

asociación
mexicana de
tanatología, a.c.

*Pionera de la
Tanatología en México*

MEMORIAS

X

CONGRESO NACIONAL DE TANATOLOGÍA

APRENDIENDO A CUIDAR EN LA VIDA Y LA MUERTE

Del 5 al 8 de noviembre 2014
Sede Hotel Copacabana
Acapulco, Gro.

Asociación Mexicana de Tanatología, A. C.
Insurgentes Sur 1160-3er piso, Col. Del Valle
Tels. 55-75-59-95 ó 55.75.59.96

www.tanatologia-amtac.com/congreso E-Mail: info@tanatologia-amtac.com Twitter: [@tanatologiamex](https://twitter.com/tanatologiamex)

INDICE

Comprendiendo la muerte desde el punto de vista espiritual	3
Intervención grupal para el manejo de duelo en niños que perdieron un hermano con discapacidad neuromusculoesquelética	6
El trabajo de los sueños como una perspectiva de reencuentro con el objeto perdido.....	26
Entrégame con amor	36
Importancia de la aplicación de la medicina mente cuerpo en el abordaje tanatológico.....	38
Velorio de angelitos.	94
Actitud ante la muerte y los enfermos en etapa terminal en estudiantes del internado de la carrera de médico cirujano.	99
Viviendo con el dolor del cáncer	102
Te espero para partir	107
La Enfermedad es la Maestra que me lleva a Sanar mis Duelos.	110
El que alcanza la muerte, alcanza la gloria.....	111
Lo simbólico de la pérdida en el cáncer de mama	113

Comprendiendo la muerte desde el punto de vista espiritual

Psic. Gabriela Gutiérrez Cebreros.

Desde etapas tempranas en la vida, nuestra mente empieza a ser programada, condicionada de acuerdo a la sociedad, la cultura y la religión en que nacimos; con una serie de creencias y paradigmas.

Las creencias están relacionadas con todo lo que te rodea: la vida, la muerte, el placer, la amistad, los hijos, Dios, la maternidad etc.

Todo lo que pensamos en realidad son sólo creencias, y muchas, incluso, no necesariamente se basan en un marco lógico. Sin embargo, cada uno de nosotros trata de ir ajustando lo que vive con sus creencias personales, como si filtrara la realidad a través de unos lentes únicos y especiales.

Todos hemos aprendido a temerle a la muerte, no sólo por las creencias que al respecto “hemos grabado”, sino por las reacciones que hemos visto a lo largo de nuestra vida frente a ella, así como los mensajes que muchas religiones nos han transmitido.

Nuestra interpretación de la muerte puede cambiar, en función de la revisión de algunos conceptos básicos, que tienen que ver con lo que ahora creemos de ella.

Para resignificarla, sin embargo, es muy importante abrir no sólo nuestra mente, sino nuestro corazón; es ahí donde la verdad puede resonar con su propia fuerza. Por ello al leer éste trabajo, les pido que filtren mis palabras desde ahí, y se queden con lo que les haga “clic”.

Empezaremos haciendo la diferencia entre religión y espiritualidad.

La religión, es un camino creado por los hombres para enlazarse con Dios, que tiene ciertos ritos, normas y dogmas de fe; que deben seguirse al ser un practicante. La espiritualidad por otro lado, es el camino que cada ser humano encuentra para conectarse con la Divinidad, en su muy particular forma.

Ejemplos: danzando, meditando, caminando por un bosque o a la orilla del mar.

Ahora revisaremos los conceptos básicos que nos han afectado:

El concepto de Dios.

Cada uno lo ha aprendido, de acuerdo a las creencias que tiene de Él.

Si esas creencias nos sirven para vivir plenamente y morir en profunda paz, son valiosas.

Sin embargo algunas personas creen que Dios juzga, castiga y condena, por lo que viven y mueren llenas de culpas, y la culpa no le sirve a nadie, nos hunde; llevándonos a creer que merecemos vivir vidas de segunda o tercera, y al morir ser castigados.

Reflexionemos:

Si Dios es AMOR

pero no el amor "chirris" que nosotros conocemos, condicionado: "Te amo si tú me amas", "te doy si tú me das". Sino un AMOR IMPERSONAL, es decir Ama a Todos y a Todo.

¿Cómo hemos podido creer que juzga, condena y castiga?

Ábrete:

El Amor así, solo AMA.

Desde ese enfoque le perspectiva de la muerte, cambia.

