

# Tanatología: Una perspectiva distinta de la muerte

(segunda parte)

MSP. Verónica De León R.<sup>1</sup>, Dr. Constantino Cuetos M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Directora y tanatóloga de la Institución «Dejálos ir con amor» LAP, <sup>2</sup>Profesor-Investigador Titular

T.C. C.U.H.C.-Facultad de Medicina U.A.S

Para ejercer la tanatología de manera exitosa es fundamental la armonía bio-psico-emocional del tanatólogo, por lo que consideramos importante reflexionar y asimilar el contenido de esta segunda parte, en la que no se dan “recetas”, sino elementos de una preparación teórica y mental que servirá de punto de partida, pero obviamente en ésta como en todas las disciplinas que intervienen en la salud humana, la práctica es y será la maestra insustituible.

La relación tanatoterapéutica es una relación compleja en donde se plasma el juego de las dinámicas culturales, personales y psíquicas; estamos en presencia de la muerte, pero de hecho nos ocupamos de la vida en sus últimos momentos<sup>26</sup>.

Frente a este desafío debemos preguntarnos: ¿qué es la muerte? ¿cómo la defino? ¿he asimilado este concepto en algún momento de mi vida? ¿qué me sucede cuando un ser querido, un conocido, un paciente muere, o nos informan que tiene una enfermedad terminal? nos rebelamos, lo negamos, nos resignamos, o lo aceptamos. ¿tenemos conciencia de que la muerte está presente en toda la vida? cada muerte, como cada vida es singular y deja en nosotros una huella única. *Todos quisiéramos saber cómo es la muerte, aunque pocos estemos dispuestos a admitirlo. Para muchos, la muerte sigue siendo un secreto oculto tan mórbido como temido.*

Situaciones fortuitas, muertes repentinas, accidentes, catástrofes y guerras, planteamientos éticos consecuencia de nuestras profesiones, o crisis existenciales hacen que nos ocupemos de la muerte; en general, la muerte se asocia a la vejez y la enfermedad, este mito hace que nos interese más la muerte a medida que envejecemos, tanto el envejecimiento como la muerte son cosas normales y naturales, pues una y otra son universales y sin excepción entre los seres vivos, la vejez y la muerte son, al mismo tiempo que normales, patológicas, es

decir se manifiestan por desórdenes y enfermedades. La vejez y la muerte como perturbaciones abren, pues, la vía a la acción; acción práctica que, por el momento, sólo es paliativa pero que en el futuro pueda llegar a ser restauradora.

Con respecto al desafío que implica el atender y acompañar a una persona con una enfermedad terminal o moribunda, antes de intervenir tanatoterapéuticamente contestémonos con honestidad las siguientes preguntas (recordar que ni al Supremo, ni a nosotros mismos nos podemos engañar): ¿cuál es mi grado de compromiso emocional, físico, técnico y espiritual? ¿cuál es la manera más eficaz de colaborar en el proceso de la enfermedad y/o de muerte? ¿en qué contexto está inmerso el paciente? ¿cuáles son los recursos con los que él/ella cuenta: físicos, psíquicos, afectivos, económicos, espirituales, sociales? ¿cuál es mi lugar dentro de ese contexto? ¿qué se espera de mí y que es lo que estoy dispuesto a dar? ¿en qué momento del ciclo vital del paciente y de la familia estamos? y ¿cómo esta experiencia impacta en mi persona en este momento particular de mi vida?

En general, el sufrimiento suele ser mayor cuando se trata de un niño o un joven, que cuando se trata de un anciano, y en donde el ambiente familiar y social es demandante, de cualquier manera, es importante recordar lo que Cecily Saunders dijo: “La verdadera cuestión no es qué le decimos a nuestros pacientes, sino qué es lo que nosotros permitimos que ellos nos digan”, esta confianza para hablar y preguntar se las daremos en la medida en la que nuestras propias dudas existenciales estén resueltas, considerando que estas dudas forman parte del contexto de la vida, en donde somos seres singulares y sociales en permanente interacción con todo cuanto nos rodea, así como en nuestro propio contexto y tiempo. La vida cotidiana es, de hecho, una vida en

la que cada uno juega varios roles sociales de acuerdo con quien uno mismo sea en soledad, en el trabajo, con amigos o con desconocidos. Vemos así, que cada sujeto tiene una multiplicidad de personajes en sí mismo, un mundo de fantasmas y de sueños que acompañan su vida<sup>27</sup>.

