico y experto en el comportamiento, el psicólogo. Esta interacción es conocida como relación terapeuta-usuario. En ella, este último a cambio de recibir ayuda, se somete a la autoridad del terapeuta y retribuye sus servicios. De acuerdo con Sánchez (2000), las circunstancias, la personalidad, las actitudes y la educación de ambos participantes determinarán el contenido, el curso y el destino de esta relación en la que ambos unen esfuerzos para lograr un mismo fin, el bienestar del usuario.

En esta interacción es posible identificar dos tipos de relación: una técnica y una humanística. La relación técnica aborda al usuario como un objeto al que hay que examinar y manipular, la relación con éste es impersonal y el interés en él se limita al problema técnico-científico. En la relación humanística el usuario es visto como una persona, el

terapeuta se interesa en la subjetividad, en el sentir del usuario y su relación con él tiene un elemento afectivo relevante.

Idealmente, este último tipo de relación es la que debería establecer el psicólogo con los usuarios, sin embargo, la interacción se ha convertido en un formato en el que el terapeuta puede predecir las diversas actividades del usuario, atribuirle intenciones e interpretar sus expresiones. De acuerdo con Domínguez (2000) esto ha llevado a los psicólogos a creer que realmente tienen un poder-saber del cual abusan de diferentes maneras: catalogando a la gente con etiquetas preestablecidas; creyendo que nuestra opinión es la mejor; que los demás son ignorantes de su propio sentir y actuar; y que nosotros podemos enseñarles todo eso y más. Por ello actuamos anteponiendo nuestros valores a los usuarios, atentamos contra ellos al visualizarlos como carentes de habilidades e ignorantes. Abusamos de nuestra autoridad como terapeutas quizá porque creemos que como “científicos” tenemos la razón, así como las mejores ideas e igualmente sabemos qué es lo mejor para los usuarios, a quienes en algunos casos se les trata como patologías, mientras que en otros se les da un papel pasivo y el terapeuta evita involucrarse emocionalmente, porque a lo largo de su formación se le ha dicho que eso no se debe hacer.

Guiados por esta idiosincrasia, gran parte de las ocasiones los terapeutas actúan mecánicamente ante las personas, volviéndose técnicos de la psicología, que simplemente “recetan” en función de etiquetas con las que elaboran diagnósticos y tratamientos, en los que aplican al pie de la letra conocimientos generados en otras culturas, sin considerar las particularidades ni la perspectiva de las personas o del grupo social, negándose así la oportunidad de reconocer que hay otras formas de ver los hechos. La misma idiosincrasia promueve la impersonalización de la relación terapéutica, lo cual inevitablemente conlleva a la deshumanización de la misma en el momento en que el usuario deja de serlo y es convertido en una patología más.

En nuestro diario quehacer como terapeutas hemos adoptado la tendencia de generalizar lo aprendido en la carrera, adecuándolo a cada situación, pese a saber que cada caso, cada usuario, cada familia, cada problema son diferentes. Hacemos lo mismo con casos similares o utilizamos las mismas técnicas y dinámicas recomendadas para ese “tipo” de problema.

Al estar más ocupados en las intervenciones terapéuticas, los terapeutas olvidan frecuentemente reflexionar sobre su práctica, olvidan que la finalidad de la psicoterapia es hacerla superflua y que un psicoterapeuta hace que su actividad llegue a ser no necesaria, ayuda a los usuarios a desarrollarse, a ser independientes en su vida y a tomar sus decisiones. Contradictoriamente, quienes pasan por la terapia psicológica se convierten en seres débiles y dependientes del terapeuta, quien en lugar de dotarles de herramientas para que afronten la vida con más espontaneidad y seguridad, propicia que los usuarios se desvaloricen y no se sientan a gusto con ellos mismos.

A lo anteriormente mencionado, cabe agregar que socialmente al psicólogo se le ha otorgado una función "normalizadora", su labor consiste en homogeneizar los comportamientos socialmente aceptables y modificar aquellos que no lo sean, aún cuando no representen un problema para el usuario.

Esto resulta contradictorio con la protesta del psicólogo, misma en la que promete dirigir sus esfuerzos al servicio y beneficio de los seres humanos, mientras que en su práctica parece olvidarla para integrarse al régimen social.

Pese a esta particular forma de practicarla, la psicología ha ganado un espacio significativo en nuestra sociedad, a grado tal de convertirse en una disciplina a la que gran parte de la población le ha atribuido saber, verdad e incluso poder, con lo que ha ganado un nuevo carácter, el de prescriptora. La psicología ahora tiene el don de determinar y, en gran parte de las ocasiones, ordenar lo que es adecuado, lo que funciona, lo que no, lo malo y lo bueno en todos los niveles (Dominguez, 2000).

Esta visión de la psicología da cuenta de la relación de poder que se establece entre terapeuta y usuario, relación en la que este último es concebido y tratado por el primero como una patología o una categoría de análisis más, terminando así con una relación de ser humano a ser humano, deshumanizando la intervención terapéutica al diseccionar al usuario. En esta relación, es al terapeuta a quien se le ha adjudicado el "saber" y el conocimiento, basado en lo que cree decide qué "es lo mejor" para el usuario, quien comparte la misma idea y simplemente se limita a seguir indicaciones haciendo a un lado su capacidad de análisis, crítica y decisión sobre si mismo, debido a que él "no sabe".

