



FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Percepción y creencias sobre la muerte y técnicas de afrontamiento al estrés en
pacientes oncológicos

Trabajo previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

AUTOR: Gabriel Andrés Ávila Abril

DIRECTORA: Mgst. Eva Karina Peña Contreras

Cuenca

Agosto del 2015

DEDICATORIA

Este presente trabajo de tesis, dedico a mi madre: “Elsa Abril”, quien nunca perdió la fe en mí a pesar de todos los inconvenientes por los cuales transcurrí.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al creador de toda esta magnificencia universal, la cual llamamos vida, a cada persona que participo de esta tesis, tanto brindando su tiempo, como su afecto. Un agradecimiento especial a mi tutora, la Máster Eva Peña Contreras; por su paciencia y sus enseñanzas.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN.....	7
CAPÍTULO 1	10
1. ESTRÉS.....	10
1.1. ORIGEN DEL ESTRÉS.....	11
1.1.1. Conceptos de Estrés	14
1.2. MECANISMOS BIOLÓGICOS DEL ESTRÉS.....	18
1.2.1. Teoría del Estrés Oxidativo	20
1.3. LOS EFECTOS Y ENFERMEDADES, TRAS LA APARICIÓN DE RADICALES LIBRES EN LA OXIGENACIÓN.....	21
1.4. EFECTOS DEL ESTRÉS E HIPERTENSIÓN	23
1.5. EL SÍNDROME DE CARDIOPATÍA POR ESTRÉS O TAKO – TSUBO 24	
1.6. ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO Y LA FATIGA DE COMPASIÓN	25
1.7. ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y AUTOINMUNES RELACIONADAS CON EL ESTRÉS.....	27
1.8. EL ESTRÉS Y EL CÁNCER.....	29
1.9. EJEMPLARES DE ESTRESORES	31
CAPÍTULO 2.....	35
2. LA MUERTE.....	35
2.1. CONCEPTOS.....	36
2.2. FILOSOFÍA Y MUERTE.....	39
2.3. ANTROPOLOGÍA Y MUERTE	41
2.4. RELIGIÓN Y MUERTE.....	46
2.5. PSICOLOGÍA Y LA MUERTE.....	54
2.6. ALGUNAS CONSIDERACIONES.....	58
2.7. MANEJO DEL MIEDO Y UNA MUERTE ADECUADA	61
2.8. ALGUNOS AUTORES SOBRE EL CÁNCER, LA ENFERMEDAD, Y LA MUERTE	62
2.9. CUIDADOS PALIATIVOS.....	65
CAPÍTULO 3	68
3. CAEPO (CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS)	68
3.1. LAS SIETE ESCALAS DEL CAEPO	72
CAPÍTULO 4	73
4. RESULTADOS	73

4.1. METODOLOGÍA	73
4.2. ANÁLISIS	74
4.3. DISCUSIÓN.....	112
4.3.1. Acerca de los Temores de los pacientes y la significancia de la idea de muerte entre ellos.....	118
4.3.2. Sobre la Espiritualidad	120
4.4. CONCLUSIONES.....	123
4.4.1. Recomendaciones en base a los datos:.....	127
Referencias de Páginas Web:	128
BIBLIOGRAFÍA:	129
ANEXOS	134

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 : Estresores Cotidianos	31
Tabla 2 : Inventario de Acontecimientos Vitales de Holmes Rahe	32
Tabla 3 : Severidad de Estresores Psicosociales (DSM IV) Escala para Adultos	33
Tabla 4 : Severidad de Estresores Psicosociales (DSM IV) Escala para Niños y Adolescentes	33
Tabla 5 : Datos del Reactivo	68
Tabla 6 : Estrategias Fundamentadas, según González (2004)	69
Tabla 7 : Percepciones de Lipowski	70
Tabla 8 : Escalas del CAEPO - Herlinda	76
Tabla 9 : Escalas del CAEPO - Ingracia	79
Tabla 10 : Escalas del CAEPO - Targelia	81
Tabla 11 : Escalas del CAEPO - Hilda	84
Tabla 12 : Escalas del CAEPO - Fausto	88
Tabla 13 : Escalas del CAEPO - Rosita	91
Tabla 14 : Escalas del CAEPO - Mariano	94
Tabla 15 : Escalas del CAEPO - David	96
Tabla 16 : Escalas del CAEPO - Beatriz	99
Tabla 17 : Escalas del CAEPO - Blanquita	102
Tabla 18 : Escalas del CAEPO - Alberto	106
Tabla 19 : Escalas del CAEPO - Delia	108
Tabla 20 : Escalas del CAEPO - Juan C.	111
Tabla 21 : Resultados del CAEPO	112
Tabla 22 : Técnicas de Afrontamiento Encontradas	113
Tabla 23 : Principales estresores y temores de los pacientes	118

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 : Ciclo de la Espiritualidad	121
Ilustración 2: Ejemplo de una aplicación del CAEPO	138
Ilustración 3: Hoja de Valoración del CAEPO	139
Ilustración 4: Encuesta cara anterior	140
Ilustración 5: Encuesta cara posterior	141
Ilustración 6: David en la silla de ruedas, recibe a sus nuevos compañeros en la sala de descanso.	142
Ilustración 7 : Fausto en Terapia Ocupacional	142
Ilustración 8 : Las Licenciadas también forman parte del grupo	142
Ilustración 9 : Don Alberto	143
Ilustración 10 : Herlinda	143

RESUMEN

Este trabajo busca reflejar múltiples perspectivas de los pacientes oncológicos ante el estrés, con sus debidas técnicas de afrontamiento. Se hace hincapié, en la importancia de la espiritualidad y el miedo a la muerte.

Esta investigación se efectuará en la Fundación al Servicio del Enfermo de Cáncer (FASEC), ubicado en las inmediaciones del hospital SOLCA. Se cuenta con la evaluación cualitativa de un grupo pequeño de 13 personas, a las cuales se las evaluará con el CAEPO (Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos).

***Palabras Clave:**

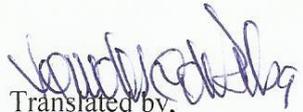
Temor, Espiritualidad, Adaptación

ABSTRACT

This work seeks to reflect a variety of perspectives of cancer patients toward stress, and their appropriate coping techniques. The importance of spirituality and the fear of death are emphasized.

This research will be conducted at FASEC, a Foundation which offers services to terminal cancer patient, located in the vicinity of SOLCA oncology hospital. We include a qualitative evaluation carried out with a small group of 13 people, which will be assessed by means of the application of the CSQ (Cancer Patients' Coping Strategies Questionnaire)




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

***Key Words**

Fear, Spirituality, Adaptation

CAPÍTULO 1

1. ESTRÉS

Introducción: Este capítulo es una revisión de cómo se origina el término estrés, su funcionamiento a nivel biológico, emocional y social. Siendo un padecimiento universal, el cual ha ido adquiriendo carácter negativo con su relación con enfermedades, depresión y muerte. La verdad es, que como un mecanismo autónomo, de nuestro organismo que vela por la conservación de la homeostasis; no es del todo malo, pues nos da la oportunidad para que nuestro cuerpo y mente potencien nuevas opciones de adaptación y supervivencia ante estímulos exagerados, que bombardea el medio circundante. El estilo de vida del mundo moderno contribuye con la sobrecarga de estímulos, pero a la vez la ciencia y el hombre buscan respuestas que soporten y aseguren el bienestar del organismo vivo.

1.1. ORIGEN DEL ESTRÉS

Desde 1935, Hans Selye, es considerado como el Padre del Estrés. (Alonso G. R., s.f.). En el trabajo de Slipak (1991), se cita a Hans Selye (1907 - 1982); quien tras experimentación con animales, definía al estrés como aquella respuesta no específica del organismo, ante toda demanda que se le haga. El estrés es definido según el estímulo, la respuesta, o el conjunto de estos dos.

- Según el estímulo: el estrés o tensión, es un agente físico, químico, mecánico, etc., que desencadena una reacción funcional en un organismo. (Real Academia de la Lengua Española, 2015)
- Según la respuesta: el estrés es el efecto que se consigue tras una acción, estas reacciones son a nivel psicosomático y psicológico, que dependiendo su intensidad pueden ser grave o no. (Real Academia de la Lengua Española, 2015)
- Según el concepto estímulo-respuesta: el estrés es una relación entre el ambiente y el organismo, en donde interfieren los mecanismos de adaptación del medio interno y las demandas del medio externo. (Slipak, 1991)

La etimología de estrés, proviene del griego “*stringere*”, que significa, provocar tensión. Dicha palabra es utilizada por primera vez en el siglo XIV, dando origen a los siguientes textos: stress, stresse, strest y straisse. (Slipak, 1991)

El autor Slipak (1991), hace referencia a Claude Bernard (1867), quien menciona que los cambios externos del ambiente, podían alterar el organismo, siendo una característica del ser humano, poder conservar la homeostasis de su interior, a pesar de la influencia externa, lo cual asegura una vida libre e independiente. Es decir, lo que caracteriza al hombre es la capacidad de adaptarse a los cambios.

El termino homeostasis, se debe a Canon (1922), con el que se explicaban los mecanismos fisiológicos destinados a estabilizar el medio interno de un cuerpo. En 1939, Canon atañe el término estrés, como desestabilizador de esta homeostasis. (Slipak, 1991)

El Síndrome General de Adaptación (SGA), de Hans Selye (1936), es la composición de mecanismos biológicos y psicológicos que tiene un organismo, para responder ante factores hostiles, poder sobrevivir y adaptarse. (Slipak, 1991)

Existen tres fases de la secuencia SGA, según el Gabinete de Prevención y Salud Laboral, de la ciudad autónoma de Melilla (s.f.); basándose en los trabajos del endocrinólogo; Hans Selye (1936):

1. Alarma: al romperse el equilibrio, todos los sistemas del organismo se ponen en funcionamiento. (Gabinete de Prevención y Salud Laboral, ciudad de Melilla, s.f.)
2. Resistencia: el organismo aguanta la acción del estímulo estresante intentando mantener un cierto equilibrio. (Gabinete de Prevención y Salud Laboral, ciudad de Melilla, s.f.)
3. Agotamiento: existen dos probabilidades. La primera consiste en que el organismo no aguanta más y tiene que huir del agente estresante o moriría. La segunda, es que el organismo, no solo recupera las pérdidas de su organismo, sino que además se hace más resistente ante ese estímulo (sobrecompensación = dura solo un tiempo determinado). (Gabinete de Prevención y Salud Laboral, ciudad de Melilla, s.f.)

Al ser estimulado el sistema nervioso, como un evento de agresión; este genera secreción de adrenalina de origen medular suprarrenal, lo que a su vez genera aumento de la frecuencia cardiovascular, y cambios en numerosos órganos del cuerpo, para justificar una defensa y de este modo, se cumpliría con el Síndrome General de Adaptación, al cual hacía mención Selye. (Alonso G.R., s.f.)

Los cambios fisiológicos, según Alonso G.R., (s.f.), debido al estrés, son:

- El corazón late más fuerte y rápido
- Las pequeñas arterias que irrigan la piel y los órganos menos críticos como riñones e intestinos, se contraen para disminuir la pérdida de sangre en caso de heridas y para dar prioridad al cerebro y los órganos más críticos para la acción o defensa. Estos órganos son, corazón, pulmones y músculos.
- La mente aumenta el estado de alerta

- Los sentidos se agudizan.

Cuando la estimulación o demandas del exterior, superan la capacidad de soporte del medio interno, se origina el distress, o mal estrés. Slipak (1991). El autor toma la descripción de Richard Lazarus (1966), para resumir lo anterior mencionado, como “peligro para el bienestar”.

Las causas del estrés pueden ser por demandas sociales, no necesariamente agresoras, como la sustentación de un trabajo, una cita, expectativas de puntualidad, frustración, etc. (Slipak, 1991)

1.1.1. Conceptos de Estrés

Todos hemos dicho alguna vez: “Tengo estrés”, denotando cualidades negativas que en cuanto a nuestro diario vivir, son más producto de las elecciones que hacemos, antes que fallas en nuestro organismo. (Polaino, 1982)

“Las enfermedades, tienen al estrés como causa común” (Hans Selye, 1936). El estrés puede generar la pérdida de la dimensión espiritual, muy útil para soportar las dificultades. A veces lo mejor es evitar lo evitable, con una prevención efectiva, distinguiendo entre lo posible, lo conveniente y lo ideal. Las tensiones no se pueden evitar, pero se pueden controlar. (Melgosa, 1994)

El Estrés, es la respuesta fisiológica, instintiva, que prepara a nuestro organismo para pelear o huir de la amenaza. (Moscoso, 2009)

Es la respuesta estereotipada de nuestro organismo ante cualquier demanda que se le haga, física, psicológica, emocional, que usualmente vemos como causante de malestares psicosomáticos, orgánicos y funcionales. (Garduño & Márquez, 1995)

El estrés es la preparación física de ataque e huida de peligros, mas no necesariamente el origen para múltiples enfermedades. (Melgosa, 1994)

El estrés puede definirse como un estado indeseable de alteración homeostática, o mejor aún como un reto que motiva a la obtención de logros y metas. Este estado dependerá de la percepción del sujeto y de las técnicas aprendidas a lo largo de su vida para entender y adaptarse a los contextos vitales y poder resolver los problemas. (Moscoso, 2009)

El estrés como un estímulo, es percibido como una fuerza externa capaz de producir efectos temporales o permanentes en la composición biológica del sujeto. (Peiró & Salvador, 1993)

Es también definido como una respuesta, fisiológica, psicológica y comportamental del sujeto en busca de adaptación ante las presiones internas y externas. La sobrecarga de estrés, tiende a llevar al origen de enfermedades. Se ha observado que el estrés, puede generar depresión del sistema inmune, lo que da apertura a infecciones, alergias, etc. (Marty et al., 2005)

Dentro de los estudios de Freud, se habla también de una sobrecarga energética, tras experiencias negativas, que desestabilizan “el principio de constancia”. Este principio, es la explicación para una supuesta barrera formada de descargas emocionales periódicas. (Madariaga, 2002)

La respuesta emocional del estrés, es de índole cognitiva, al ser asimilado por el sujeto como un estímulo externo negativo. Va a depender de la personalidad y la autoeficacia del sujeto en si el estímulo percibido, sea o no, visto como una amenaza. (Moscoso, 2009)

La respuesta comportamental, va a definir como se desenvuelve el sujeto en su entorno. Esto dependerá de la predisposición genética que haya heredado, de los factores psicosociales aprendidos, y de su contexto, estado y necesidades. (Moscoso, 2009)

El estrés no siempre tiene consecuencias negativas, pues puede ser visto como una oportunidad para poner en marcha nuevos recursos personales, mejorando la autoestima y las posibilidades de éxito a futuro. (Colegio Oficial de Psicólogos de España, s.f.)

Sin estrés la vida sería monótona, al faltarle al ser humano, la fuerza creadora. Creadora de motivación y posible cumplimiento de metas a futuro. (Colegio Oficial de Psicólogos de España, s.f.)

Existen dos tipos de estrés; el eustrés y el distress. El primero, Eustrés, o estrés positivo, se da cuando los cambios fisiológicos se dan en un ambiente armónico con las demandas externas, adaptadas a las capacidades homeostáticas del organismo e indispensables para un buen desarrollo. Aquí el individuo, interactúa con su estresor de forma abierta y creativa, con manifiesto de placer, alegría y equilibrio. (Slipak, 1991)

El Distress, o estrés negativo, se da cuando las demandas del medio son excesivas, intensas, prolongadas; que superan la capacidad de resistencia del organismo, generando malestar y desequilibrio. (Slipak, 1991)

Las fases del estrés, según Melgosa (1994):

1. Fase de Alarma: el aviso claro de la aparición de un agente estresor. Es tomar conciencia del exterior, y preparar el interior.
2. Fase de Resistencia: aparición de un reto, que exige de las mejores cualidades del sujeto portador.
3. Fase de Agotamiento: el reto, resulta frustrante y el sujeto entra en un periodo de desgaste energético

Pero, ¿Que sería del organismo vivo, sin estrés?, el cual recuerda al ser humano de cómo adaptarse y sobrevivir. (Melgosa, 1994)

Los estilos básicos de personalidad en relación al afrontamiento de estrés, según Rodríguez (1998):

1. Estilo introvertido, pasivo o no asertivo.
2. Estilo extrovertido, agresivo en algunos casos.
3. Estilo flexible, maduro, adaptado o asertivo.

Consejos para hacer frente al estrés según Rodríguez (1998):

- a. Identificar los estresores, las causas que motivan su origen.
- b. Establecer un óptimo nivel de tolerancia ante esas causas.
- c. Comprender la respuesta de la mente y el cuerpo ante el estrés.
- d. Evaluar las causas, sin dejar que las emociones determinen las soluciones.
- e. Proveer respuestas de acuerdo a la naturaleza de los estresores.
- f. Aceptar que en ocasiones la respuesta está en buscar ayuda.
- g. Esperar pacientemente sin dejar cabida a la frustración.
- h. Aceptar la realidad, sea cual sea su desenlace.
- i. Conocerse mejor, ayuda a identificar mejor los problemas a los que nos enfrentamos.

Los estresores en nuestra sociedad, pueden ser vistos como un desafío o amenaza, por ejemplo ante el cambio de empleo, matrimonio, divorcio, nacimiento de un hijo, muerte o pérdida de un ser querido. A nivel bioquímico, el organismo busca compensar la homeostasis que genera la conmoción emocional, la cual es estrictamente fisiológica, sin participación del estímulo estresor. (Grazziano & Ferraz, 2010)

El grado de estrés que manifieste una persona, depende de la autoestima, autoeficacia que tenga la persona, de su apoyo social, y de las variables sociodemográficas. (Ramírez & Hernández, 2008)

Basándose en los estudios de Lazarus y Folkman, los autores; Huaquín & Loaliza (2004), denominan los efectos del estrés, no como producto del estresante en sí, sino en función de la percepción que tiene el individuo de los estímulos estresores. Por eso, por ejemplo un estímulo de ruido, puede ser alarmante para uno, y pasajero para otro.

El enemigo principal del estrés, es el apoyo social. Apoyo que brinda amparo emocional, confort, cuidado e intimidad para los sujetos. Engloba el consejo y la orientación de la sociedad, la familia y amigos. El status social, puede llegar a ser una fuente de apoyo social pertinente, como es el matrimonio. Hay que distinguir entre apoyo recibido y apoyo percibido, pues no siempre los pacientes, reciben o sienten de buen modo, la cercanía de otros. (Almagiá, 2014)

Dean Ornish, en la década de los 80s, creó un programa de modificación de los estilos de vida, para mejorar condiciones. Su esquema incluía una dieta vegetariana, baja en grasas saturadas, con ejercicio moderado, meditación, manejo del estrés y soporte social. En la actualidad este programa ha sido usado para tratar pacientes con enfermedades cardíacas, diabetes y cáncer en los EEUU. (Moscoso, 2009)

1.2. MECANISMOS BIOLÓGICOS DEL ESTRÉS

Mello y colaboradores, (2003) describen el mecanismo biológico principal de la respuesta ante el estrés, como el eje hipotálamo – hipofisario – adrenal (HHA), el cual está integrado por tres estructuras:

Hipotálamo: área cerebral que regula la temperatura, el hambre, los estados de ánimo, la liberación de hormonas en muchas glándulas (especialmente la hipófisis), la libido, el sueño, la sed y la frecuencia cardíaca. (Diccionario de Medicina de la Universidad de Salamanca, 2014)

- Hipófisis: es una glándula adherida a la base del cerebro, que secreta hormonas que gobiernan el inicio de la pubertad, la evolución sexual y la función reproductiva. (Diccionario de Medicina de la Universidad de Salamanca, 2014)

- Corteza de las Glándulas Suprarrenales: parte externa de las glándulas suprarrenales, la cual produce hormonas esteroideas como cortisol, aldosterona y testosterona. (Diccionario de Medicina de la Universidad de Salamanca, 2014)

Según Negrete (2003), el mecanismo del Síndrome General Adaptativo, incluye el eje Hipotálamo-Hipofiso-Adrenal, pero también incluye al Sistema Nervioso Autónomo. Estos sistemas responden a estresores endógenos o exógenos, pudiendo ser metabólicos, fisiológicos, infecciosos, inflamatorios o emocionales.

El primer paso del eje HHA, es la liberación de Corticotrofina (CRH). (Negrete, 2003), la CRH, es una hormona considerada por la biología como “estimulina”, que actúa sobre la corteza suprarrenal. (Curtis Biología, s.f.)

A continuación la CRH, genera la amplificación de la secreción de la hormona hipofisaria adrenocorticotrofina (ACTH). La función de esta hormona es estimular la producción de cortisol. (Negrete, 2003)

Finalmente la estimulación de estas hormonas sobre la corteza suprarrenal, genera glucocorticoides, encargados de frenar la respuesta al estrés. (Negrete, 2003)

La amígdala y el hipocampo tienen función sobre el control del eje HHA.
(Negrete, 2003)

Nuestra forma de pensar, las creencias, sentimientos; son fruto de la actividad bioquímica de nuestras células nerviosas en el cerebro, el cual se expresa mediante el sistema endocrino e inmunitario. De este modo modificar nuestros pensamientos, implica modificar nuestra biología. (Moscoso, 2009)

1.2.1. Teoría del Estrés Oxidativo

Ya sabemos que el exceso de estimulación del medio, produce alteraciones sobre la homeostasis orgánica, pero ¿Qué pasa cuando se trata de algo netamente interno, como el proceso de oxigenación y metabolismo celular?

Como seres vivos dependientes de oxígeno para nuestra vida, somos proclives a etapas de oxidación de nuestro organismo, lo que causa envejecimiento y distintas enfermedades.

Son los radicales libres de oxígeno los que causan ese daño oxidativo, siendo responsables de cientos de enfermedades incluyendo varios tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares, neurovegetativas, diabetes, etc. (Cabrera & Serrano, 2014)

El organismo genera radicales libres, necesarios para controlar el tono muscular, eliminar bacterias, regular la actividad orgánica, etc. Así mismo el cuerpo produce antioxidantes para eliminar el exceso de radicales libres. Los radicales libres, son sustancias químicas muy reactivas, que introducen oxígeno en las células, produciendo la debida oxidación, alteración de su ADN, aceleramiento del envejecimiento, entre otras características. (Enciclopedia Salud, 2015)

“Las especies reactivas del oxígeno, han sido asociadas con el proceso del envejecimiento, estilos de vida, la dieta, varios desordenes clínicos y un grupo de enfermedades relacionadas con la edad, incluido el cáncer, arteriosclerosis, y enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson y Alzheimer” (Martínez, 2007).

En ocasiones este proceso de oxidación por radicales libres, es generado por rayos ultravioleta, contaminación ambiental, humo de cigarrillos, exceso de ejercicio, etc. (Cabrera & Serrano, 2014)

El proceso de oxidación es fundamental para la obtención de energía celular, en un proceso inverso a la fotosíntesis (formación de carbohidratos), donde mediante la oxidación de los carbohidratos, se obtiene energía libre. Sin embargo al haber un exceso en la oxidación, se manifiesta el estrés oxidativo. (Guerra, 2001)

La bioquímica considera a la oxidación, como la pérdida de electrones, captación de oxígeno o una deshidrogenación, en donde la oxidación siempre va acompañada de un proceso de reducción. (Guerra, 2001)

1.3. LOS EFECTOS Y ENFERMEDADES, TRAS LA APARICIÓN DE RADICALES LIBRES EN LA OXIGENACIÓN

La oxidación al igual que la genética del ser humano, está inmersa en los procesos de envejecimiento, debido a la acumulación de lesiones orgánicas, tras el ataque de Radicales Libres, por reducción de antioxidantes y por la acumulación de proteínas oxidadas, no degradables. (Guerra, 2001)

De igual modo la arteriosclerosis, que es el endurecimiento o estrechamiento de arterias; mediante la influencia de radicales libres, se captan lipoproteínas de baja densidad por los macrófagos, que luego se transforman en células espumosas. Estas células son captadas por el endotelio mediante moléculas de adhesión y se acumulan en el espacio subendotelial, donde inducen la migración de células musculares, su proliferación e hipertrofia. (Guerra, 2001)

El cáncer, o desarrollo tumoral, se caracteriza por la presencia de necrosis celular de tejido sano, crecimiento sin control de células tumorales con su debida vascularización y aporte de nutrientes. Se considera el efecto de los radicales libres, causante de la activación prematura de genes que incluyen factores de desarrollo tumoral. También se le atribuye a la oxidación celular provocante de la aparición de genes mutados u oncogenes, la disminución de enzimas antioxidantes, y la presencia de radicales libres incluidos en la nicotina y el alquitrán que forman parte del cigarrillo; causante de la formación de compuestos químicos, carcinógenos, como la nitrosamina ($R_1N(-R_2)-N=O$). (Guerra, 2001)

La catarata senil, donde el cristalino se ve bombardeado por radiaciones constantes de procesos químicos irreversibles que con el tiempo llegan a opacar al cristalino, generan la catarata. En esta enfermedad, los radicales libres son responsables de producir entrecruzamiento, desnaturalización, degradación de

proteínas y formación de gránulos microscópicos que por apilamiento (montón) de moléculas que crecen en tamaño y cantidad, se genera a largo plazo la llamada catarata. (Guerra, 2001)

Otra enfermedad es la insuficiencia renal por aumento de estrés oxidativo, y radicales libres presentes en la sangre con desnaturalización de proteínas, daño en las células endoteliales, niveles plasmáticos disminuidos. (Guerra, 2001)

La Diabetes Mellitus, por altos niveles de glucosa, donde la producción de radicales libres de la oxidación, se incrementa en presencia de metales de transición, la hipertensión arterial; con disminución de antioxidantes y estabilización de la bioquímica y el aumento de los lípidos, con la debida desnaturalización de las membranas y alteración del ADN celular, también son detalles de los cuales los radicales libres del oxígeno, son responsables. (Guerra, 2001)

También se incluyen enfermedades como la cirrosis, la insuficiencia hepática y la hepatopatía alcohólica, por peroxidación lipídica (degradación de lípidos de la membrana celular, que pueden generar mutación y carcinogénesis) causado por radicales libres y una disminución de antioxidantes que influyen en el daño celular hepático y la alteración en el flujo sanguíneo esplácnico (hace referencia a las vísceras y al flujo sanguíneo digestivo). (Guerra, 2001)

1.4. EFECTOS DEL ESTRÉS E HIPERTENSIÓN

Alrededor del 25% de la población mundial, que sobrepasa los 50 años de edad, es hipertensa, según estudios de Molerio et al., (2005). La Hipertensión Arterial o HTA, tienen origen genético como psicosocial. Entre los factores psicosociales, mencionamos hábitos inadecuados de alimentación, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y estrés. (Molerio et al., 2005)

Algunos pacientes a pesar de estar bajo tratamiento farmacológico para su hipertensión, aun manifiestan síntomas que atribuyen a lo emocional, debido al estrés que padecen. (Molerio et al., 2005)

El estrés como fenómeno multifactorial, constituye una respuesta de adaptación del organismo para hacer frente a demandas del medio, a las cuales el organismo tiene limitados recursos. Cuando las respuestas son intensas, prolongadas o frecuentes, pueden traer complicaciones sobre la salud, evocando algún trastorno, aseverando un cuadro clínico previo, o apeorando los síntomas. (Molerio et al., 2005)

Un ejemplo destacado en los trabajos de Molerio et al., (2005), es el de sujetos viviendo en áreas urbanas muy estresantes, definidas por alta densidad de población, estado socioeconómico bajo, alta morbilidad y altas tasas de separación conyugal, mostraban una presión arterial más elevada que en aquellas personas que habitaban zonas de bajo estrés.

Otros ejemplos de hipertensión arterial, relacionada con el estrés, son: el de sujetos sometidos a ruido industrial constante, personas en etapa de despido o desempleo, empleados encargados de control aéreo, individuos con problemas de privacidad, problemas de pareja y contacto heterosexual. Es decir la vulnerabilidad a enfermedades como la hipertensión si se relaciona directamente con los estilos de vida. (Molerio et al., 2005)

Las principales técnicas de afrontamiento ante una HTA, ocasionada por estrés, son: no reprimir la rabia, evitar conductas evitativas y la búsqueda de apoyo social. (Molerio et al., 2005)

Se habla de la eficacia de métodos conductuales como el Biofeedback, Psicoterapia y Relajación, sumada a la terapia farmacológica. (Molerio et al., 2005)

1.5. EL SÍNDROME DE CARDIOPATÍA POR ESTRÉS O TAKO – TSUBO

También conocido como “apical ballooning”, es una enfermedad similar a un síndrome coronario agudo, que se observa generalmente en mujeres postmenopáusicas, donde es frecuente la aparición de una situación estresante tanto física como emocional. El tratamiento es similar al de un infarto agudo de miocardio, con un buen pronóstico y baja recurrencia. (Nuñez et al., 2009)

El nombre, Tako – Tsubo, en japonés, bote o tarro de cuello estrecho (similar al usado por pescadores japoneses de pulpo), se origina en los años 90, bajo autoría de los médicos de apellido Sato y Dote. En algunos casos, la edad pronosticada varía entre los 58 y 75 años, habiendo incluso diagnósticos en adultos mayores y niños. (Nuñez et al., 2009)

Los desencadenantes asociados con la cardiopatía de estrés, según Nuñez et al., (2009), son:

- Muerte o enfermedad de un familiar
- Malas noticias
- Tormenta
- Discusiones
- Hablar en público
- Problemas legales
- Accidentes de tránsito
- Fiestas sorpresa
- Pérdidas económicas, apuestas, negocios, despido
- Cambio de residencia
- Caída casual con imposibilidad para levantarse

(Nuñez et al., 2009)

1.6. ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO Y LA FATIGA DE COMPASIÓN

Las complicaciones que reproduce el estrés, se las conoce como afecciones psicosomáticas o psicofisiológicas, las cuales no pueden ser explicadas por un diagnóstico médico, pero son la respuesta ante la amenaza, pérdida, daño, desafío en incluso en algunos casos de beneficio secundario, como manipulación de familiares, etc. (Ramírez & Hernández, 2008)

Cuando un sujeto es testigo o protagonista de acontecimientos sumamente dolorosos, difíciles y desequilibrados, tiende a ser afectado emocionalmente, generando un trastorno, muy bien conocido como trastorno por estrés postraumático. El doliente, se ve en amenaza e indefensión de su propia vida, lo que puede apearar aún más el estado de salud, en el paciente oncológico. (Echeburúa et al., 1997)

Los efectos postraumáticos que provienen de catástrofes son bien conocidos por afectar a quien las vive, pero también se ha descubierto que lo padecen las personas secundarias que asisten a aquellas urgencias, como por ejemplo: servicios sanitarios (médicos, enfermeras, voluntarios), bomberos, personal de cuidados intensivos y trabajo social, que trabajan en ambientes de confusión y carencia de medios; también pueden llegar a padecer sufrimiento emocional. Incluso el personal de Atención Psicológica, puede llegar a verse afectado por la manipulación de información fuerte. (Moreno, 2004)

Aquí nace el término “Fatiga de Compasión”, para describir el precio que paga el personal de salud física y emocional por preocuparse de otros y de su dolor emocional. Este término se relaciona al estudio del trauma, originado en pacientes difíciles y resistentes. (Moreno, 2004)

Otro término utilizado, es el de “Contagio emocional”, que hace mención a un proceso afectivo en el cual un individuo que observa el sufrimiento de otro, puede experimentar paralelamente los mismos síntomas y respuestas emocionales que el doliente. (Moreno, 2004)

Según el DSM V, este trastorno es relacionado con el factor de estrés Peritraumático; que tiene que ver con la estimulación ambiental. Son la gravedad o

dosis de trauma (cuanto mayor es la magnitud del trauma, mayor es la probabilidad de desarrollar un trastorno de estrés postraumático), el peligro vital percibido, las lesiones personales, la violencia interpersonal (especialmente el trauma perpetuado por un cuidador o al presenciar cómo se amenaza a un cuidador) y, para el personal militar, ser autor o testigo de atrocidades, o matar al enemigo. Finalmente es un factor de riesgo, la disociación que se produce durante el trauma que persiste después.