El mundo en el que vivimos es producto de la experiencia, que se construye a través de la percepción y el lenguaje que se genera en la interacción, afectamos y somos afectados, somos causa y consecuencia en los múltiples eventos donde participamos, modificando la percepción a la que a través del lenguaje le damos significado. Somos presente dentro de un flujo continuo de presentes, estamos influenciados por nuestras memorias de lo pasado, por ciertos mitos y costumbres de nuestra cultura, por nuestra étnia, género, contexto geográfico, por nuestras familias, y por la experiencia de ser seres vivos en permanente cambio, aunque en muchas ocasiones esos cambios sean imperceptibles. Maturana<sup>28</sup> dice que: “Lo humano se vive en el conversar, en el entrelazamiento del lenguaje y las emociones. Más aun, lo humano se vive en redes de conversaciones que constituyen culturas.”

En este contexto, se entrelazan, de forma indisoluble, tres esferas que intervienen de manera fundamental en los procesos tanatológicos: cultura-familia-individuo.

## **CULTURA**

Es en el mundo de las conversaciones, en el intercambio de palabras, emociones y acciones, donde se generan y negocian las creencias con respecto a la salud, a la enfermedad, a la familia, al poder, a los valores y a todo tipo de definiciones, que norman y dan un determinado perfil a cada grupo económico-socio-etno-cultural; cada cultura tiene rituales para señalar pérdidas importantes, para manejar el dolor de los sobrevivientes y para facilitar la continuación de la vida después de tal pérdida. Aparecen entonces, diferencias significativas en las *definiciones* que se dan acerca de la enfermedad y la muerte. ¿cuáles son las obligaciones de la comunidad para acompañar/ayudar al enfermo/muriendo y su familia, *cuál* es la responsabilidad de la familia en el cuidado de sus miembros enfermos, *quién* y *cómo* se le atiende, *cuáles* son las expectativas frente al tratamiento, al dolor y al sufrimiento, *cuánto* debiera durar el duelo?. El tener conocimiento de estas tendencias dentro de los grupos étnicos y

económico-socio-culturales, es fundamental para la aceptación social del equipo tanatológico.

El objetivo del equipo asistencial es el logro de una muerte digna. Para ello se asiste a cada enfermo en cuatro niveles: físico, emocional, intelectual y espiritual. El paciente terminal necesita ayuda para aliviar su dolor, la información justa para romper las fantasías negativas y enfrentar los miedos; afecto de quienes están cerca de él y también algo espiritual que lo contenga y ayude en el tránsito hacia no sabemos qué. Asistir es contener afectivamente y colaborar en el bloqueo de situaciones y conductas que mantengan o incrementen el sufrimiento, informar para que el paciente y la familia puedan evaluar y tomar decisiones acerca del tratamiento adecuado, y/o para morir. En nuestro tiempo, en nuestras sociedades, el sufrimiento físico se ha vuelto psicológicamente intolerable; la agonía se ha vuelto “inhumana”; lo moralmente digno ya no es el deber de vivir y de aceptar el dolor, sino abreviar los sufrimientos y respetar la voluntad del enfermo.

Para esto último, los pacientes necesitan que sus médicos les digan cuál es su posibilidad de vida. La ciencia médica no es una ciencia exacta, no hay certeza, hay probabilidades, por eso es importante manejar la información con cautela; lo que se intenta es que el enfermo recupere su autonomía ejerciendo la capacidad de elegir con libertad, esta elección depende del conocimiento que tenga el paciente de su enfermedad y los posibles riesgos y beneficios del tratamiento, el conocer los riesgos también le permite pensar y elegir en dónde morir, así como reordenar sus lazos familiares en los aspectos afectivos, económicos y sucesorios, de esta manera, el enfermo tiene la oportunidad de saldar deudas y de despedirse de quienes no estuvieran cerca por problemas de distancia real o afectiva<sup>29</sup>.