La impersonalización y deshumanización de la relación terapeuta-usuario da la pauta para reflexionar en torno a la labor terapéutica que ejercemos los psicólogos, pues es

clara la necesidad de "sensibilizarnos y conocer a fondo la situación que rodea a nuestra sociedad, conocer dónde y cómo vivimos, lo cual permitiría entender, desde otra perspectiva, las necesidades de los usuarios" (López y Rodríguez, 1999; p. 53).

Es claro que la psicología clínica en nuestro país atraviesa por una problemática derivada del olvido histórico que ha sufrido y que hoy día se refleja en una confusión en la que el psicólogo no ha podido responder ¿qué es y qué hace?, situación que a un mismo tiempo lo enfrenta y aleja de la realidad, originando así un ejercicio cuyos resultados y alcances han sido insuficientes en la satisfacción de las demandas y expectativas de los usuarios.

Algunas de las razones por las que la psicología clínica se encuentra en tal condición son la variedad de enfoques teóricos e inherentemente la diversidad de objetos de estudio, el uso de tecnologías pertenecientes a escenarios y condiciones sociales diferentes a las de nuestro país, la no elaboración de una psicología netamente mexicana, la ausencia de una psicología reflexiva, crítica y propositiva, capaz de responder a las demandas y expectativas de nuestros usuarios y la nula actualización de gran parte de los terapeutas.

Para sortear exitosamente esta problemática es necesario que la psicología adopte una nueva visión, en la que quizá no necesite los cánones de lo científico, sino más bien un espacio donde se entrecrucen las demandas, tanto disciplinarias y académicas, como éticas y políticas; espacio en el cual no habrá de dejarse de lado la necesidad de definir un objeto de estudio, clarificarlo conceptualmente y efectuar debates críticos de otras perspectivas (Dominguez, 2000).

Una visión así nos llevaría a reflexionar sobre nuestra disciplina y las repercusiones de nuestra labor en ella, evitando caer en la controversia de acentuar sus aspectos científicos de los que afectan directamente al desempeño del ejercicio profesional o viceversa. Además, nos permitiría ubicarla en nuestro particular contexto histórico en el que se construiría una psicología propia en función de nuestra época, de las necesidades y demandas de la sociedad, así como de los propios avances o desarrollo de la disciplina, manteniendo en claro que al elaborar un perfil del terapeuta psicológico deberá ser lo suficientemente flexible para adaptarse a la evolución del contexto en el cual habrá de desenvolverse.

Para lograr lo último, no basta con cambiar los contenidos curriculares, se requiere, por una parte que el personal docente cuente con una amplia cultura psicológica, erudita y actualizada para evitar caer en una enseñanza tipo "breviario", en la que los futuros psicólogos reciben información (más no formación) poco o nulamente estructurada y acritica de la amplia gama de posturas psicológicas, que se respalda tras el argumento de las ventajas del eclecticismo. Por otra parte, es necesario que desde el inicio de su formación, los futuros psicólogos comiencen a desarrollar sus habilidades intelectuales y de control ejecutivo, para que además de aprender contenido psicológico, aprendan a pensar y razonar como psicólogos (Castañeda, 1995), acabando así con su inseguridad profesional y favoreciendo una formación en la que el conocimiento del funcionamiento psicológico y la metodología proporcionen la destreza necesaria para llevar a cabo evaluaciones, tratamientos y actividades de investigación y valoración en el campo clínico.

Con estas condiciones cumplidas se abrirá el paso a una psicología crítica en la cual, conociendo las demandas de nuestra sociedad así como su desarrollo histórico, el psicólogo podrá planear estrategias creativas y eficaces para solucionar las problemáticas de este contexto en particular, teniendo en claro la diferencia entre efectividad y eficacia, pues mientras que la primera alude a la satisfacción del usuario y al éxito social de la terapia, la segunda se refiere a la solución de sus problemas, evaluada objetivamente mediante la metodología de la investigación. Con esta distinción tendrá presente que si bien, la satisfacción del usuario es necesaria, no es suficiente para dar por buena una ayuda terapéutica.

En esta psicología crítica debe comenzarse por revisar las teorías y prácticas de la disciplina, pues en gran medida éstas mantienen las propias condiciones de los problemas que tratan (Pérez, 1999). Refiriendo esta psicología crítica a la psicología clínica, tendrá como tarea reconstruir el conocimiento clínico, renunciando a la etiquetación psicológica de la vida cotidiana establecida por los diversos enfoques terapéuticos y sus respectivos psicodiagnósticos, que solamente han prefigurado la realidad y contribuido a psicologizar a la sociedad, a grado tal que despsicologizar los problemas pareciera la finalidad de la terapia. Por ello, la misma psicología crítica debe promover un enfoque orientado contextualmente, en el que mediante la terapia sean redefinidos los problemas como parte de este proceso.