Por otro lado, se nos ha enseñado a creer, que Dios nos hizo a su imagen y semejanza, por ello hemos hecho representaciones humanas de éste. Lo que no hemos comprendido, es que somos a su imagen y semejanza, en el Espíritu.

Las antiguas tradiciones de algunos pueblos lo llamaban "El Gran Espíritu". El Espíritu que daba vida a todo lo que existe, siendo entonces: el TODO en el TODO.

DIOS ESTA EN TODO

Por lo tanto, está en ti (si no, no vivirías).

Para comprenderlo mejor, te pondré un simil:

Imagina que Dios es el mar y dentro de cada ser humano hay una "gotita" de ese mar, que si pudiéramos en el microscopio tendría todos los elementos del mar grandote, sólo que en pequeñito. Esa "gotita" es nuestro Espíritu.

Ahora, me gustaría hacerles una pregunta:

¿Dios es mortal?

Seguramente al leer lo anterior, sonrieron e internamente dijeron: ¡claro que no!
Entonces, si mi Espíritu es Divino ¿puede morir?

Como se habrán dado cuenta, esa parte de nosotros, que algunos llaman el Verdadero Ser, tampoco puede morir; por lo que la muerte, como decía un maestro: no es ausencia, sólo cambio de presencia.

Nuestro cuerpo, es el que se deteriora y muere, pero nuestro Espíritu siendo Energía Divina, no puede morir.
(Somos Seres Espirituales en un vehículo físico, para aprender, recordar y evolucionar)

Desde nuestros cuerpos, somos únicos y diferentes (diversidad), desde nuestro Espíritu somos UNO y lo mismo, y no existe ningún juicio o condena.

Si nuestro Espíritu no muere, ¿a dónde creen que vamos, después de salir del "vehículo" físico?

Pues "regresamos a casa", al Amor que nos creó, sin ningún requisito.
Muchas personas piensan, que ahí nos quedamos por toda la eternidad.

Un número cada vez más grande, sin embargo, empieza a intuir, al ir aumentando su consciencia, que es la capacidad de adoptar la perspectiva más elevada posible; que:

Una sola vida o experiencia dentro de un vehículo físico, no sería suficiente para aprender y recordar; por lo que creen en la reencarnación.

Y tú... ¿qué crees al respecto?

Reflexión Final.

La Tanatología es un camino profundamente espiritual, por lo que los invito a buscar siempre verdades y realidades superiores y a ver a nuestros pacientes a dos niveles:

- 1) Más allá de su enfermedad, dolor y sufrimiento, como seres humanos completos; que tienen una historia y que si los escuchamos, suelen ser grandes maestros.
- 2) De Ser a Ser, de esencia a esencia.

Ver lo Divino que existe en cada uno de nosotros, para desde ahí, ayudarlos a conectarse con esa parte, que también está en ellos, esa parte amorosa, sabia, llena de paz; para que así puedan vivir una vida de calidad, mientras viven y cuando mueran lo hagan con esperanza y tranquilidad.

Namasté

Intervención grupal para el manejo de duelo en niños que perdieron un hermano con discapacidad neuromusculoesquelética

Mtra. Olga Isabel Alfaro Ramírez del Castillo

Introducción

La familia es la base de la sociedad. Es el sitio donde todos crecemos, nos desarrollamos a nivel físico, a nivel social y económico; dentro del núcleo familiar aprendemos los aspectos fundamentales del vivir como la convivencia con pares, dar y recibir afecto, escala de valores, conductas apropiadas e inapropiadas, desarrollamos vínculos y nos vamos formando en conjunto con las influencias del medio ambiente que nos rodea ^(1,2)

En la literatura sistémica se considera a la familia como un “sistema formado por subsistemas que están estrechamente interconectados y comunicados”. Se considera a la familia como algo que es dinámico (se mueve todo el tiempo y busca la homeostasis o equilibrio), va sufriendo cambios conforme afronta los eventos vitales. Cuando uno de los subsistemas se afecta, el resto también sufren cambios y transformaciones en consecuencia ⁽²⁾

Algunos de los cambios de las etapas del ciclo vital de la familia son: la salida de los hijos de casa para formar su nueva familia (nido vacío), la llegada de un bebé, el crecimiento de los hijos, la presencia de terceros en la relación de pareja, el periodo de vejez de los padres (jubilación y enfermedad), la muerte de alguno de los miembros de la familia. De igual forma se ha documentado que las influencias externas generan cambios en la dinámica familiar. Las influencias externas son cualquier cambio que haya en el medio ambiente cotidiano de un núcleo familiar. La familia es sensible a los cambios al interior y también al exterior de su sistema ³