Hay que recordar que el factor tiempo es desencadenante de acciones, el tener en cuenta una tipología de enfermedades psico-sociales nos permite preparar a la familia, a la persona enferma, y a nosotros mismos en los complejos desafíos y crisis que provocan la enfermedad y la muerte. ¿Cuáles son las características de la enfermedad que padece el paciente? ¿Cuál es la probable evolución?

A manera de ejemplo se presenta este esquema:

- *Aparición*: aguda o gradual.
- *Desarrollo*: progresivo, constante. o episódico.
- *Desenlace*: gradual (de cronicidad y deterioro a corto, mediano o largo plazo) o sorpresivo.

- *Incapacidad*: ninguna, leve, moderada o severa: a nivel cognitivo, cinético o sensorial.

La aparición de enfermedad, pérdida o muerte súbita, implica una ruptura en el equilibrio del afectado y su entorno, esto provoca el estrés, a su vez, el estrés provoca una crisis en la que si la persona y la familia son capaces de superar la situación, de manera que se beneficien con el cambio que se produce dentro del sistema familiar y social, será una crisis para el crecimiento, la crisis se presenta cuando algún elemento presiona el sistema pidiendo cambio fuera del repertorio usual de ese sistema.

Crisis se define como: “Un estado de cosas entre las cuales de una u otra manera es inminente un cambio decisivo”; es interesante hacer notar que la definición de crisis en Occidente no menciona, como lo hacen los chinos, la palabra “oportunidad”, el vocablo chino “wei-ji”, que significa “crisis”, es una combinación de los caracteres correspondientes a peligro y oportunidad.

Es evidente que en toda crisis, se generan mecanismos de autoprotección, la persona o grupo que está en crisis, como cualquier especie en peligro de extinción, evoca estos mecanismos para sobrevivir, el problema en los seres humanos es que no seguimos los dictados de nuestra naturaleza. Pero también la crisis en sí, como ente independiente, obedece a ese mandato de supervivencia y lucha por no desaparecer.

Cuando alguien entra en estado de crisis, debe actuar como un nadador frente a una corriente que le impide acercarse a la costa, enfrentar la corriente es suicida, las fuerzas se agotan inútilmente y la diagonal salvadora se visualiza cuando aceptamos que el camino directo para llegar a la costa no existe, cuando se llega a esa convicción, ya se ha salvado. Tal vez necesite dejarse llevar por la corriente durante un rato para recuperar las fuerzas y sólo después negociar con las circunstancias.

Las crisis son oportunidades para la creatividad, la reparación y el desarrollo interior, para luchar por darle un nuevo significado a la vida; cuando somos capaces de redefinir a la crisis como un “desafío”, una “oportunidad de crecer”; las situaciones críticas se convierten en fuentes de aprendizaje, el hecho de no minimizar ni negar la realidad de la situación facilita los procesos de ajuste y adaptación exitosas.

Es común pensar que el presente es consecuencia del pasado, lo anterior es cierto en algunas, pero no en todas las ocasiones, lo que

llamamos pasado puede ser la estela del presente visto con los “ojos” manipuladores de la memoria; incluso esa interpretación que estamos haciendo ahora y aquí, la elaboramos combinando elementos que si fueran colocados en otra forma serían otro pasado.

El fabricar el pasado, es como las palabras que colocamos en un determinado orden sobre el papel para ser leídas cuando terminemos de escribirlas, lo que estamos haciendo también es fabricar el futuro. Las crisis son las grandes fábricas del futuro, si pensamos que al aceptar ese pasado lo estamos fabricando nosotros en el presente, la situación cambia totalmente; y tal vez sea esta forma de pensamiento, construida desde el desafío de nuevos aprendizajes, la plataforma de lanzamiento para alcanzar la armonía interior.

Los tanatoterapeutas trabajamos dentro de la ambivalencia entre la intimidad real y la imaginación, y su manejo es una cuestión de dosis y prudencia, muchas veces nos sentimos presionados por las expresiones de impotencia del enfermo, quien ubica demandas excesivas en nuestra capacidad de resolución, ira y tristeza son emociones con las que tenemos que lidiar<sup>30</sup>.