El terapeuta que adopte un enfoque crítico de la psicología deberá cubrir los siguientes criterios:

- ✓ Concebir al ser humano como el elemento fundamental de su objeto de estudio, como un ser que se encuentra inmerso en un contexto social y al que, dados los actuales conflictos y situaciones humanas, es difícil separar de lo normal y lo patológico.
- ✓ Abandonar su papel de terapeuta poderoso y sabio que dirige y adoptar, el de facilitador de cambios que funge como intermediario en la toma de decisiones y resolución de las problemáticas del usuario, dejando la responsabilidad en manos de este último.
- ✓ Establecer relaciones terapéuticas cuya meta no sea imponer un cambio al usuario sino crear las condiciones que permitan un cambio en éste.
- ✓ Adoptar el marco de referencia del usuario para intentar ver las cosas desde su punto de vista y con ello compartir su mundo subjetivo (ser empático).
- ✓ Aceptar positiva e incondicionalmente al usuario, evitando juzgarle, aceptándolo como un ser humano falible y reconociendo su dignidad.
- ✓ Permitir y permitirse experimentar emociones, así como ser sensible hacia el usuario.
- ✓ Actuar profesionalmente y de manera adecuada en el ámbito terapéutico, sin perder la capacidad de mantener cierto grado de humanidad, espontaneidad y disfrute personal en lo que se hace.
- ✓ Ser ético y responsable, utilizando la terapia en beneficio del usuario.
- ✓ Fomentar la independencia del usuario.
- ✓ Aceptar la propia condición humana.
- ✓ Aceptar las propias limitaciones y remitir con otros terapeutas a aquellos usuarios a los que piense no puede ayudar o a los que no está interesado en ayudar.
- ✓ Ser capaz de tomar en cuenta, tanto las causalidades biológicas, como los aspectos psicológicos y los condicionamientos socioculturales de los trastornos mentales en sus múltiples formas, con lo cual deja atrás los planteamientos reduccionistas y rompe con el dualismo de enfermedades del cuerpo versus enfermedades mentales.
- ✓ Tener en claro que lo que da forma y esencia a la psicología clínica es que en ella se combinan la investigación, evaluación e interacción necesaria para entender, en términos psicológicos, la conducta humana y los conflictos internos, así como poder ayudar al usuario en sus necesidades dentro de una sola disciplina (Buendía, 1999).

- Saber que lo que caracteriza a la psicología clínica es la combinación de teoría, investigación, métodos de evaluación y tratamientos aplicados.
- Dar mayor peso a sus funciones de planeación y prevención, preferentemente a nivel comunitario.

El establecer estos criterios no es fortuito pues se pretende que con ellos comience a erradicarse el constructo explicativo basado en la patología y la curación como alternativa de resolución y sea sustituido por uno basado en el afrontamiento, ya que tal como lo menciona Kleinke (1998) "las personas llegan a terapia debido a que las soluciones que están aplicando a sus problemas no funcionan" (p. 50); siendo trabajo del terapeuta evaluar dónde se hallan estancados los usuarios y ayudarles a superar este estancamiento mediante la modificación de sus comportamientos, actitudes y modo de pensar, siendo el principal objetivo de la terapia conducir al usuario a un punto en el que haga una elección libre acerca de lo que quiere cambiar de su vida.

Hacer cambios en la vida, no es algo que comúnmente se efectúe, excepto si nuestros problemas afectan en demasía nuestra existencia o cuando ésta está a punto de perderse, cuando se está próximo a morir.

Estudiar y enfrentarse a la muerte es una labor harto difícil y ardua, ya que requiere no sólo aclarar nuestro propio concepto de ella, sino también enfrentar las ideas y temores que nos genera. Pese a que la muerte sea considerada como mala o injusta, también tiene sus bondades. Por ejemplo, es el único acontecimiento en la vida que hace a todos iguales, es capaz de hermanarnos y sensibilizarnos ante el dolor ajeno, nos recuerda nuestra condición humana y por ende nuestra finitud, posibilita darle un sentido a la vida y vivir plenamente cada día con sus altibajos.

La ciencia encargada de estudiar la muerte es la tanatología (ciencia de la que se ha hablado ampliamente en el tercer capítulo), disciplina que se encarga de enseñar el bien morir a través del bien vivir, pues para que haya una comprensión de la muerte, debe haber una previa comprensión de la vida.

El encargado de ejercer esta labor es el tanatólogo, personaje que de acuerdo con Ortiz (2000) es capaz de enseñar muchas cosas sobre la muerte, pero también sobre la vida, entre éstas podemos mencionar el cómo vivir digna y honestamente, el no sólo aceptar

nuestros errores y culpas sino también enmendarlos, el perdonar y pedir perdón, no exclusivamente cuando se encuentra cerca la muerte, también al gozar de plena salud física.

Al ejercer su labor el tanatólogo practica la compasión, se sensibiliza, deja de lado todos sus prejuicios y se preocupa sólo por una cosa, el bienestar del paciente.

Recientemente la psicología ha mostrado mayor interés en este tema pero desafortunadamente lo ha hecho en una sola dirección, lo que la psicología puede aportar a la tanatología. Al establecer esta unidirección la psicología se niega la posibilidad de retroalimentarse y beneficiarse de esta ciencia.