De este modo vemos que el estrés del cuidador, sin duda puede originar una nueva patología o episodio de sufrimiento por la sobrecarga emocional y la sobreestimulación de tiempo y recursos mentales. Por ejemplo en terapeutas de víctimas de abuso sexual, se han encontrado varias reacciones de estrés traumático secundario y la ruptura de esquemas cognitivos, con presencia de angustia emocional. También se encontró que son las mujeres quienes padecen más de este trastorno secundario. (Moreno, 2004)

Hay características de riesgo para un terapeuta como el llegar a identificarse con la víctima, conductas sobreprotectoras, excesiva atención entre otras. El desarrollo de otras actividades muy aparte del papel terapéutico o de cuidador demuestran de gran beneficio para la distracción y el afrontamiento de la carga estresora. El humor, el temperamento, la paciencia, la creatividad, el contexto social, la intensidad de exposición y la capacidad de resiliencia, determinan la aparición o no de este trastorno. (Moreno, 2004)

El estrés psicológico tiene un rol importante dentro de las alteraciones mentales, como la ansiedad, depresión, el trastorno por estrés postraumático, psicosis esquizofrénicas, el inicio de abuso de sustancias, delirium y demencia. La evidencia clínica, epidemiológica y experimental, determina que el estrés en etapas tempranas del desarrollo, sumado a la predisposición genética, contribuyen en la vulnerabilidad a largo plazo de padecer algún tipo de depresión o ansiedad. (Trucco, 2002)

El hipocampo, estructura del sistema límbico; encargado de la regulación del ánimo, está relacionado con síntomas vegetativos y déficits cognitivos, presentes en pacientes depresivos. (Trucco, 2002)

1.7. ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y AUTOINMUNES RELACIONADAS CON EL ESTRÉS

Durante el siglo XX, se ha controlado las enfermedades infecciosas y parasitarias como consecuencia en los avances científicos en tratamiento y prevención. Aun así otras enfermedades persisten en la modernidad, como el cáncer, obesidad, diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares. (Serrano, 2005)

El estrés crónico altera el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal, lo que se toma en cuenta como hipótesis para la génesis de obesidad visceral. El estrés afecta la esfera física en cuanto a la resistencia a la insulina, la intolerancia a la glucosa, HTA, etc. Y también la esfera psicológica de la ansiedad y depresión que se ven inmersas en pacientes con obesidad y desordenes metabólicos. El estrés es cómplice desencadenante, de la distribución anómala, visceral, de tejido adiposo, debido a las alteraciones celulares y neuroendocrinas en las cuales participa. (Serrano, 2005)

El concepto de que el cerebro puede modular el sistema inmune, fundamenta la teoría del estrés. Existen redes de comunicación entre el sistema nervioso central (SNC), y el sistema inmune (SI). (Sánchez et al., 2006)

La amígdala, estructura del lóbulo temporal del cerebro, es la más importante área en percibir los estímulos estresantes, debido a su gran capacidad de aprendizaje, memoria y monitoreo de información sensorial entrante, ante cualquier signo de daño potencial. El estrés, como potencial daño, acompañado de la irritabilidad por ejemplo, puede producir afecciones como la depresión, la adicción a las drogas, diabetes, enfermedades cardíacas, etc. (Sánchez et al., 2006)

El estrés se asocia con las enfermedades infecciosas, por ejemplo; los estudiantes presentan mayores infecciones de garganta, cuando tienen que dar exámenes. El estrés está involucrado en los factores de contagio de catarros e influenza, al afectar al sistema inmunitario que las repele. (Sánchez et al., 2006)

Investigaciones en pacientes con VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), determinaron que aquellas personas que conocían de su diagnóstico, generaban inmunodepresión y favorecían a la acción del virus sobre el organismo, ya que el

hecho de conocimiento, era suficiente para generarle un estrés crónico al paciente, al ser un evento traumático. (Sánchez et al., 2006)

Existen datos que determinan que el estrés también influye sobre las enfermedades autoinmunes, ya que el sistema inmunológico, está conectado al sistema nervioso simpático, el cual regula la respuesta inmune mediante corticosteroides y norepinefrina. Si se alteran estos neuromediadores del sistema nervioso simpático, se puede generar inflamación, activación del factor de necrosis tumoral alfa, enfermedades reumáticas, etc. (Sánchez et al., 2006)

El hipertiroidismo, puede verse afectado por el estrés crónico, aunque afecta más en los casos de hipotiroidismo, donde se acentúan los síntomas de fatiga, episodios depresivos y desfallecimiento. (Sánchez et al., 2006)

En pacientes diagnosticados con cáncer, se ha determinado que existe una disminución de las células del sistema inmune en el microambiente del tumor y en la sangre periférica. El apoyo social, determinó el aumento de las células NK (Natural Killer), que se encargan de destruir a las células tumorales. De este modo existe una posible hipótesis de la influencia del estrés sobre la formación neoplásica. (Sánchez et al., 2006)

El riesgo de enfermedad cardiovascular, está asociado con respuestas exageradas al estrés. Por ejemplo, factores psicológicos negativos como la hostilidad y una condición o percepción de estado socioeconómico bajo, pueden influenciar en la aparición de un síndrome coronario agudo. La cólera y el estrés mental, influyen sobre el diagnóstico de isquemia miocárdica. Se ha comprobado también que pacientes que sufren de depresión, después de un fallo cardiaco, son más propensos a la muerte, que aquellos pacientes con respuestas adaptativas. (Sánchez et al., 2006)

1.8. EL ESTRÉS Y EL CÁNCER

Entre los factores psicológicos, sospechosos de ejercer influencia en el desarrollo del cáncer, el estrés, es el de mayor influencia; puesto que tiene mayor probabilidad de ejercer efecto sobre el sistema inmunológico. (Fernández, 2004)

Según investigaciones, se puede incluso llegar a relacionar un alto nivel de estrés, con una menor supervivencia de los sujetos. Cabe recalcar que el estrés no es fuente originaria de cáncer, pero influye en su evolución. (Arbizu, 2009)

La activación constante de respuestas ante el estrés, desgastan recursos y agotan o incapacitan en cierta forma al organismo, para luchar contra las células cancerígenas. Puesto que hay relación entre los sistemas neuroquímico, hormonal e inmunitario, una alteración en alguna de estas áreas, puede ser causa de un incremento en la proliferación de células malignas. (Arbizu, 2009)

Cuando el estrés y la actividad neoplásica coinciden, pueden llevar al bloqueo de ciertas células inmunológicas como los linfocitos NK o Natural Killer, aumentando la probabilidad de que determinadas células precozmente transformadas, evadieran la acción de las defensas del organismo. (Arbizu, 2009)

Dentro de la Psiconeuroinmunología, se asocia la producción de hormonas asociadas con el estrés, peculiarmente la ACTH, como precursora de cáncer. (Cooper, 1984)

Según Arbizu, (2009), en su investigación sobre factores psicológicos y cáncer, nos resume los tipos de personalidades, predisponentes a esta enfermedad. Las personas predisponentes, usualmente son aquellas que ante situaciones estresantes suelen reaccionar con sentimientos de desesperanza, indefensión y tendencia a reprimir las reacciones emocionales abiertas. También hay aquellas que tienden a reprimir o negar las manifestaciones afectivas, encontrando dificultad al expresar emociones, detonando una buena predisposición a la melancolía y al cáncer. Otras características de personalidad que se han asociado al cáncer son la presencia de altos niveles de depresión, sentimientos de indefensión y pesimismo.

Factores sociales como la soledad, la carencia de apoyo social, la carencia de intimidad; pueden ser predisponentes para esta enfermedad. (Arbizu, 2009)

La idea de que el cáncer está vinculado al proceso del estrés o a factores emocionales, tiene su historia paralelo a la de la medicina. En 1870, Paget, por primera vez asocia la relación depresión mental, como precursor de la enfermedad. Galeno, por ejemplo mencionaba que las mujeres melancólicas, portadoras de exceso de bilis negra, solían ser más propensas a sufrir de cáncer, en comparación a las demás. (Cooper, 1984)

Para el año 1601, cáncer, es definido como una hinchazón o llaga formada por sangre melancólica, rodeada de venas oscuras, que se dispersan como las garras de un cangrejo. En el año 1701, bajo autoría del médico inglés Genfron, se relaciona al cáncer, con una vida de perturbación y pena. Años más tarde, autores como Burrows, Nunn, Stern; coinciden con la hipótesis de que las personas con alteraciones emocionales, en conjunto con personalidades insatisfechas y sensitivas, son más propensas a enfermar de cáncer, o a peorar su situación durante la evolución tumoral. (Cooper, 1984)

1.9. EJEMPLARES DE ESTRESORES

En las siguientes Tablas, guiado por información de páginas web, libros y recursos personales como la observación, y los estudios; se construye lo siguiente:

Tabla 1 : Estresores Cotidianos

	EL MEDIO AMBIENTE	ORGANISMO	COGNITIVOS O MENTALES	SOCIEDAD	ESTRESORES BIOGÉNICOS
	Ataque de Animales	Dolor	Exigencias de Rendimiento	Conflictos Interpersonales	Drogas
	Accidentes	Hambre	Exámenes	Problemas sin Resolver	Temperaturas Extremas
	Ruido	Sed	Responsabilidades	Competencia	Desordenes Metabólicos
	Catástrofes Naturales	Frío	Equivocaciones	Separaciones	Enfermedades del Sistema Nervioso
	Contaminación	Sueño	Culpa	Aislamiento	Desordenes Neurovegetativos
E	Clima	Impulsos Sexuales	Traumas	Duelo	Pubertad y Crecimiento
J					
E	Sobrepoblación	Frustración o Represión de Impulsos	Odio	Decepciones	Depresión, Ansiedad
M					
P	Iluminación	Agresividad	Amor y Etapas de Cortejo	Política y Gobierno	
L					
O	Guerra	Metabolismo	Vergüenza	Privación y Limitación	
S					
	Humedad	Enfermedad	Miedo	Sentirse Útil	
	Toxicidad	Privación del Sueño	Baja Autoestima	Trabajo y Oportunidades	
	Limitación del Espacio Físico	Higiene	Inseguridad	Trabajos a Presión y Nocturnos	
		Malos Hábitos	Inestabilidad Emocional	Estrés de Rol	
			Rechazo y Perdida Emocional	Exposición a Riesgos y Peligros	
			Mala Comunicación	Remuneración	
			Edad y Envejecimiento	Deudas y Empobrecimiento	
			Abuso Físico, Mental o	Presión Grupal,	

	Sexual	Bullying y Maltrato
	Necesidad o Tránsito de Psicoterapia	Demandas y Conflictos Legales Familia como Apoyo, Familia como Conflicto Matrimonio, Hijos Monotonía

Nota. Recuperado de Onmeda.es, Psicología Online.com, Crea.es, Ecured.cu, Stress laboral.blogspot, (s.f.)

Tabla 2 : Inventario de Acontecimientos Vitales de Holmes Rahe

Muerte de la Pareja	100	Aumento unidad familiar	39	Empezar o acabar la escuela o los estudios superiores	26
Divorcio	73	Cambio laboral relevante	39	Cambio de las condiciones de vida	25
Separación	65	Cambio de status económico	39	Cambio de los hábitos personales	24
Encarcelamiento	63	Muerte de un amigo íntimo	37	Problemas con un superior	23
Muerte de un Familiar Próximo	63	Cambio del tipo de trabajo	36	Cambio en el horario o las condiciones laborales	20
Enfermedad o Lesión	53	Cambio en la frecuencia de las discusiones con la pareja	35	Empezar a estudiar en una nueva escuela	20
Matrimonio	50	Contrato de una hipoteca costosa	31	Cambio de residencia	20
Pérdida de un empleo	47	Incumplimiento de una hipoteca	30	Cambio en los hábitos de sueño	16
Reconciliación con la pareja	45	Cambio de responsabilidades	29	Vacaciones	13
Jubilación	45	Independencia de un hijo	29	Navidad	12
Problemas de salud en un familiar próximo	44	Problemas de los parientes políticos	29	Transgresiones leves de una ley	11
Embarazo	40	Consecución de un fin personal	28		
Problemas	39	La pareja empieza o	26		

Sexuales deja de trabajar

Nota. Recuperado de: ADRformación. com (2015) Inventario de Acontecimientos Vitales de Holmes Rahe (1967), encuestado a 100 personas.

Dentro de los Trastornos de Adaptación, podemos distinguir que existen múltiples causas que exacerban los síntomas, entre los cuales tenemos los siguientes ejemplos del DSM IV:

Tabla 3 : Severidad de Estresores Psicosociales (DSM IV) Escala para Adultos

Código. Nombre	Eventos Agudos	Situaciones Duraderas
1. Ninguno	Ninguno evento agudo asociado al trastorno	Ninguna situación asociada al trastorno
2. Medio	Ruptura de una amistad, inicio o graduación escolar, hijo que abandona el hogar	Problema familiar, insatisfacción laboral, residencia e vecindario de alto riesgo delictivo
3. Moderado	Matrimonio, Separación conyugal, Perdida de trabajo	Conflicto conyugal, problemas financieros, problemas con el jefe, rol paterno sin pareja
4. Severo	Divorcio, nacimiento del primer hijo	Desempleo, pobreza
5. Extremo	Muerte del conyugue, diagnostico de enfermedad física seria	Enfermedad crónica severa, víctima de abuso físico o sexual
6. Catastrófico	Muerte de un hijo, suicidio del conyugue, desastre natural devastador	Cautiverio, experiencia en campo de concentración

Nota. Recuperado de Perales et al., (s.f.)

Tabla 4 : Severidad de Estresores Psicosociales (DSM IV) Escala para Niños y Adolescentes

Código. Nombre	Eventos Agudos	Situaciones Duraderas
1. Ninguno	Ninguno evento agudo asociado al trastorno	Ninguna situación asociada al trastorno
2. Medio	Ruptura de Amistad, cambio de colegio	Problema familiar
3. Moderado	Expulsión escolar, nacimiento de un hermano	Enfermedad incapacitante de un padre, discordia parental crónica
4. Severo	Divorcio de los padres	Hostilidad o rechazo de los padres, enfermedad crónica de gran amenaza a la vida de un padre

5. Extremo	Abuso sexual o físico, muerte de un padre	Abuso sexual o físico recurrente
6. Catastrófico	Muerte de ambos padres	Enfermedad crónica de gran amenaza a la vida

Nota. Recuperado de Perales et al., (s.f.)

Conclusión: el estrés es un proceso propio del organismo que pone a prueba los mecanismos de adaptación aprendidos, heredados y socialmente aceptados. Descubrimos que hace más de 70 años se empezó a usar el término homeostasis o equilibrio; mediante el cual la adaptación es posible. Esta homeostasis puede verse vulnerada ante la llegada de enfermedades que entre sus factores desencadenantes incluyen al estrés. Debemos tener cuidado en pensar que el estrés es causante directo de cáncer, pues el sentimiento de culpa también asevera los síntomas. El estrés es uno de múltiples desencadenantes pero no la raíz del problema. Es más, el estrés es una oportunidad para aprender, para fortalecer el carácter, conocer mejor nuestras técnicas de afrontamiento y motivarnos para el futuro.

CAPÍTULO 2

2. LA MUERTE

Introducción: En este capítulo abordaremos la muerte como definición en la historia del ser humano, y su relieve dentro de la cognición de nuestras emociones, abordando varias perspectivas sobre esta idea, desde algunos autores. La muerte ha sido vista como lo peor que puede pasarnos, pero esto se debe en gran medida al desconocimiento universal en el que existimos. Muchas personas mueren en paz, pues aceptan su condición, tras una vida donde pudieron realizarse. El problema es cuando alguien no se siente realizado, no puede despedirse de sus amados, o sus amados no permiten que este muera. Ventajosamente la modernidad ha dado excelentes científicos, pensadores y estudiosos de quienes hemos aprendido a manejar la muerte con amor, paciencia y desde otra perspectiva más de un viaje, que de una condena.

2.1. CONCEPTOS

Según la Real Academia de la Lengua, en su diccionario de la Lengua Española; muerte, significa el cese o término de la vida que conocemos, con un pensamiento tradicional de separación, tanto de cuerpo y alma. Se habla de destrucción, aniquilamiento y ruina. (Real Academia Española, 2014)

Morir, un suceso traumático, que se manifiesta de forma negativa, e intensa. Aparece de forma brusca, resultando inesperado e incontrolable. Pone en peligro la integridad física o psicológica de la persona que la percibe, pues pone a prueba sus capacidades para afrontarla, con consecuencias significativas que incluyen terror e indefensión. (Echeburúa, et al., 2005)

La muerte también consiste en la pérdida irreversible de las funciones del organismo vivo, incluyendo la conciencia y la capacidad para reaccionar. Por igual, la pérdida, incluye la capacidad de respirar y mantener un latido cardíaco espontáneo. (Castro, 1999)

La muerte como un momento en la vida del hombre, es una experiencia individual y única que depende de la trayectoria, formación y condiciones, así como de su contexto social, lo que trae consigo diferentes comportamientos y aceptaciones en la conocida fase terminal. (Castro, 1999)

Tratar la muerte a nivel psicológico, equivale a evocarla de tal forma que haya que enfrentarse a la inevitabilidad del propio fallecimiento. Por lo tanto, para ahorrarnos el trauma psicológico, decidimos evitar y hasta negar el tema, siempre que sea posible. (Moody, 1997)

Según Moody (1997), la muerte se compara con entrar a un sueño. Sueño del cual no nos levantamos, así como Homero; en la *Ilíada*, menciona al sueño, como el hermano de la muerte. Y el mismo Platón ante conocer la muerte de su maestro, Sócrates; habla de la muerte como una manera de dormir sin sueños. Al morir se olvidan las aflicciones, se borran los recuerdos. (Moody, 1997)

Pieper, (1970); describe a la muerte como el hecho de transitar una calamidad, una liberación con un modus operandi bañado en violencia, que madura por si solo y se desprende, como un acontecer inevitable, obra de la propia mano,

siendo algo natural y producido por la misma naturaleza que contradice el deseo innato de existir.

Cortés, (2013); detalla que existen dos formas de morir, la muerte anunciada y la muerte inesperada. La anunciada, es el caso de una enfermedad terminal, un padecimiento crónico degenerativo e irreversible, que de algún modo, permite al paciente, a sus familiares y amigos, que se preparen para el desenlace.

La muerte inesperada puede ser en cambio un infarto, un accidente, una embolia, etc. Donde acontece sin previo aviso. Ante este tipo de muerte, la persona deja pendientes, diálogos sin expresar, experiencias por compartir, proyectos frustrados e incluso situaciones sin resolver para los dolientes. (Cortés, 2013)

López, Sueiro & López G. (2004); mencionan que una de las principales fuentes de estrés, ansiedad y malestar emocional, es la muerte ya sea en idea, anticipo o vivencia. La asimilación del concepto pone a prueba la homeostasis del sujeto, de quien exige un periodo de reflexión.

Algunos estudios han permitido constatar, que el miedo y la ansiedad ante la muerte, bien por exceso o por defecto, constituyen uno de los síntomas de trastornos como ataques de pánico, estrés postraumático, trastorno hipocondriaco, estados de depresión, trastornos esquizofrénicos y bajo menor comprobación; anorexia y bulimia nerviosa. (González & Ramos, 1996)

Osademwigie (2005), señala a la muerte como un acontecimiento universal, inevitable, siendo quizá lo único de lo cual el hombre está seguro, a pesar de desconocer: ¿cuándo, el por qué y el cómo?, ocurrirá. Según el autor, la muerte es percibida a nivel social como un fracaso de la ciencia, la filosofía y la religión.

El miedo a la muerte se confunde con el temor a la vida, ya que se relaciona con la enfermedad, la vejez, el sufrimiento y la duda existencial. (Osademwigie, 2005)

Todo lo que desconoce el ser humano, le genera temor, más aun si es un proceso inevitable e irreversible, donde el hombre pierde su derecho a ser y existir. Solo al ser integrado el concepto de muerte como parte de la vida, se logra aminorar o justificar este temor a la muerte. (Osademwigie, 2005)

La muerte puede contener un significado liberador, al verse afectada la persona, por mucho dolor y sufrimiento, la muerte, sería el descanso apropiado. Puede contener significado de sufrimiento, para aquellos que rodean el contexto de un moribundo y más aún, puede ser parte de un proceso desadaptativo y angustioso, para quien lo transita.

Morir es visto como la culminación de los aspectos vitales del ser animal y vegetal, sin tomar en cuenta la materia inerte, de la cual se entiende como en constante evolución solo que más lenta. El universo consta de nacimiento y muerte de su materia, transformación y evolución. (Osademwigie, 2005)

“El hombre tiende a tomar decisiones importantes en su vida, cuando está presente el sentido de muerte, por el riesgo a dejar incompleta su obra” (Osademwigie, 2005)

En el libro “Vida Después de la Vida”, de Moody (1997), los hallazgos con pacientes hospitalizados conscientes del entorno, tras haber sido declarados clínicamente muertos, destacan la experiencia de una sensación de flotar fuera del cuerpo, unida a la paz y la percepción de totalidad. Se habla de seres amados, intentando ayudar en la transición hacia el otro plano de existencia. Se incluyen seres amados previamente fallecidos, y entidades religiosas que coinciden con sus creencias.

2.2. FILOSOFÍA Y MUERTE

Para Platón, filosofar era ya un hecho de aprender a morir. Nietzsche ve una moral decadente, en la cual el hombre en lugar de disfrutar de la vida a pesar de sus altibajos, se consuela con la idea de que tras la muerte hay otra vida que nos recompensará lo terrenal. (Van Grieken & Izquierdo, 1970)

Nietzsche pensaba que el que tiene un por qué vivir puede soportar casi cualquier como. (Conca & Minaeff, s.f.)

La Hermenéutica, el arte de interpretar; concibe a la existencia como una transmisión y comunicación con sentido, que busca la trascendencia como último significado de la relación del ser con su ambiente y consigo mismo. (Conca & Minaeff, s.f.)

El ser humano lo que teme no es el dolor, sino la extinción. Para Heidegger la muerte es lo único de lo cual podemos estar seguros en esta vida. Así la extinción coloca al hombre en estado de pánico, al desconocer la hora y fecha de su muerte a diferencia del condenado a la horca, quien prevé su llegada. (Sánchez, 2011)

“El intento de medición de la muerte, solo logra medir la ignorancia humana, pues poco es lo que el hombre sabe de la vida, peor aún de la muerte”. (Jiménez – Villalba, 2012)

Demócrito en cambio niega toda muerte maternal, toda muerte renacimiento, toda muerte supervivencia. La inteligencia y la energía no son más que un agregado de átomos, que llegada la muerte, se dispersan como una humareda para pasar a formar parte de la masa fluctuante del universo. (Jiménez – Villalba, 2012)

“La muerte no es nada. Lo destruido es insensible, y lo insensible no existe” (Jiménez-Villalba, 2012)

Para Jiménez-Villalba, (2012), citando a Hegel, la muerte es siempre superación. El filósofo, la ve como un vehículo de afirmación superior. Hegel admiraba el mito del Ave Fénix que renacía de sus cenizas. Consideraba la idea de la muerte renacimiento como el más sublime descubrimiento oriental, de trascendencia.

“las civilizaciones son mortales, la humanidad prometida a la muerte. La tierra morirá como morirán todos los mundos y los soles. Como el universo mismo, gigantesca explosión lenta, la muerte humana, vacío infinito, se extiende por todos

los planos del cosmos, cada vez más miserables, en el agujero de una nada sin límites” (Jiménez-Villalba, 2012)

Para Nietzsche, la muerte del Hombre se metaforiza como la llegada del Superhombre. Ve al hombre como un puente entre el animal y el superhombre, siendo la única forma de muerte, la trascendencia hacia la innovación, la potencialización del hombre actual en un ser mejorado. (Puerta, 2008)

Para Schopenhauer, los animales no saben de morir, solo el hombre es quien genera conciencia de finitud dudando de la vida misma. Por eso nacen las religiones y el pensamiento filosófico en la evolución del ser racional. (Schöndorf, 2009)

Schopenhauer no cree en la existencia del futuro o el pasado, solo cree en el presente, pues los primeros le niegan al hombre la capacidad de experimentar con la voluntad de forma libre. La muerte preocupa al hombre solo en determinados puntos de su existencia; de lo contrario, de tener conciencia permanente de la muerte, le colocaría en un estado de angustia similar al de un condenado a la horca. (Sánchez, 2011)

2.3. ANTROPOLOGÍA Y MUERTE

Las ideas acerca de la muerte no vienen exclusivamente de las filosofías, sino que varían según las concepciones alrededor del mundo en que se inscriben y según el sentido de la vida y la concepción de mortalidad involucrados en ellas. (Nebreda, 2009)

El temor a la muerte remonta a los orígenes del Homo – Sapiens, según la paleo-antropología, la cual busca demostrar que lo que hoy en día nos distingue como humanos es la autoconciencia y la conciencia de muerte, como producto de un complejo proceso que se ha desarrollado durante un largo periodo de nuestra historia. Las sepulturas y rituales mortuorios, evidencian la irrupción de la conciencia sobre la muerte en la comunidad humana. (Abt, A.C., 2006)

Enterrar a los muertos, como un comportamiento netamente humano, implica dos elementos. El acto de darle importancia al cadáver y las construcciones mentales que su presencia y ausencia generan. A partir de que el hombre toma conciencia de que tiene un fin, el cadáver recibe atención y trato especial, que incluye el embalsamamiento, confección de prendas mortuorias, embellecimiento, cremación, necrofagia, momificación, ubicación del cadáver en lugares alejados, preparación de tumbas, etc. (Abt, A.C., 2006)

En la antigüedad se veía a la muerte como el resultado de la intervención divina. En el siglo XV, el hombre aspiraba a ser protagonista de su propia muerte celebrando su individualidad. Era habitual morir en su casa, rodeado de la familia, siendo el enfermo el primero en saber que iba a morir. A partir del siglo XVII, la muerte se convierte en algo oculto, y para el siglo XX, ya comienza a expulsarse a la muerte de la sociedad, negándola de la historia del hombre. (López et al., s.f.)

En la edad media se practicaba la llamada “buena muerte”, haciendo alusión a convivir con los seres queridos, estando el moribundo al tanto para poder disponer de tiempo para preparar sus asuntos personales, sociales y espirituales. (Arbizu, 2009)

Según Nebreda, (2009); citando a Blas de Otero, menciona que ser mortal es real y equivale al encierro en una prisión carnal. Somos seres reales, luchando en contra del sufrimiento, la injusticia y el dolor, incluso al saber que esta condición es nuestra propia carga y responsabilidad, al igual que una sola oportunidad.

La muerte debe ser estudiada desde su totalidad, como la antropología que hace referencia a la relación que existe entre el ser humano, los dioses y espíritus, desde el plano sobrenatural; en relación con el mundo en que coexistimos y el más allá de las estrellas. (Pérez & Brian, 2012)

Retomando al antiguo Egipto, comprender que con la muerte y la putrefacción del cuerpo, se rompía la unidad de este y el alma, pretendieron enfrentar esa disolución con el embalsamiento. De esta forma lograban mantener la vinculación entre los muertos y los vivos. (Cano, 2005)

Hacia los años 1500, se inició el estudio de antiguas culturas aborígenes en las cuales estaban incluidos los mayas, los aztecas y los incas. Los mayas fueron una civilización autóctona, que existió alrededor de 3000 años antes de nuestra era; coexistiendo junto a civilizaciones como la mesopotámica, egipcia e china. Sus habitantes robustos, fuertes, escasamente enfermos, le daban tributo a un hechicero o curandero quien decidía si mataba o curaba a sus pacientes. Su reputación y poder de acción, dependía de sus resultados. (Cano, 2005).

Los aztecas usaban hierbas y raíces medicinales, dándole importancia a los ritos funerarios como un modo de asegurar la supervivencia de sus muertos a la vez que estos les brindaban protección a los vivos. La preservación de objetos del difunto, usualmente formó parte de amuletos de protección o de buena suerte. (Cano, 2005).

Los incas en cambio atribuían a las enfermedades y la muerte, a la mala voluntad de las deidades enfurecidas por algún pecado, descuido en el culto o por algún contacto con los espíritus malévolos que habitaban en los vientos y las fuentes. Cuando se trataba de una calamidad pública como una epidemia, se creía que se había cometido un pecado colectivo y por ello el castigo también era colectivo. De este modo al haber sucesos sobrenaturales, la cura se encontraba en la magia y la religión. Incluso si las hierbas y medicinas daban éxito en la curación, aun así se le atribuía su efecto a la magia. (Cano, 2005).

El Toteísmo como religión africana, que aún existe, había generado la devoción a los muertos, los cuales seguían viviendo en la mente de todos los pueblos africanos, ya sea como ánimas o espíritus capaces de trasladarse incorpóreamente, o

como seres sobrenaturales que conservan externamente su apariencia terrenal o bien asumen temporalmente el aspecto de animales. (Cano, 2005)

Esta cultura ve la necesidad de creer en que los muertos siguen siendo miembros de la comunidad y necesitan sacrificios para prolongar su existencia en el otro mundo y así renacer en sus descendientes, pues de lo contrario dejarían de existir. A la vez los vivos reciben ayuda de sus antepasados, quienes poseen poderes sobrenaturales. (Cano, 2005).

Las creencias sobre la muerte, que se mueven alrededor del mundo, incluyen las perspectivas egipcias que conservaban el cadáver, que diferenciaba el cuerpo vivo o “Khat”, de lo espiritual, divino “Ka”, el espíritu o “Akh” y el principio vital o segunda alma “Ba”. Por eso cuidaban rigurosamente del cuerpo, ya que el espíritu sale y reencarna en ave, para peregrinar, teniendo en cuenta que regresará. La existencia de Ka, depende de la resistencia de Khat. (Pacheco, 2003).