Es así que el diagnóstico de algún tipo de enfermedad en algún miembro de la familia impacta el sistema de forma global. Afecta a cada uno de los integrantes de la familia. Se ha documentado mucho sobre el impacto del diagnóstico de

discapacidad sobre la familia. Hay impacto en los padres a nivel emocional, físico, económico y social. Hay pérdidas que los padres de un hijo con discapacidad deben aprender a manejar, pérdidas simbólicas y materiales también ^(1,2,4)

Algunos de los cambios más comunes que se reportan en las familias que tienen un hijo con discapacidad según Ortega-Silva, Torres-Velázquez, Reyes-Luna y Garrido-Garduño ⁴ son: una mayor demanda de atención para el niño con discapacidad, desgaste económico importante, necesidad de apoyo profesional, necesidad de apoyo social, aislamiento y modificación en creencias. Este estudio considera que los cambios en la familia suceden desde que se recibe el diagnóstico y perduran hasta la adultez o muerte del hijo con discapacidad. En el estudio de Guevara-Benitez y González-Soto ² se reporta que “el trauma del nacimiento de un hijo con discapacidad en la familia a menudo resulta no narrable”, refieren que es muy común guardar silencio ante el proceso de duelo y pérdida que se vive. Identifican el acontecimiento como un evento que puede desestabilizar a la familia y que genera grandes cantidades de estrés.

Por su parte Seguí, Ortiz y De Diego ⁵ encontraron que padres de niños con discapacidad presentan de forma frecuente síntomas como fatiga, depresión, baja autoestima e insatisfacción personal.

Debido al conocimiento de los cambios de la dinámica familiar en familias de hijos con discapacidad hay una gran variedad de estudios que proponen estrategias de intervención e identifican los principales focos de atención en familias de hijos con discapacidad ^(6, 7, 8, 9, 10, 11)

En las estrategias de intervención se habla sobre favorecer la adaptación de la familia a las necesidades de atención de la persona con discapacidad. La adaptación se considera desde todas las esferas (física, económica, social, emocional y psicológica). Se habla sobre informar a la familia y acompañarla a potenciar sus recursos y a desarrollar nuevos para favorecer la recuperación del equilibrio ^(7,8)

La intervención es con la finalidad de evitar sobrecarga y colapso en los padres y la disfunción a nivel familiar. Cuando sobreviene un pronóstico de terminalidad a partir de la discapacidad, el impacto es mayor sobre el núcleo familiar. Se generan crisis y la desestructura suele ser mayor. El tiempo que se toma una familia para recuperarse del impacto de la noticia de la probable muerte

de uno de sus integrantes depende de las estrategias con las que cuenten, del entorno social en que se desarrollan y de múltiples variables personales de los miembros que la constituyen ^(9,10, 11)

Uno de los focos de intervención son los hermanos sanos de hijos con discapacidad. Guevara-Benitez y González-Soto ² refieren que los hermanos viven cambios importantes entre los que destacan el adquirir mayor número de responsabilidades a edades más tempranas, alteraciones en el desarrollo social ligadas a estas tareas de cuidado y colaboración que no son propias de su edad, problemas de conducta y emocionales entre los que destacan: llamar la atención, miedo a tener discapacidad, culpa, pena, negligencia en sus tareas, excesiva preocupación por el futuro. Es un tema que recientemente ha sido abordado por lo que la literatura no abunda en comparación con el diagnóstico de una enfermedad o la muerte de un integrante de la familia.

La literatura identifica a los hermanos sanos de niños enfermos como “el niño olvidado” (the forgotten child). Para los hermanos sanos de niños enfermos, la vida se convierte en “una experiencia constante de ansiedad y miedo frente a la posibilidad de que súbita e imprevistamente, las cosas puedan cambiar radicalmente” ¹². Son niños que crecen con una gran carencia de atención y cuyas necesidades afectivas, sociales y económicas rara vez están cubiertas satisfactoriamente. Al morir el hijo enfermo, la crisis familiar se agudiza y la figura del “niño olvidado” agudiza su problemática.

Los niños en duelo tienden a presentar algunas reacciones comunes como sentir tristeza, ansiedad, presentan dificultades escolares, aislamiento y dificultad para regular sus emociones. Se han identificado algunas tareas del duelo para los niños ¹³: Aceptar la realidad de la pérdida, expresar pena y aspectos emocionales relacionados con la pérdida, ajustarse al mundo donde falta el fallecido y reacomodar a la persona en nuestra vida y encontrar formas de recordarlo y honrarlo.