El modo en que cada uno de los miembros del equipo asistencial confronta, elabora y transforma la angustia, la frustración y la impotencia, tiene efectos positivos o negativos para el paciente y su entorno inmediato, lo ideal es: integración de conocimientos, eficacia técnica y compasión amorosa.

## **FAMILIA**

La familia es un grupo de personas que transita por un largo camino de continuas transformaciones, atraviesa cambios en su composición (nacimiento, escolaridad, adolescencia, alejamiento de los hijos del hogar, casamiento, jubilación, muerte), y por una amplia gama de circunstancias tanto favorables como adversas<sup>31</sup>.

Cada familia es diferente en su manera de comunicarse y conversar, de darse afecto, de resolver conflictos, de cuidar la intimidad, de enfrentar las crisis y los duelos, cada familia va creando un estilo de funcionamiento con más o menos flexibilidad en el diálogo, con distintos acuerdos y escritos, y con actitudes que frente a la muerte próxima de un miembro, se comporta como un sistema facilitador o complicador del proceso.

La edad en la que aparece la enfermedad incurable, producirá variaciones en cuanto a los miedos, el dolor, y la desesperanza, el duelo por la familia que antes fue, impacta a cada uno de sus miembros, y cada uno reaccionará a su vez de manera diferente, “ya nada será como antes”.

Ayudar a la familia en la muerte de un ser querido, es contribuir a expresar con palabras la reorganización de sus sistemas de valores, a que puedan desvelarse los secretos, a enterrar juntos algunos sueños, a perdonar y a conectarse con el amor que trasciende los cuerpos físicos, con ese amor construido a partir de dos seres, pero que ya es parte de cada uno de sus integrantes.

Coadyuvar a limpiar las culpas, que no son más que errores en el aprendizaje, ayudar a recuperar los rituales y las ceremonias de la muerte que, aunque dolorosas, contribuyen a la aceptación en la irreversibilidad de los hechos, para lograr la colaboración de la familia es útil recoger ciertos datos que nos acercan al estilo particular con que cada familia vive sus circunstancias, por ejemplo<sup>32</sup>:

- Actitudes socioculturales acerca de la salud y enfermedad
- Historia, creencias y mitos de la enfermedad que lo aqueja (causas y consecuencias).
- Mitos de incapacidad y muerte.
- Actitudes y respuestas familiares ante la enfermedad y el sufrimiento/dolor. Palabras innombrables, temores ocultos, mandatos familiares.
- Momento del ciclo vital de la familia: estructura familiar abierta o cerrada. Grado de permeabilidad y flexibilidad de límites entre lo individual, lo familiar.
- Impacto de la enfermedad en las relaciones maritales, sexuales y familiares.
- Factores que incrementan o alivian el dolor.
- Situaciones que elevan el estrés familiar.

## INDIVIDUO

La vida humana es una progresión que se apaga con la muerte biológica del individuo, pero no sólo somos seres biológicos, somos también seres culturales y espirituales, y transcendemos a través del recuerdo.

Como individuos somos cuerpo, mente y espíritu, no existe separado de la experiencia misma, el cuerpo toma diferentes significados en el transcurso del tiempo; algunas veces, el cuerpo

responde como un sumiso y utilitario animal, otras le atribuimos la responsabilidad de lo que nos pasa, en ocasiones es un cómplice de nuestros deseos, otras no es más que un saboteador de nuestros proyectos; lo que nos cuesta asumir es que el cuerpo es lo que es en su circunstancia, y la armonía entre el cuerpo y su circunstancia, es uno de los grandes secretos de la vida.

Napoleón decía: “No existen grandes hombres, sino hombres normales, ante circunstancias especiales”. Pero hubo otros hombres normales en las mismas circunstancias que Napoleón, y no fueron Napoleón.

La enfermedad o la muerte irrumpe o se agudiza en un momento del ciclo de vida, y quien lo transita percibe la sensación de un tiempo sin tiempo, un tiempo suspendido por la enfermedad, un tiempo en donde la vida se convierte en su enfermedad, su dolor y sufrimiento<sup>33</sup>.