En cambio en la India, donde se practica la cremación y desaparición del cadáver, se quiebra el cráneo para que el espíritu salga. Los celtas e íberos de la Península, de igual modo, cremaban a sus cadáveres, los posicionaban en urnas, y usaban el agujero del alma, para liberación del espíritu. (Pacheco, 2003).

Freud pensaba que el hombre primitivo había creado el concepto de espíritu, al confrontarse con el cadáver del ser querido. (Pacheco, 2003).

En la cultura “karen, o kayin ”, con asentamientos en Birmania y Tailandia, se suele temer a la muerte, pensando que el alma del ser querido podría perderse en la tierra o que el alma de los niños pueda ser atraída por el cuerpo muerto, por lo que ataban a sus hijos, hasta que pasaba el funeral. En África del sur, los dolientes del muerto, se ponían fundas en la cabeza y fingían ser ganado amarrado, para que el alma de los muertos no les venga a buscar. (Pacheco, 2003).

El miedo avanzaba a otra tribu de indios sudamericanos, quienes cortaban los tendones de los pies del muerto, y lo ataban “al árbol de los cadáveres”, comprobando de vez en cuando que seguía allí. Otra tribu en cambio, cortaba la cabeza del muerto y la guardaba en sus moradas, haciéndole ofrendas para contentarle después de la muerte; o simplemente abandonaban sus hogares por temor a ser perseguidos por las almas. (Pacheco, 2003).

El temor a nombrar al muerto y el temor a sus pertenencias es común en muchas culturas a lo largo del planeta. El muerto es considerado por algunos, como concepto de contaminación. (Pacheco, 2003).

En algunas partes de nuestro país, Ecuador, se suelen pasar misas y ofrendas religiosas para apaciguar, lo que consideramos “entierros y ruido”, o posada de almas en nuestras casas. La oración y la fe en entidades religiosas tienden a ahuyentar a las almas errantes, que suelen ser obra del “mal, perturbadas o sin descanso”.

La Antropología como ciencia, según Pérez & Brian, (2012), sitúan a la muerte según tres periodos:

1er Periodo:

Inicia con Edward Tylor, remontando al año 1871, para quien la muerte, permitía entender cómo el ser humano va construyendo la religión a través de la veneración de los muertos tanto en la adoración de uno o varios Dioses y por otra, la idea de que todo individuo posee un alma (animismo). (Pérez & Brian, 2012)

Sigmund Freud, en 1915, empezó a describir a la muerte como un proceso de comprensión de la pulsión de muerte. Mientras la muerte sea vista como ajena, el sentido de inmortalidad, permite entender según Freud, que el mundo gira a nuestro alrededor, y que la muerte es un acto cotidiano pero impersonal puesto que el inconsciente no conoce nada negativo por ende desconoce la propia muerte, a la que sólo podemos darle un contenido negativo. (Pérez & Brian, 2012)

Bronislaw Malinowski en 1926, quien sostiene que la muerte es un elemento constitutivo de la vida humana, que permite generar prácticas de acompañamiento ritual, tanto como la perspectiva de que la muerte es una necesidad básica que todos los seres humanos deberíamos satisfacer con respecto al grupo al que pertenecemos, cumpliendo con ciertas normas sociales propias de cada cultura. (Pérez & Brian, 2012)

Evans-Pritchard en los años 40s, considera, que la muerte tiene un significado importante dentro de la sociedad, pues es el acto de sucesión de poder del difunto por su legado. El autor relaciona la religión y la introducción de los dioses, dentro de la política y el parentesco, ya que el temor a la muerte está acompañado por el temor a

los dioses, quienes castigarán el buen o mal comportamiento de los hombres, o subordinados, según la comparación social. (Pérez & Brian, 2012)

2do Periodo:

En los años 50, Claude Lévi-Strauss, subraya que la muerte no es un hecho meramente natural. El autor insiste en que la muerte está ligada a la vida cultural y social de los individuos, y sus creencias, por ende, todo proceso mortuorio también es una forma de repensarse a sí mismo dentro del grupo al que uno pertenece. Lévi-Strauss, afirma que la muerte, es en cierta medida, una forma de mantener viva la cultura a lo largo de los años. (Pérez & Brian, 2012)

Jack Goody en el año de 1962, menciona que la muerte, es concebida como el reconocimiento social de permanecer unidos, de reconocerse a sí mismos a través de los ancestros comunes, y de generar un mecanismo especial que cohesione más a los individuos. La muerte trae unión y memoria, no separación ni olvido. (Pérez & Brian, 2012)

Clifford Geertz, en los años 70s, entiende a la muerte, como las diferentes consideraciones simbólicas que la representan, de manera que lo que un pueblo valora o teme, están relacionado con su cosmovisión, simbolizados en su religión y expresados en todo el estilo de vida de ese lugar. (Pérez & Brian, 2012)

Durante los años 80's, Marvin Harris y Eric Ross sostienen, que la muerte está ligada a la regulación demográfica que algunas sociedades establecen para regular y controlar los recursos y alimentos. (Pérez & Brian, 2012)

3er Periodo:

Durante los 90's, Nancy Scheper-Hughes sostiene, que cuando muere el hombre, muere también su entorno social, y viceversa. (Pérez & Brian, 2012)

Para Marc Augé, en 1998, la muerte es vista como un ritual o estadio que configura la posición del otro. Cuando muere un individuo, queda el recuerdo no del individuo, sino de la relación establecida. Aquí la muerte se ve inmersa en dos posiciones; la memoria o el olvido. (Pérez & Brian, 2012)

2.4. RELIGIÓN Y MUERTE

Heidegger menciona que en la Biblia, las Cartas de Pablo a los Tesalonicenses, el motor de sentido y comunicación del ser cristiano, redonda en la espera atenta de la venida de Cristo. Para validar esta anticipación se requiere de la conversión al cristianismo y la adherencia a Cristo en cuanto a su pensamiento y a su palabra. Se entiende entonces a la fe, como la comprensión del mensaje que da nueva vida y a la vez la llegada de Cristo como la meta final. La vida entonces, tiene sentido desde este presente hasta la muerte, la muerte, la finitud le da sentido a la vida. (Conca, & Minaeff, s.f.)

De esta manera, Heidegger toma el fin como un vacío, lo que le da sentido a esa nada es la Finitud. Desde la perspectiva hermenéutica, el carácter de sentido de la vida humana no viene de la llegada de Cristo, sino de la finitud del propio tiempo, o sea de la propia mortalidad, por lo tanto, la vida humana tiene un fin. (Conca, & Minaeff, s.f.)

El cristianismo está relacionado con el protagonismo de la muerte en el pensamiento humano. La muerte se relaciona, según el evangelio, con pecado, sufrimiento, y redención. Siendo el hecho de morir algo culposo que se justifica por la salvación que viene tras este sacrificio. (Jiménez-Villalba, 2012)

La vida después de la muerte y la salvación, son sinónimos de amor. El Dios que requiere de la muerte y promete el reino de los cielos, este amor místico, es antónimo de la práctica de odio hacia el ateísmo y la idolatría. (Jiménez-Villalba, 2012)

La espiritualidad es vista como una posible fortaleza, que busca lo más valioso de cada persona ante las inquietudes de la vida. Las metas del cuidado de una persona, son dirigidas hacia una asistencia cálida y humanizada que se interesa por la vida y no por la enfermedad. La espiritualidad es una dimensión a veces descuidada en el ámbito médico; incluye las distintas formas de expresión corporal y mental, los pensamientos y creencias, juicios, creatividad, sentimientos y las ideas filosóficas acerca de la vida y su propósito. Dando forma y significado al ser, saber y hacer, que se puede reconocer como un impulso unificador, un sistema básico de motivación para buscar el bienestar. (Sánchez, 2004)

La espiritualidad no es lo mismo que la religión ni tampoco se aleja mucho de ella. La unión entre la espiritualidad y la salud es innegable, pues deja en claro que las prácticas espirituales bien organizadas, se asocian con un mejor estado de salud, menor depresión, mejores hábitos y menor mortalidad. El apoyo personal que se brindan el uno al otro, tras la fe, la esperanza y el ánimo mutuo, han contribuido en dejar de lado al estrés y la depresión. (Sánchez, 2004)

La religiosidad no es garantía de salud, pero sí de mejoría mediante la fe, dedicación y las ganas de vivir. Contar con un Dios como aliado, les asegura no estar solos y abandonados, sino en la espera de un destino tranquilo acompañado de amor y compasión. Se ha descubierto un buen nivel en espacios de crecimiento de los pacientes, quienes abren los ojos ante pequeños detalles y bendiciones que aún tienen a pesar de la enfermedad y las responsabilidades del cuidado de su cuerpo, templo e instrumento de vida. (Sánchez, 2004)

Un monje tibetano de nombre Sogyal Rimpoché relata su vida en el monasterio que lo acogió a los 6 meses de vida, para encaminarlo en la especial tradición de buscar las reencarnaciones de los grandes maestros fallecidos y la guianza de los enfermos y los moribundos con infinita comprensión, sabiduría y compasión. (Rimpoché, 1994)

Un día un monje enfermo entro en su lecho de muerte. El moribundo de nombre Samten había aceptado su muerte, según sus prácticas religiosas como algo natural en el proceso de vivir. Se le había instruido que el dolor y el sufrimiento suelen ser un proceso de purificación. (Rimpoché, 1994)

En otra ocasión un Lama, o maestro, Lama Tseten falleció y antes de partir, su alumna se acercó a preguntar si necesitaba de otro maestro que lo acompañase a lo que respondió que ¿Para qué?, si ya estaban juntos en mente y corazón. Cuando el maestro de Sogyal entro a ver al moribundo, sonrió y explico al alumno que no estaba muerto aun, estaba en una especie de trance espiritual profundo previo a su muerte, con lo cual marcharía en paz. (Rimpoché, 1994)

El primer moribundo había sufrido en su lecho, pero sin perder la fe, más el segundo, el Lama, había partido en un completo estado de paz, para el cual se había preparado en el transcurso de su vida. Sogyal hasta entonces había estado

aprendiendo lo más posible de las enseñanzas de su pueblo, pero entonces para el año 1959 con la caída del Tíbet, tras la ocupación China, también fallecía su maestro, dejando al alumno en un estado de pérdida y angustia. (Rimpoché, 1994)

Sogyal pasa a vivir en Occidente donde identifica que la gente ve a la muerte con negación y miedo, como un tema de morbo, al cual simple hecho de nombrarla, era atraerla. Otras personas en cambio veían con ingenuidad el proceso de la muerte, como algo normal, hasta que les llega la hora. (Rimpoché, 1994)

“La moderna sociedad industrial es una religión fanática. Estamos demoliendo, envenenando, destruyendo; todos los sistemas vitales de nuestro planeta. Estamos firmando letras que nuestros hijos no podrán pagar. Nos comportamos como si fuéramos la última generación que va a habitar la Tierra. Sin un cambio radical de corazón, de mente, de visión, la Tierra acabara como Venus, calcinada y muerta”. (Rimpoché, 1994)

Según Sogyal, el mundo moderno de aquellos que poseen buenos recursos económicos, se asemeja al reino de los Dioses, donde abunda el lujo, pero carece el pensamiento espiritual de la vida. Hasta que llega la muerte y ya ni los amantes de los “dioses”, se les acercan, solo les estiran flores y rezan porque vuelvan a ser como antes. Ni todos sus recursos de gozo y felicidad pueden ahora protegerlos, así que a dioses moribundos, se los deja solos en su lecho. (Rimpoché, 1994)

El destino de los dioses moribundos, es similar a lo que pasa hoy en día con ancianos, enfermos y moribundos; en una sociedad donde se da tributo a la juventud el sexo y el poder. La forma en la que tratamos a nuestros enfermos no por mucho es una decadencia total, como el caso de pacientes con Sida que se sienten excluidos por su condición. (Rimpoché, 1994)

Hoy en día los hospicios y los cuidados paliativos hacen un excelente trabajo, pero hace falta integrarle la dimensión espiritual para afrontar la muerte y realmente comprenderla. (Rimpoché, 1994)

Con frecuencia una persona que va a morir, se muestra reservada e insegura y no sabe cuáles son las intenciones de cuando es visitada. Esperamos sea lo más positiva cuando a veces esta persona necesita hablar de cosas que le dan miedo, como sus emociones y preocupaciones. Es de suma importancia presentarse en

posición relajada, acercándose a la persona y dedicándole el tiempo, como si nada más, fuera tan importante como estar allí. (Rimpoché, 1994)

Dos cosas muy útiles, son el sentido común y el sentido del humor. El humor es algo exquisito para amenizar el ambiente. Hay que ser cuidadoso pues la ira y la culpa a veces se proyectan contra uno, pero sin necesidad de personalización. A veces no es muy bueno tratar de convertir a alguien a nuestras creencias, pues la persona no quiere ser rescatado por la fe de otro, lo mejor es potenciar las creencias propias de la persona. Tenemos también que limitar nuestra capacidad pues no vamos a salvar a nadie de lo inevitable. (Rimpoché, 1994)

Lo mejor es entregar amor ilimitado y desinteresado, darles compañía, escucha. Hay que ponerse en el lugar de estas personas, pues algún momento podemos ocupar sus posiciones. Lo mejor es decir la verdad, no ocultar información de la persona que a fin de cuentas está al pendiente de su alrededor y los cambios gestuales, corporales, etc. de los cuidadores. Enfrentarnos a los miedos ajenos es prepararnos ante un espejo para la madurez, cuando alguien que teme es acompañada, se da cuenta que el miedo es universal y no se siente tan sola. (Rimpoché, 1994)

Es importante darnos cuenta y enseñar a otros que lo que tenemos e hicimos es suficiente y no hay porque sentirnos culpables, pues donde dejamos un espacio vacío, la siguiente de nuestras generaciones ocupará y así en adelante. (Rimpoché, 1994)

Un moribundo necesita dos garantías de los que quedan, una que se les da el permiso de morir, y dos que harán lo posible por estar bien después de la despedida. (Rimpoché, 1994)

Un ejemplo de una despedida efectiva es: *“estoy aquí contigo y te quiero, estas muriendo y eso es completamente natural; le ocurre a todo el mundo. Me gustaría que pudieras seguir aquí conmigo, pero no quiero que sufras más. El tiempo que hemos pasado juntos es suficiente y siempre lo tendré como algo precioso. Por favor no sigas aferrándote a la vida, déjate ir. Te doy mi más sincero y pleno permiso para morir. No estás solo, ni ahora ni nunca. Tienes todo mi amor”*. (Rimpoché, 1994)

Enoc, viajero celestial, para quien la muerte no existió, según la biblia, es un personaje de tiempo previo al gran diluvio, a quien hallamos en Génesis 5, 21-24; hijo de Jared y padre de Matusalén, revelador de secretos, inventor del calendario y la astronomía. Vivió 365 años (coinciden con los días del calendario) y no murió, sino “se fue con Dios”, pues la muerte era un viaje celestial. (Montaner, 2006)

En los viajes de Enoc, el ángel Rafael lleva a Enoc a distintos planos existenciales y revelaciones, que incluyeron el Seol, o destino de las almas, tras la muerte. Aquí se destaca un monte grande y alto con una robusta roca, de 4 orificios, tres oscuros y uno lleno de luz, en cuyo interior había una fuente de agua. El ángel explicó que en esos orificios se recogían las almas del hombre hasta el día de su juicio final. (Montaner, 2006)

En uno de los orificios escuchaba Enoc una voz, la cual aclara el ángel, pertenece a Abel, quien exige justicia de la traición de su hermano Caín. Las almas de los justos, explicaba, permanecían en el orificio de luz, donde hay una fuente de agua viva. Los demás orificios esperaban juicio según mandato divino. (Montaner, 2006)

Según la cosmología de la Biblia Hebrea, pensar que después de la muerte, exista un ascenso a los cielos, es visto como una invasión; puesto que el hombre pertenece a la tierra y al morir, desciende al inframundo de Seol. (Montaner, 2006)

Un ascenso al cielo, era aceptado para brindar revelaciones y enseñanzas, siendo una experiencia o visita única. Otro punto de vista bíblico de ascenso, es el de inmortalidad, al ser aceptado el hombre mortal, tras su muerte y sus grandes obras y cumplimiento de la ley divina, y ser aceptado en los cielos donde reclama un lugar. Tales hombres debían ser excepcionales, acotando que los únicos candidatos de la Biblia Hebrea, fueron Enoc y Elías. (Montaner, 2006)

Después en la época de Daniel y los macabeos, en la Biblia se empieza a hablar de la resurrección de los muertos justos, dejando a un lado el Seol, para ascender a los cielos. La ascensión de Jesús a los cielos desató un paradigma, de si un mortal de bien, lograba un lugar prometido de vida eterna junto al creador. (Montaner, 2006)

El nuevo testamento gira en torno a la resurrección, y el vencimiento de la vida sobre la muerte. El problema de la muerte se responde con la resurrección, pero tiene su lado oculto pues exige cualidades para merecer y solo algunos podrán gozar de la vida eterna. Y aun para los que merecen, queda en incógnita la naturaleza de la resurrección. La Biblia dice que la muerte es el retiro de aliento por parte de Dios, para que el hombre se reintegre a la tierra, ya que todos vienen del polvo y al polvo regresarán, mientras que el espíritu se irá con Dios. (Núñez, s.f.)

No temas tu sentencia de muerte, recuerda a los que te precedieron y a los que te seguirán, pues es el destino de todos los vivientes. (Eclo 41, 3s). Durante la vida, el hombre ya saborea la muerte, le teme y le espera con angustia, y dentro de la Biblia lo que encontramos es más confusión que claridad en cuanto a la muerte, así como la posición que tuvo Abraham ante Dios, cuando replico: Señor de que me sirven tus dones, si me estoy yendo sin mis hijos. (Núñez, s.f.)

De todos modos el hombre es el único ser vivo, que se está consciente y se apodera de su propia muerte, la analiza, la trata de comprender. Vale más visitar la casa de duelo que la casa de fiesta, pues en eso acaba todo hombre y el vivo reflexiona. El sabio piensa en la casa de duelo, el necio en la casa de fiesta. (Ecle 7, 2.4). También podemos rescatar el hecho de aprender a disfrutar de esta vida y corregir nuestros malos pasos, así como dicen los siguientes pasajes: (Sal 39, 5) Y (Sal 90, 12); “señor dame a conocer mi fin y cuantos serán mis días, a fin de que me dé cuenta lo frágil que soy”. “Enséñanos a calcular nuestros días, para que adquiramos un corazón sabio”. La vida es el más valioso bien, por eso el hombre hace todo por no perderla. (Núñez, s.f.)

La biblia incluye también pasajes donde es el hombre, en medio de una vida de lamentos y pena que pide a Dios, le quite la vida, o en casos de culpa cuentan los suicidios realizados, como en el caso de Judas, quien después de arrojar las monedas en el templo, se ahorcó. Y mejor aún el caso de heroísmo que representa la figura de Jesús, quien se sacrifica por la humanidad a pesar de sus pecados. “No te alegres de la muerte de nadie, recuerda que todos moriremos”. (Eclo 8,7) (Núñez, s.f.)

Tras una muerte el ser humano expresa celebración de solidaridad humana, respeto, acompañamiento y el deseo de un descanso eterno. Así por ejemplo, Abraham, sufrió el duelo tras la muerte de Sara, los israelitas lloraron a Moisés

durante 30 días. Si veía a alguno de mi raza, muerto y abandonado tras las murallas de Nínive, lo enterraba (Tob 1, 17), “Llora por un muerto porque perdió la luz, siete días dura el luto por un muerto” (Eclo 22, 11s). (Núñez, s.f.)

“Terrible será la muerte de aquellos quienes perecen sin tener una última mirada ni quien los lamente. Así el caso de grandes y pequeños que mueren sin ser enterrados ni llorados, sin alguien que le despida o le desee el descanso. La soledad de esa vivencia, pesa sobre el que muere, más allá de la vida; es el encuentro a solas con la muerte. Por eso la gran necesidad de familiares y cercanos en el momento de partida, pues nada mejor que marchar dejando una caravana de quienes nos amaron, antes que partir en medio de la nada”. (Núñez, s.f.)

El servicio que se presta al muerto en sí, es una preparación para nuestra propia muerte. La Biblia expresa que los muertos marchan a un lugar donde permanecen en silencio y descanso hasta la hora del juicio, pero en realidad la vida eterna se da en la continuación de nuestra generación viva que llevan nuestra sangre enseñanzas y apellido. Muere el padre y como si no muriese, pues deja detrás de sí, un hijo como él. Durante su vida se alegra de verlo, durante su muerte no se entristece. (Eclo 30, 4s) (Núñez, s.f.)

Se destaca una definición tajante de parte de la Biblia, que da los siguientes conceptos de vida y muerte: la fidelidad a las normas, de la realización ideal de la persona es principio de vida, en cambio, la infidelidad a estas, es principio de muerte. El que actúa según justicia, vivirá, el que persigue el mal morirá (Prv 11,19). El privilegio de escoger entre el bien y el mal, destaca la posición del hombre ante la vida y la muerte. Delante del hombre están muerte y vida, se le dará lo que el elija (Eclo 18, 17). El hombre que es justo, que observa el derecho y la justicia, ese hombre es intachable y vivirá (Ez 18, 5.9) (Núñez, s.f.)

El lado negativo de la Biblia y su influencia sobre la sociedad es la forma en que catalogan a la muerte, no física pero moral, en relación con el pecado. El pecado es ruptura de las ligaduras morales, con la sociedad y con Dios. Esa ruptura despierta en el hombre, sentimientos de culpa, miseria y soledad. Si el pecado significa muerte, la inocencia es vida. El temor del señor alarga la vida, los años del malvado se acortan (Prv 10, 27). Muchos de los que duermen en el polvo, despertarán para la vida eterna, otros para ignominia o deshonor perpetuo. (Dn 12, 2) (Núñez, s.f.)

Se mencionan pasajes donde el bueno, trata de redimir al pecador y enderezarlo en un mejor camino y la atribución de culpa que deja sobre el bueno, si no trata por lo menos de corregir al que es pecador. También ven a la carne como sinónimo de muerte y al espíritu como sinónimo de vida. (Núñez, s.f.)

No obstante la conversión, asegura el retorno a la vida. Convertirse es reunirse con los otros y con Dios en el camino de las normas y los principios que persiguen la realización del ser humano. “Si yo digo al malvado: vas a morir y él se convierte del pecado, y practica el derecho y la justicia, ciertamente vivirá y no morirá”. (Ez 33, 14s) Este hijo mío estaba muerto y ha vuelto a la vida, estaba perdido y ha sido hallado (Lc 15, 24) mantente fiel hasta la muerte y te daré la corona de la vida (Apc 2,10) (Núñez, s.f.)

Se espera adelantarse a la muerte en la carrera de la vida, mediante el entendimiento y la aceptación de ella como un hecho universal. Mueren los astros y el hombre, el mar y el viento, nada se salva, pues es una cuenta que se debe pagar por el milagro de vivir y gozar, dejar descendencia y obras. Una buena vida asegura una muerte digna, una muerte moral es la acogida del pecado la culpa y la miseria, una muerte digna en medio de principios morales y humanitarios, asegura una muerte sin muerte, una prolongación de esta a través del bien hecho y la tranquilidad con la que nos vamos a un plano aun sin descubrir.

2.5. PSICOLOGÍA Y LA MUERTE

La Logo-terapia de Frankl, hace referencia a tener un propósito que se centra en darle sentido a la experiencia humana. La primera lucha motivante para el hombre, es la lucha por dar sentido a su propia existencia en contraste con la voluntad de placer. (Conca, & Minaeff, s.f.)

La voluntad de sentido es cosa de hecho y fe según Frankl. El hombre no actúa movido por impulsos morales o religiosos, de la conciencia, sino que lo hace por un objetivo que lo identifica. (Conca, & Minaeff, s.f.)

De tal modo que considera que la esencia de la existencia consiste en la capacidad del ser humano para responder responsablemente a las demandas que la vida plantea por cada situación peculiar. (Conca, & Minaeff, s.f.)

Jiménez – Villalba, (2012), tomando los trabajos de Freud; explica como el ser humano insiste en el carácter ocasional de la muerte, ya sea de manera accidental, por enfermedades, infecciones, vejez, etc. Revelando así claramente, la tendencia a desposeer a la muerte de todo carácter de necesidad, a hacer de ella un acontecimiento netamente accidental.

El tema de la muerte abarca una serie de sentimientos, especialmente cuando existen personas que están atravesando por alguna enfermedad, lo cual genera ansiedad, miedo etc.

En la soledad, es muy difícil superar los conflictos, por lo que la psicología es de gran ayuda para esta situación, al proporcionar apoyo mediante técnicas terapéuticas.

La muerte y demás pérdidas que incluyen el trabajo, rompimientos con la pareja, etc., marcan un quiebre en la identidad de la persona. (Niemeyer, s.f.)

En la actualidad, nuestra civilización que posee de múltiples recursos médicos y científicos, aún tiene que lidiar con el tema de la muerte. El ser humano no ha llegado a dominar la mortalidad aún. (Bayés, 1997).

Jung, dentro de sus obras sobre los sueños, evidencio que las personas tienden a soñar cosas que los preparan o alertan sobre la muerte. Jung veía que en adultos mayores, era quienes mostraban mayor riqueza en símbolos oníricos. “El

familiarizarse con la idea de la muerte, es uno de los intereses del hombre que envejece”. (Von Franz, 1992)

La tradición alquímica según el autor; persigue una visión del mundo que concibe la psique y la materia como una realidad, siendo la muerte, solo en parte una división de materia y psique, esencialmente una transformación psicofísica. (Von Franz, 1992)

Así como los egipcios veían crecer de la tumba de Osiris, trigo nuevo, mencionaban que el que siembre, cosecha, hablando de nuestros creadores que nos dan la vida y tras la muerte nos llevan a la cosecha o resurrección. Así el trigo o la vida después de la muerte. (Von Franz, 1992)

En la antigüedad, los chinos, supuestamente enterraban a sus muertos en la parte norte de las casas, en donde guardaban las semillas para las siembras. Tenían la idea de que los muertos seguían viviendo en las aguas subterráneas de la casa, cerca de las semillas, de este modo tomaban vida con el solsticio de invierno que las hacía crecer a estas semillas de “vida”. De este modo, el autor resume que esta idea trataba que: “tal como las simientes sembradas despiertan a una nueva vida en primavera, también el muerto resucitará en el más allá”. (Von Franz, 1992)

Durante Consulta, el Dr. Víctor Frankl, solía preguntar a pacientes con padecimientos difíciles y aparentemente sin solución, ¿por qué, Ud. no se suicida? Teniendo por respuestas cosas como tengo hijos, una mascota, talentos pendientes, sueños, etc. con lo que el psiquiatra encontraba detalles para rescatar la sanidad de la persona en fuentes de sentido para la vida. Su enfoque de logoterapia se basaba en el análisis existencial. (Frankl & Allport, 2004)

Sobrevivir es hallarle sentido al sufrimiento y ante sucesos difíciles que marcan el paso de nuestra vida, cuando hayamos perdido nuestra salud, amigos, familia, intereses, etc. Queda solamente la voluntad libre de elección. (Frankl & Allport, 2004)

El disponer de instrumentos efectivos sobre el miedo a la muerte, que nos permitan desarrollar investigaciones objetivas, es importante para determinar un adecuado cuidado y calidad de vida de las personas en etapa terminal. (Venegas s.f.)

Freud, en su obra de la dualidad instintiva de Eros y Thanatos, amor y odio; explica que los impulsos violentos, ya sea hacia sí mismo o hacia el exterior, son producto de Thanatos. Cuando se pierde control de los impulsos vitales y uno “se deja morir”, está dejando que el Súper Yo dé cabida a que Thanatos gobierne y despedace lo que queda de esperanza vital y ganas de una existencia consciente. (Brass, s.f.)

En el Libro: “Los que se creen Dioses” de Garza, H.S., (2000), el autor inicia sus apuntes con frases de Oscar Wilde como la siguiente: “Cada Hombre Mata lo que Ama”, con el fin de abreviar el principio de la teoría de Freud sobre Thanatos. Nos dice que Stekel en 1909, utiliza el término Thanatos, como deseo de morir. Aunque los lazos conectores son muy claros entre odio, violencia y pulsión de muerte, la denominación “instinto de muerte”, es rechazada por muchos psicólogos y profesionales. En medio de un ser humano que idealiza la carne poniendo en duda el destino de la materia universal, Theodor Adorno menciona; “los muertos no merecen ser privados de lo único que nuestra impotencia puede aún tributarles, nuestros recuerdos”. (Garza, 2000)

“Nadie es una isla, completa en sí mismo; cada hombre es un pedazo del continente, una parte de la tierra; si el mar se lleva una porción de tierra, toda Europa queda disminuida, como si fuera un promontorio, o la casa de uno de tus amigos, o la tuya propia; la muerte de cualquier hombre me disminuye, porque estoy ligado a la humanidad; y por consiguiente, nunca hagas preguntas de por quién doblan las campanas; doblan por ti”. Texto de John Donne, citado en Hemingway, E. (1968). Por quién doblan las campanas.

“La muerte no es más que un sueño y un olvido” Mahatma Gandhi

La tanatología como ciencia, es aceptada a partir de los años 50 por parte de la Dra. Elisabeth Kúbler- Ross y de la Dra. Cicely Saunders, quienes plantearon problemas acerca de la muerte y el proceso de morir. (Cortés, 2013)

Morir, según Kübler-Ross, es como trasladarse a una casa más bonita, de abandonar el cuerpo físico, como la mariposa abandona su capullo de seda. La muerte como pérdida, es la ausencia más grande y trascendental que el ser humano que sobrevive y ama, puede llegar a vivir. (Cortés, 2013)

La muerte, como una experiencia que a veces aparece de modo progresivo, otras de modo inesperado, siempre llega. Las personas mueren tal cual cómo viven e incluso algunas planean su propia forma y momento de morir. La muerte es algo inevitable y puede ocurrir de diversos modos, pero lo que nunca se debe pensar, es que una muerte puede no tener sentido, puesto que toda muerte trae consigo un mensaje para los que quedamos vivos. Aprender la lección que nos enseña la muerte evita que sea un sacrificio inútil. Cortés, (2013)

Etapas Del Duelo, citando la tesina de Cortés, (2013):

1.- Negación: como intento de auto protección contra el dolor.

2.- Ira/Rabia: La negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento.