El trabajo del duelo en modelos que plantean un papel activo al doliente son cada vez más aceptados. El modelo psicosocial del duelo es un modelo que establece 6 tareas para afrontar la pérdida. Therese Rando ¹⁴ lo planteó en la década de los 70 y William Worden ¹³ realiza algunas adaptaciones para la población infantil derivando en las tareas generales que se mencionan anteriormente.

Se sugiere de forma general abordar a un niño en duelo para asegurar el sentido de seguridad que pierde ante el proceso de pérdida, esto debido a que algunos niños no descubren que pueden vivir sin el ser querido fallecido y se sienten muy inseguros y desvalidos ^(8, 13, 14, 15,16, 17,18)

Hay pocos trabajos en relación a la intervención en duelo para niños y hay muy pocos estudios que trabajen con los hermanos sanos que han perdido a su hermano a causa de alguna enfermedad o accidente.

Se encontraron algunos trabajos en relación a la figura del “niño olvidado” en hermanos de niños con discapacidad pero sobre todo en hermanos de niños con cáncer. De la revisión en la literatura únicamente un trabajo hace referencia a niños en duelo por la muerte de un ser querido que puede ser alguno de los padres o bien un hermano ^(6,15)

La Sociedad de Cáncer de Estados Unidos de América (*American Cancer Society*) ha documentado que los hermanos sanos de niños con cáncer suelen presentar síntomas cognitivos, conductuales y afectivos entre los que destacan: ansiedad, miedo, culpa, resistencia a acudir al hospital o a colaborar con el tratamiento de su hermano enfermo, ansiedad de separación y resistencia a ser cuidado por otros familiares, preocupación por los padres, hipersensibilidad hacia las críticas, irritabilidad, agresividad, aislamiento, dificultad para vincularse con sus pares, albergan sentimientos negativos hacia su hermano enfermo, problemas de atención, miedo a morir, suelen ser desconfiados y tienden a presentar la idea de que no siempre se les habla con la verdad. Tienen mayor dificultad para adaptarse a nivel psicosocial y más riesgo de presentar síntomas de estrés.

En el trabajo de Grau-Rubio ¹ refiere que los hermanos de niños enfermos suelen sentirse preocupados, con miedo, tristes, con culpa, celosos, irritables, identificados con la enfermedad y con el hermano enfermo.

De igual forma el trabajo de revisión que citan Llorens, Mirapeix y López-Fando ¹² de Wilkins y Woodgate hace referencia a la visión del hermano sano de niños con cáncer e identifica tres aspectos relacionados a esta experiencia:

1. Los cambios en la vida. Se refiere a aquellos cambios que tienen relación con las pérdidas y ganancias del hermano sano durante la enfermedad. Generalmente los niños sanos pasan menos tiempo con sus padres y pierden atención a nivel físico y emocional. Enfrentan la desintegración de la dinámica familiar y la pérdida de algunos roles tradicionales. Enfrentan cambios en el trato o relación con los padres que suelen ser menos tolerantes. En cuanto a ganancias, hay desarrollo personal, se fomenta la independencia, desarrollan la empatía y el deseo de cuidar y ayudar a otros.
2. Sentimientos intensos. Se refiere a emociones como tristeza, soledad, ansiedad, enojo, celos y culpa.
3. Necesidades insatisfechas. Se refiere a cuatro rubros importantes: *la comunicación familiar abierta y honesta* (para expresar emociones); *recibir información clara y rigurosa* sobre la enfermedad, el tratamiento y las consecuencias en la salud de su hermano. Se esperaría que los niños recibieran dicha información principalmente de parte de sus padres; *el implicarse en el cuidado del hermano enfermo* y finalmente *recibir ayuda para mantener sus actividades* habituales y sus intereses.

Los factores familiares y parentales son el mejor predictor de adaptación al proceso de la enfermedad del hermano con cáncer.

Se encontraron pocos trabajos que describen intervenciones para el manejo de niños con hermanos con discapacidad o bien con cáncer. Solamente un trabajo se encontró sobre intervención en niños que han perdido a un ser querido. La mayoría de los trabajos se enfocan en la atención al duelo anticipado en hermanos de niños enfermos.