El enfermo terminal necesita ser escuchado, y escuchar es estar receptivos al misterio, sin esperar nada en particular, sin juzgar y en un primer momento sin interpretar ni traducir, sino escuchar sus propias palabras, el enfermo necesita confiar en nosotros, y que nosotros confiemos en ellos, que confiemos en su fortaleza interior, de la que tal vez no tiene conciencia, pero que nosotros debemos intentar recuperar entonces además de escuchar, hay que poder hablar y facilitarle al enfermo las preguntas difíciles.

El enfermo es quien nos dice cuándo está en condiciones de recibir más información, hiperinformar es tan nocivo como no informar, la franqueza puede convertirse en una forma solapada de hacer daño; cada uno de los pacientes puede no solamente aprender y recibir nuestra ayuda, sino además convertirse en nuestro maestro, ellos nos enseñan acerca de la necesidad de negar, total o parcialmente, lo que ya saben<sup>34</sup>.

Los enfermos terminales nos informan y muestran con sus conductas las etapas del morir, según Kubler Ross<sup>3</sup> (ver en la primera parte, Boletín Médico No. 4) pasan por estados de:

**Negación** y aislamiento: especie de escape a la idea de la propia muerte “¿Se habrán equivocado en el laboratorio?” “No, no soy yo, no es verdad”, “No, no a mí, no puede ser”.

**Ira**, cólera y desesperación: caracterizada por furia, rabia, resentimiento contra sí mismo, la familia, la divinidad, esta etapa es estimulada por el miedo y

la frustración. “¿Por qué a mí?” “¿Qué culpa estoy pagando?”

**Negociación**, pacto, promesa: en donde la persona trata de negociar consigo mismo, el médico o la divinidad, el estar más tiempo con vida, reconoce el pronóstico pero intenta modificar el resultado “Si tú me ayudas me comprometo a” se trata de negociar con lo invisible una pequeña prórroga para después morir tranquilamente, a veces se invoca al azar, manipulando cartas o tarots, consultando el horóscopo o inventando alguna forma de adivinación, regatean con Dios y con los hombres, hacen promesas, proyectan llegar con vida a momentos importantes de su historia de futuro: “si por lo menos mi hija pudiera conocerme”, “llegar al año nuevo”, “la graduación de mi hijo”, “la llegada de mi madre”, “cantar en el escenario solo una vez más”.

**Depresión**: El paciente está triste, alejado, comprende que la situación se agrava y que la negociación propuesta no ha dado sus frutos, se deprime por las pérdidas y por el fin que se acerca: “Sí, yo voy hacia la muerte”, se sienten abatidos y caen en depresiones más o menos profundas, se producen distorsiones de la realidad, el cuerpo está decrepito, pero la imagen corporal no se modificó, acusan sensaciones de extrañeza: “La semana pasada podía caminar, no entiendo por qué ahora no puedo si soy el mismo”.

**Aceptación**: significa el fin de la lucha, en general se evitan los sentimientos, se está a la espera de la muerte, la soledad termina por imponerse. Posteriormente el moribundo entra en descatexia, es decir, en coma, más allá de toda posibilidad de comunicación con el exterior y está ligada a la espera y al encuentro con sus mitos y sus creencias, con sus imágenes del más allá, con sus sueños; una suspensión del tiempo que abre el camino al desapego a la vida.

Estas cinco etapas pueden aparecer en forma ordenada, caótica, o en simultaneidad, durante el proceso de morir se entra, se sale o se queda instalado en cualquiera de éstas, las que pueden estar ausentes como en el caso de los niños y los ancianos muy avanzados que llegan rápido a la aceptación; la esperanza siempre ronda en todas ellas, cuando falta, generalmente la muerte está cerca.

Cada fase requiere del conocimiento de las individualidades, el consenso en los objetivos de ayuda que ha de prestar el equipo asistencial y la familia. Si a lo largo de estas fases el paciente está acompañado por alguien que lo ama, podrá

redimensionar sus pérdidas y sus duelos; acompañar al muriente desde el enfoque tanatoterapéutico, es ayudarlo a expresar con palabras o silencios la reorganización interior de su sistema de valores<sup>35</sup>.

En 1978 Pattison<sup>36</sup> describió que las personas pasan por una fase aguda donde hay alteraciones de la conciencia, sentimientos inadecuados, ansiedad, miedo; luego, en la fase crónica hay dolor, sufrimiento, soledad, tristeza, pérdida del control, finalmente llega la fase terminal donde la persona empieza a separarse y adentrarse en la muerte.