3.- Pacto/Negociación: Ante lo difícil de afrontar la realidad, y el enojo con la gente y con Dios, bajo las referencias de Jorge Bucay, se presenta esta etapa como la etapa de la culpa que llega como arrepentimiento posterior a las emociones en la etapa anterior, como la respuesta a la furia que esconde la tristeza. Cortés, (2013)

4.- Depresión/Tristeza: estado temporal y preparatorio para la aceptación de la realidad.

5.- Aceptación: comienza a sentirse una cierta paz, se puede estar bien solo o acompañado, no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor.

2.6. ALGUNAS CONSIDERACIONES

En la modernidad, gracias a numerosos estudios y avances de la ciencia, el cáncer ha ido perdiendo fuerza, pero la batalla continúa. Son muchas las perspectivas acerca de la enfermedad, a lo que revisaremos algunos pensamientos de la época.

Enfermar es algo, por lo cual todo ser humano va a transitar a lo largo de su vida. Se puede estudiar al ser humano enfermo desde el nivel, médico, biológico, bacteriológico, inmunológico, clínico, psicológico, social, antropológico, etc. (Rojas-May, 2006).

El cáncer es una palabra que engloba muchas enfermedades, caracterizadas por el crecimiento anormal, incontrolable de las células del cuerpo. Puede ser producido por trastornos genéticos, e incluso en algunos casos, puede ser hereditario. (Cirera, 1997).

El impacto generado en el paciente y sus familiares, al escuchar la palabra cáncer, puede llegar a ocasionar graves trastornos psicológicos, emotivos, afectivos, etc. Que son tan importantes como la enfermedad que los ha desencadenado. (Fernández, 2004)

Gran parte de pacientes con cáncer viven un proceso denominado “duelo oncológico”, el cual consiste en un proceso psicológico adaptativo formado por etapas que se activan consiguiente al diagnóstico de su enfermedad. Este mecanismo consiste en la reconstitución psíquica, que le permita estructurar respuestas adecuadas ante los desafíos orgánicos, cognitivos, sociales y emocionales a los cuales se enfrenta. (Rojas-May, 2006)

Es importante manejar tanto los síntomas físicos como psíquicos, tomando en cuenta la interacción de ambos con el riesgo para el individuo, ya que el malestar emocional complica la percepción subjetiva de malestar físico y este a la vez, el estado emocional. Si el paciente presenta un afecto negativo elevado, la expresión de emociones puede verse dificultada, con un incremento en las sensaciones de desesperanza. (Barreto, 1994)

Las emociones y actitudes negativas que se presentan al enfrentarse a la enfermedad, pueden ser incluso más dañinas que el mismo cáncer, ya que llegan a interferir en el tratamiento. Se busca enseñar al paciente que para poder enfrentar el

cáncer, es necesario que el cerebro registre emociones positivas y así aumentar las habilidades inmunológicas para luchar contra la enfermedad. La sanación no es exclusiva de la medicina, sino que requiere de la participación del paciente. (Fernández, 2004)

El impacto emocional va a depender de la personalidad del paciente, el tratamiento terapéutico y el apoyo familiar recibido. Ante todo esto se ha creado los cuidados paliativos, con la finalidad de velar por una mejor calidad de vida para los pacientes. (García, 1996)

Temer a la muerte es un proceso tanto genético como adaptativo, que se empaña de tabú socio cultural, donde se engrandece su llegada y se olvida de sus limitaciones. (Barreto, 1994)

El paciente, es afectado tanto por el dolor, la dependencia y las necesidades de abstenerse, la pérdida de autonomía en higiene, alimento, deambulación, en conjunto con la dificultad para controlar sus síntomas, todo esto aumenta la percepción de muerte y temor intenso. La aparición de un nuevo síntoma, o el aumento en su intensidad es también asociada con morir. (García, 1996)

El aburrimiento, puede desencadenar estrés puesto que pone en juego la preservación de la autoestima, la dignidad y la utilidad. Las necesidades espirituales y las tareas o proyectos que han quedado inconclusos, son otras áreas que requieren atención para garantizar bienestar psicológico para el paciente con cáncer a más de la relación del enfermo con su familia y allegados. (García, 1996)

La relajación, visualización y la terapia cognitiva; junto con los tratamientos oncológicos, son de gran utilidad ya que muchas veces, nuestra respuesta al estrés y las consecuentes alteraciones psicológicas, dependen casi siempre de la interpretación inadecuada de los acontecimientos de la vida cotidiana. (Fernández, 2004)

Las técnicas de afrontamiento, son herramientas de gran importancia para sobrellevar el estrés, por su habilidad de supervivencia o recursos que adquiere la persona en el proceso de socialización para poder salir de las dificultades y resistir los golpes de la vida. (Echeburúa, et al., 2005)

Estas habilidades de supervivencia van a depender del nivel intelectual, del grado de autoestima, del estilo cognitivo personal y el optimismo y del tipo de experiencias vividas, así como del apoyo familiar y social. (Echeburúa, et al., 2005)

Aquellas personas resistentes al estrés, se muestran con un alto control emocional, una autoestima adecuada, criterios morales sólidos, un estilo de vida equilibrado, acciones gratificantes, una vida social plena e estimulante, un mundo interno rico y una actitud positiva ante la vida. Este tipo de personalidades tienden a aminorar o eliminar, de modo adecuado, la respuesta ante el estrés. (Echeburúa, et al., 2005)

Estrategias de afrontamiento positivas según Echeburúa, et al., (2005)

- Aceptación del hecho y resignación
- Experiencia compartida del dolor y de la pena
- Reorganización del sistema familiar y de la vida cotidiana
- Reinterpretación positiva del suceso (hasta donde ello es posible)
- Establecimiento de nuevas metas y relaciones
- Búsqueda de apoyo social
- Implicación en grupos de autoayuda.

Estrategias de afrontamiento negativas según Echeburúa, et al., (2005)

- Anclaje en los recuerdos y planteamiento de preguntas sin respuesta
- Sentimientos de culpa
- Emociones negativas de odio o de venganza
- Aislamiento social
- Implicación en procesos judiciales, sobre todo cuando la víctima se implica voluntariamente en ellos
- Consumo excesivo de alcohol o de drogas
- Abuso de fármacos

“Los pacientes que se muestran aprensivos suelen fallecer antes que los pacientes que rechazan las implicaciones del cáncer, quienes usualmente mejoran”. (Miller, 1980).

2.7. MANEJO DEL MIEDO Y UNA MUERTE ADECUADA

Según Vega, Ortiz & Palao, (2004), citando el trabajo de Breitbart, reconstruye el concepto de muerte adecuada, incluyendo:

1. Disminuir conflictos internos y miedos acerca de perder el control.
2. Intentar mantener el sentido de identidad personal individual.
3. Mantener las relaciones más importantes en busca de resolver los conflictos.
4. Animar a la persona a intentar conseguir metas significativas, aunque sean limitadas.

Hablar con el moribundo es una habilidad paradójica en la que prácticamente todos los estudios empíricos han destacado la capacidad de escuchar sobre la capacidad de decir algo. (Vega et al., 2004)

Vega et al., (2004); explican que lo importante no es lo que decimos como terapeutas, sino lo que podemos escuchar. La escucha, no es una actividad pasiva que se consigue en el silencio; se labra un ambiente de confianza con el terapeuta, donde sea posible revelar lo que el sujeto siente, sufre y teme. Es de gran valor, conocer más del sujeto, hacer investigaciones previas de su historial. Se dice que uno muere como ha vivido, así que es importante conocer las crisis que ha enfrentado el paciente a lo largo de su vida y como ha reaccionado ante ellas.

Según López, Esquivel & Monrreal, (s.f.), la muerte en la modernidad, se reconoce como el hecho más trascendente y negativo de la existencia humana sin respuesta fija, presentándose como un acontecimiento terrible y escalofriante.

La muerte como fenómeno, ha generado los sistemas de creencias más complejos y elaborados durante siglos, que incluyen prácticas mágicas y religiosas, mediante los cuales la humanidad a lo largo del tiempo ha ido dándole explicación a la finitud de la existencia. (López et al., s.f.)

Hoy en día la muerte es inconcebible e inaceptable, por lo que se la lleva de la casa del hombre, a lugares aparentemente aptos para una mejor calidad de vida, siendo instituciones médicas, que manejan técnicas “revolucionarias” y propias del profesional, a veces alejando a la familia y al entorno del paciente; con la finalidad de lidiar con el proceso de la muerte en nuestros semejantes. (López et al., s.f.)

2.8. ALGUNOS AUTORES SOBRE EL CÁNCER, LA ENFERMEDAD, Y LA MUERTE

Según Albert Einstein, algo temido para la humanidad, es descubrir que no estamos solos, saber que hay un más allá de la tierra y de la realidad, un espacio adimensional, donde no existe ni tiempo ni espacio. De algún modo, quizá la muerte se ubica en este esquema de miedo profundizado, miedo a lo desconocido, pero quizá una oportunidad de seguir existiendo, en un plano totalmente nuevo.

Descartes separaba mente y cuerpo, como partes distintas por analizar, Platón, Hipócrates y Virgilio; mantenían la idea de que el cuerpo humano es integral, no se puede separar alma del cuerpo ni mente en relación a salud y enfermedad. (Cooper, 1984)

Evans, uno de los discípulos de Jung, destaca la íntima relación emocional previa a la aparición de la enfermedad; le acompaña más tarde el cirujano David Kissen (cirujano torácico del Brompton Hospital), quien mediante reactivos psicológicos, halló una relación entre tipos de personalidad incapaces de desahogarse, en relación a la aparición de cáncer de pulmón. La universidad de Manchester, representada por Schmale & Iker; descubrieron que mujeres con Papanicolaou sospechoso, quienes presentaban un “desvalimiento emocional”, eran más propensas a enfermar con cáncer de cérvix en comparación con aquellas que sobrellevaban el estrés situacional. (Cooper, 1984)

La universidad de Manchester junto al hematólogo Greene, también demostraron mediante un estudio con gemelos (uno con leucemia), que un trastorno psicológico separaba un gemelo sano de aquel enfermo. Tras 15 años de experiencia con pacientes que tenían linfoma o leucemia, Greene encontró relación entre la enfermedad con procesos de separación o pérdida emocional, sentimientos de ansiedad, enfado y tristeza o desesperanza. (Cooper, 1984)

En 1977, Lawrence LeShan; psicoanalista neoyorquino, tras 25 años de estudios empleando el Rorschach, concluye que la aparición tumoral se relaciona con la desesperanza o desamparo, la incapacidad para expresar ira o resentimiento, la desconfianza u odio a sí mismo y finalmente coincide con Greene, en la pérdida de una relación emocional importante. (Cooper, 1984)

Algunos especialistas de la salud, señalan, que el estado emocional y la personalidad influyen con el desarrollo y el desenlace de la enfermedad. Están por un lado aquellos que con un tumor maligno no resisten a pesar de los avances de la ciencia y los tratamientos propuestos, en comparación con aquellos que teniendo el mismo tumor maligno, sanan “milagrosamente”, o mantienen la enfermedad a raya. Estos segundos habrían demostrado un mayor desahogo emocional que los primeros.

Según Cooper (1984), las células malignas presentes en algunos órganos y tejidos, son capaces de establecerse y multiplicarse hasta convertirse en lesiones importantes, en individuos susceptibles, mientras que en otros con un sistema inmunológico eficiente, son capaces de reconocer y destruir aquellas células anormales. A finales del siglo XIX, el médico inglés; Snow, tras un estudio con 250 pacientes oncológicos, concluye, que la pérdida de un ser amado constituye un factor influyente en la formación neoplásica. (Cooper, 1984)

Algo impactante, es darse cuenta que los mismos agentes utilizados para el manejo del cáncer, es decir, radiación, inmunosupresión y ciertas hormonas esteroideas, también son la causa de la enfermedad. A causa de efectos fuertes del estrés sobre los factores inmunitario y endocrino, el estrés adquiere potencia y efecto en la susceptibilidad del cáncer y su curso clínico. (Cooper, 1984)

Cooper (1984), destaca que existe comunicación directa entre el cerebro y el sistema inmunitario. El autor señala a Rosch (1980), quien determinó que algunos tipos de estrés grave, visto en pilotos de carreras, como resultado de respuestas primitivas durante competencia, generaban vulnerabilidad a la hipertensión, apoplejía, enfermedad coronaria, ulcera, artritis, cáncer y demás desordenes que conllevan la competencia inmunológica.

El estrés emocional, según Fernández, (2004), influye en la función de las células NK (Natural Killer). Esto provoca una alteración en la actividad de los linfocitos T cooperadores, los cuales estimulan la producción de anticuerpos. También se altera la actividad de los linfocitos T, encargados de frenar el proceso de producción de anticuerpos. Finalmente ese estrés puede llegar a inhibir la producción de interferón, que son proteínas que estimulan al sistema inmunológico.

Los estilos de vida con emociones positivas, que reducen el estrés con sentido de control, fe y creencias sólidas, determinan menor o inexistente relación con el cáncer. (Cooper, 1984)

Vilhjalmur Stefanson, antropólogo y explorador del ártico, en 1960, señala la ausencia de cáncer en esquimales. Por igual la cultura Hunza en Pakistán, quienes tienen tasas de longevidad de hasta 120 años, extraordinariamente fértiles con un sistema nervioso dotado de alta sensibilidad, desconocen que es el cáncer en su región. (Cooper, 1984)

“Todo el mundo está amenazado de muerte por el cáncer, a causa de nuestra incapacidad de adaptación a las condiciones de vida actuales”. Dr. Alexander Berglas, citado por Cooper, (1984)

2.9. CUIDADOS PALIATIVOS

Las líneas de tratamiento de la psicooncología, ciencia que se dedica a estudiar el ámbito cognitivo de pacientes enfermos de cáncer; se desarrollan en las siguientes áreas:

- Prevención
- Información al paciente
- Preparación para su hospitalización y tratamiento
- Efectos secundarios al tratamiento
- Dolor
- Relaciones familiares
- Fase terminal
- Entrenamiento para el personal sanitario
- Adaptación del paciente, a la enfermedad

Arbizu, (2009), citando el trabajo de Spiegel (1989), manifiesta que aquellas mujeres con cáncer de mama metastásico, quienes recibieron tratamiento psicológico; tenían una mayor tasa de supervivencia en comparación con el grupo control, conformado por mujeres con cáncer de mama, sin recibir tratamiento. Aquí se constata la importancia de la psicoterapia.

Otro estudio bajo la autoría de Greer y Morris, explica que aquellas mujeres que se enfrentaron a su enfermedad o la negaron, durante los primeros meses tras el diagnóstico, consiguieron unas tasas de recidivas muy inferiores a las que afrontaron la enfermedad con actitudes depresivas o de aceptación fatalista. (Arbizu, 2009)

El pesimismo, la depresión y el estado de ánimo pobre, son factores que determinan una menor supervivencia en el sujeto que padece de cáncer. Se encuentra relación entre psicoterapia y mayor supervivencia. (Arbizu, 2009)

La psicoterapia debe tener un único objetivo, que es el de mejorar la calidad de vida del paciente. (Arbizu, 2009)

“Cecily Saunders, cabeza de la medicina paliativa moderna, observo que la tendencia actual de esconder al moribundo de su verdad (pronostico, condición), reemplazando su casa por un hospital, y al no permitirle su despliegue emocional, son fenómenos que dan cuenta de cómo el conjunto de factores “clínicos” y

“paliativos”, no tienen la capacidad para hacer frente y asumir nuestra mortalidad y la del resto”. (Arbizu, 2009)

La muerte es sentida como la antítesis de la idea de progreso. El esquema de cuidados paliativos, para el entorno de un moribundo, contribuye a manejar el duelo de manera adecuada, sin dar cabida al desarrollo patológico de las emociones y entendimientos. La Psicología Social Transcultural, juega un papel importante dentro de los cuidados paliativos, al servir de inclusión para la espiritualidad y las creencias religiosas, que han demostrado gran eficacia para la sanidad del paciente moribundo. (Yoffe, 2002)

El duelo según varios estudiosos, es descrito como un proceso y no como un estado; en donde la persona pasa de abrazar el vacío hasta deshacerse de los vínculos que la unían con un ser que ya no está. El duelo puede ser corrompido por la violencia de la muerte, la desaparición física del cuerpo, las enfermedades terminales, el perder a un niño, etc. Siendo hechos inesperados, impactantes, lo cual genera un revuelo en la capacidad de aceptación del ser doliente. (Yoffe, 2002)

Se describen tres fases del duelo. La primera citando a Worden (1997), que refiere a la anestesia o shock emocional, la cual implica la negación de la realidad. La segunda fase, citando a Bowlby (1980-1981), como la de protesta – rabia por la pérdida, y el anhelo de retorno, evocada en la depresión y el dolor de los que quedan. Y finalmente una tercera o de desesperación y desorganización, tras enfrentar la ausencia irreversible del ser querido, creándole un lugar dentro de los recuerdos y el amor. (Yoffe, 2002)

Durante la infancia jugamos a aparecer y desaparecer, tal como en el juego de las escondidas. Este juego nos asemeja la idea de “no estar”, el sabor de la ausencia. (Yoffe, 2002)

La Psicología Transpersonal de la modernidad ha logrado integrar los conocimientos Orientales, como el budismo, la espiritualidad y el alma como hipótesis; dentro de los avances Occidentales de las ciencias. Se ha demostrado que la meditación, la oración o la plegaria contribuyen a fortalecer el sistema inmunológico y a manejar el estrés. Larry Dossey, incluso refiere la plegaria de

otros, incluso sin el conocimiento del paciente, llegan a contribuir sobre la salud de este. (Yoffe, 2002)

En conclusión podemos afirmar que si bien no hay esperanza para el cuerpo físico, tras las enfermedades y el paso del tiempo; los cuidados paliativos, la espiritualidad y la comunicación de los miedos, aseguran aminorar los temores traumáticos de morir, e incluso sanar el alma y el espíritu; temas tabú de la sociedad contemporánea. (Yoffe, 2002)

CAPÍTULO 3

3. CAEPO (CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS)

A partir de los años sesenta una de las principales variables relacionadas con el cáncer es el estrés y las estrategias de afrontamiento ante esto. Ya que la enfermedad, la terapia, la hospitalización en sí, son factores que desestabilizan la adaptación de sujeto.

Debido a la gran necesidad de tratar estos problemas, la psicooncología se ha aferrado al CAEPO como una herramienta importante para valorar el modo en la cual los pacientes con cáncer afrontan la situación. Se considera también útil para valorar pacientes con cualquier otra enfermedad crónica o aguda que inhabilite el diario accionar del paciente, o se perciba como una amenaza para sus funciones. (González, 2004)

Descripción del CAEPO:

Tabla 5 : Datos del Reactivo

Nombre : Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)

Autora: María Teresa Gonzales Martínez

Procedencia: TEA ediciones , S.A. (2004)

Aplicación: Individual

Ámbito de aplicación: Adultos que padezcan cáncer u otra enfermedad orgánica con diferentes grados de gravedad o cronicidad.

Duración: Variable, aproximadamente 25 minutos.

Finalidad: Evaluación del afrontamiento al estrés mediante siete dimensiones o escalas.

Baremación: muestras de sujetos adultos con diversos tipos de cáncer, o

enfermedades severas.

Material: Manual y ejemplar auto corregible.

Nota. Recuperado de González (2004)

Citando a Lazarus y Folkman; González (2004), define al estrés según tres diferentes formas: como estímulo, como respuesta, y como relación.

Como estímulo se denomina estresor o estímulo estresante capaz de generar estrés tales como desastres naturales pérdidas significativas y enfermedades, todo esto relacionado con el proceso de adaptación y salud. (González, 2004)

El estrés como respuesta, en el ámbito de la medicina y la biología hacen referencia al estado del estrés entendiendo como la respuesta que los sujetos dan ante estos estímulos determinando la fuerza y el significado de la situaciones estimulares. (González, 2004)

El estrés como concepto interactivo o relacional considera al sujeto como un elemento que sufre de las condiciones extremas siendo un agente activo que establece una relación con el entorno dependiente de los estímulos y de las propias características del sujeto. La respuesta dependerá del entorno, de las características del sujeto, y de la relación entre estas dos. (Gonzales, 2004)

Lazarus y Folkman definen al afrontamiento como un mecanismo dirigido a controlar las demandas internas o externas evaluadas como agotadoras que desbordan los recursos personales. Entendiendo que el afrontamiento es distinto a la conducta adaptativa automatizada, en donde la mejor decisión será evitar, huir o minimizar la situación. (González, 2004)

El afrontamiento tiene dos funciones principales; la una dirigida al problema y la otra dirigida a la emoción. Las dos pueden interactuar entre sí.

Tabla 6 : Estrategias Fundamentadas, según González (2004)

Principales Estrategias de Afrontamiento

1. Confrontación: Actuaciones y esfuerzos directos y agresivos para modificar la situación.

-
2. Distanciamiento: Esfuerzo para alejarse del problema.
 3. Autocontrol: Esfuerzo para auto regular los propios sentimientos y acciones.
 4. Búsqueda de apoyo social: Búsqueda de apoyo, comprensión, consejo e información.
 5. Aceptación de la responsabilidad: Reconocimiento del problema e intento de solución.
 6. Huida- Evitación: Esfuerzo por evadir la situación (dormir, comer, beber, etc.)
 7. Planificación: Esfuerzo por cambiar la situación de forma analítica.
 8. Revaluación positiva: Esfuerzo por buscar significado positivo a la situación, centrándose en el desarrollo personal.
-

Nota. Recuperado de González (2004)

Lipowski, propone las siguientes estrategias de afrontamiento dependiendo como el sujeto percibe la enfermedad.

Tabla 7 : Percepciones de Lipowski

Percepción de la enfermedad como un reto: Como algo que necesita solución.

Percepción de la enfermedad como un enemigo: Algo que se debe combatir y vencer.

Percepción de la enfermedad como un castigo: Algo justo o injusto que puede desarrollar sentimientos depresivos.

Percepción de la enfermedad como debilidad: Como fallo personal acompañado de culpabilidad

Percepción de la enfermedad como liberación: Liberación de obligaciones

o responsabilidades pudiendo llegar a la exageración.

Percepción de la enfermedad como estrategia: Obtener el apoyo y la atención de los demás (se relaciona con el punto anterior).

Percepción de la enfermedad como pérdida o daño irreparable: Conduce a la depresión, hostilidad, resistencia con el tratamiento.

Percepción de la enfermedad como valor: Como algo que ayuda a formar el carácter (poco frecuente) y al crecimiento personal.

Nota. Recuperado de González (2004)

3.1. LAS SIETE ESCALAS DEL CAEPO

1. Escala de Enfrentamiento y lucha Activa (ELA): Constituida por 9 ítems donde el sujeto adopta un papel activo y colaborador.

2. Escala de Autocontrol y de control emocional (ACE): Conformado por siete ítems en donde los pensamientos se enfocan en desaparecer o disminuir los estados negativos que genera la enfermedad.

3. Escala de búsqueda de apoyo social (BAS): Conformado por 4 ítems en donde se busca información como apoyo para comprender su enfermedad y todo lo relacionado.

4. Escala de ansiedad y preocupación ansiosa (APA): Está constituido por 6 ítems en donde el sujeto se presenta poco optimista ante las posibilidades de controlar la situación.

5. Escala de pasividad y resignación pasiva (PRP): Constituido por 5 ítems en donde se presenta una visión pesimista respecto al futuro y a la enfermedad.

6. Escala de huida y distanciamiento (HD): Conformada por 6 ítems que indican a un sujeto que busca escapar de la realidad, se presenta desequilibrio emocional y se tiende a elevar la ansiedad.

7. Escala de negación (N): Constituida por tres ítems donde el sujeto niega la evidencia de la enfermedad y la realidad.

CAPÍTULO 4

4. RESULTADOS

4.1.METODOLOGÍA

En FASEC, Fundación al Servicio del Enfermo de Cáncer, ubicada entre las calles Avenida el Paraíso y Agustín Landívar, vecindad con SOLCA; se dio la oportunidad de trabajar durante un periodo de dos meses de voluntariado, visitas continuas, entrevistas, observación y seguimiento de 13 personas, y pacientes con cuadros oncológicos o relacionados, quienes accedieron formar parte de la investigación de carácter exploratoria. Se ha incluido solamente detalles relevantes, debido a la solicitud de conservar cierta privacidad, por lo delicado del tema.

Esta tesis se enfoca en la psicología del desarrollo, concretamente en la etapa final de la vida de una persona, como es la muerte. Se postula analizar los principales estresores y sus principales técnicas de afrontamiento, para de allí, buscar la postura de las personas ante la muerte, de manera indirecta.

Los objetivos de esta tesis, son recopilar información sobre las estrategias de afrontamiento (conductas y cogniciones) que utiliza un sujeto cuando se encuentra ante una situación de estrés, producida por el diagnóstico de cáncer. A la vez que conocer la postura e ideas que tienen los pacientes oncológicos sobre la muerte, comprobar la importancia de la espiritualidad y socializar los resultados obtenidos en la aplicación del CAEPO. Se hace también uso, de encuestas, observación y entrevistas.

Se trabajó con el cuestionario CAEPO, cuyas siglas significan Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos, el cual mide importantes escalas de adaptación de una enfermedad grave y sus dificultades para sobrellevar el estrés; escalas, las cuales el psicólogo hace uso para brindar un manejo adecuado de los pacientes en cuanto a cuidados paliativos, y en el caso de esta investigación: observación, motivación y socialización de los resultados encontrados tanto por el cuestionario, como por la investigación de tipo exploratoria y cualitativa. A pesar de

ser un trabajo descriptivo, se tienen datos cuantitativos que pueden observarse en las tablas y cuadros por venir más adelante.

4.2. ANÁLISIS

Como un análisis de resultados, se exponen los datos más relevantes de los 13 pacientes, en cuanto a su vida, sus ideas sobre la muerte y la espiritualidad, los resultados individuales en las escalas del CAEPO y los distintos tipos de afrontamiento, que fueron funcionales para cada uno, a lo largo de la investigación.

PACIENTE 1: La primera paciente con la que se trabajó en el mes de marzo del presente año, fue Herlinda de 28 años, proveniente de Ponce Enríquez. Acude a FASEC, para reposar mientras tiene consulta en el Hospital Regional de Cuenca. Su tratamiento incluyó la extracción de un riñón, por complicaciones nefróticas. Herlinda es madre de tres pequeños y lleva un matrimonio bastante bueno, según manifiesta. Cuenta con el apoyo de sus familiares directos, incluyendo su madre, quien frecuenta y se queda a dormir con ella. Su marido está al cuidado de sus hijos, por lo que si viene a Cuenca, es ocasionalmente, y viene con sus pequeños. Las visitas de los niños, usualmente la ponen sentimental, por el hecho de distanciarse y la idea elaborada de que su vida está en riesgo y que llegue a faltarles a sus hijos.

Sus miedos, incluyen el no poder vivir solo con un riñón, llegando a complicaciones que la lleven a la muerte. Sus creencias religiosas no están muy marcadas, pues siempre ha sido una persona más de hechos que de fe, aunque no excluye la existencia de un Dios, “que todo lo ve”. Es de las personas que creen en “Un Dios que castiga”, aunque está al tanto que su enfermedad es algo que se va de las manos del dominio universal, siendo un caso como el de muchos, una enfermedad que puede desarrollarse en cualquier persona sin importar nada. Su principal fuente de apoyo es su familia y la sociedad.

Teme a la muerte, es algo que le genera estrés y rasgos de ansiedad, el hecho de ser una persona joven, pone en cuestionamiento sus planes e ideas sobre la vida. “No está lista para morir, ni en idea”

El CAEPO, determina que el tipo de afrontamiento de Herlinda, es Preferentemente Negativo. A pesar de este resultado, se observa que tras terapia psicológica y apoyo de compañeros, técnicas de afrontamiento como la risa, la terapia ocupacional que incluye la pintura, el juego; el compartir con sus compañeros y con el personal sanitario sobre de sus miedos, el poder desahogarse y contar con espacios abiertos como un jardín y una sala de estar, que brinden ocio, descanso y comunión, bien iluminado y cómodo, fueron de gran ayuda para estabilizar ciertos desequilibrios emocionales encontrados (melancolía, desesperación) y forjar valores como esperanza y fe en sí misma, a lo largo de su estancia. Es una paciente bastante joven, la cual aún tiene muchas cosas por realizar y asimilar la enfermedad y una posibilidad de morir, es una fuente gigante de ansiedad para la cual la etapa del desarrollo humano, según Erikson; Intimidad vs Aislamiento, pondrá a prueba sus mecanismos cognitivos para realizarse como madre y mujer a pesar de sus dificultades tras la enfermedad.

Sobre el CAEPO:

Las escalas del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés en Pacientes Oncológicos, destacan lo siguiente:

Escala de enfrentamiento y lucha activa ELA 23/27 (ALTO) demuestra gran predisposición al cambio y la adaptabilidad.

Escala de autocontrol y de control emocional ACE 12/21 (MEDIO) la paciente tiende a reservar información delicada, más bien se expresa con dinamismo durante sesiones grupales, donde toma confianza al identificarse con sus compañeros.

Escala de búsqueda de apoyo social BAS 8/12 (MEDIO) la paciente se concreta a desahogarse con su madre y algunos amigos cercanos, pero con el personal sanitario y personal de psicología, se limita en cuanto a expresarse con fluidez.

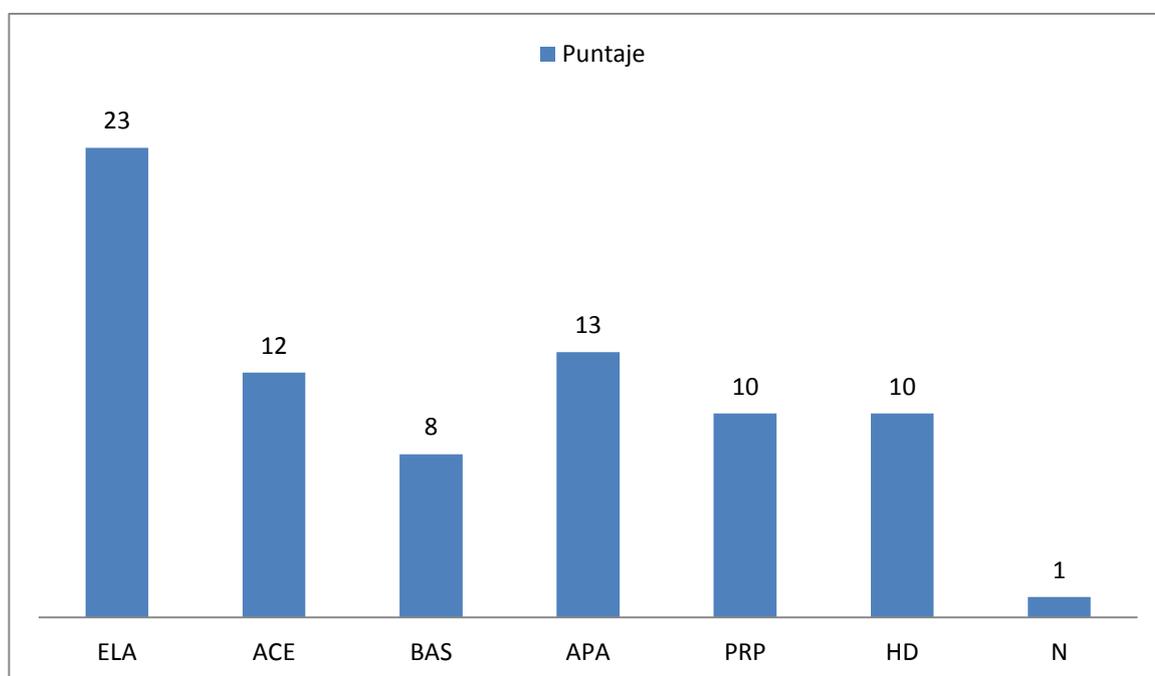
Escala de ansiedad y preocupación ansiosa APA 13/18 (ALTO) expresa la situación por la que pasa la paciente, y sus temores a las complicaciones médicas y la muerte.