En los trabajos de intervención se encontró que el apoyo social juega un papel fundamental en la adaptación de hermanos sanos a la enfermedad (cáncer) de sus hermanos. Se insiste mucho en estrategias para fomentar la comunicación entre los integrantes de la familia y para favorecer la expresión emocional. Los dos anteriores son los objetivos principales de los campamentos de hermanos de niños con cáncer ^(6, 8, 13, 14, 15, 16,17, 18)

En los campamentos para niños en duelo por el cáncer de un hermano se sugiere trabajar para que el niño sano tenga información, se permita un ambiente para la expresión de sus emociones. Coinciden la mayoría de los reportes en trabajar con actividades artísticas para mejorar la expresión emocional. Se trabaja

mucho para construir recuerdos positivos del difunto, para mejorar las habilidades afrontamiento ante la pérdida y ante las emociones negativas ⁶

Se sugiere el manejo grupal como una herramienta potente para el trabajo clínico con niños en duelo. Se destaca el hecho de que la oportunidad de compartir emociones y sentimientos con pares que también están enfrentando una pérdida resulta ser muy benéfica para los niños ^(8, 16, 17, 18)

En los estudios reportados se identificó que los niños entre 6 y 12 años tienen más riesgo de sufrir problemas de ajuste después de una pérdida, esta es la razón por la que los campamentos de duelo para hermanos de niños con cáncer están dirigidos a niños en estas edades ⁸

Según el estudio de Meagher ⁸ lo que más ayuda a los niños es el soporte emocional (permitirles un espacio para expresar emociones) y el soporte instrumental (apoyo para las tareas de todos los días). Seguido del soporte informativo (sobre la experiencia de la enfermedad) y el soporte de validación (quitar ideas y mitos o creencias erróneas sobre lo que está pasando)

Los hijos sanos de familias con niños con discapacidad son una población que genera importantes focos de intervención y atención. Cuando el hermano enfermo fallece, la dinámica familiar se complica y la “figura del niño olvidado” puede agudizar su problemática. Es una población en riesgo de presentar mayores dificultades para adaptarse a las etapas del desarrollo. Esta población requiere de estrategias de intervención eficaces y basadas en modelos actuales de manejo del duelo, modelos basados en tareas y no en etapas.

CONTEXTO

EL Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT), Estado de México atiende pacientes pediátricos con discapacidad neuromusculoesquelética. Cada año mueren en promedio 60 pacientes por diversas causas, en el 96% de los casos relacionada con la discapacidad. Más del 90% de estos pacientes tienen al menos un hermano sano.

Dentro del CRIT existe el servicio de Acompañamiento Humanista y Tanatología que se encarga de brindar atención a las familias de los pacientes que fallecen entre una de sus principales actividades. El abordaje tanatológico se realiza de forma individual, familiar, grupal y comunitaria.

En el contexto del abordaje grupal a manera de grupos de crecimiento, los padres de niños con discapacidad que fallecieron comparten y externan sus vivencias ante la muerte de sus hijos. Se observó que una de las principales quejas recurrentes en estos grupos era por los cambios en la conducta de los hermanos sanos del hijo con discapacidad fallecido. Los padres de familia externaban de forma consistente patrones conductuales semejantes en sus hijos: aislamiento, dificultades en la escuela (bajo rendimiento), conductas negativistas y opositoristas, irritabilidad, dificultad para identificar límites, alteraciones en el apetito, en el ciclo sueño-vigilia, temor al dormir solos en su habitación, pérdida de interés en juegos y actividades lúdicas que solían ser de su agrado.

Los patrones de conducta corresponden a las conductas que la literatura identifica propias de los niños en duelo, aparecen también algunos cambios de conducta que se identifican con la figura del “niño olvidado”.

Como arriba se mencionó, una de las herramientas más potentes para el trabajo del duelo en niños es la intervención grupal, aunado a que la variable de “apoyo social” resultó ser la que mejor predice el nivel de adaptación a los cambios en la dinámica familiar posterior a la vivencia de un hermano con discapacidad.

En el contexto del CRIT, Estado de México, aunado a las razones anteriores, la demanda de atención para los niños que presentaban alteraciones en conductas superaba los espacios disponibles para atención individual y difería la atención de los niños en el tiempo generando riesgos de complicaciones en la problemática. Por ello, se decidió diseñar una intervención grupal para el manejo de duelo por la muerte de un hermano con discapacidad neuromusculoesquelética. Esta forma de intervención además de ser potente e incluir la variable “apoyo social”, generó la capacidad de atender a toda la población blanco en un mismo momento y con un tiempo de respuesta inmediato.

DISEÑO DEL TALLER Y ABORDAJE.