Anteriormente se hablaba de una psicología crítica y de los criterios que habría de cubrir el terapeuta que deseara adoptarla, pero para alcanzarla no sólo basta con desarrollar habilidades de inteligencia y control de la ejecución, con dominar una metodología y conocer las funciones que el psicólogo desarrolla o con cambiar los planes de estudio, también necesita ser sensible a las problemáticas de los usuarios, comprender y, en la medida de lo posible, sentir lo que sienten, establecer relaciones de ser humano a ser humano con ellos, preocuparse por el bienestar de los usuarios, sin caer en el papel de directores de sus vidas, en pocas palabras tener una práctica terapéutica humana.

Esto último podría lograrse al conjugar las habilidades del psicólogo con las del tanatólogo, conjunción con la que la psicología se vería enormemente beneficiada sobre todo en la formación de terapeutas, pues esto derivaría en una práctica realmente humana de la terapia.

Entre los beneficios que podría recibir el terapeuta se encontrarían el acrecentamiento de sus competencias para establecer relaciones interpersonales significativas; desarrollaría la capacidad de tener compasión y empatía sin la necesidad de fingir sentimientos o comprensión; utilizaría el humor como medio para fortalecer la relación terapeuta-usuario; practicaría la honestidad con el usuario y consigo mismo; concebiría a cada usuario como un ser humano único, con una historia propia y lo trataría como tal; promovería la autonomía del usuario; brindaría generosamente su tiempo a cada usuario; y sería lo suficientemente humilde para aprender, dar, reconocer, aceptar correcciones, perdonar y perdonarse.

Igualmente al prepararse como tanatólogo, el psicólogo estudiaría la evolución del concepto de muerte y sus manifestaciones antropológico-culturales en nuestro país y con

ello comenzaría a contextualizar y comprender con mayor claridad las problemáticas, temores y necesidades no sólo de los pacientes terminales y sus familias, también de los usuarios en condiciones "normales" y de la población en general pues el conocer las costumbres y ritos colectivos no sólo relacionados con la muerte sino también con la vida cotidiana posibilita sensibilizarnos ante nuestro papel como miembros de esta colectividad y ante el papel de nuestros semejantes.

Al adoptar la concepción tanatológica del ser humano no como la suma de sus cualidades sino como una totalidad en la que se encuentran conjugados aspectos somáticos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales siendo la subjetividad lo que marque las diferencias entre semejantes, caeremos en la cuenta que los usuarios por más etapas que hayan vivido o cambios que hagan o hayan hecho a su vida continuarán siendo seres humanos, seguirán siendo los mismos pero otros a la vez. El ser humanos es lo que da sentido a gran parte de los actos de los usuarios y es lo que les da el derecho de regir sobre sus vidas, de construir un mundo interior propio y de elegir entre varias opciones, eso es y en eso consiste su libertad.

Estos nuevos conocimientos y competencias, que podríamos denominar humanas, en el psicólogo aunadas a sus competencias como científico con seguridad resultarán en un mejor servicio a los usuarios y en mayores satisfacciones para los terapeutas ya que por una parte serán los usuarios quienes se harán responsables de sus decisiones y actos en función de sus necesidades y por otra el terapeuta abandonará su papel de *hacedor de cambios* para sustituirlo por el de *facilitador de cambios*.

Esta práctica se considerará humana en la medida que el usuario sea concebido como un todo y tratado como un ser vivo, mantenga su actividad y autonomía y participe activamente en su proceso terapéutico, proceso en el que el terapeuta solamente será su mentor aunque no por ello será dueño de la verdad ni de su vida.

CONCLUSIONES

Desde su consolidación, la psicología clínica ha obedecido a diversos intereses político-sociales que han dejado de lado aquello que verdaderamente debiera preocuparle y para lo que surgió como disciplina: ofrecer soluciones a los diversos problemas sociales relacionados con el comportamiento y con ello procurar el bienestar de las comunidades.

Contrariamente a lo deseado, la psicología ha generado mayores problemáticas de las que ha logrado resolver, pues en lugar de dotar a la población con aquellas habilidades que le permitan afrontar con mayor éxito situaciones problema o inclusive prevenir la aparición de nuevos problemas, se ha encargado de estandarizar sus patrones de comportamiento, estilos de convivencia y de vivir, lo aceptable y lo inaceptable, lo bueno y lo malo de cada miembro y grupo de la sociedad, convirtiendo en inadaptados o problemáticos a aquellos que no se sujetan a la norma, quienes a su vez preocupados por esta situación acuden con el profesionista que posee el conocimiento y les dará la solución, el psicólogo.

Inmerso en una civilización cada vez más sofisticada en la que el acelerado ritmo de vida permite poco tiempo para pensar en sí mismo y mucho menos aún, para pensar en los demás, el psicólogo ha adquirido el status de omnisapiente de lo normal y lo anormal, cuya función es básicamente dar soluciones rápidas a las problemáticas de sus usuarios, pese a que gran parte de las ocasiones dichas soluciones sean poco eficientes a largo plazo, debido a que son propuestas por el psicólogo en su papel de terapeuta y no por el usuario, que es quien día a día lidia con su problemática particular, generando así dependencia de este último hacia el primero.