Escala de pasividad y resignación pasiva PRP 10/15 (MEDIO) aún hay cosas que angustian a la paciente, como los exámenes que tiene que realizarse, la posibilidad de un trasplante, los cambios de medicamentos, el hecho de viajar constantemente a hospitales y estar lejos de sus hijos, la tienen “a medio resignarse”.

Escala de huida y distanciamiento HD 10/18 (MEDIO) esta escala se expresa en la evitación de la paciente a expresarse del todo, quizá temporalmente, mientras asimila lo que pasa a su alrededor.

Escala de negación N 1/9 (BAJA) existe plena conciencia y asimilación de la realidad, con madurez y mecanismos de defensa funcionales.

Tabla 8 : Escalas del CAEPO - Herlinda



Nota. Detalle de puntajes obtenido en cada una de las escalas del reactivo.

Técnicas de Afrontamiento Funcionales:

- Risa
- Terapia ocupacional (Pintura, Juego)
- Compartir con compañeros y profesionales
- Buscar espacios Abiertos Cómodos y Luminosos

PACIENTE 2: Ingracia, de 75 años; proveniente de Jima (parroquia). Su núcleo familiar cuenta con dos hijos varones y la presencia de su marido en un matrimonio sólido de muchas décadas. La paciente lucha contra un posible cáncer de estómago. Teme por la integridad de su marido, pero en realidad más teme la soledad y el distanciamiento de alguien que se convirtió en su “bastón”. Entre las charlas que tuvimos, la paciente menciona que teme que le asalten a su marido, que “entren” a su casa y le hagan daño, estando el solo. Uno de los arquetipos temidos son los ladrones, que según el psicoanálisis hace mención a recuerdos de la etapa infantil de los proveedores de cuidado que usualmente despiertan al infante para que este orine.

Quiere decir, la interrupción del sueño y el malestar de ser retirado del descanso. Teme ser separada de su marido por la enfermedad. Su esposo la visita esporádicamente, pues mientras esta ella en la fundación, el esposo debe cuidar de su hogar, de sus animales y el saldo económico vigente. Tiene ideas marcadas sobre Dios, la fe y la espiritualidad, que son su principal fuente de afrontamiento y apoyo emocional. Se encuentra en la etapa de Integridad vs Desesperación según Erikson; está saliendo del extremo de la desesperación, tras una situación que siente que se le va de las manos. Lloro, a veces no come, pero cuando puede incluso motiva a otros a tener fe.

No le teme a la muerte, sino a la soledad y el desamparo. Para ella la muerte “es algo normal e inevitable de la vida” y por su edad, piensa estar realizada en cuanto a sus planes de vida.

Cree en sí misma, pero se ha vuelto dependiente de su marido. Se ha realizado como madre, como colaboradora social y trabajadora imparable en el área de la agricultura. Lo único que le daña su homeostasis es la enfermedad y la posibilidad de la soledad. De perder a su fuente de compañía o morir lejos de él. El CAEPO determina que el tipo de afrontamiento, es Preferentemente Positivo.

Sobre el CAEPO:

Escala de enfrentamiento y lucha activa ELA 25/27 (ALTO) tras la fachada del miedo, se encuentra una mujer luchadora que espera con ansias salir del cuidado clínico para volver con su familia.

Escala de autocontrol y de control emocional ACE 17/21 (ALTO) Ingracia es de las personas que buscan desahogarse, no se priva de un llanto que la haga expresar sus miedos y buscar ayuda, mientras está en la confianza de desconocidos amigos, pero la historia es distinta frente a sus familiares a quienes demuestra todo lo contrario.

Escala de búsqueda de apoyo social BAS 5/12 (BAJO) algo descubierto durante la entrevista con esta persona, es que no se priva de expresarse y buscar ayuda del personal sanitario y sus compañeros, pero con su marido, cambia totalmente, niega estar mal y aparenta tranquilidad. Lo mismo sucede con sus hijos y allegados, existe negación.

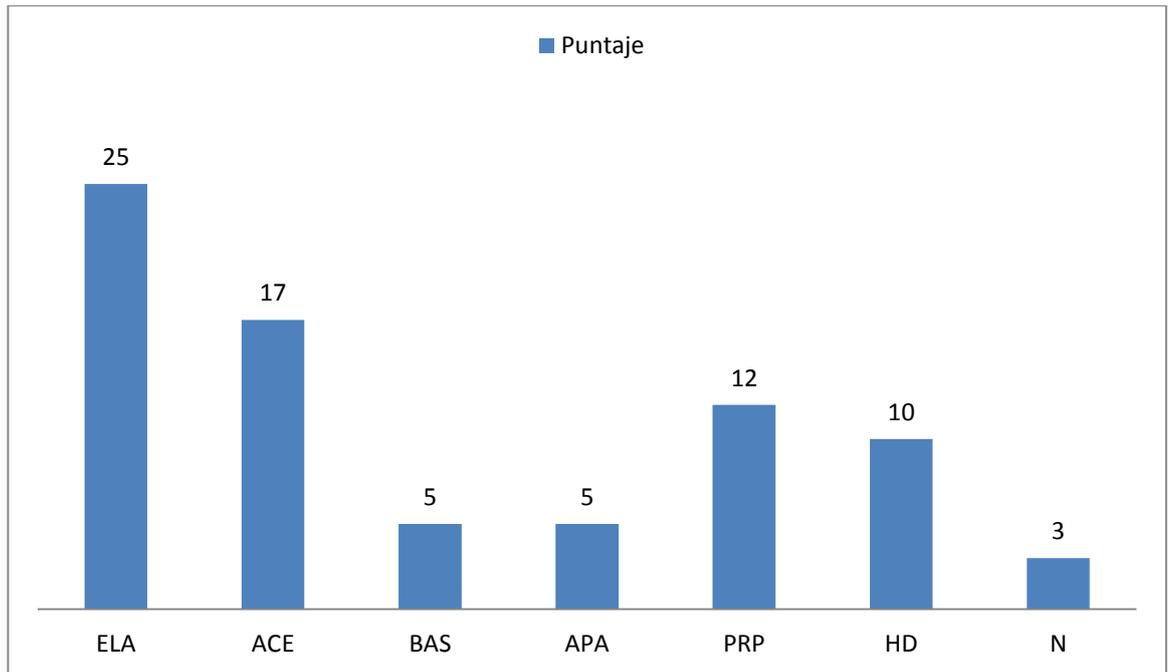
Escala de ansiedad y preocupación ansiosa APA 5/18 (BAJO) para la edad que tiene, la paciente expresa haber visto y oído todo, su sabiduría le hace aceptar todo menos la soledad. Pues ella dice: “De viejo uno lo que más quiere es que haya alguien que lo revire a ver a uno”

Escala de pasividad y resignación pasiva PRP 12/15 (ALTO) la paciente menciona: “No se puede ir en contra de lo que Dios tiene planeado para uno” sin duda la muerte no le asusta, pero aun así no desea una muerte en soledad, lejos de su marido.

Escala de huida y distanciamiento HD 10/18 (MEDIO) la ambivalencia de resignarse y desesperarse, puede ser propia de una situación que exige adaptación.

Escala de negación N 3/9 (BAJA), existe dentro de su hábito de ocultar sus emociones e ideas a sus familiares, quienes solo ven en fachada, una mujer tranquila.

Tabla 9 : Escalas del CAEPO - Ingracia



Nota. Detalle de puntajes obtenido en cada una de las escalas del reactivo.

Técnicas de Afrontamiento Funcionales:

- Oración
- Compartir con compañeros y profesionales
- Descanso (siestas)

PACIENTE 3: Targelia de 42 años, oriunda de Pasaje, provincia del Oro. Actualmente se dedica a los quehaceres domésticos, bajo tutela de 7 hijos. Sus fuentes principales de apoyo y afrontamiento, provienen de la fe en Dios y en “seguir las enseñanzas de la Biblia”. Le teme a los problemas que puedan surgir en su hogar, fuera de la enfermedad, se manifiesta sensible. Una persona que formo su hogar a una edad joven, bastante ajetreada por buscar sustento y dar lo mejor para sus hijos.

No habla mucho de su relación con el o los padres de sus hijos, detalle evitado en mencionar; pero si el orgullo que tiene de su hija mayor que es como ella, luchadora y decidida y quien le da ánimos para seguir adelante. Es una persona muy querida en la comunidad donde vive, incluso cuenta con la visita de vecinas y amigos de antaño.

Targelia manifiesta no temerle a la muerte, pues ha hecho de todo en su vida, ha cometido errores y ha tenido aciertos. Y cree en el plan de Dios, “él sabe cuándo nos da la vida, y cuando nos la quita”

Lo que le preocupa, es que dejar a sus hijos, menciona: “aunque sea un techito donde guarecerse”, “los problemas económicos, afectan al vivo, no al que se va”. La paciente gusta de compartir y motivar a sus compañeros, confía y disfruta del cuidado de las enfermeras. Toma caminatas largas por el jardín de la fundación y cada que puede, descansa en la sala donde ve sus programas favoritos de televisión. El CAEPO, determina un tipo de afrontamiento, Preferentemente Positivo.

Sobre el CAEPO:

Escala de enfrentamiento y lucha activa ELA 25/27 (ALTO) Existe predisposición al cambio y la adaptación.

Escala de autocontrol y de control emocional ACE 21/21 (ALTO), la paciente manifiesta que algo que ha aprendido a lo largo de su vida es: “que el desahogo es lo mejor que puede existir, pues como un vaso lleno, cuando empieza a regarse, ya moja el tapete; al igual nuestra vida, es mejor sorbito a sorbito mantener el orden”.

Escala de búsqueda de apoyo social BAS 12/12 (ALTO), la paciente no gusta de encerrarse en su cuarto, más bien sale, socializa con quien puede, camina fuera del

albergue, visita a amigos en SOLCA, acude a las enfermeras y médicos por consejo, etc.

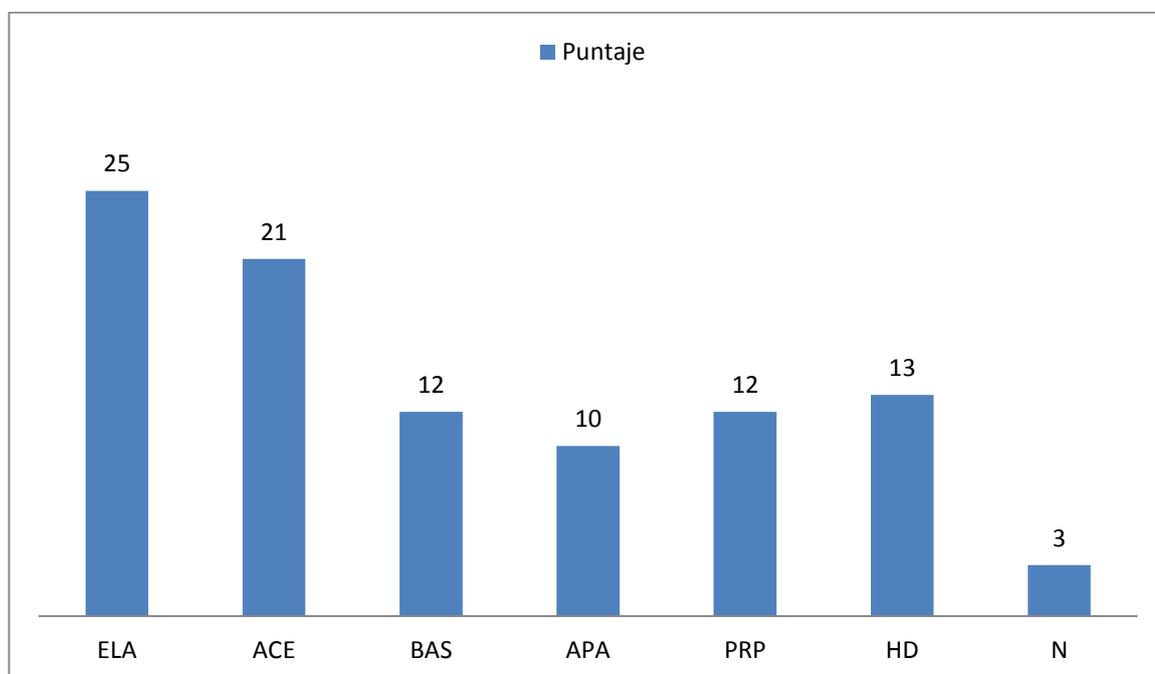
Escala de ansiedad y preocupación ansiosa APA 10/18 (MEDIO) una enfermedad siempre es fuente de ansiedad directa o indirectamente, en este caso, no es la excepción. Al ver su cuerpo herido y en necesidad de cuidado, existe fuente de ansiedad.

Escala de pasividad y resignación pasiva PRP 12/15 (ALTO), se exhibe alto grado de madurez y adaptación a los cambios en la vida, como la vejez y la enfermedad.

Escala de huida y distanciamiento HD 13/18 (ALTO), probablemente mediante la expresión de positivismo ante el entorno, exista también, oculto sentimientos reservados, que se mezclan con la escala de ansiedad anteriormente descrita.

Escala de negación N 1/9 (BAJO), donde se asume la realidad y se busca soluciones.

Tabla 10 : Escalas del CAEPO - Targelia



Nota. Detalle de puntajes obtenido en cada una de las escalas del reactivo.

Algunas Técnicas Funcionales:

- Lectura (Biblia)
- Terapia ocupacional (Juego, Distracción)
- Compartir con compañeros y profesionales
- Buscar espacios Abiertos y Luminosos

PACIENTE 4: Hilda, de 49 años, proveniente de Jadán. Tiene un hogar sólido, pero sus familiares son muy alejados (ingratos) con ella. No la visitan como deberían, amanece y duerme sola, cuando ella espera a alguien con quien conversar y expresarse. Su tumor en el área frontal del cerebro hace que pierda la vista poco a poco. Actualmente solo ve sombras y le duele mucho la cabeza. Estas cosas que la incomodan, no la privan de disfrutar de música y un buen programa de televisión, que como ella dice “le hace imaginarse y vivir por un ratito todo eso que escucha, las historias y lo que puede imaginarse”.

Cree firmemente en un Dios, pero no en la espiritualidad o las enseñanzas de la iglesia al respecto de una vida eterna, o algo más allá de la muerte. Considera “que la persona que muere forma parte de la tierra donde se la entierra, que es simple alimento para los gusanos, pero no hay nada de alma ni viaje a un paraíso, pues todo se queda en este planeta”. Cree en hacer el bien y recibir el “darma” o buen karma de la vida. Su principal fuente de apoyo es su hermana, con quien entabla una relación de confianza y amistad. Aparentemente no le teme a nada, aunque sí se preocupa por su estado de salud. Según el CAEPO, el tipo de afrontamiento, es Preferentemente Positivo.

No manifiesta directamente, un temor a morir. Es de las personas susceptibles a las influencias externas, en este caso, sus compañeros de FASEC, manejan una idea diferente sobre la muerte, la cual es vista como normal, inevitable, parte de la vida y del ciclo del hombre. Estas ideas, hacen que la muerte se quede “puertas afuera” y se enfocan en disfrutar de lo bueno que tienen mientras viven, este aspecto no es ajeno en el caso de Hilda, quien a pesar de sus síntomas degenerativos, no pierde las ganas de vivir y no le da mucho interés en pensar sobre la muerte.

Sobre el CAEPO:

Escala de enfrentamiento y lucha activa ELA 26/27 (ALTO), Hilda fallece en el mes de Mayo, pero no hubo un solo día que no expresara esperanza y una sonrisa para con el resto.

Escala de autocontrol y de control emocional ACE 21/21 (ALTO). Existió buena comunicación, su autoestima fue buena y a pesar de sus dificultades físicas se

habilitaba para pasar ratos de diversión en compañía de sus compañeros. Expresaba sus temores, hacía preguntas y contaba anécdotas.

Escala de búsqueda de apoyo social BAS 8/12 (ALTO) referente al tipo de tratamiento, en la fundación, recibe psi coeducación acerca del cáncer, las posibles causas de su tumor y la desvirtualización de culpa, acogiendo buenos resultados.

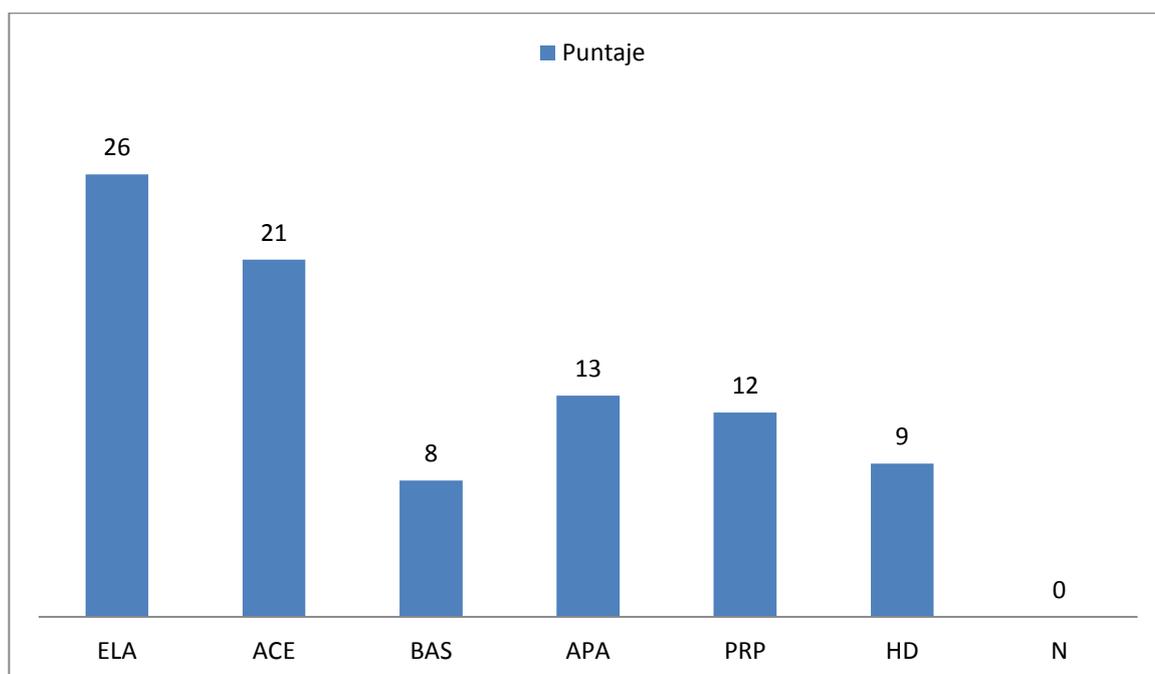
Escala de ansiedad y preocupación ansiosa APA 13/18 (ALTO) Sin duda la pérdida de su facultad visual y el dolor de cabeza, le generan incomodidad.

Escala de pasividad y resignación pasiva PRP 12/15 (ALTO), la paciente encontró adaptabilidad a su diario vivir, entre sombras y dolor, disfrutó de cada pequeño detalle como la textura de las cosas, abrazos, cuentos y distractores como sus programas favoritos de televisión.

Escala de huida y distanciamiento HD 9/18 (MEDIO), expresada por el reactivo, pero no fue descubierto un mecanismo de aislamiento, durante la investigación.

Escala de negación N 0/9 (NULO), se relaciona con la escala anterior dentro de los mecanismos de defensa, pero en Hilda, existió un buen grado de resignación.

Tabla 11 : Escalas del CAEPO - Hilda



Nota. Detalle de puntajes obtenido en cada una de las escalas del reactivo.

Algunas Técnicas Funcionales:

- Risa
- Compartir con compañeros y profesionales
- Buscar espacios Abiertos y Luminosos
- Escuchar Música
- Ver la Televisión

PACIENTE 5: Fausto de 38 años, oriundo de Machala y padre de una pequeña de 7 años. Se dedica como chofer de un camión de encomiendas interprovinciales tanto de alimentos como de productos varios. El pasar sentado y manejando y su personalidad proclive a la melancolía y fatiga, y sus malos hábitos de alimentación han desencadenado en él una obesidad bastante preocupante. A más de la obesidad, el padece de un cáncer de lengua, que le impide saborear o disfrutar de los alimentos, y el dolor y el ardor que genera el tratamiento mediante radiación para buscar reducir esas especies de llagas.

Le preocupa la alternativa de cortar su lengua para erradicar el mal y perder el habla, prefiere aguantarse con la radiación y rezar por que se disipe la carga tumoral. Manifiesta al principio una conducta evitativa, rechazando en parte de la terapia ocupacional brindada en la fundación, como lectura, instrumentos musicales, plática, etc. Mezclando síntomas de episodios depresivos y melancólicos, con negación de la realidad y falta de compromiso.

Le teme a la muerte, a no poder seguir trabajando, pues tiene deudas y dificultades económicas latentes. Rechaza en contadas ocasiones la radiación, pues los síntomas físicos y emocionales, le alteran en su esquema adaptativo. Conforme pasa el tiempo, Fausto hace un esfuerzo por adherirse al grupo de pacientes en FASEC y por compartir en medio de actividades recreativas a pesar de sus síntomas físicos que lo incomodan. Se muestra actualmente resiliente y dispuesto a luchar, pues el sentido de vida es su hija pequeña, para quien su “papi” es su héroe. No hay mucho en cuanto a la relación con su mujer, de la cual no habla o evita. Quizá allí también existe motivo de tristeza para sus largas estancias en cama. El CAEPO, determina un tipo de afrontamiento, Preferentemente Positivo.

Fausto le teme a morir, al hecho de ausentarse de su hija, su familia, dejar de trabajar y ser útil. Es el miedo a morir el que le hace temer al mismo tratamiento para el cáncer, pues tiene ideas pesimistas sobre la radiación y demás decisiones médicas.

Sobre el CAEPO:

Escala de enfrentamiento y lucha activa ELA 27/27 (ALTO), existe un propósito para luchar, que es la hija.

Escala de autocontrol y de control emocional ACE 19/21 (ALTO) Cabe destacar que su madre y abuela, sufren al verlo negarse a salir y compartir con los demás, lo ven en cama algunas veces deprimido y se desesperan por ayudarlo. Fausto se ha comprometido a intentar seguir adelante de poco a poco, sin olvidar el propósito que el mismo instauro que es luchar por su hija. Se expresa triste, y en ocasiones no tiene ánimo de hacer nada, pero a pesar de esto hay día en los que Fausto da sorpresas, como unirse al grupo para decorar figuras en yeso, aun estando mareado.

Escala de búsqueda de apoyo social BAS 9/12 (ALTO) Fausto empieza a interpretar la guitarra, la cual siempre le trajo curiosidad, y ahora dispone de una en su tiempo libre. Accede a las tareas propuestas para su distracción y escucha con más acierto.

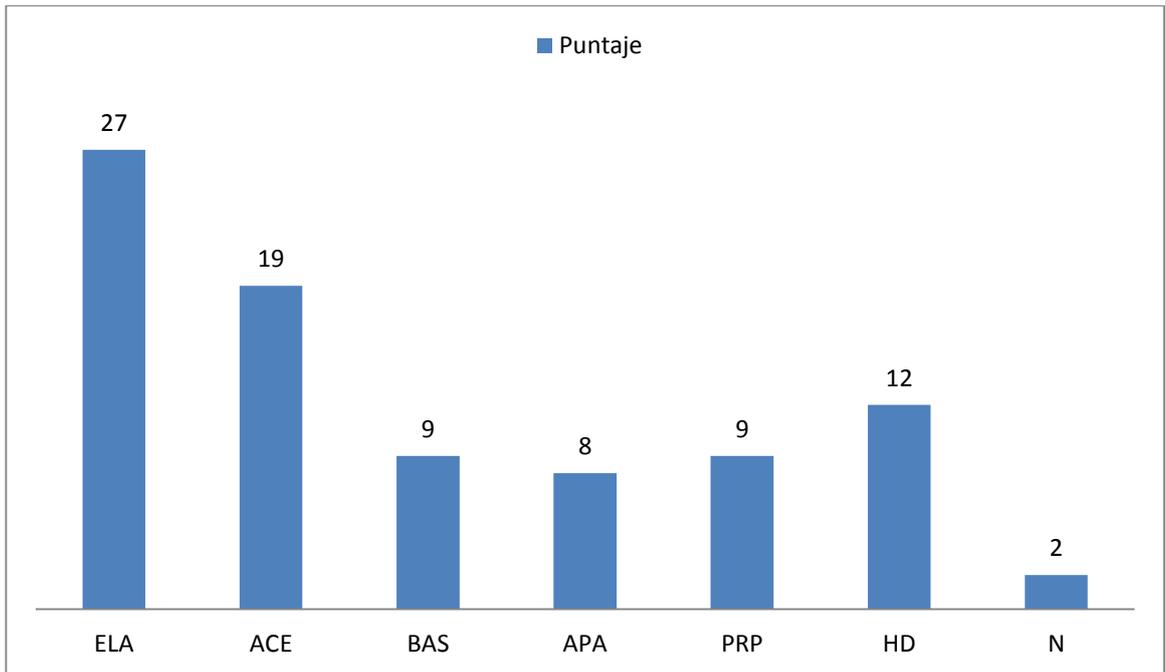
Escala de ansiedad y preocupación ansiosa APA 8/18 (BAJO) al principio alto, se exhibe el cambio realizado con la fuerza de voluntad que Fausto expone.

Escala de pasividad y resignación pasiva PRP 9/15 (BAJO) aún hay inconformismo con el tratamiento clínico, por lo que hay que motivarlo constantemente cuando se debe a asuntos médicos de importancia y en otras acompañarlo y respetar sus decisiones cuando van en contra de su voluntad.

Escala de huida y distanciamiento HD 12/18 (MEDIO), tienen que ver con su tipo de personalidad introvertida y ansiosa.

Escala de negación N 2/9 (BAJO), hay asimilación y responsabilidad de su contexto vital, con mayor grado de madurez, que a un principio.

Tabla 12 : Escalas del CAEPO - Fausto



Nota. Detalle de puntajes obtenido en cada una de las escalas del reactivo.

Algunas Técnicas Funcionales:

- Música
- Recuerdos de su Hija
- Terapia ocupacional (Pintura, Juego)
- Lectura
- Buscar espacios Abiertos y Luminosos

PACIENTE 6: Rosita de 46 años, oriunda de Sinincay. Viuda y con 3 hijos que son algo distantes de ella, según menciona, “porque ya tienen sus hogares y por quien velar” Antes de operarse de su tumor en el área abdominal, tenía miedo de “no vivir para contarlo”; se preparaba para dormirse con la anestesia y no despertar más, por lo que se despedía de quien podía. Actualmente se encuentra en un estado de ánimo aceptable gracias a la fe que tiene en sí misma y en Dios, para curarla de sus males. “así como Dios da la enfermedad, da la cura” tiene apoyo de familiares como hermanos, tíos, amigos y vecinos. Es una persona muy querida y apreciada en su comunidad. Tuvo la desafortunada experiencia de encontrar a su marido muerto en una quebrada hace algunos años, lo que le hace pensar y creer firmemente en los presentimientos tras ese episodio, que ya había sentido con malestar físico y pensamientos redundantes de peligro.

Cuenta como un día su marido, quien habituaba beber, había salido mareado a pasear por las cercanías de su terreno. Pasaba el tiempo y no regresaba y la preocupación de Rosita de que algo malo paso, le invadió sus pensamientos como “un rayo”. “Algo le paso”. La paciente acudió directamente a una quebrada de la cual seguía sin motivo alguno, solo por una corazonada y es allí donde vio a su ex conviviente muerto, al caer por un costado, golpearse la cabeza y morir de instante.

Es una persona supersticiosa, por ejemplo si aúlla un perro a media noche, alguien va a morir, o si hay corazonadas hay que pedir a Dios por protección. Cuando sueña algo malo, teme por que se cumpla, piensa que esa ocasión era una revelación de que la mente o el corazón o el alma pueden sentir las desgracias por venir. La misma angustia de estar enferma le hace pensar en su propia muerte. El CAEPO determina que el tipo de afrontamiento es Preferentemente Negativo.

Manifiesta no temer a la muerte aunque en las escalas del CAEPO se connotan rasgos de ansiedad ante la idea de morir.

Sobre el CAEPO:

Escala de enfrentamiento y lucha activa ELA 24/27 (ALTO) Existe fortaleza en su carácter, pero inestabilidad emocional. Da importancia a atribuciones místicas más que a la realidad, parece disfrutar de supersticiones para distraerse o justificar sus creencias con la esperanza de alejar las ideas negativas.

Escala de autocontrol y de control emocional ACE 13/21 (MEDIO) La idea de premoniciones puede llegar a un punto de ansiedad en el que un simple sueño puede hacerle pensar que la muerte es inminente y esto le limita de vivir con calma y con esmero mientras se puede.

Escala de búsqueda de apoyo social BAS 7/12 (MEDIO) Rosita manifestaba cierta desconfianza con el personal sanitario, pues “no son como la familia, ellos solo hacen lo que les mandan, no porque quieran”.