Para el diseño de la intervención grupal se tomó como base el modelo psicosocial de duelo de Therese Rando ¹⁴ - basado en tareas y dotando al doliente de un papel activo- y se revisaron las sugerencias y modificaciones hechas por William Worden ¹³ para adaptarlo al proceso de duelo en niños. De igual forma se revisaron los principales problemas de conducta presentes en los niños en duelo así como las principales dificultades de la figura del “niño olvidado”. Finalmente se revisaron sugerencias de manejo y focos principales de intervención para la construcción de las estrategias de abordaje.

Se diseñó un taller de 7 sesiones. La primera sesión se utilizó para generar rapport con los participantes, cohesión grupal, clarificar expectativas y establecer las formas de trabajo, todo ello a través del juego. La segunda sesión se destinó al trabajo de educación para la muerte y concepto de muerte como algo natural, universal e irreversible. Las sesiones de la 3 a la 7 se destinaron a trabajar con las tareas del duelo: Reconocer la realidad de la pérdida, reaccionar ante la pérdida, reviviscencia, renuncia al vínculo y a su significado, reinversión de afectos.

Como parte del proceso de ingreso al taller se realizaron entrevistas clínicas a los padres de los niños participante y a los niños. Con los padres se registraron las diversas preocupaciones y quejas sobre la conducta de sus hijos, sus creencias y atribuciones a los cambios de conducta y las estrategias utilizadas para manejar la situación. Con los niños se trabajó en establecer rapport y conocer la percepción sobre la dinámica familiar así como la capacidad expresiva del niño en cuanto a la muerte de su hermano. Se utilizó el juego y el dibujo para trabajar con la entrevista hacia los niños.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación:***Inclusión:***

- Hermanos de pacientes del CRIT Estado de México que fallecieron durante el último año.
- Edades: niños de de entre 5 y 12 años
- Sin psicopatología agregada (eje 1)
- Que el niño aceptara participar en el taller

Exclusión:

- Que el niño no accediera a participar en el taller
- Que no fuera hermano del paciente del CRIT Estado de México que falleció
- Mayores a 12 años y menores a 5 años
- Que el hermano del paciente no haya fallecido aún.

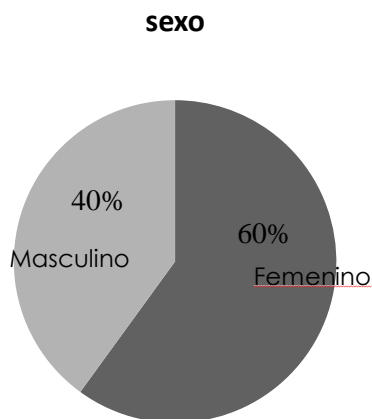
Eliminación:

- Que no haya tomado todas las sesiones del taller
- Que no haya tenido entrevistas inicial y final
- Que no haya completado la fase de evaluación del taller
- Que no exprese su consentimiento para formar parte de la muestra del reporte de experiencia profesional

Participantes:

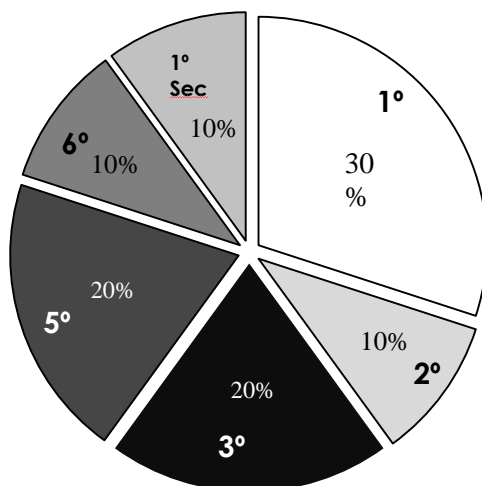
10 niños de entre 6 y 12 años de edad.

Figura 1. Distribución por sexo de los asistentes al taller



Todos los participantes estaban escolarizados. Nueve a nivel primaria y uno en secundaria.

Figura 2. Escolaridad de los participantes.



Grados de primaria (1°, 2°, 3°, 5° y 6° y primer grado de secundaria)

La fecha de fallecimiento de los hermanos más antigua fue agosto 2013 (10 meses anteriores al taller).