### La experiencia del agonizante

Cuando se acerca la muerte el moribundo sufre una serie de experiencias tanto fisiológicas como psicológicas y espirituales<sup>37</sup>.

**Experiencias fisiológicas**: Hay pérdida del tono muscular, disfasia, disfagia, disminución de la actividad gastrointestinal, dificultad para controlar los esfínteres, estancamiento de la circulación, cambios en los signos vitales y disfunción del SNC; estos signos se manifiestan por síntomas como inmovilidad, afasia, ceguera, vómito, estreñimiento, incontinencia, frialdad, hipotensión, hipoventilación, disfunción sensorial, dolor; la función del algólogo en estos casos es reconocer y aliviar los síntomas para que la muerte sea digna<sup>38-39</sup>.

Cuando la muerte está próxima aparecen los llamados signos precursores; uno de los más curiosos y discutidos es el olor pesado y dulzón que despiden el cuerpo del moribundo, provocado según se cree por la muerte de ciertos tejidos. Este olor es parecido al que se obtiene cuando se frota el dorso de una mano con la palma de la otra mojada con saliva. Los signos precoces de la muerte definitiva fueron descritos por Hipócrates: “La frente arrugada y árida, los ojos hundidos, la nariz puntiaguda rodeada de una coloración negruzca, las sienes hundidas, huecas y arrugadas, las orejas rígidas y hacia arriba, los labios colgantes, las mejillas hundidas, la mandíbula arrugada y apretada, la piel seca, lívida y de color plomizo...”.

**Experiencias psicológicas**: Además de la negación, la ira, la depresión, es común en el moribundo el alejamiento del mundo que lo rodea, el apagamiento de la afectividad, habla poco, rechaza a los seres queridos, duerme más tiempo, se despreocupa de todo y de todos, no quiere que lo perturben, da la sensación de estar sumergido en un mundo aparte, interior<sup>40</sup>.

Ésta es una experiencia solitaria de introspección, reflexión, revisión, búsqueda del sentido existencial y preparación para la partida, muchos expresan sus mensajes de moribundo; por ejemplo, hacen metáforas sobre el viaje, hablan de sueños que tuvieron con personas queridas ya muertas que los esperan para acompañarlos, algunos refieren visitas al lugar de nacimiento; otros, al sentirse mejor de sus dolencias, arreglan su presentación personal, mejoran el apetito y luego mueren.

Las experiencias psicológicas deben ser reconocidas y respetadas, en esos momentos se debe tranquilizar al moribundo diciendo, con amor, que se prepare a emprender el viaje y que nunca será abandonado<sup>41</sup>.

**Experiencias espirituales:** El sufrimiento, el dolor físico, la pérdida de la salud, la agonía, son experiencias límites que sitúan al hombre ante el misterio profundo de la existencia y la divinidad; lo espiritual es fuerza unificante que integra y trasciende las dimensiones físicas, emocionales y sociales, capacita y motiva para encontrar un propósito y un significado a la vida relacionándola con un Ser Superior; relaciona al individuo con el mundo y establece un puente común entre los seres, pues los trasciende y les permite compartir sus sentimientos<sup>42-44</sup>.

En tanatología son importantes los conceptos griegos de diakonia, metanoia y kairos<sup>45-48</sup>.

Diakonia o servicio significa amor en acción, hacer algo útil y con amor por los demás, concepto dirigido más a quienes cuidan al moribundo.

Metanoia significa cambio de opinión, sentimiento o propósito; también remordimiento o pesar, da la idea de retornar a Dios, regresar del pecado, salir de la infidelidad, pedir misericordia.

Kairos significa momento de bondad después de un proceso de preparación o anticipación cuando la persona reconoce y acepta la muerte, es el momento de la espiritualidad final.

Moribundo es quien está próximo a morir. "Es alguien por quien nada se puede hacer para impedir que muera; alguien que entra en una zona de no-intervención que no permite el impulso de actuar"

En un contexto cultural en donde entrar en la fase terminal es vivido por el mundo médico como un fracaso, es necesario reevaluar el trabajo realizado por el equipo tanatológico y elaborar los duelos.