La labor terapéutica del psicólogo se ha mecanizado convirtiéndose en una simple rutina en la que el usuario entra a sesión y expone su problemática, tiempo en el que, en el mejor de los casos, el terapeuta sencillamente escucha, observa, realiza alguna pregunta sobre lo que le interesa saber (no sobre lo que al usuario le interesa hablar) y busca entre sus etiquetas la que mejor categoriza al usuario (lo ajusta en una patología y no a la inversa) para finalmente elegir una técnica que sirva para resolver ese tipo de problema (lo estandariza), dejando a un lado su emotividad, procurando no involucrarse demasiado con el usuario ni intentar comprender cómo este ha visto afectada su vida.

Buendía (1999) señala que la psicología moderna ha comenzado a dejar atrás la tradición psicométrica llegando a ser, antes que nada, asesoramiento psicológico, psicoterapia, agente de cambio social, trabajo con individuos, grupos u organizaciones para la comprensión, tratamiento o prevención de los problemas humanos. No obstante, este mismo autor también señala que la psicología clínica aún se encuentra demasiado centrada en lo patológico, olvidando la proyección social del individuo y los aspectos preventivos.

Este patologicentrismo, como indicador de disfunciones, evidencia la gran dependencia que la psicología continúa teniendo del discurso médico, pese a que hoy día se supone ha quedado atrás tal dependencia. El sustituir las patologías por otra serie de discursos cuya complejidad intente dar cuenta de los fenómenos psicológicos no ha sido la solución, ya que el ser humano, que es nuestro objeto de estudio, continúa siendo etiquetado.

Mientras la filosofía de la patología continúe predominando en el ámbito terapéutico, difícilmente podrá haber cambios en las relaciones entre terapeuta y usuario, ya que la "patología" que acude a terapia efectúa intercambios afectivos de mayor o menor magnitud con el terapeuta, hace que este último experimente emociones o sentimientos ante la problemática reportada y, a pesar de ello, niegue su condición humana e intente establecer una relación lo más distante posible, utilizando como justificación el marco teórico.

El dar un trato realmente humano a todos y cada uno de los usuarios que acuden a terapia no depende de los marcos teóricos, ya que éstos solamente son meras interpretaciones de la realidad a partir de un objeto de estudio, que bien debiera ser un sujeto, individuo, ser humano de estudio.

El verdadero trato humano dentro de la terapia depende del terapeuta, ya que él, además del usuario, es un elemento humano dentro de la misma y por ende también piensa, siente, juzga, se conduce, expresa e intenta ponerse en el sitio del usuario, debido a que no existe otra manera de comprender todo lo que éste vive al enfrentarse o vivir el problema por el cual acude en busca de ayuda profesional.

Es por ello que en esta revisión se propone a la tanatología como una alternativa de humanizar a los terapeutas. La tanatología y la psicología son ciencias cuyos orígenes históricamente guardan semejanzas, pero que durante sus trayectos han marcado sus

respectivas diferencias, pues mientras la primera intenta dar cuenta de los fenómenos propios de la muerte, la segunda da cuenta de alteraciones cuyas causas inicialmente fueron adjudicadas a los muertos, los espíritus o los demonios, posteriormente a agentes patógenos y, finalmente, a desajustes comportamentales.

Dentro de la formación como tanatólogo existe todo un proceso cuya finalidad es sensibilizar al aspirante ante la situación del paciente terminal y su familia, así como aprender que las decisiones sobre la vida, sobre lo que hace o deja de hacer, al igual que la manera o tiempo en que lo hace, son única y exclusivamente del paciente. En otras palabras, el paciente es quien se hace cargo y responsable de su vida y no el tanatólogo.

Esto último resulta de vital trascendencia en la terapia psicológica, debido a que dentro de ella quien asume esta responsabilidad es el terapeuta y no el usuario. Por ello, es importante que desde un inicio la relación, más que tal, sea una alianza, una alianza terapéutica en la que el usuario sea quien tome las riendas de su propio proceso y el terapeuta únicamente funja como su mentor, su orientador, más no como quien le va a solucionar la vida.

Otro aspecto importante durante la preparación como tanatólogo es el estudio y análisis de las manifestaciones históricas, antropológicas y culturales relacionadas con las costumbres y ritos relacionados con la muerte, ya que como puede deducirse, tiene como finalidad contextualizar este fenómeno en nuestro país y con ello lograr una mejor comprensión del mismo, cosa que la psicología en México recién comienza a hacer y para la que podría ser de utilidad la tanatología.

Recuperar el estudio y análisis de estas manifestaciones sería relevante para la futura psicología a desarrollar en nuestro país debido a que la colectividad psicológica en México se alimenta de dos grandes tradiciones de pensamiento. Por una parte se encuentra la visión cosmogónica de las culturas mesoamericanas, visión en la que el ser humano se integra armónicamente con la naturaleza formando una unidad con ella en la que mente y cuerpo forman parte de un todo inseparable. Por otra se encuentra la subordinación de esta visión a partir de la conquista, subordinación impuesta por los misioneros y en la que es imposible que ser humano y cosmos tengan el mismo status en el universo. No obstante, la primer visión no desaparece y ha coexistido hasta la actualidad gracias al mestizaje cultural vivido en nuestra nación.