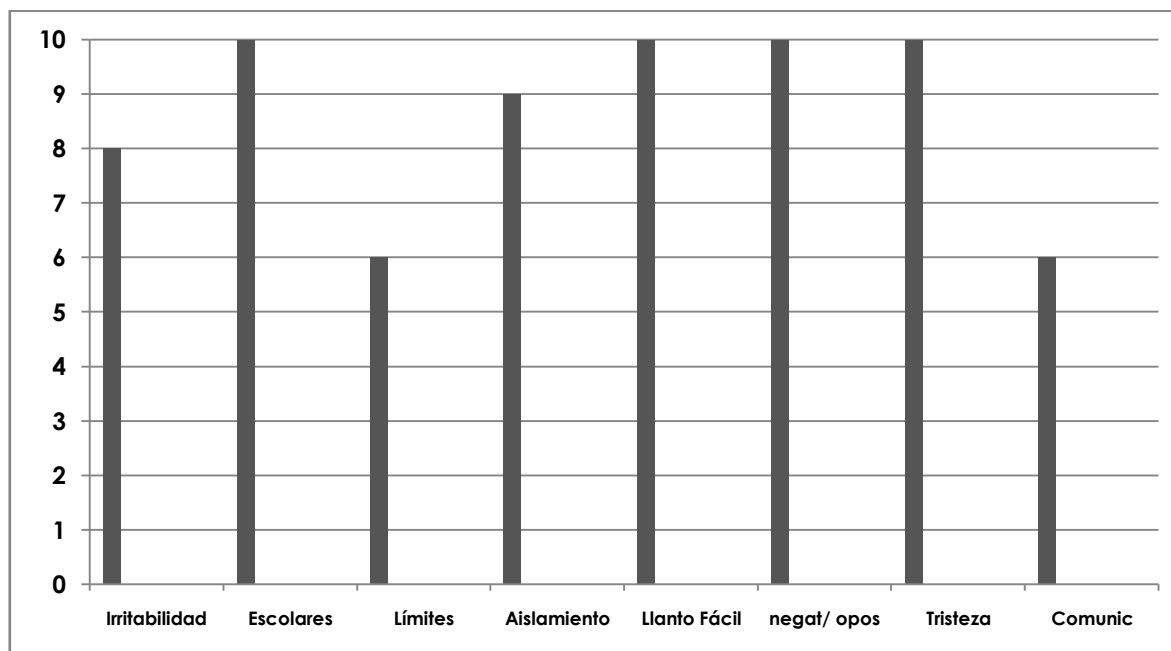
Abordaje

Se tuvo una sesión previa con los padres de los niños participantes donde se les explicó el contenido del taller, la dinámica de trabajo y las reglas de asistencia y puntualidad así como las cuestiones instrumentales como vestimenta apropiada y material necesario. Se despejaron dudas y se clarificaron expectativas del trabajo con los niños.

El taller se realizó en 7 sesiones de dos horas cada una durante 7 semanas consecutivas. Se trabajó en los meses de junio y julio 2014 con la finalidad de disminuir el impacto en el rendimiento escolar.

Todas las familias reportaron problemas de conducta durante la entrevista inicial, antes de comenzar el taller (Figura 3.) Se les pidió valorar las problemáticas en una escala subjetiva de 0 a 10 donde cero equivale a que no hay ningún problema y 10 a un problema muy grave en el rubro mencionado.

Figura 3. Principales quejas de los padres.



Irritabilidad. Conductas de irritabilidad (rabietas, berrinches, intolerancia a señalamientos o bromas)

Escolares. Baja en notas escolares, llamadas de atención para los padres y los chicos en cuanto al rendimiento escolar, falta de interés por el material escolar, falta de interés por actividades escolares

Límites. Problema para manejar la autoridad y límites, desobediencia

Aislamiento. Disminuye la convivencia con los miembros de la familia, con pares, no se vincula ni desea participar en actividades que solía disfrutar. No responde a preguntas simples sobre sentimientos, puntos de vista y emociones

Llanto fácil. Lloro ante eventos considerados "simples" o "sin importancia", ante cualquier señalamiento o bien sin razón aparente

Negat/opos. Conductas desafiantes, negativistas y opositoras ante cualquier figura de autoridad que anteriormente no había presentado