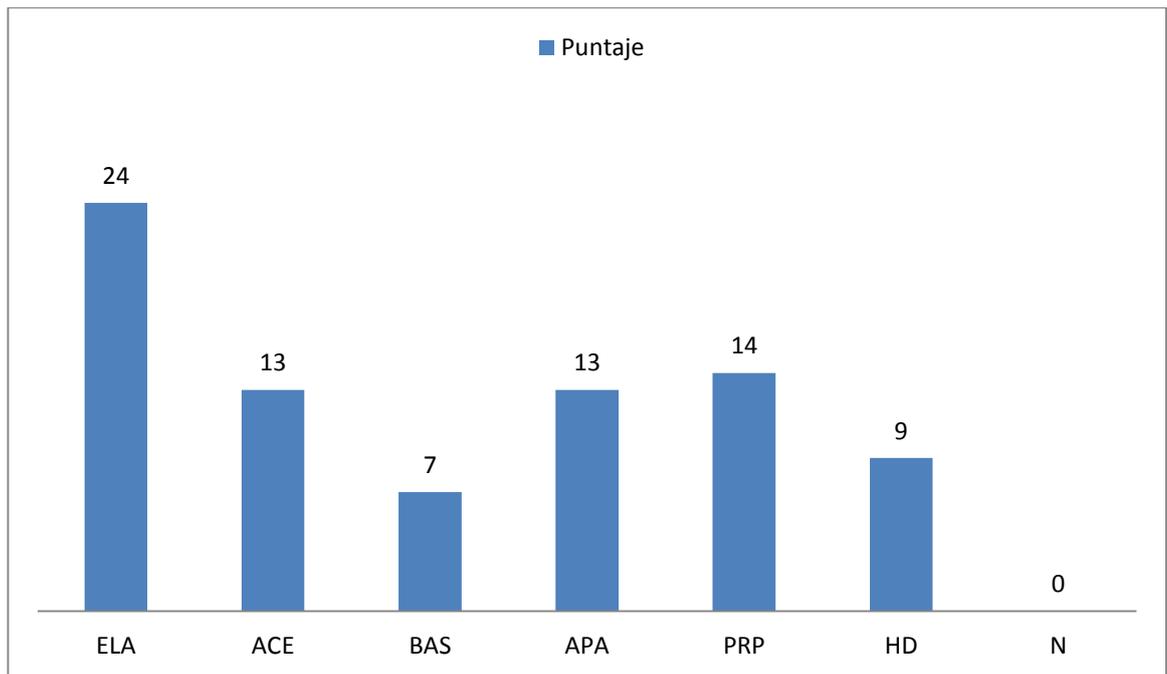
Escala de ansiedad y preocupación ansiosa APA 13/18 (ALTO) la paciente manifiesta no temer a la muerte, pero en su discurso, el hecho de pensar en la muerte como lo peor de las desgracias, genera malestares físicos en su cuerpo, por el estrés.

Escala de pasividad y resignación pasiva PRP 14/15 (ALTA) una frase de ella “Todos morimos algún día”, expresa el entendimiento de que es un proceso normal.

Escala de huida y distanciamiento HD 9/18 (MEDIO) Normal en la mezcla de pensamientos supersticiosos. Según Freud y el psicoanálisis, la superstición se describía como un deseo activador de la práctica simbólica, trasladando el malestar interno a un plano más práctico, es decir, los pensamientos mágicos de los cuales uno está convencido, serían capaces de interferir en la naturaleza, cuando son cumplidos por cierta orden, cambiando el destino al cual uno está obligado.

Escala de negación N 0/9 (NULA) Hay expresividad en cuanto a sus mecanismos de defensa, omitiendo la negación.

Tabla 13 : Escalas del CAEPO - Rosita



Nota. Detalle de puntajes obtenido en cada una de las escalas del reactivo.

Algunas Técnicas Funcionales:

- Compañía
- Compartir con compañeros y profesionales
- Buscar espacios Abiertos y Luminosos
- Risa
- Superstición y Rutinas de Control Emocional
- Oración

PACIENTE 7: Mariano de 71 años, proveniente de Ponce Enríquez. Viudo, bajo el cuidado de un sobrino, ya que sus hijos están ocupados en trabajar para pagar los tratamientos de su padre. La familia se ha descuidado en realizar los trámites económicos y de ayuda social para que no se le cobre la totalidad de la deuda en SOLCA. El paciente sufre de soledad, pues no tiene con quien realizar sus actividades diarias y cumplir con las exigencias del hospital como el simple llenado de formularios, pues ya casi no ve. Mariano tiene una discapacidad del 50%, por una amputación del miembro superior derecho y la extracción de un ojo, consecuencia de años de una herida mal sanada y la generación tumoral en esa zona orbital.

Le preocupa al paciente la parte económica, pues su fuente de ingresos: una plantación cafetera ha pasado por malos tiempos y aun no dispone de café para vender y costear todos sus gastos. Recibe descuentos de la fundación para que pueda seguirse alojando allí y acabar con su tratamiento de radiación, el cual está dando buenos resultados en él. Su hija y sobrinos envían dinero constantemente para pagar algo de la deuda de estadía en FASEC.

No le teme a la muerte pues dice ya haber vivido lo suficiente, disfrutado, reído y llorado. Ya no está para seguir trabajando y lo único que desea es descansar.

Lo que más quiere Mariano es un ojo postizo para poder “no espantar” a la gente con un hueco como dice él. Acude a FASEC para mejoría, mientras acude a SOLCA para su terapia de radiación y curación de herida (ojo izquierdo). Tiene problemas económicos, lo que se convierte más que un miedo en un estrés constante. Requiere asesoramiento de trabajo social, para lo que respecta con los convenios y los tramites en SOLCA. Su principal mecanismo de afrontamiento es la distracción, a través de la plática, la lectura y el descanso (hay que diferenciar su fatiga del abatimiento emocional, de los cuales padece en ambos casos). Sus hijos son distantes debido a la necesidad de trabajar, Mariano se encuentra muy solo. El tipo de afrontamiento, es No Definido.

Sobre el CAEPO:

Escala de enfrentamiento y lucha activa ELA 21/27 (ALTO) el paciente manifiesta haber pasado por peores instancias a lo largo de su vida, lo único que exige es una vejez tranquila, la cual aún no tiene.

Escala de autocontrol y de control emocional ACE 15/21 (MEDIO) Solo comparte con quien tiene confianza, pero quisiera poder desahogarse con su familia.

Escala de búsqueda de apoyo social BAS 5/12 (BAJO) Considera que no hace falta pedir ayuda, “pues el que quiere ayudar llega sin que se le llame”. Tras largas charlas, poco a poco se consigue la confianza y la amistad de Mariano.

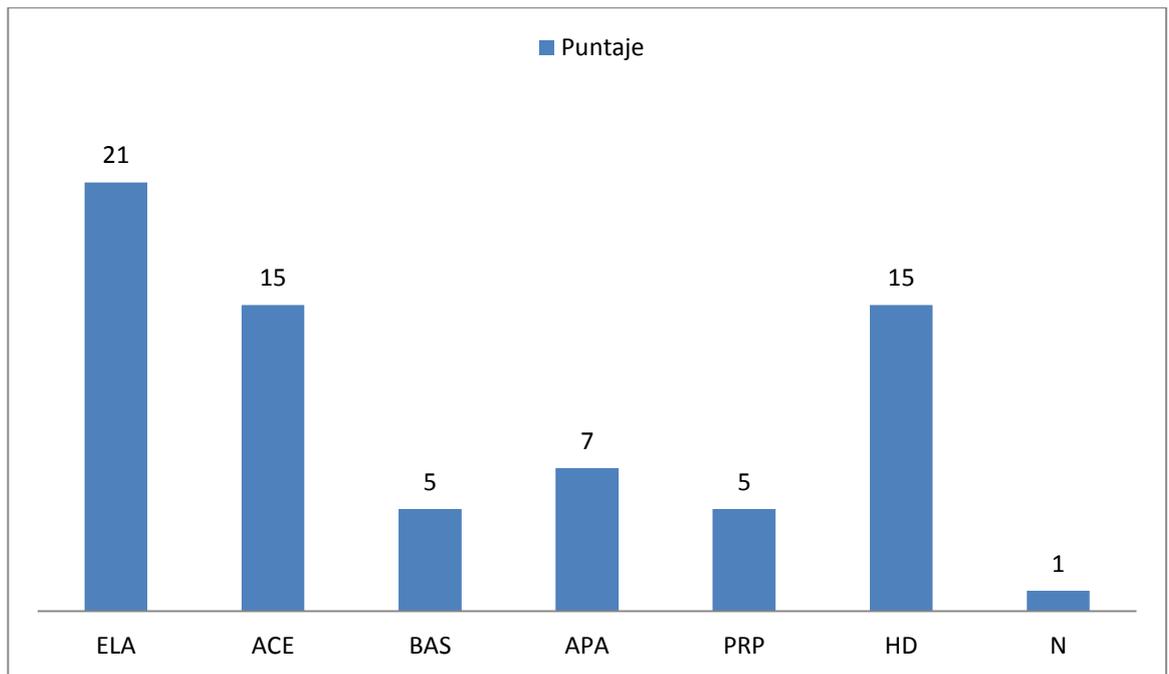
Escala de ansiedad y preocupación ansiosa APA 7/18 (BAJA) a pesar de un puntaje bajo, se trabaja con la autoimagen y autoestima del paciente.

Escala de pasividad y resignación pasiva PRP 5/15 (BAJA) no tiene conformidad con la situación económica.

Escala de huida y distanciamiento HD 15/18 (ALTA) probablemente la melancolía de la soledad y la espera constante de sus familiares, se refleja en sus siestas a veces largas, huyendo un poco de la realidad, y el aburrimiento.

Escala de negación N 1/9 (BAJA), a veces es común ver un poco de negación en personas que han sido abatidas por la vida y aprendieron a no “quejarse tanto”, como suelen expresar pacientes como Mariano.

Tabla 14 : Escalas del CAEPO - Mariano



Nota. Detalle de puntajes obtenido en cada una de las escalas del reactivo.

Algunas Técnicas Funcionales:

- Lectura
- Paseos Individuales
- Buscar espacios Abiertos y Luminosos
- Descanso (siestas)

PACIENTE 8: David Bermeo de 71 años, dedicado gran parte de su vida a la elaboración de calzado. Soltero y sin hijos, esta al cuidado estrictamente de sus hermanos, amigos y sobrinos. David ha viajado por distintos rincones del Ecuador, estableciéndose en Guayaquil durante años. Tras su enfermedad de la próstata, la cual ha podido controlar y descartar de un tumor maligno, se aloja en FASEC, para recibir un óptimo cuidado para su Hipertensión y las medidas de prevención y chequeos mensuales de su posible vestigio tumoral. Es una persona dedicada a la lectura y al juego de cartas como medios de distracción. Se encarga de dar la bienvenida a sus nuevos compañeros y a pesar de su carácter fuerte y armonioso, se nota cierta melancolía y soledad en su dialogo.

Habla siempre de la juventud y de las cosas que amaba hacer mientras podía caminar, pues a más de la enfermedad, tiene una malformación del desarrollo en uno de sus pies. Anda en silla de ruedas y en andador, pero eso no le impide que vaya de arriba para abajo, saludando a todos y causándoles una pequeña risa. Se encuentra como en casa, disfrutando en FASEC, de actividades como la lectura, la televisión, la plática y los paseos cortos. No le gusta estar solo, por lo que acude al apoyo de sus compañeros, con quienes busca entablar amistad. Se encarga de motivar a otros, como medio de motivarse a sí mismo. Es de las personas conformistas, El CAEPO, es de tipo Preferentemente Negativo.

David manifiesta no temer a la muerte, al ser un proceso natural; sin duda su miedo máximo es la soledad y el olvido. El no tener hijos le agobia de manera indirecta, y busca la compañía y la amistad para contrarrestar la soledad.

Sobre el CAEPO:

Escala de enfrentamiento y lucha activa ELA 27/27 (ALTO), tiene muchas comodidades en la fundación y para su edad, es un lugar óptimo donde descansar y realizarse en sus etapas de la vejez. Allí es donde aprende día a día a ser mejor persona y combatir la soledad.

Escala de autocontrol y de control emocional ACE 21/21 (ALTO), es una persona frontal que expresa sus emociones sin reparo o vergüenza. A pesar de eso es humano y tiene su versión triste sobre las cosas que ya no puede realizar como hacía antes.

Escala de búsqueda de apoyo social BAS 12/12 (ALTO), disfruta del servicio de psicología, pues está convencido que es un área fundamental para la riqueza del alma y la mente del ser humano. Invita y anima a que se mejore el servicio y a que se siga acudiendo a visitar a sus compañeros y a él.

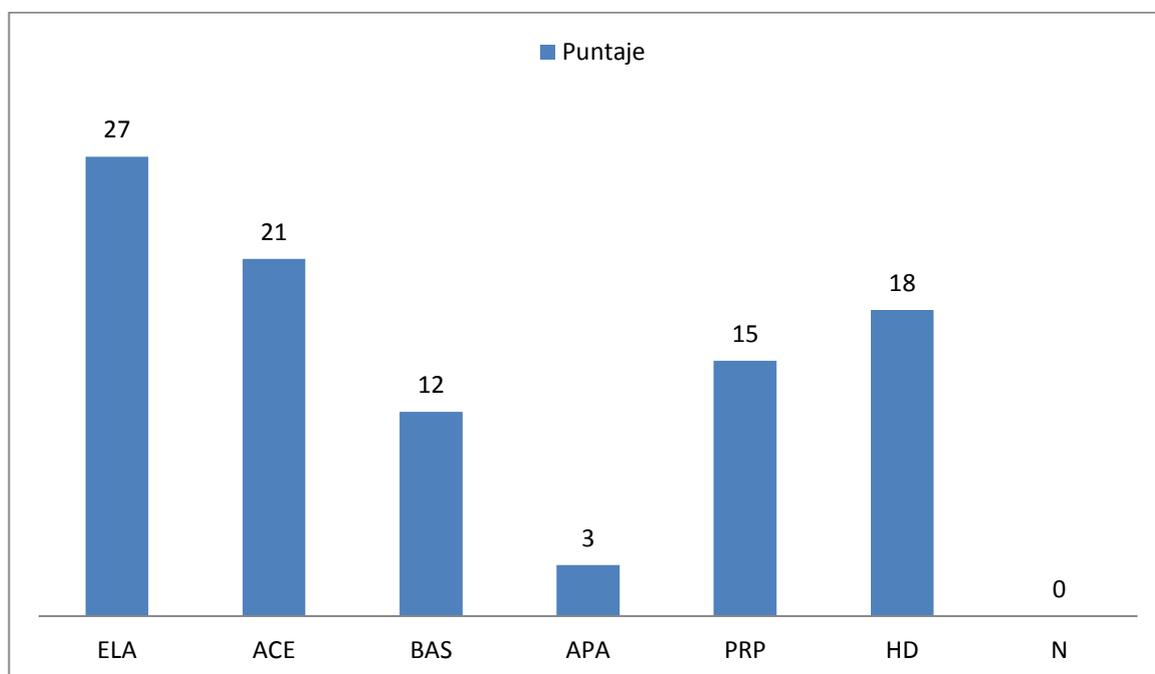
Escala de ansiedad y preocupación ansiosa APA 3/18 (BAJO), se demuestra resignación por el contexto vital, pues se encuentra en casa, con buena atención, afecto y paz.

Escala de pasividad y resignación pasiva PRP 15/15 (ALTO), esta escala se asocia con su personalidad curiosa y dinámica, altamente adaptable.

Escala de huida y distanciamiento HD 18/18 (ALTO) esta variable hace que su discurso no sea fiable, pues según se predice, oculta su pena detrás de tanta felicidad, y aunque esto le funciona, fuera mucho más grato que expresara sus miedos, preocupaciones, tristezas, con mayor amplitud.

Escala de negación N 0/9 (NULO), no se manifiesta en el reactivo, pero sin duda posee relación con el distanciamiento y los rasgos de la escala anterior.

Tabla 15 : Escalas del CAEPO - David



Nota. Detalle de puntajes obtenido en cada una de las escalas del reactivo.

Algunas Técnicas Funcionales:

- Risa
- Terapia ocupacional (Pintura, Juego)
- Compartir con compañeros y profesionales
- Buscar espacios Abiertos y Luminosos
- Lectura
- Paseos Individuales

PACIENTE 9: Beatriz, de 50 años, proveniente de Biblián – provincia del Cañar. Tiene dos hijas, la una vive en el extranjero y la visita por tiempo limitado; la otra aún menor, de la cual se preocupa y extraña, pues es su mejor amiga. No cuenta con el apoyo de una fuente masculina, pero sus hijas y sus hermanas suplen todo con fortaleza y ánimos para Beatriz.

Su principal miedo es la muerte. Se auto describe como una persona temerosa, nerviosa y preocupada, dependiente de su familia para poder sobrellevar las crisis circunstanciales.

Desde el principio del tratamiento contaba cada hora, a la expectativa de que la muerte llegaría, imaginándose como sería y sin saber qué hacer. Su fe y creencias en Dios, despiertan con la llegada de su enfermedad, al darle mayor importancia a la espiritualidad y al contacto con entidades, que puedan brindarle sanación. Cree que la enfermedad es un castigo, aunque desconoce cuál fue la culpa, al ser “una buena persona”. Menciona que aún faltan muchas cosas por hacer y que “no es justo que ella halla enfermado”.

Ella realiza un diagnóstico temprano de un cáncer de mama y va con buenos resultados. Una culpa sin sentido le invade todo el tiempo, y la salida ante estos males es la motivación y la fe en Dios. Su autoestima se presenta bajo, pues no cree en sí misma, se describe como débil. A pesar de todo lo mencionado, el CAEPO determina que el tipo de afrontamiento, es Preferentemente Positivo.

Sobre el CAEPO:

Escala de enfrentamiento y lucha activa ELA 25/27 (ALTO) a pesar de esto se debe trabajar en la autoestima de la paciente.

Escala de autocontrol y de control emocional ACE 19/21 (ALTO) hay conformismo con el tratamiento y el apoyo social, pero la desesperación y la culpabilización por la enfermedad son factores a tratar lo antes posible.

Escala de búsqueda de apoyo social BAS 10/12 (ALTO) fue de las pocas personas que de inmediato se engancharon a terapia motivacional y psi coeducación con óptimos resultados.

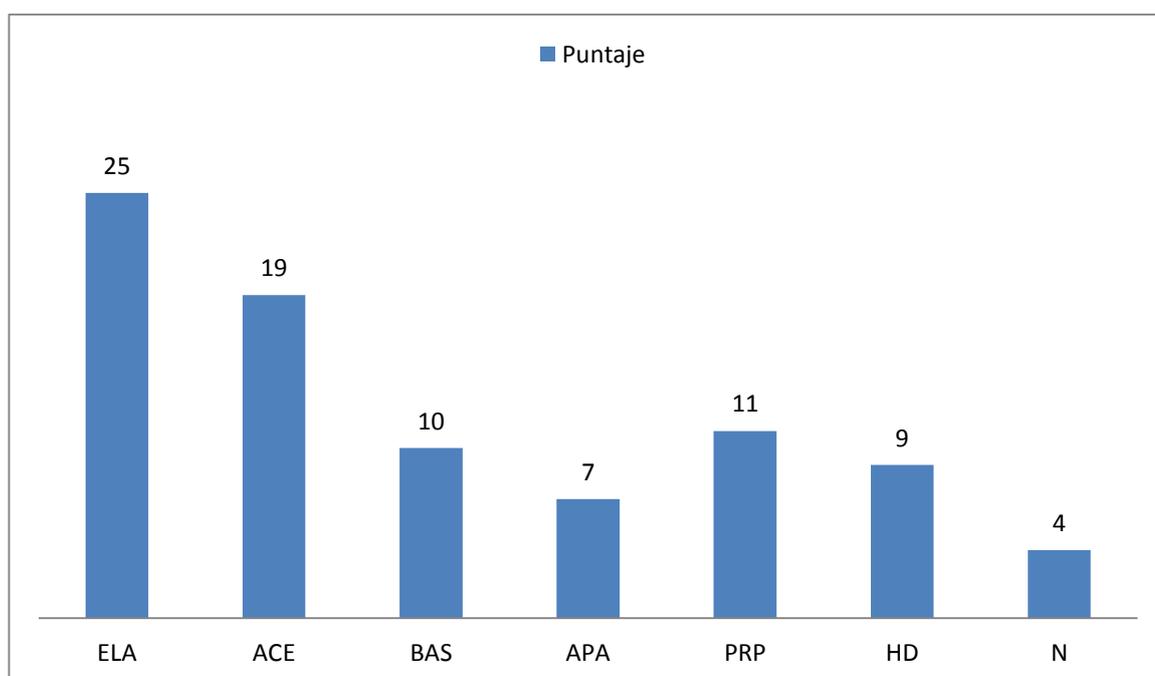
Escala de ansiedad y preocupación ansiosa APA 7/18 (BAJO) se nota el cambio en su esquema mental, tras la fuerza transmitida por familiares, amigos, personal de salud y la fe en Dios.

Escala de pasividad y resignación pasiva PRP 11/15 (ALTO) Hay conformismo positivo, pero con sesgos de culpa por no poder evitar lo inevitable como el enfermar.

Escala de huida y distanciamiento HD 9/18 (MEDIO), hay recelo en ciertas emociones que las deja para tratarlas con sus hijas, lo cual es muy funcional.

Escala de negación N 4/9 (MEDIO) se muestra en el inconformismo y la ansiedad de un evento repentino.

Tabla 16 : Escalas del CAEPO - Beatriz



Nota. Detalle de puntajes obtenido en cada una de las escalas del reactivo.

Algunas Técnicas Funcionales:

- Terapia ocupacional (Pintura, Juego)
- Compartir con compañeros y profesionales
- Buscar espacios Abiertos y Luminosos
- Compañía
- Abrazos

PACIENTE 10: Blanquita de 54 años, oriunda de Machala. Se dedica a quehaceres domésticos y venta de empanadas u otros alimentos en las cercanías de su domicilio. Cuenta con el apoyo de su esposo y sus hijos. En el pabellón de radiación, donde recibe tratamiento para su cáncer, es una de las principales motivadoras y fuentes de ejemplo para sus compañeros, dándoles palabras de aliento, según sus propias experiencias.

Ella estuvo muy delicada hasta que decidió poner manos sobre el asunto y luchar en contra de la enfermedad, la cual, según comenta; “no le vuelve un bicho raro, ni una persona moribunda, sino un humano más que merece respeto y comprensión y más que nada una mano que se extienda en momentos de decaimiento”. Padece de cáncer de mama algún tiempo, tratada de un seno, regresa para tratar una remisión en el segundo seno.

Tiene 4 hijos y una excelente relación con su esposo, quien esta con ella todo el tiempo. Su principal temor es que se presente otra complicación como avance de la enfermedad, ya que esto del segundo seno, la tomó por sorpresa. Tiene gran confianza en Dios como salvación. Le hace sentir protegida el poder rezar y contactarse con su fe. Enseña a otros a rezar y les explica como la oración puede conectar sus almas con la paz interior y la sanidad. La compañía de su marido ha sido una de las principales fuentes de afrontamiento, “pues el sentirse acompañada es sentirse viva y querida”. El CAEPO, determina un tipo de afrontamiento Preferentemente Positivo.

La paciente como todo ser humano, no gustaría morir, pero sin duda aprendió a motivarse y a motivar a otros para salir adelante en contra de las adversidades. Ve a la muerte como “el último recurso del miedo”, pues ahora debe preocuparse de otras cosas.

Sobre el CAEPO:

Escala de enfrentamiento y lucha activa ELA 22/27 (ALTO), carácter fuerte y decidido a asimilar las cosas con asertividad.

Escala de autocontrol y de control emocional ACE 20/21 (ALTO), alto grado de madurez emocional, la cual trasmite a los demás.

Escala de búsqueda de apoyo social BAS 7/12 (BAJO) en ocasiones manifestaba poder manejar sus males sola y en su familia, que no hace falta inmiscuir a terceros.

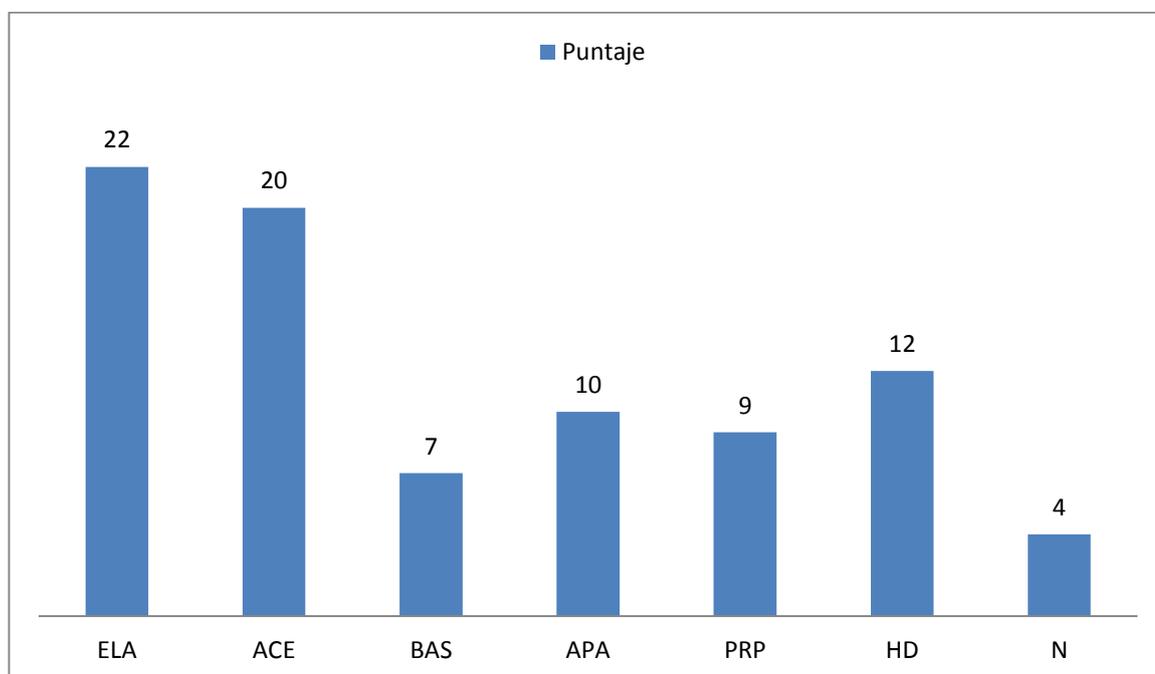
Escala de ansiedad y preocupación ansiosa APA 10/18 (MEDIO) aún le preocupa que va a pasar con su segundo seno, como quedara si le extraen, las secuelas y el hecho de seguir en tratamiento, al cual ya desea finalizar.

Escala de pasividad y resignación pasiva PRP 9/15 (MEDIO) aún tiene asuntos por resolver y la espera de diagnósticos y exámenes son fuente de preocupación.

Escala de huida y distanciamiento HD 12/18 (ALTO), el no buscar ayuda de terceros, sino solo la confianza en pequeños grupos o en sí misma.

Escala de negación N 4/9 (MEDIO), “aun el eslabón más fuerte de la cadena, necesita mantenimiento de vez en cuando”, es algo que suele decir la paciente, dando a entender que detrás de la armadura que muestra al mundo, existen necesidades ocultas.

Tabla 17 : Escalas del CAEPO - Blanquita



Nota. Detalle de puntajes obtenido en cada una de las escalas del reactivo.

Algunas Técnicas Funcionales:

- Asesoramiento psicológico
- Terapia ocupacional (Pintura, Juego)
- Risa
- Compartir con compañeros y profesionales
- Compañía

PACIENTE 11: Alberto, de 73 años; proveniente de Piñas. Tras su tratamiento por cáncer, se encuentra alojado en la fundación alrededor de 3 meses. Tras radiación se le presentó una alergia en el área sensible de su cutis, en su cuello, lo que asemeja una quemadura, la cual impactó al paciente con alto grado de incomodidad y desprecio por el tratamiento, del cual ve como “un empeoramiento”. Tiene un aparato de ventilación tipo traqueotomía para asegurar y prevenir taponamientos de los conductos respiratorios, lo que impide la correcta comunicación con él. Hace unos dos meses y medio falleció su esposa, lo cual complicó el estado emocional del paciente.

Al principio no sabía de aquella muerte, pues su familia le ocultó pensando que esto empeoraría su estado de salud. Su familia es de aquellas que evitan contar los diagnósticos, los nombres de enfermedades, con el fin de tener tranquilo a la persona. Pero el paciente al fin y al cabo se terminó enterando y por lo menos al saber que tiene, al saber que pasa, puede tomar rienda de su vida y responsabilizarse de sus propias decisiones, expresar dolor, incomodidad, etc. De mismo modo, poder cumplir con un luto normal y despedirse de su ser querido.

Algún momento mientras platicábamos, don Alberto decía que cada que le preguntan como esta, él dice estoy bien, pero a veces está muy mal y evita decir la verdad para no preocupar a otros. Está aprendiendo a expresar las cosas como son, cuando está mal decirlo, si tiene que llorar, gritar, que lo haga, pero que siempre después de desahogarse recuerde todo lo bueno que aún le queda en la vida, y siga sus decisiones y que quiere hacer de ella.

El piensa que vivir o morir, luchar o rendirse, de algún modo están en manos de él. No le teme mucho a la muerte, pues no tiene que perder, está realizado como padre, amigo, etc.

Como decía Víctor Frankl en la búsqueda de sentido, “el que tiene porque vivir, superara cualquier contra que se le presente”. Cuenta con la compañía de sus hijas, tres mujeres, y esporádicamente del único varón, quienes lo visitan y cuidan de él. La familia en conjunto ha sufrido inmensamente por la pérdida de un miembro y la enfermedad de otro. Sus hijas y el paciente en si se muestran adaptados y con ganas de luchar, a pesar de la melancolía que les rodea.

Una de las hijas, la mayor, es una fuente negativa para el paciente, pues en terapia expresaba sus preocupaciones sobre la muerte de su padre y que ellas como hijas estaban acabadas, sin la mínima consideración de que Don Alberto presenciaba estos manifestos. El mismo decía “aun no me muero”, porque hablan de eso y es cierto que eso se debe tratar cuando llegue el momento, no anticiparse en vano, pues el paciente está demostrando notable mejoría física y emocional. Alberto, cree en Dios, y en sí mismo, gusta de las charlas de la Biblia y las ceremonias oficializadas por el sacerdote voluntario. El CAEPO determina que tiene un tipo de afrontamiento preferentemente negativo.

Escala de enfrentamiento y lucha activa ELA 20/27 (ALTO) Su temperamento demanda de sí mismo mostrarse fuerte ante sus hijas a pesar de sentirse mal.

Escala de autocontrol y de control emocional ACE 18/21 (ALTO) se priva de expresar su dolor en frente de sus hijas.

Escala de búsqueda de apoyo social BAS 5/12 (BAJO) No había acudido a consulta o a las sesiones grupales del área de psicología, pero cuando se le busco para charlar, poco a poco fue contando su versión de la historia.