A partir de la conquista de México, la influencia que nuestra nación ha recibido de los avances desarrollados en otros países, desde la filosofía hasta la tecnología, ha propiciado la carencia de proyectos que intenten desarrollar una psicología con bases y categorías propias, proyectos capaces de crear una psicología adecuada a nuestra realidad. Por ello, para formar una psicología crítica debemos crear programas capaces de responder a las demandas sociales y que dejen de adecuarse a propósitos de terceros.

Pese a que la psicología en nuestro país poco ha contribuido a generar técnicas o teorías propias para responder a las demandas sociales, la FES Iztacala se ha encargado de formar psicólogos con habilidades o competencias genéricas derivadas del estudio del método científico, habilidades que les permiten efectuar intervenciones controladas y dirigidas para intervenir directamente en la solución de problemas concretos, mediante soluciones creativas en diversas áreas de incidencia, de las cuales la que corresponde a este análisis es la salud pública.

Las habilidades científicas del psicólogo no se encuentran peleadas con las habilidades humanas del tanatólogo, es más, su conjugación deriva en un estilo terapéutico fundamentado científicamente, pero que por ello no deja de ser humano. En este estilo terapéutico el usuario es quien lleva la batuta y el terapeuta solamente provee las herramientas necesarias para que el primero no se cure, sino aprenda a afrontar con mayor éxito aquellas situaciones que le representan un problema. La relación aquí establecida no es tal, sino es una alianza terapéutica caracterizada por la ausencia de dominio y la presencia de compromiso, es una alianza en la que el terapeuta no oculta su sentir y pensar y lo aprovecha para empatizar con el usuario, obteniendo con ello una relación verdaderamente humana, independientemente de cuál sea su bandera teórica.

Introducir la tanatología como un estilo terapéutico no sólo hace más humano y sensible al terapeuta, quien debido a su formación como científico ha aprendido a dejar de lado su espiritualidad, perdiendo su sentido de la vida, también le obliga a dar un objetivo a su proceder, dentro y fuera de sesión, debido a que la muerte es el único elemento capaz de darle sentido a nuestra existencia y de hacernos conscientes que como seres humanos no sólo tenemos necesidades prácticas, sino también expresivas.

Tener presente lo anterior seguramente nos hará mejores profesionistas, ya que en primer lugar, recordaremos que no sólo es importante nuestra formación técnica sino

también la humana, lo cual habrá de llevarnos a confrontar nuestros demonios desde el inicio de nuestra preparación posibilitándonos no reflejar nuestras problemáticas en las de los usuarios, así como aceptar los sentimientos experimentados dentro de la sesión y aprovecharlos para establecer relaciones empáticas. En segundo lugar, independientemente del número de teorías que manejemos, estaremos conscientes de nuestra propia finitud y por ende, de nuestra propia humanidad, por ello procuraremos actuar en bienestar de los otros y no en busca del propio bienestar o de terceros. Además, podremos distinguir a los usuarios cuyas problemáticas requieren un entrenamiento, de aquellos que solamente desean sentirse acompañados.

Tener claridad respecto a nuestras ideas y sentimientos acerca de los valores de la vida y sobre nuestro sentir hacia la muerte implica enfrentarnos a esta última y reconocer que día a día hay que vivir con la mayor intensidad y entusiasmo posible, entusiasmo que seremos capaces de compartir con nuestros semejantes y que reflejaremos en nuestro trabajo con ellos, al no concebirlos como un usuario más, sino como un ser humano único y diferente cuyas estrategias no han sido lo suficientemente eficientes para afrontar sus problemáticas y que acude a nosotros con la finalidad de mejorar sus estilos de afrontamiento, más no con la intención de que nos apoderemos de su vida.

Por esta razón, el criterio para considerar que una intervención ha sido efectiva sencillamente será que ésta no sólo provoque una diferencia real en la vida del usuario o de quienes interactúan con él, sino que también mejore su eficacia al enfrentar su problemática y promueva su autonomía para continuar independientemente su vida.

Para culminar, es necesario recordar que nuestra intervención no se limita únicamente a actuar cuando los problemas se han presentado, sino también a prevenirlos, a evitar que ocurran, y para ello se requiere que comencemos a dejar nuestros cómodos y seguros sofás y escritorios y comencemos a realizar mayor trabajo de campo en las comunidades, que es el escenario donde mayor necesidad se tiene de nuestros conocimientos y servicios, es momento de realmente desprofesionalizar nuestro trabajo, porque sólo así serán observables las mejoras y reducciones en las demandas sociales, es momento de verdaderamente preocuparnos por mejorar las condiciones de vida de nuestros semejantes, es tiempo de retribuirles lo que han invertido en nuestra preparación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, G. R. (1995). *"Miedo a la muerte y al morir en el mexicano. Aspectos tanatológicos"*. Tesina de diplomado, Asociación Mexicana de Tanatología A.C., D.F., México.