Duelo utilizado como término que hace referencia a la capacidad emocional para superar las

pérdidas (pérdida de partes del cuerpo y funciones debido a la enfermedad, pérdida del rol familiar y social, de sus proyectos y expectativas) y las separaciones.

Duelo por nuestras limitaciones, por nuestra impotencia, por los afectos que se desarrollaron con nuestros pacientes y sus familiares.

Despedirnos con amor, perdonar y perdonarnos.

Nos cuesta admitir que nuestra tarea, a veces, consiste sólo en estar con la persona cuando sufre, estar sencillamente junto a ella, sin asustarnos de su miedo, de su dolor o de su ira; permitir que apoye sobre nosotros su grito silencioso y la mirada vacía.

A posteriori, replantear los éxitos y fracasos en la metodología abordada y aprender de los errores cometidos transformándolos en enseñanzas.

### Epílogo

La crisis y el duelo, así como la negación y la esperanza, son conceptos que se transforman momento a momento.

Se crece cuando se está enfermo o cuando hay que hacer frente a una pérdida dolorosa.

Se crece si se acepta y se intenta comprenderlo no como una maldición o un castigo, sino como una enseñanza.

Alguien dijo alguna vez: "no se puede mirar al sol todo el tiempo y tampoco a la muerte".

### REFERENCIAS

- 1.- Morgan, J.D. "Living Our Dying and Our Grieving: Historical and Cultural Attitudes". In: H. Wass, R.A. Neimeyer (eds). *Dying Facing the Facts*. Washington: Taylor & Francis. 1995: 25-45.
- 2.- Morin E. *El hombre y la muerte*, Ed. Kairós, Barcelona, 1994.
- 3.- Kübler-Ross E. *On Death and Dying*, Collier Books, Macmillan, NY, 1969.
- 4.- Steinhauer, K.E., Clipp, E.C. "In search of a good death: Observations of patients, families, and providers". *Annals of Internal Medicine* 2000; 132: 825-832.
- 5.- Kern, S. "Time and Medicine". *Annals of Internal Medicine* 2000; 132: 3-9.
- 6.- Aries, P.H. *The hour of our death*. New York: Ed. Knopf, 1981
- 7.- Morgan, J.D. "Living our Dying: social and cultural considerations". In: *Dying, Facing the Facts*. Hamelore Wass. New York: Hemisphere Publishing Corp., 1988:13-27.
- 8.- Thomas, L.V. *El Cadáver*. México: Fondo de Cultura Económica, 1989.
- 9.- Leferbure, D.G. *Misal Diario y Vesperas*. Bilbao: Ed. Biblica Bruges, 1965.