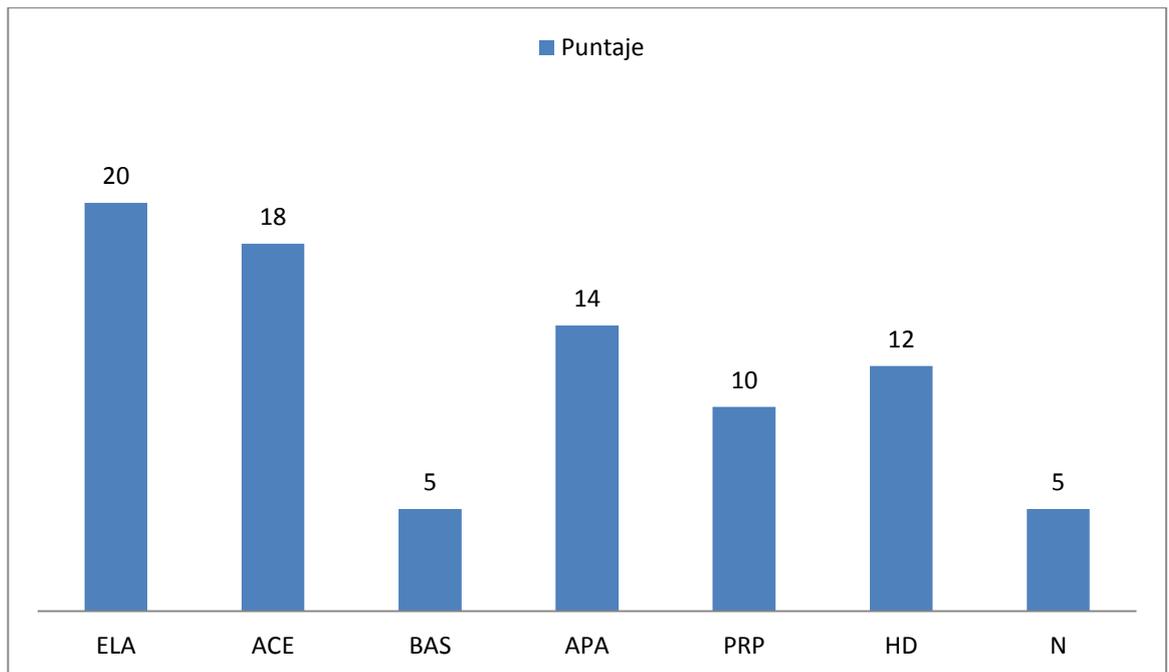
Escala de ansiedad y preocupación ansiosa APA 14/18 (ALTO) Alto malestar físico y emocional tras el duelo y la enfermedad.

Escala de pasividad y resignación pasiva PRP 10/15 (ALTO) Alta tendencia por encontrar paz en su vida y asimilar todas las cosas que pasen a futuro, sin duda la carga que aparenta ser ante sus hijas, le agobia.

Escala de huida y distanciamiento HD 12/18 (MEDIO) Poca expresividad tanto por limitaciones físicas como limitaciones de carácter y en cuanto a preocupar a sus hijas.

Escala de negación N 5/9 (MEDIO) Mecanismo de Defensa que protege la vulnerabilidad del paciente y la fachada de hombre duro.

Tabla 18 : Escalas del CAEPO - Alberto



Nota. Detalle de puntajes obtenido en cada una de las escalas del reactivo.

Algunas Técnicas Funcionales:

- Oración
- Compartir con compañeros y profesionales
- Buscar espacios abiertos
- Terapia Ocupacional
- Descanso (siestas)
- Conocer los sucesos tal cual son, sin ocultar nada.
- Expresar sus miedos sin limitaciones

PACIENTE 12: María Delia, de 67 años; proveniente de Azogues. Soltera y sin hijos, cuenta con el apoyo incondicional de una sobrina quien cuida de ella en cuanto a finanzas, compañía y apoyo familiar. Acude a SOLCA para tratarse de cáncer del área interna abdominal. Ha sido operada de dos tumores, pero aún tiene dos más en la región lumbar. Le preocupa que esto signifique algo malo y que los médicos le oculten información para no hacerle sentir peor.

Está pendiente su tratamiento vía radiación, a lo cual teme por falta de información y comentarios negativos, que le llenan de ideas equivocadas. Teme que la radiación le quemee, o que no soporte la intensidad y llegue a morir. Dedicada toda su vida a la agricultura y al ganado, teme por su salud, pero se muestra tranquila, serena y dispuesta a poner en manos de los médicos, toda su fe por sanar. Le preocupan sus animales, sus cultivos, y si sobrevivirán mientras ella está en tratamiento, a lo que se espera en el hecho de que sus vecinos son buenos y puede estarle echando una mano sin que ella lo sepa. El CAEPO muestra un tipo de afrontamiento preferentemente positivo.

Teme morir como todo ser humano, pero lo que más le estresa es no tener la información adecuada acerca de lo que le está sucediendo, tanto al diagnóstico como a su pronóstico en general. Cree en Dios y pone toda su fe en manos de “él”.

Sobre el CAEPO:

Escala de enfrentamiento y lucha activa ELA 27/27 (ALTO) paciente con buenos principios de asertividad y resignación, quien solo necesita de información y apoyo.

Escala de autocontrol y de control emocional ACE 21/21 (ALTO) tiende a guardarse de detalles emocionales, para tratarlos con gente de confianza (Psicólogo).

Escala de búsqueda de apoyo social BAS 12/12 (ALTO) Al escuchar que existía el apoyo del área psicológica, logro expresar muchas cosas que tenía reservada solicitando más visitas para su recuperación y estabilidad emocional.

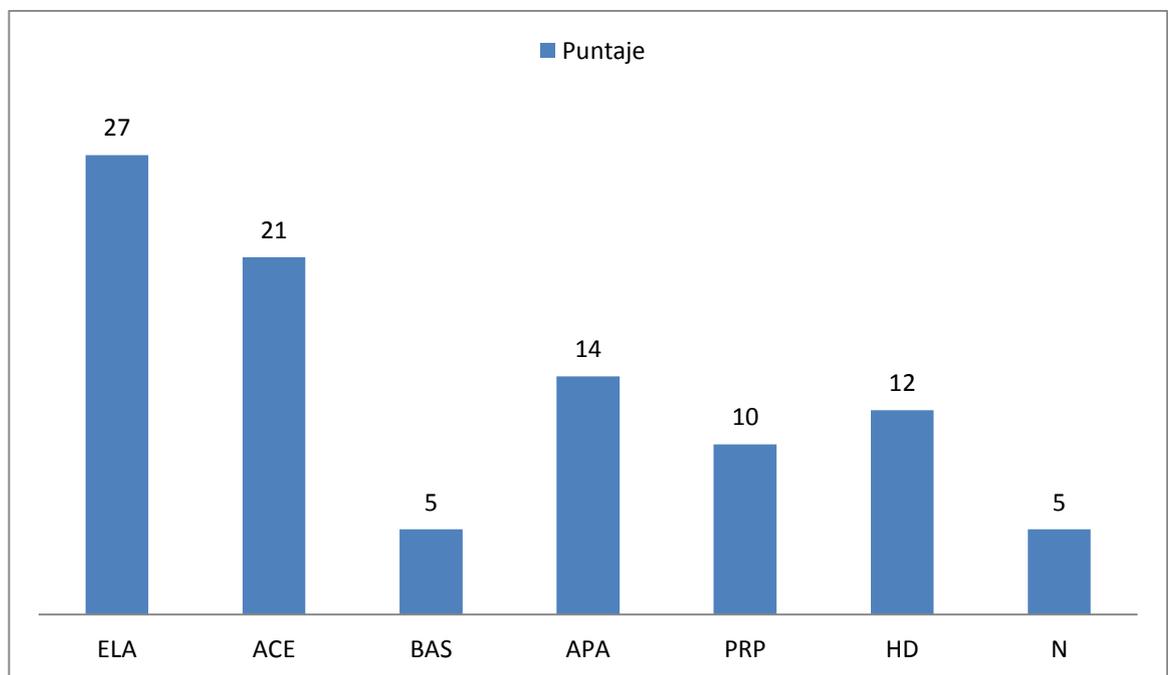
Escala de ansiedad y preocupación ansiosa APA 14/18 (ALTO) Le preocupa los efectos de la radiación a pesar de estar ya psicoeducada.

Escala de pasividad y resignación pasiva PRP 10/15 (ALTO) Demuestra potencial por resiliencia y pensamiento positivo.

Escala de huida y distanciamiento HD 12/18 (ALTO) Selección de la gente con quien compartir sus miedos más íntimos.

Escala de negación N 5/9 (MEDIO) Mecanismo que utiliza para no causarse ansiedad. Por ejemplo el idear que no tiene nada grave y que es remota la posibilidad que el médico le diga, que no hace falta usar la radiación, a la cual teme con moderación.

Tabla 19 : Escalas del CAEPO - Delia



Nota. Detalle de puntajes obtenido en cada una de las escalas del reactivo.

Algunas Técnicas Funcionales:

- Compartir con compañeros y profesionales
- Buscar espacios abiertos y de óseo
- Asesoramiento psicológico
- Ver la televisión (identificarse con relatos)

PACIENTE 13: Juan C., paciente de 68 años, oriundo del sector de Sayausi. Soltero y sin hijos, dedicado toda su vida a la agricultura y al cuidado de animales de cría como gallinas y cuyes; esta al cuidado de una sobrina, quien tomo la iniciativa de llevar a su tío a observación médica en la ciudad de Cuenca, tras 10 meses de dolor de estómago y el área abdomino-pélvica. Cuenta con el apoyo de sus hermanos, pero aun así tiene problemas económicos, llegando a la idea de vender sus propiedades con el fin de costear los gastos de su tratamiento. Los médicos de SOLCA, optaron por tratarlo con Quimioterapia para disminuir las masas tumorales, pero el diagnóstico no es favorable, pues existe gran diseminación por toda la región abdominal. Juan, es consciente de todo lo que está pasando y ha logrado conversar con los médicos seriamente sobre su condición, por lo que se angustia de cuál será su futuro.

Más que el miedo a la enfermedad y la muerte, es el miedo a la soledad, pues menciona que gran parte de su vida a estado solo y ahora que está enfermo necesita cuidados y compañía.

No presenta dolor actualmente pues esta medicado, no puede comer debido a la herida interna; ingiere líquidos y suplementos nutritivos mediante sonda, y esto le hace sentir mal, pues está ansioso de probar sus alimentos favoritos y sentirse completo y no “como una maquina llena de cables”. En la fundación es de carácter introvertido, tiene pocos amigos, aunque ansia de una buena conversación, no suele iniciar los temas, más bien se remite a escuchar.

Juan ocupa su tiempo al cuidado de una planta ornamental, a la cual cuida como a una amiga. Se le había dado la consigna de distraerse mediante el cuidado y atención de la flora, en especial de esa planta, con el fin de alejarlo de su sentimiento de soledad y ayudarlo en cuanto a recreación y sentimiento de utilidad. Se tuvo excelentes resultados, mejorando su autoestima y su carisma, luego se pasó a nuevas actividades como la lectura y el compartir con compañeros, en especial don David, quien se encarga de “hacerle conversa”. El CAEPO, determina un tipo de Afrontamiento No Definido.

Ya no le teme mucho a la muerte, pues sin duda a mejorado significativamente su condición médica incluso llegando a ingerir alimentos sólidos y poder salir frecuentemente a su domicilio en Chaucha.

Sobre el CAEPO: Escala de enfrentamiento y lucha activa ELA 23/27 (ALTO) paciente quien instaura y aprende rápido a auto motivarse y sobrellevar el dolor, a pesar de su soledad.

Escala de autocontrol y de control emocional ACE 16/21 (MEDIO). Juan, no está acostumbrado a desahogarse de forma inmediata, debido a su estilo de vida solitario, necesita tiempo para poder entablar una conversación con otros.

Escala de búsqueda de apoyo social BAS 10/12 (ALTO) en cuanto al apoyo psicoterapéutico, se alegró bastante por todas las cosas buenas que había escuchado de los psicólogos y confía en que las charlas y las actividades propuestas lo van a poner mucho mejor”.

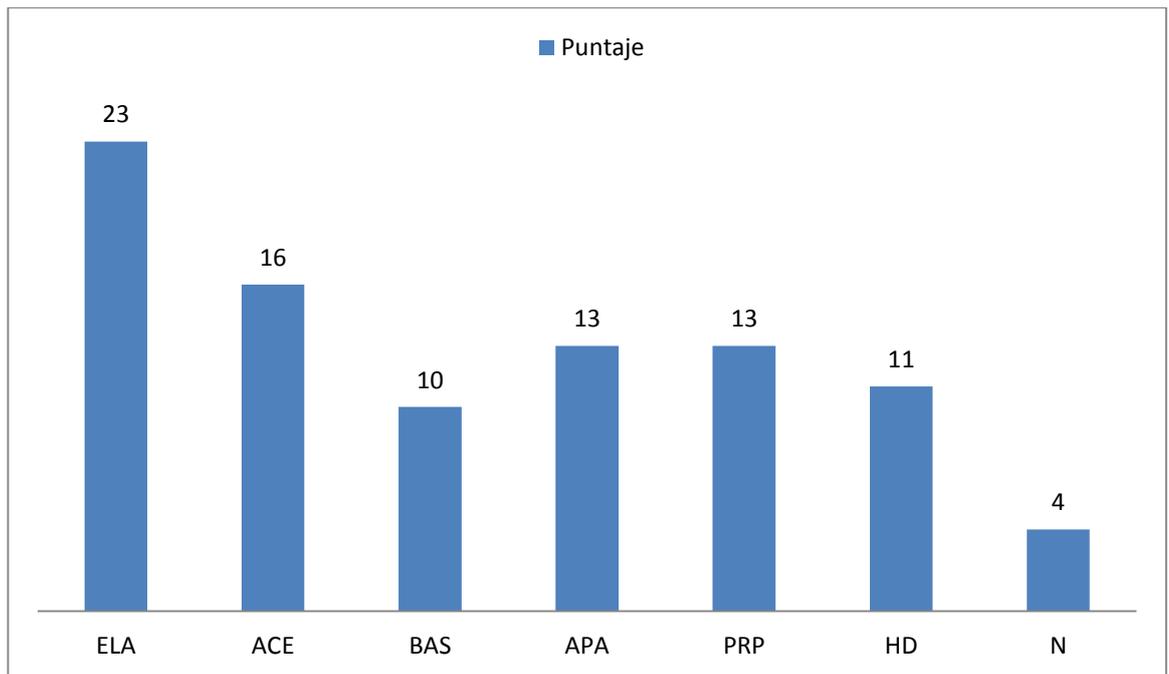
Escala de ansiedad y preocupación ansiosa APA 13/18 (ALTO) La quimioterapia le causa bastante malestar y piensa que está muy viejo y débil para soportar la medicina.

Escala de pasividad y resignación pasiva PRP 13/15 (ALTO) Trabaja en su paz interior y como él dice, espera “días tranquilos”, gozando de los cuidados y la atención que nunca antes había recibido. Juan pide tan solo pequeñas dosis de afecto y amistad.

Escala de huida y distanciamiento HD 11/18 (MEDIO) Tiene que ver con su personalidad introvertida.

Escala de negación N 4/9 (MEDIO) Mecanismo que utiliza para huir de las ideas obsesivas de afeorar y no tener quien le cuide.

Tabla 20 : Escalas del CAEPO - Juan C.



Nota. Detalle de puntajes obtenido en cada una de las escalas del reactivo.

Algunas Técnicas Funcionales:

- Asesoramiento Psicológico
- Compañía
- Cuidado de una planta con el fin de hacerlo sentir útil
- Compartir con Compañeros
- Terapia Ocupacional

4.3. DISCUSIÓN

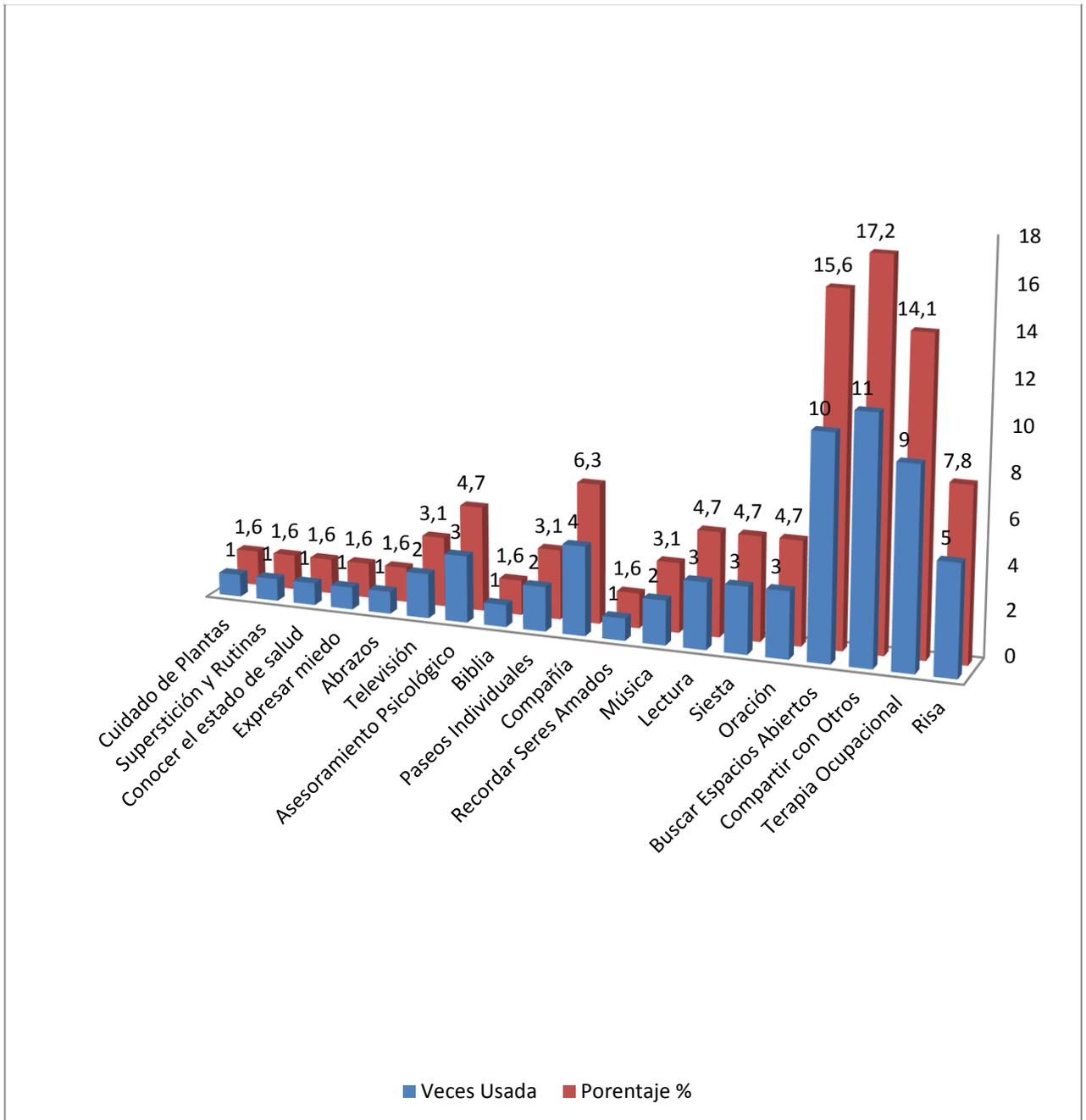
Tabla 21 : Resultados del CAEPO



Nota. Se ve que a pesar del contexto, existe gran predisposición a la adaptabilidad, mediante el positivismo.

Según la siguiente tabla, se puede explicar que siendo 13, el 100% de la población, podemos ver al 54% de los pacientes, es decir 7 de ellos demostrar un tipo de afrontamiento preferentemente positivo. El 15% o dos personas, demuestran un tipo de afrontamiento no definido. Con un 31%, 4 personas demuestran un tipo de afrontamiento preferentemente negativo; mientras que afrontamientos netamente positivos y negativos cuentan con la nulidad. A pesar del grave problema al cual padecen los pacientes de FASEC, vemos que la mayoría tiene características positivas para sobrellevar los problemas, y esto a su vez sirve para influir en los demás. Según la experiencia vivida, basta un paciente fuerte y decidido para motivar y contagiar de buenos pensamientos a sus compañeros.

Tabla 22 : Técnicas de Afrontamiento Encontradas



Visto en la tabla superior, en número; 20 son las técnicas encontradas en esta investigación, las cuales fueron usadas 64 veces en distintas formas y combinaciones. La principal técnica de afrontamiento con el 17,2%, fue el Compartir con Otros. Ya sea con los mismos compañeros de cuarto o demás pacientes alojados en la fundación, el desahogarse y contar sus historias con personas con las cuales existen enfermedades en común, situaciones económicas similares y el mismo hecho

instintivo del ser humano de búsqueda de semejantes para darse apoyo, le vuelve el mecanismo más importante en contra del estrés.

Vemos que el apoyo mutuo, el carisma de las licenciadas, los voluntarios y todo el personal que buscan la mejor atención posible, brinda al paciente, un ambiente cálido, donde pueden reestructurar sus habilidades sociales, mejorar su autoestima, sentirse útiles y parte de una gran familia. El afecto que les falta y la capacidad de olvidarse del entorno hospitalario, son aspectos significativos en la imposición de resultados positivos.

En segundo lugar el buscar espacios de descanso y ocio; abiertos y bien iluminados, cuentan con el 15, 6% de las veces utilizadas por los pacientes. Esta técnica de afrontamiento incluye salir de sus cuartos a veces oscuros y llenos de soledad, en busca de la sala principal, donde cuentan con un techo de vidrio, el cual acoge la entrada de sol, con unas ventanas enormes que brindan un paisaje externo con plantas, flores y un árbol, quizá más viejo que el mismo albergue.

Otros optan por ir a la planta baja y sentarse en una banca rustica, ubicada debajo de aquel árbol frondoso, en donde comparten anécdotas, sueñan con mejores días, lanzan una plegaria, etc. La sala de reunión o de estar, tan popular y tan nombrada en esta investigación, se considera, el lugar mejor acoplado para desenvolverse olvidándose de todo lo malo; siendo un lugar donde las familias se reúnen y conversan, en donde muchos de los pacientes hacen amigos, y la mejor terapia: “el afecto”, se vive a diario.

La estimulación luminosa genera cambios en su estado de ánimo, pues el pasar de un cuarto oscuro y a veces vacío, a un lugar donde se permiten recrear su imaginación y hasta “abrigar los huesos”, como dicen algunos, es algo que ni la misma ciudad y la tecnología de los mejores hospitales, podrá brindar. Cosas sencillas, demuestran mejores resultados.

En tercer lugar con el 14,1% tenemos a la terapia ocupacional, la cual fue muy popular pero limitada. Las actividades observadas, incluyen a la lectura, el cuento de historias y anécdotas, pintura de figuras en yeso, dibujo y escritura, música (emisoras radiales), televisión (usualmente programas de comedia y farándula), asignación de tareas como el cuidar de un compañero con mayor riesgo, el brindar

ayuda a las licenciadas en actividades como selección de medicamentos y elaboración de gasas, etc.

El juego con globos y naipes también fueron actividades notorias, propuestas por la fundación. Acerca de los globos; se realizó una actividad con la consigna de cada quien disponer de uno hinchado y rayado con marcador, alguna características especial o bonita que los destacara, para luego pasar a aventarlos al aire y hacer lo que la creatividad dicte con ellos. A continuación el terapeuta encargado, armado de algo filoso, simulaba intentar pincharlos, para ver las reacciones de sus dueños.

Sin duda cada quien protegía su globo y hasta se alejaban para evitar su explosión. Al final de la actividad se explicó el cómo nuestras vidas se reflejan en esos globos, que son lanzados por distintos rumbos a lo largo de nuestras vidas, usualmente perseguidos por amenazas como la enfermedad, y se dio a notar la capacidad que cada quien ejerce en proteger de sus vidas, en este caso de su característica más preciada. De igual modo el paciente combate a la enfermedad como el jugador cuida a su globo de un pinchazo. Esta especie de metáfora, les ayudó a las personas a interiorizar y reflexionar sobre la fortaleza de la cual ellos disponen y a veces olvidan.

La pintura ayudó a despertar el lado creativo y acoger a pacientes que antes no salían de sus cuartos, como “Fausto”, ya sea por curiosidad o interés, les permitió distraer sus males por unos instantes y recordar lo útiles que son.

Las demás técnicas incluyen la risa y la compañía. El poder hablar de los temas más triviales y ridículos, distraen al paciente y le permiten aprender a burlarse de sus miedos.

La compañía por muy lógica y común que debería ser, no es practicada muy usualmente. El hecho de estar cerca de alguien que se siente solo así sea sin decir una sola palabra, basta para ayudarlos en su transición. Conocer los nombres de los pacientes y verlos como semejantes eleva su autoestima y se sienten amados.

El asesoramiento psicológico (4,7%) en ámbitos clínicos, como la enseñanza de: ¿Que es el cáncer?, todo el tabú al cual estamos inmersos, la socialización de las oportunidades que brinda la medicina moderna, el contestar sus dudas y manejar sus ideas obsesivas, sus pesadillas recurrentes y la enseñanza de técnicas de relajación y

sustitución de ideas negativas por positivas; también fueron elementos efectivos para los pacientes. De igual modo la lectura como una salida de la realidad y la apertura a la imaginación, en conjunto con las siestas para reponer energía y relajar las mentes.

La oración, la cual en nuestros tiempos va perdiendo fuerza pero no importancia, es muy común en pacientes con o sin fe, sin importar la religión, orar es contactarse con uno mismo y con el universo que es Dios, es una actividad de meditación, personal o grupal, con buenos resultados. Todos alguna vez hemos orado cuando tenemos miedo y está en manos de los voluntarios y expertos en ayudar al paciente a diferenciar las ideas negativas de la culpa y el pecado por el amor inmenso de un Dios único y a la vez universal, y el contacto que se puede hacer con esa energía interna tan misteriosa y a la vez accesible ante tiempos difíciles.

FASEC cuenta con una capilla y con pequeñas eucaristías improvisadas por visitantes (sacerdotes y voluntarios), para aquellos que gustan de dicha celebración. Las creencias son múltiples, pero la fe es un factor común que une a los pacientes. Es un mecanismo que en el último de los casos brinda esperanza de vida hasta al más temeroso.

En porcentaje bajo, pero útil, con el 3,1% también se incluyen la música, la televisión y los paseos individuales. La televisión es el pan de cada día de los pacientes de FASEC, pero no tanto por su contenido, sino más por la compañía que brinda, llegando incluso a ser ayuda para dormir. Otros si disfrutaban de las historias fantásticas del viejo oeste, de las novelas y los relatos que a veces se parecen a sus propias vivencias y aprenden que se puede recrear un final feliz en sus propias y reales vidas.

La radio, muy útil para los pacientes de corriente edad, que recuerdan sus melodías favoritas y hacen hincapié en la importancia que ejerce sobre sus funciones cerebrales, distrayéndoles o ayudándoles a concentrar, motivar y hasta olvidar sucesos difíciles y dolor físico. La frecuencia correcta, parece tener efecto sobre las neuronas, las cuales trabajan mejor y brindan mejor desenvolvimiento del paciente, su cuerpo y su creatividad.

Los paseos individuales, hacen mención a las salidas que toman los pacientes a los espacios verdes y anexos al hospital, muchos salen al centro de la ciudad a

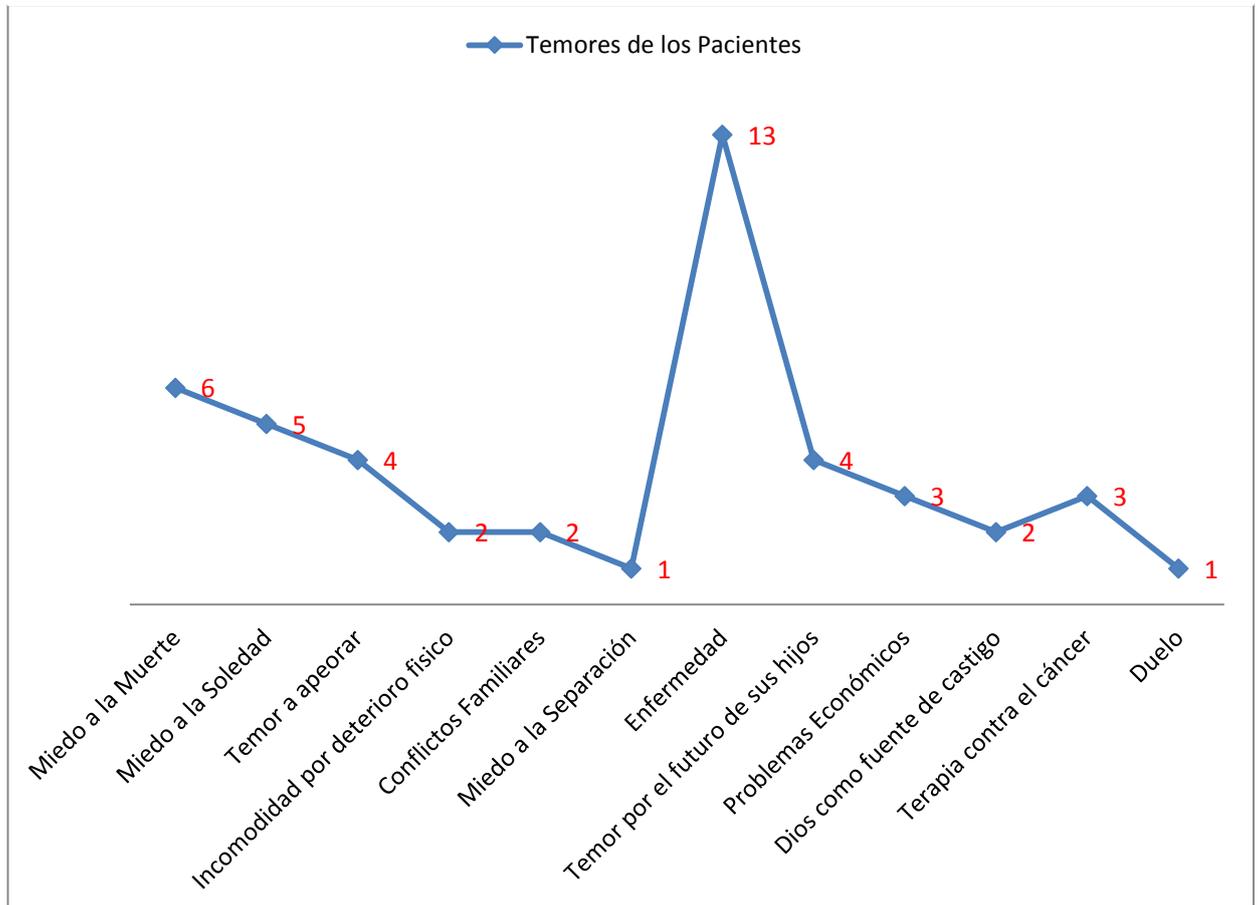
parques, etc. Pues tienen la libertad de entrar y salir de la fundación cuando gusten, donde no tienen obligación de encerrarse.

La lectura, tiene gran recurrencia en el pequeño grupo, habiendo una diminuta pero útil biblioteca en la sala de FASEC, al alcance de todos. Comparten e incluyen nuevas lecturas entre ellos y para ellos.