Aguayo, M. T. & Alvarez, B. (1999). *"Muerte y celebración del día de muertos en el México Prehispánico y en algunas etnias del México actual"*. Tesina de diplomado, Asociación Mexicana de Tanatología A.C., D.F., México.

Aizpuru, A. (1994). *Confrontando la finitud humana: Psicoterapia con pacientes terminales*. Prometeo, 6, 46-52.

AMTAC (2002, Febrero). 5 párrafos. En red, disponible en:
http://mx.geocities.com/amtacmx/vida_2.htm

AMTAC (2002, Febrero). 15 párrafos. En red, disponible en:
<http://paginas.infoceel.com/amtac/Archivos/ljbre.html>

Argüelles, P. & Ramírez, M. (1998). *"La muerte en el México Prehispánico"*. Tesina de diplomado, Asociación Mexicana de Tanatología A.C., D.F., México.

Aumenta el personal de salud capacitado en tanatología, para ayudar a una muerte digna (2002, Febrero). 15 párrafos. En red, disponible en:
<http://informatica.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2000/boletin197.html>

Barbosa, E. (2001). *"Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama"*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala, Edo. Méx., México.

Barrera, A. (1974). Los mayas. En León-Portilla (Ed.), *Historia documental de México*. (43-86). México: UNAM.

Bravo, A. (1994). *"Introducción a la tanatología"*. Tesina de diplomado, Asociación Mexicana de Tanatología A.C., D.F., México.

Buendía, J. (1999). Aproximación al desarrollo histórico y conceptual de la psicología clínica. En Buendía (Ed.), *Psicología clínica. Perspectivas actuales*. (17-32). España: Pirámide.

Cabrera M., J. E. (2001). *"Calidad de vida en mujeres obesas y anoréxicas"*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala, Edo. Méx. México.

Cabrera R., S. (2001). *"La calidad de vida de adolescentes consumidores de cocaína"*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala, Edo. Méx., México.

Carrasco, P. (1976). *Historia general de México. Tomo I*. México: El Colegio de México.

Castañeda F., S. (1995). *Los problemas de la educación superior y la formación del psicólogo en la UNAM. Perfiles Educativos*, 68, 9-15.

Cavazos P., M. L. (2002, Febrero). Introducción a la tanatología (14 párrafos). En red, disponible en: <http://www.uadec.mx/Revista-23index.htm>

Cerezo, S. (2001). *"La influencia del análisis de la muerte sobre la calidad de vida"*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala, Edo. Méx., México.

Cosío, D.; Bernal, I.; Moreno, A.; González, L.; Blanquel, E. & Meyer, L. (1983). *Historia mínima de México*. México: El Colegio de México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De La Torre, E. (1974). Epoca colonial. Siglos XVI-XVII. En León-Portilla (Ed.), *Historia documental de México*. (175-180). México: UNAM.

Delgado P., G. (1998). "*Construcción de actitudes y creencias sobre la muerte, en pacientes terminales*". Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Dominguez M., C. (2000). "*La prescripción de comportamiento en libros de autoayuda: El psicólogo como poseedor de la verdad*". Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. Edo. Méx., México.

Duelo (2002, Febrero). 9 párrafos. En red, disponible en:
<http://www.secpal.com/guia/duelo.html>

Duelo infantil (2002, Febrero). 54 párrafos. En red, disponible en:
<http://www.psicologia.cl/psicoarticulos/articulos/duelo.htm>

Duelo, muerte y desaparición (2002, Febrero). 60 párrafos. En red, disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajo5/dumuyde/dunuyde.shtm>

Elias, N. (1987). *La soledad de los moribundos*. México: Fondo de Cultura Económica.

Fontanot, G. (1994). *Dejar ir mi vida*. Prometeo, 6, 147-16.

Gómez, M. E. (2001). "*Tanatología: apoyo del equipo de salud a pacientes terminales en un hospital de tercer nivel*". Tesis de maestría en investigación de servicios de salud no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Mex, México.

González, L. (1974). La conquista. En León-Portilla (Ed.), *Historia documental de México*. (89-159). México: UNAM.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

González C., M. E. (1998). *"El concepto de la muerte en la filosofía contemporánea y su relación con la tanatología"*. Tesina de diplomado, Asociación Mexicana de Tanatología A.C., D.F., México.

González-Celis R., A. L. (2002). *"Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos"*. Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología, D.F., México.

González R., E. y Zepeda P., F. (2002). *"Aspectos psicológicos de la calidad de vida y auto-eficacia en un grupo de ancianos"*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala, Edo. Mex., México.

Granados, G. & Rodríguez, E. (2001). *"El psicólogo de Iztacala y su inserción en las organizaciones. Un programa de intervención para incrementar la productividad de las organizaciones"*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala, Edo. Méx., México.

Guerrero, K. L. (2001). *"Calidad de vida en pacientes sometidos a diálisis peritoneal"*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala, Edo. Méx., México.

Heres, L. (1994). *Separación, muerte, desprendimiento*. Prometeo, 6, 32-36.

Herrera M., A. (1993). *La formación profesional del psicólogo. Líneas de trabajo para la configuración de un proyecto alternativo de profesión*. Perfiles Educativos, 59, 31-45.