- 10.- Cavendish, R. *Visions of heaven and hell*. New York: Harmony Books, 1977
- 11.- Gómez Sancho, M.; *Medicina paliativa en la cultura latina*. Madrid: Ed. Arán, 1999.
- 12.- C. Trungpa, Shambhala : *The Sacred Path of the warrior* Boston, U.S.A.; Shambhala Ed. 1984.
- 13.- Stambly, F. El cementerio como institución cultural. En: Fulton, R.E. : Fondo Educativo Interamericano, Puerto Rico 1981: 48-52.
- 14.- Samarel, N. "The Dying Process". In: H. Wass, R.A. Neimeyer (eds). *Dying Facing the facts*. Third Edition. Washington: Taylor & Francis, 1995: 89-116.
- 15.- M'Uzan, M. *De l'art a la mort*. Paris: Gallimard, 1977
16. E.L. Rossi, *The Psychology of Mind-Body Healing. New Concepts of Therapeutic Hypnosis*, Nueva York, Norton, 1986.
- 17.- Storey P. Symptom control in advanced cancer, *Seminars in Oncology*. 1994 dec. 21(6):748-53.
- 18.- Glasser, B.G. & Strauss, A.L. *Time for Dying*. Chicago: Aldine, 1968.
- 19.- S. Levine, *Healing into Life and Death*, Garden City, Anchor Press/Doubleday, 1987.
- 20.- Lorenzo Pinar, F.J. *Muerte y ritual en la Edad Moderna*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 1991: 58
- 21.- Murray, T.J. "Personal Time: The patient's experience". *Annals of Internal Medicine* 2000; 132: 58-62.
- 22.- D.M. Levin, G.F. Solomon, "The discursive formation of the body in the history of medicine", *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1990; Kluwer. Acad. Pub. 15, 515-537.
- 23.- Shneidman, E.S. "Aspects of the dying process". *Psychiatric Annals* 1977; 8: 25-40.
- 24.- Weisman, A. "Morir con Dignidad". En: R. Fulton, E. Markusen, G. Owen & J.L. Sheiber (eds). *La Muerte y el Morir. Desafío y Cambio*. Puerto Rico: Fondo Educativo Interamericano, 1981:181.
- 25.- Kubler-Ross, E. *Una luz se apaga*. 1985; México, Ed. Pax.
- 26.- Suchecki, D. *Compartiendo experiencias de terapia con hipnosis. El terapeuta y el paciente terminal*. Colección hipnosis y psicoterapia eriksoniana. *Morir con dignidad*, 1996 Ed. del Instituto Milton Erickson
- 27.-. Hennezel, M.; J. de Montigny, *El amor último: acompañamiento de enfermos terminales*, 1994; Buenos Aires, Ed. de la Flor, Colección Ideas.
- 28.- Maturana, H.; *El sentido de lo humano*, 1992, Chile, Ed. Hachette.
- 29.- Bateson, G.; *Mind and nature*, 1979, Nueva York, E.P. Dutton eds.
- 30.- Suchecki, D.; "¿Por qué no hablar de la muerte?", *Psicoterapia y familia*, México, 1989. vol. 2, N° 2, México.
- 31.- Carter, E.A.; M. McGoldrick, *The Family Life Cycle. A Framework for Family Therapy*, 1980. Nueva York, Gardner Press.
- 32.- M. McGoldrick, J. Pearce, J.L. Girodano (comps.), 1982. *Ethnicity and Family Therapy*, Nueva York, Guilford.
- 33.- Frand, J.D.; Frank, J.B.; *Persuasion and Healing. A Comparative Study of Psychotherapy*, 1991. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 3ª ed.
- 34.- Ziegler J. *Los vivos y la muerte*, México, 1976, Siglo XXI editores.
- 35.- P. Aries, *La muerte en Occidente*, 1982. Barcelona, Ed. Argos Vergara.
- 36.- Pattison, E.M. *The living-dying process. The experience of dying*. 1977. NJ: Prentice-Hall, .
- 37.- Álvarez- Echeverri, T., *La muerte en la cultura occidental. Aproximación al trabajo de morir*; 2001. Rev Univ de Antioquia, ed. Rev Univ de Antioquia, No. 264/ abril-junio..
- 38.- Morison, R. "Death-Process of event?". *Science* 1971; 173: 694-698.
- 39.- Kass, L. "Death as an event: A commentary on Robert Morison". *Science* 1971; 173: 698-702.
- 40.- Walker, E.H. "The nature of consciousness", *Mathematical Biosciences* 1970. 7: 131-178.
- 41.- Elias, N.; *La soledad de los moribundos*. 1987 México: Fondo de Cultura Económica.
- 42.- Arbeláez, C. y Álvarez-Echeverri, T. "La espiritualidad como fuente de alivio". *Iatreia* 1995; 8: 79-84.
- 43.- Adams, J. "Palliative care in the light of early christian concepts". *Palliat Care* 1989; 5: 5-8.
- 44.- Krippner, S.; Welch, P.; *Spiritual Dimensions of Healing*, 1992. Nueva York, Irvington ed.
- 45.- B.T. Gyatso, *Universal Responsibility and the Good Heart*, Dharamsala, Library of Tibetan Works & Archives, 1984.
- 46.- Weissman A.D. *Thanatology*, 1980. Kaplan ed, Baltimore, USA.
- 47.- Lolás Stepke, F.; "Tanatoterapéutica", *Acta Psiquiat- Psicol. Am. Lat.* 1994, 40 (4), 282-292, Buenos Aires
- 48.- Kung, H.; *¿Vida eterna?* Madrid: Editorial Trotta, 2000