La compañía, aspecto eficaz para algunas personas sensibles y apegadas a seres queridos, hacen mención a la facilidad que le da FASEC de que familiares se queden con los pacientes, ayudándolos en su recuperación física y emocional.

4.3.1. Acerca de los Temores de los pacientes y la significancia de la idea de muerte entre ellos.

Tabla 23 : Principales estresores y temores de los pacientes



Entre las 13 personas investigadas, la misma enfermedad, toma el 100% de las preocupaciones de cada uno de ellos.

El miedo a la muerte ocupa el segundo lugar, siendo 6 personas las más vulnerables a este estresor.

Cinco personas son invadidas por la preocupación de quedar solos o estar abandonados en su vejez y su tiempo de enfermedad, cuando más necesitan de compañía y confort de los suyos.

Las preocupaciones por empeorar su condición de salud, ser intervenidos quirúrgicamente de nuevo o tener que tomar aún más medicina, afecta a 4 de las 13 personas.

Los conflictos familiares no son ajenos, pues existen 2 casos donde hijas, esposos y cercanos empeoran la situación de ellos, haciéndolos sentir culpables, hablando en frente de ellos como si ya se hubieran muerto, de herencias, y de factores que nada tienen que ver con el apoyo que se exige de las familias.

El deterioro físico afecta a dos personas tanto en autoimagen como en funcionalidad.

El estrés de estar lejos del conviviente afecta a más de uno. La idea de desamparar a sus hijos y no saber qué será de su futuro, es tangible en 4 personas, de las cuales 90% son aun madres y padres jóvenes. Los problemas económicos invaden a 3 personas, siendo una de ellas la más afectada tras deudas fuertes que le costaran su hogar.

Dos pacientes pensaban “que la enfermedad es un castigo de Dios”, Este pensamiento se fue eliminando de a poco, refiriendo el hecho de que nadie puede controlar la salud y la integridad del ser. Estas personas trabajaron en eliminar la culpa tanto por la enfermedad como por los altibajos que se manifestaban.

La terapia contra el cáncer que incluye radiación y quimioterapia son fuentes de estrés en tres personas a quienes los síntomas secundarios están afectando severamente.

Finalmente un paciente tiene que lidiar con el duelo de un familiar, algo que complica su estado emocional.

4.3.2. Sobre la Espiritualidad

Al ser la espiritualidad un concepto dinámico que engloba valores sociales y personales encargados de potenciar la fe y la construcción emocional en cuanto a la existencia universal, el propósito vital, etc. Se constató que el 100% de las personas, incluyen a la espiritualidad entre sus esquemas cognitivos, como una buena alternativa para combatir el estrés y el miedo ante la muerte. Se pudo observar que para bien o para mal, la primera idea que invade las mentes de aquellos afectados por diagnósticos de enfermedad severa, en la fundación de FASEC, es la de Dios, o un ser supremo; el cuestionamiento y la afirmación de su existencia y la fe que se aprende o se potencia en un entorno donde se escucha, se comenta acerca de la muerte y el final de los días del hombre. Sin duda la familia no viene ajena a la idea de Dios, pues según escritos de la Biblia y los mismos relatos de los pacientes, Dios es el amor y la unidad que solo se percibe en la familia tanto biológica como social.

No se encontraron problemas o diferencias en cuanto a las distintas posturas de las religiones, ya que la mayoría de pacientes resultaron ser católicos o cristianos, pero con ideas en común y sin prejuicios o rechazos. El respeto era una de las mejores cualidades para que en una plática cerca de Dios, no coalicionen las diferencias de cada uno.

Se pudo constatar que la fe ya sea en Dios, seres supremos o en sí mismos, generaron cambios físicos y emocionales, pasando por pacientes que disminuyeron su carga tumoral, aquellos que se apegaron más a su familia, algunos perdonaron, eliminaron la culpa, accedieron a comer y participar de los tratamientos clínicos y quirúrgicos, entre los más importantes.

Ilustración 1 : Ciclo de la Espiritualidad



Nota. El concepto de espiritualidad se resume en la figura 1; como un ciclo, que parte de Dios y regresa hacia él

Se construyó este cuadro después de las vivencias de esta investigación, determinando que la paz era vista como un rasgo de silencio y calma, donde el ruido (ciudad, problemas, llanto, desesperación, miedo, etc.), no tenga cabida. La paz es vista como una ventana de calma y silencio donde solo se escucha el interior de la persona, unida al universo, o Dios en este caso.

Este ciclo, tanto en redundancia, como en hallazgo, habla de que la espiritualidad puede partir de la idea de un ser supremo o Dios, llevándonos a la oración o meditación, la cual potencia valores como la fe y la esperanza, los cuales generan un espacio de silencio y paz, que a su vez, devuelven el concepto de Dios o ser supremo, de donde se puede nuevamente volver a la meditación y oración.

Para los pacientes de FASEC, Dios no necesariamente es la imagen de “hombre que habita los cielos”, más bien es la energía que los une, la motivación y la confianza por mejores días. Dios parte de la familia, de los médicos, de la buena voluntad y el sacrificio personal que se realiza, bajo factores de miedo, estrés, dolor, etc.

Dios no ha muerto, más bien “evolució” hacia el interior del ser humano, como parte de y no como padre de”.

La oración puede ser realizada en colectivo, pero es necesario que la persona silencie todo alrededor de si, ya sea preocupaciones, ignorar el ruido, etc. Para tener una correcta conexión con su medio espiritual.

4.4. CONCLUSIONES

Según esta Tesis, se puede afirmar, que al menos en el pequeño grupo de pacientes observados en las instalaciones de FASEC, el miedo a la muerte no es tan común como se tenía en idea, dentro de la hipótesis de esta investigación.

Esto se debe a que gran parte de los pacientes resultaron ser personas de edad avanzada, la mayoría ya realizados plenamente en su ciclo vital; siendo padres amigos, hermanos, profesionales, etc. Quienes veían a la muerte como el último viaje que deben cumplir, siendo algo universal e inevitable. Lo que se percibió es que la trascendencia hacia esa etapa y la adaptación, es lo que más dificulta sobrellevar.

Obviamente el pensar que uno va a morir y dejar de ser y dejar de vivir, es una fuente inmensa para una persona con una amenaza inminente como una enfermedad tal como el cáncer. Solo que estas personas le dieron mayor atención a estresores como la soledad, la enfermedad en sí, los tratamientos médicos, el dolor, el sufrimiento de familiares y allegados y la frustración por no poder cambiar el destino, y aspectos por el estilo, que se reflejaron con mayor peso en esta tesis.

Se pudo diferenciar un buen número de técnicas de afrontamiento útiles para este grupo de 13 personas, que sin duda vendrán bien a los siguientes pacientes de FASEC o de otros medios, que puedan tener acceso a este trabajo. La prioridad de esas técnicas es poder socializarlas, para transmitir el arduo esfuerzo y sacrificio que hacen estas personas por recuperar su estabilidad o asegurar una buena calidad de vida.

El reactivo CAEPO que se utilizó, fue de gran ayuda para poder brindar un buen plan terapéutico para cada persona, pues cada escala, es una característica propia de una persona, en donde se puede trabajar en aminorar o potenciar un rasgo, según el bienestar que ofrezca. Un tratamiento preventivo o la eliminación de conductas negativas, son parte de los objetivos de este reactivo que demostró su eficacia en este entorno y en este tipo de trabajo.

Los principales autores a los cuales se agradece por el aporte a esta tesis, según sus ideas y descubrimientos, son: la Dra. Elizabeth Kubler Ross (1997), de

quien se entendió y se comprobó que la mejor terapia psicológica es la escucha paciente y amorosa.

A Víctor Frankl (2004) y su logoterapia, con la cual se comprende el cómo las personas le dan sentido a sus vida para sobrellevar el dolor y la angustia de vivir con cáncer.

A Erikson (1995) y sus etapas del desarrollo, mediante las cuales aprecia los conflictos que acontecen a los pacientes en la búsqueda por estabilizar su vida, lograr sus metas y envejecer con un sentimiento de autorrealización.

Autores como Freud, exhiben los fundamentos del psicoanálisis, con el ser humano ante el estrés, siendo un mecanismo de lucha interna por conservar a raya el impulso de muerte vs el impulso de deseo por vivir, evocando mecanismos de defensa propios del Yo, que aseguren la satisfacción temporal o definitiva de la carga emocional del sujeto.

De igual modo, el monje Rimpoché (1994), del cual se mencionaba en el capítulo dos, de religión y muerte; nos explica muchas temáticas de cómo tratar con una persona moribunda, cuidando de los detalles que se le transmite. Debemos explicar que lo hecho en vida es suficiente, que no podemos salvar a alguien de lo inevitable, que la verdad siempre será la mejor medicina, y que la entrega de amor y compañía sincera puede beneficiar en gran medida a una persona en estado de enfermedad.

A modo de resumen, se expone que la historia claramente demuestra como el hombre evoluciona el concepto de muerte, desde enterrar a los muertos, brindarles tributo y oración, contemplar rituales que ayuden en “su viaje hacia el más allá”, hasta temer al muerto, idealizar imágenes de almas en pena y seres atormentadores, para llegar a nuestra era moderna pero tambaleante, donde la muerte sigue siendo cosa de temor y misterio. Esta investigación demuestra que la muerte sin duda es y será un temor al cual no se puede disfrazar, pero no es lo peor que puede pasar y más aún no es la causa principal del estrés en el paciente oncológico. Existen factores estresantes como la misma enfermedad, las discusiones o ausencias familiares, los factores económicos, el dolor y la separación de sus hogares, entre otros; que son detalles con los cuales el paciente tiene que luchar a diario, detalles que le distraen y

muchas veces le hacen hasta olvidar la muerte, sin darle tanta importancia, como a aquellas situaciones que en vida necesitan solución.

Ante el estrés se destaca la importancia de las técnicas de afrontamiento en el esquema cognitivo de las personas como herramientas para vencer o controlar las dificultades como la enfermedad, la separación y el cambio de estilos de vida. La muerte por más tabú que sea, siempre será parte de la vida natural, a la cual se puede temer, pero no con tanto énfasis como se ven en los libros y relatos de muchos autores, pues en realidad, palpando la realidad del enfermo, aminora esa importancia por la muerte, al vivir con un sinfín de conflictos adicionales a los cuales hacer frente.

Hay que tomar responsabilidad al afirmar que pequeñas acciones pueden significar grandes medicinas para el paciente con cáncer, ya sea un minuto de risa o una pequeña lectura o juego, ayudan enormemente como cuidados paliativos.

La compañía, la oportunidad de desahogarse y compartir, así como un espacio digno donde descansar, son factores clave, que vuelven a FASEC, un lugar óptimo para recuperar fuerzas y cuidar de su salud, mientras batallan contra una enfermedad que está acostumbrada a disfrazarse de muerte. Y no es la publicidad por la fundación, sino por el entorno en el que se trabaja pues es viable para lugares como hospitales, albergues, en donde se percibe mayor frialdad y menor tacto, hablando por experiencia propia.

Otro aspecto fundamental que se discute en este trabajo es el de la espiritualidad, la cual toma distancia de la religión, pues en un lugar como la fundación, creyentes y no creyentes, de una u otra religión, se ven unidos por la idea de un mismo creador, una energía universal, de amor y solidaridad, que les da la oportunidad de mejorar y la esperanza que va de la mano con la fe y las creencias personales como fundamento para la recuperación de una persona, bajo cualquier contexto. Es decir es bueno desnudarse de toda idea, secta, religión, clase, etc. Y considerarse uno más sin dejar de ser importante, de ese modo, la igualdad nos fortalece.

La muerte de algunos sujetos con los que se trabajó, fue sorpresiva y violenta, pero dejó una enseñanza vital. La plática desinteresada y atenta y la apertura al

desahogo y la posibilidad de despedidas y culminación de temas inconclusos, al igual que pequeñas distracciones con juegos y banalidades que reviven al niño interno de cada ser humano; sirvió en gran medida para asegurar una muerte digna, según los manifiestos de las licenciadas y cuidadores y de la conciencia moral positiva, del trabajo psicológico propuesto en estos meses de investigación.

Finalmente hay que recalcar que la tesis en relación al diseño de tesis sufrió un sinnúmero de cambios para que pueda ser fiable. Uno de esos cambios fue el llenado de las encuestas y consentimientos informados, ya que se presentó la situación en la que uno de los familiares de un paciente manifestó su desagrado por la aplicación de “pruebas” en sus seres queridos, pues manifestó algo muy inteligente y realista: “nuestros familiares están aquí para descansar, no para ser ratones de laboratorio de nadie”, por lo que se cambió la idea original por consentimientos verbales de los pacientes, antes de proceder, y dedicar las sesiones por escuchar atenta y reflexivamente, sin escribir nada, tan vacío como posible para asegurar su tranquilidad y comodidad. El llenado del CAEPO, se lo hacía por parte del investigador en el 90% de los casos, debido a la debilidad muscular o decisión de los pacientes, quienes se adjudicaron el papel de narradores.

Se esperaba mayor temor a la muerte, quizá desesperación y necesidades de terapia exhaustiva, pero en cambio se encontró un grupo de personas aferradas a su fe y las ganas por vivir y resolver los problemas cotidianos de sus existencias, poco a poco. La idea de un hospital frío y aburrido, se desmoronó al encontrar una familia conformada por médicos, enfermeras, familiares, pacientes y voluntarios, quienes no dan tributo a la muerte sino a la vida, a aprovechar el tiempo que tenemos sobre este planeta y no desperdiciar energía valiosa en temas banales y a veces inevitables.

4.4.1. Recomendaciones en base a los datos:

- Desacelerar nuestros estilos de vida
- Desconectarnos de aquellas preocupaciones diminutas que nacen de las exigencias sociales, que lo único que hacen es agrandar el problema y sus síntomas. Vivir segundo a segundo, sin prisa.
- Desahogarse plenamente, ya sea por escrito, verbal o tecnológicamente.
- Contar con la ayuda de otros seres humanos y no aislarse.
- Siempre manejar la verdad.
- Aferrarse a la fe y a nuestras creencias, dejando a un lado las diferencias.

Referencias de Páginas Web:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-19.htm

<http://stresslabora.blogspot.com/2008/04/estresores.html>

<http://www.adrformacion.com/cursos/prlpsico/leccion2/tutorial5.html>

http://www.crea.es/prevencion/estres/capitulo5_2.htm

<http://www.ecured.cu/index.php/Estresores>

[http://www.onmeda.es/estres_ansiedad/estres-estresores-\(desencadenantes-de-estres,-factores-de-estres\)-16447-2.html](http://www.onmeda.es/estres_ansiedad/estres-estresores-(desencadenantes-de-estres,-factores-de-estres)-16447-2.html)

<http://www.psicologia-online.com/pir/los-estresores-cotidianos-y-los-estresores-biogenicos.html>

Ciudad Autónoma de Melilla. Consejería de Administraciones Públicas. Gabinete de Prevención y Saluda Laboral.

Colegio Oficial de Psicólogos (España):

Curtis Biología / Glosario de Biología, 7ma Edición

Diagnostic criteria from DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2014.

Diccionario de Medicina de la Universidad de Salamanca, (2014) Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico.

Diccionario de la lengua Española, (2015). Vocabulario Científico y Técnico. Real Academia Española.

Enciclopedia Salud.com

Quantum Salud.com, trabajo realizado por Alonso Gaeta Reynaldo (s.f.).

BIBLIOGRAFÍA:

Abt, A.C. (2006). El hombre ante la Muerte. Una mirada antropológica. *Segundas Jornadas de Psicooncología XII Congreso Argentino de Cancerología* (11-12).

Almagiá, E. B. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud, 14*(2), 237-243.

Arbizu, J. P. (2009). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (24), 173-178).

Barreto, P. (1994). Cuidados paliativos al enfermo de sida en situación terminal: enfoque multidisciplinar. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología, 47*(2), 201-208.

Brass, A. L. (s.f.) Eros y tanatos, una tensión inevitable. *Instituto Glaux*, Buenos Aires.

Cabrera, T. C., & Serrano, D. S. (2014). Algunos aspectos sobre el estrés oxidativo, el estado antioxidante y la terapia de suplementación. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, 14*(1)

Cano, M. (2005). Consideraciones histórico-culturales y éticas acerca de la muerte del ser humano. *Revista Cubana de Salud Pública, 31*(2).

Castro B. I. (1999) Concepciones ético filosóficas de la muerte. *Departamento de Filosofía y Salud. Cátedra de Bioética. Facultad de Ciencias Médicas de Holguín. Correo Científico Médico de Holguín; 3*(3).

Celia Van Grieken & Carolina Izquierdo (1970). *Friederich Nietzsche*.

Conca, M., & Minaeff, T. (s.f.) Posibles raíces de la hermenéutica de Heidegger en la Logoterapia de Víctor Frankl.

Cooper, C. (1984). Psychosocial stress and cancer. *Ediciones Díaz de Santos*.

Frankl, V. & Allport, G. (2004) El hombre en busca de sentido. Barcelona: *Herder*. (7).

Gala F. J., Lupiani M., Raja R., Guillén C., González J. M., Villaverde M., & Alba I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: *Una revisión conceptual. Cuadernos de medicina forense*, (30), 39-50.

García, J. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 49(2), 249-265.

Garduño, M. & Márquez, M. (1995). El estrés en el perfil de desgaste de las trabajadoras. *Cad Saude Publica*, 11(1), 65-71.

Garza, H. S. (2000). Los que se creen dioses: estudios sobre el narcisismo. Plaza y Valdes.

Guerra, J. E. (2001). Estrés oxidativo, enfermedades y tratamientos antioxidantes. *An. Med. Interna Madrid*, 18(6), 326-335.

Grazziano, E. S., & Ferraz Bianchi, E. R. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global*, 18, 1-20.

Hemingway, E. (1968). Por quién doblan las campanas. *Andres Bello*.

Huaquín V. & Loaíza R. (2004). Exigencias académicas y estrés en las carreras de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, (30), 39-59.

Jiménez F. (2012) Morir entre los vivos, vivir entre los muertos. *Jornadas sobre antropología de la muerte. Identidad, creencias y ritual*. 32-43.

Kübler-Ross, E. (1997). Death. *Simon and Schuster*.

López A., Sueiro E. & López M. C. (2004). Ansiedad ante la muerte en la adolescencia.

López, V., Esquivel C. & Monrreal, M. (s.f.) Actitud ante la muerte en el adulto mayor, en un Centro Diurno de Saltillo, Coahuila. *Problemática de los grupos vulnerables: visiones de la realidad TOMO IV*.

Madariaga, C. (2002). Trauma psicosocial, trastorno de estrés postraumático y tortura. *Serie Monografías*, 11.

Martínez G. (2007). Debate acerca del estrés oxidativo y su incidencia en las enfermedades. *Revista Cubana de Farmacia*, 41(2), 0-0.

Marty, M., Lavín, G., Figueroa, M. & Cruz, M. (2005). Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de los Andes y su relación con enfermedades infecciosas. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(1), 25-32.

Melgosa, J. (1994). Sin estrés. *Editorial Safeliz*.

Mello AA, Mello MF, Carpenter LL, Price LH. (2003) Update on stress and depression: the role of the hypothalamic- pituitary-adrenal (HPA) axis. *Rev Bras Psiquiatr*. 25(4):231-8.

Molerio O., Arce M. A., Otero I. & Nieves Z. (2005). El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 43(1), 0-0.

Montaner, L. V. (2006). Enoc, viajero celeste más allá de la muerte. *Revista de filología románica*, (4), 43-58.

Moody, R. A. (1997). Vida después de la vida: Testimonios de casos reales revelan que hay vida después de la muerte. *Edaf*.

Moreno B., Morante E., Garrosa E., & Rodríguez R. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12(2), 215-231.

Moscoso, M. (2009). De la mente a la célula: Impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Liberabit*, 15(2), 143-152.

Nebreda, J. J. (2009). El Hombre libre en nada piensa menos que en la muerte. *Gazeta de Antropología*, 25(1).

Negrete, M. (s.f.) La Respuesta al Estrés

Núñez A.G. (s.f.) Labor Hospitalaria. Muerte, Aportación Bíblica.

Núñez I. J., Luaces M., & García J. C. (2009). Cardiopatía de estrés o síndrome de Tako-Tsubo: conceptos actuales. *Revista argentina de cardiología*, 77(3), 218-223.

Osademwigie, I. O. (2005). Logoterapia para mejorar el sentido de vida en pacientes con ansiedad ante la muerte. *Universidad Iberoamericana Santa Fe, México*.

Pacheco G. (2003). Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. *Cultura de los cuidados, año VII*, 14(2) 27-43.

Peiró, J. M., & Salvador, A. (1993). Desencadenantes del estrés laboral (2) *Madrid: Eudema*.

Perales A., Rivera F. & Valdivia O. (s.f.) *Manual de Psiquiatría: "Humberto Rotondo"*

Pérez, D., & Brian, A. (2012). La antropología de la muerte: *Autores, enfoques y períodos. Sociedad y religión*, 22(37), 0-0.

Pieper J. (1970). La fenomenología de la muerte humana. La muerte y la inmortalidad. *Enciclopedia Filosófica*.

Polaino A. (1982). El estrés de los profesores: estrategias psicológicas de intervención para su manejo y control. *Revista Española de Pedagogía*, 17-45.

Puerta, J. (2008). De la muerte a la superación del Hombre. *Estudios Culturales*, 1, 33-48.

Ramírez & Hernández (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Rev Panam Salud Pública*, 23(1), 7.

Real Academia Española (2014). Muerte. *Diccionario de la lengua española*.

Rimpoché, S. (1994). El Libro de los tibetanos de la vida y la muerte.

Rodríguez T. (1998). El estrés y la habituación alcohólica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14(4), 398-406.

Rojas G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica de Clínica Las Condes*, 17(4), 194-197.

Sánchez B. (2004). Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte: Surgen luces de esperanza para acoger mejor el reto de la totalidad, tras años de investigación en enfermería. *Aquichan*, 4(1), 6-9.

Sánchez, Ó. (2011). Tiempo, ser y muerte en Shopenhauer.

Sánchez M., González R. M., Marsán V. & Macías C. (2006). Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 22(3), 0-0.

Serrano M. (2005). El síndrome metabólico: ¿una versión moderna de la enfermedad ligada al estrés? *Revista Española de Cardiología*, 58(07), 768-771.

Schöndorf, H. (2009). La Muerte en la Filosofía de Arthur Schopenhauer. *Revista Portuguesa de Filosofía*, 1193-1204.

Slipak (1991). ALCMEON 3 Historia y concepto del estrés (1ra. Parte). *Alcmeon*, 3, 355-360.

Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 8-19.

Vega, B. R., Ortiz, A., & Palao, Á. (2004). Atención psiquiátrica y psicológica al paciente oncológico en las etapas finales de la vida. *Psicooncología*, 1(2), 263-282.

Von Franz, M. L. (1992). Sobre los sueños y la muerte. *Editorial Kairós*.

Yoffe, L. (2002). El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales.

ANEXOS

ENCUESTA

Objetivo de la Encuesta: esta encuesta tiene la finalidad de hacer un sondeo sobre la perspectiva que tiene Ud. acerca de las etapas del ciclo vital, sobre la vida más allá del cuerpo, la trascendencia, etc. No tiene un valor institucional, a más que la importancia de su pensamiento como el de los demás, para enriquecer nuestra investigación. De antemano agradecemos su participación. Lea con atención y conteste con toda la calma posible.

Nombre:

Edad:

Ubicación:

1.- ¿A qué se dedica?

2.- ¿Le teme a algo?

3.- ¿Qué es la espiritualidad para ud?

4.- ¿Cree en Dios, o en una fuerza superior?

SI NO OTRA (Explique) -----

5.- ¿Cree en la vida eterna?

SI NO ¿Por qué? (Explique) -----

8.- ¿De dónde obtuvo sus conclusiones?

FAMILIA AMIGOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN
PROPIAS

9.- ¿Cómo influyen sus creencias en su vida?

Me ayuda a sobrellevar

Me tranquiliza

Me es indiferente

Otra (Explique) -----

10.- ¿Qué es la trascendencia para Ud., tomando en cuenta un ejemplo que indica que trascender es; ir más allá de algún límite o superar las restricciones de un determinado ámbito?

11.- ¿Al haber sido sometido a operaciones, le ha brindado experiencias, más allá de esta realidad?

12.- ¿Cuál es su estado de ánimo actual?-----

13.- ¿Cuál es su fuente de apoyo primordial, en este momento de su vida? *Ej.: Hijos*

14.- ¿Cómo percibe el ambiente que le rodea?-----

15.- ¿Cree que hay algo más después de la muerte?

Consentimiento Informado

Quien le habla, Ávila Gabriel; egresado de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, bajo tutela de la Master Eva Peña Contreras, pedagoga de la Universidad Estatal de Cuenca, realiza una investigación acerca de técnicas de afrontamiento ante el estrés en pacientes hospitalizados en este instituto. Le será brindada información y será invitado a participar de esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo, sobre este estudio.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, indique, según es informado, para hacer tiempo en explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede hacerlas.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. La investigación durará ____ (número de) días/ o ____ (número de) meses en total.

Durante ese tiempo, será visitado según la disponibilidad de su tratamiento en conjunto con la planificación del instituto que lo alberga.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento

Informado _____ (iniciales del investigador/asistente)

***Hojas de Aplicación del Reactivo CAEPO**

***Documentos Extra**

Ilustración 2: Ejemplo de una aplicación del CAEPO

Nombre y apellidos: _____

Centro: FASEC Fecha: 10/Mayo/2015

RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE ADECUA A SU FORMA DE PENSAR O ACTUAR

1 Nunca 1 Algunas veces 2 Muchas veces 3 Casi siempre

1	Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.	0	1	2	3
2	Estoy dispuesto a plantarle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.	0	1	2	3
3	Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable y positivo.	0	1	2	3
4	Si estoy preocupado suelo pensar en cosas que me hacen sentir peor.	0	1	2	3
5	He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	0	1	2	3
6	Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud.	0	1	2	3
7	Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.	0	1	2	3
8	Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.	0	1	2	3
9	Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.	0	1	2	3
10	Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas: familia, amigos, etc.	0	1	2	3
11	Pienso que en este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	0	1	2	3
12	Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien.	0	1	2	3
13	Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.	0	1	2	3
14	Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	0	1	2	3
15	Creo que voy a necesitar la ayuda de otras personas para superar esto.	0	1	2	3
16	Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	0	1	2	3
17	Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	0	1	2	3
18	Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	0	1	2	3
19	Intento compartir mis emociones con algunas personas.	0	1	2	3
20	Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.	0	1	2	3
21	Procuro ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud.	0	1	2	3
22	Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.	0	1	2	3
23	Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	0	1	2	3
24	Confío en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	0	1	2	3
25	Procuro controlar mis emociones.	0	1	2	3
26	Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.	0	1	2	3
27	Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	0	1	2	3
28	Intento mostrarme sereno y animado.	0	1	2	3
29	Pienso constantemente lo que sería mi vida si no hubiera enfermado.	0	1	2	3
30	Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.	0	1	2	3
31	Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación.	0	1	2	3
32	Creo que aunque supere esta situación, quedará muy afectado y nada será como antes.	0	1	2	3
33	Muestro mis sentimientos y estados de ánimo ante las personas importantes para mí.	0	1	2	3
34	Me doy por vencido en esta situación y pienso que "lo que tenga que ser será".	0	1	2	3
35	Pienso que las cosas ocurren y que nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos.	0	1	2	3
36	La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.	0	1	2	3
37	Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	0	1	2	3
38	Procuro evadirme y no pensar en lo que me pasa.	0	1	2	3
39	Creo que si en otras ocasiones he superado mis problemas, ahora también lo lograré.	0	1	2	3
40	Prefiero distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.	0	1	2	3

Ilustración 4: Encuesta cara anterior

2.14 Anexos: para casos en los que se requiera respaldar el proyecto.

ENCUESTA

Objetivo de la Encuesta: esta encuesta tiene la finalidad de hacer un sondeo sobre la perspectiva que tiene Ud. acerca de las etapas del ciclo vital, sobre la vida más allá del cuerpo, la trascendencia, etc. No tiene un valor institucional, a más que la importancia de su pensamiento como el de los demás, para enriquecer nuestra investigación. De antemano agradecemos su participación. Lea con atención y conteste con toda la calma posible.

Nombre: ROSA REINOSO
 Edad: 46 años
 Ubicación: Zimicoy

1.- ¿A qué se dedica? O.R.O.

2.- ¿Le teme a algo? Antes no, pero antes de la operación tenía miedo de vivir o morir.

3.- ¿Qué es la espiritualidad para Ud? Es conversar con Dios. Mediante oraciones pide salud que Dios le ha dado la enfermedad que le duele. Tiene fe.

4.- ¿Cree en Dios, o es una fuerza superior?
 SI NO OTRA (Explique).....

5.- ¿Cree en la vida eterna?
 SI NO ¿Por qué? (Explique) Porque es un castigo que Dios cobra. Dios manda a los malos.

6.- ¿De dónde obtuvo sus conclusiones?
 FAMILIA AMIGOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN
 PROPIAS

9.- ¿Cómo influyen sus creencias en su vida?
 Significa que tenemos que ser positivos ante Dios.

Ilustración 5: Encuesta cara posterior

Percepción y creencias sobre la muerte y técnicas de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos

Me ayuda a sobrellevar

Me tranquiliza

Me es indiferente

Otra (Explique) Como que Dios le cura

10.- ¿Qué es la trascendencia para Ud., tomando en cuenta un ejemplo que indica que trascender es ir más allá de algún límite o superar las restricciones de un determinado ámbito?

Conformarse uno mismo. No hay nada lo que la vida da. Un o llegar un momento de ir al otro mundo. No lo podría decir.

11.- ¿Al haber sido sometido a operaciones, le ha brindado experiencias, más allá de esta realidad?

Estaban en compañía de un niño Marie Pithi. Cuando era pequeña y dijo que nadie esta lista para sobrevivir. Dios le dio la entereza y el lo quitara. Al salir de la operación estaba adolorida.

12.- ¿Cuál es su estado de ánimo actual?

Se siente desahogada por el dolor y porque no puede realizar sus actividades. Siente dolor de la herida.

13.- ¿Cuál es su fuente de apoyo primordial, en este momento de su vida? Si: Hijos

Yo misma durante mi 24 años herida marido y esposa. Si recibe el apoyo de sus hijos dos veces también.

14.- ¿Cómo percibe el ambiente que le rodea?

Buena, elegante. Están pendientes de ella los doctores, los psicólogos, las enfermeras. Están todos pendientes.

2

Fotografías de FASEC

Ilustración 7 : Fausto en Terapia Ocupacional



Ilustración 6: David en la silla de ruedas, recibe a sus nuevos compañeros en la sala de descanso.



Ilustración 8 : Las Licenciadas también forman parte del grupo



Ilustración 10 : Herlinda



Ilustración 9 : Don Alberto