Iglesias, S. (1997). *La celebración de muertos en México*. México: Comunicación Gráfica y Representaciones P.J. S.A. de C.V.

Juárez, M. & Tamayo, Y. (1999). *"La actitud del mexicano ante la muerte"*. Tesina de diplomado, Asociación Mexicana de Tanatología A.C., D.F., México.

TESIS CON
FALLA DE NOMBRE

- Kleinke, C. L. (1998). *Principios comunes en psicoterapia*. España: Desclée de Brower.
- León-Portilla, M. (1974). Los pueblos de la altiplanicie central. En: León-Portilla (Ed.), *Historia documental de México*. (5-41). México: UNAM
- León-Portilla, M. (1988). *Los antiguos mexicanos a través de sus crónicas y cantares*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Levington, C. & Gruba, F. P. (1994). *La sobrevivencia al suicidio como oportunidad de trascender*. Prometeo, 6, 53-62.
- López A., S. (2001). *“Análisis del ejercicio profesional de los psicólogos egresados de la ENEP Iztacala en el ámbito educativo”*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala, Edo. Méx., México.
- López R., M. y Rodríguez R., S. E. (1999). *“La formación profesional del psicólogo clínico (una propuesta de cambio curricular)”*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
- López S., E. (2000). *“Propuesta teórico-metodológica para el trabajo con familiares de enfermos terminales oncológicos”*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
- Manzo, A. A. (1999). *“Mitos y realidades de la dimensión vida-muerte (Un enfoque tanatológico)”*. Tesina de diplomado, Asociación Mexicana de Tanatología A.C., D.F., México.
- Maqueo V., P. (2002, Febrero). Tanatología. Definición (1 párrafo). En red, disponible en: <http://tres.cardiología.org.mx/enfermería/Tanato/definición.htm>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Maqueo V., P. (2002, Febrero). Tanatología. Antecedentes (1 párrafo). En red, disponible en: <http://tres.cardiologia.org.mx/enfermeria/Tanato/Ant.Histo1.htm>

Marín, S. L. (2000). "*Un acercamiento educativo a la muerte (Tanatología). La labor del psicólogo*". Tesina de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Martínez-Bouquet, C. M. (2002, Febrero). La nueva tanatología (26 párrafos). En red, disponible en: <http://www.caramuto.com.ar/tanatolo.htm>

McVan, B. (Ed.). (1987). *Paciente terminal y muerte*. España: Ediciones Doyma.

Moreno, A. (1976). *Historia general de México. Tomo II*. México: El Colegio de México.

Moreno, S. (1994). *La muerte: ¿mi muerte o tu muerte?*. Prometeo, 6, 8-13.

Morley, S.G. (1980). *La civilización maya*. México: Fondo de Cultura Económica.

Nieto, E. (1994). *Sobre la muerte*. Prometeo, 6, 37-41.

Noyola, D. (2000). "*El devenir de la tanatología como una técnica de intervención psicológica: una investigación documental*". Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología, D.F., México.

Ortiz, M. R. (2000). "*La tanatología como apoyo contra la deshumanización*". Tesina de diplomado, Asociación Mexicana de Tanatología A.C., D.F., México.

Pérez, M. (1999). Psicología clínica e iatrogenesis. En: Buendía (Ed.). *Psicología clínica. Perspectivas actuales*. (33-50). España: Pirámide.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Proceso de duelo (2002, Febrero). 73 párrafos. En red, disponible en: <http://www.psicoplanet.com/temas/tema13.htm>

Quintanar, F. (1994). *La conocida imagen de la muerte*. Prometeo, 6, 25-31.

Reyes S., A. (1994). *La muerte desde el punto de vista tanatológico*. Prometeo, 6, 19-24.

Ribes, E. (1980). *Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología: Un modelo integral*. México: Trillas.

Rodríguez, M. (1996). *¿Eutanasia o autanasia? Por una muerte digna*. México: El Manual Moderno S.A. de C.V.

Sádaba, J. (1991). *Saber morir*. España: Libertarias/Prodhufi.

Sanabria, J. R. (1994). *¿Qué significa para el hombre saberse mortal?* Prometeo, 6, 2-7.

Sánchez, E. G. (2000). *"La inserción del psicólogo en los hospitales públicos y privados en el tratamiento a pacientes con cáncer"*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Sherr, L. (Ed.). (1992). *Agonía, muerte y duelo*. México: El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Tanatología (2002, Febrero). 9 párrafos, en red, disponible en: <http://www.geocities.com/Eureka/Executive/7676/tanatologia.html>

Thomas, L. (1991). *La muerte. Una lectura cultural*. España: Paidós.

Trujillo y Vence (1993). El duelo (14 párrafos). En red, disponible en: <http://www.elsecuestro.freezers.com/duelo.htm>

Vargas C., M. G. (1993). *“La terapia racional emotiva: Una alternativa para un mejor enfrentamiento ante la muerte en la relación directa enfermo desahuciado – enfermo desahuciado”*. Tesina de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México ENEP Iztacala, Edo. Méx., México.

Villalobos, M. I. (1997). *“Sensibilidad al temor a la muerte en adolescentes”*. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.