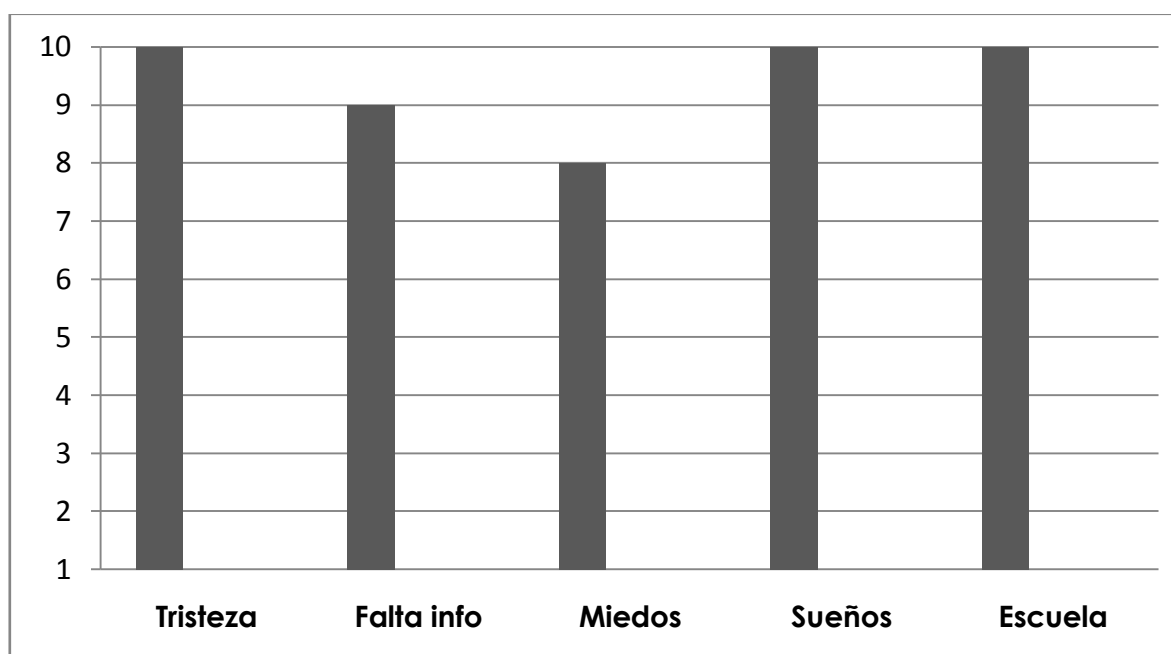
Tristeza. Cabizbajos, pensativos, meditabundos, referencia expresa a sentir tristeza, dibujos de muñecos con caras tristes

Comunic. Dificultades en la comunicación. Los niños no hablan sobre lo que les pasa en la escuela o sobre sus sentimientos con sus padres. Los padres perciben que no logran identificar lo que ocurre que les genera malestar.

En el caso de los niños se utilizó una escala visual análoga con caras para evaluar el grado de problema que generaba el rubro interrogado. Los niños

durante las entrevistas iniciales (Figura 4) reportaron principalmente sentir tristeza y desconocer la razón por la que su hermano había fallecido. Uno de los participantes refirió que había hablado con su madre sobre lo ocurrido a su hermano. 90% de los niños que participaron en el taller no había recibido información sobre las circunstancias y razones de la muerte de su hermano. La segunda queja que los niños participantes externaron fue sentir miedo a la oscuridad y a dormir solos. El 100% de los niños participantes compartieron sueños que habían tenido con su hermano fallecido y 80% de ellos dijeron que no lo habían compartido con sus padres porque notaban una reacción de llanto y tristeza.

Figura 4. Principales quejas referidas por los niños participantes.



Tristeza. Sentimientos de tristeza explícitamente referidos por los niños y sentimientos de tristeza que aparecen reflejados en dibujos o historias

Falta info. Todos los participantes refirieron desconocer los eventos entorno a la muerte de su hermano.

Miedos. Temores explícitamente referidos por los participantes, principalmente a la oscuridad y a dormir solos.

Sueños. Los participantes refirieron soñar con su hermano fallecido, algunos con malestar y algunos otros con bienestar.

Escuela. Los participantes refirieron tener complicaciones en la escuela, pocas ganas para participar en clase o hacer tarea, dificultad para recordar indicaciones de clase y dificultad en las materias que les enseñan.

Durante el taller se trabajaron objetivos como: favorecer la expresión emocional en los niños, mejorar la comunicación con sus padres y con sus pares, disminuir emociones negativas descontroladas, favorecer el autocontrol emocional, favorecer y normalizar la charla sobre la muerte y sobre el hermano fallecido, instalar rituales de cierre y despedida cuando sea necesario, resignificar el concepto de muerte, trabajar el sentido de la pérdida del hermano, construir un vínculo emocional con su hermano fallecido, construir un plan de acción para recordar a su hermano fallecido. Cada uno de estos objetivos de apareó con alguna de las tareas de resolución del duelo.

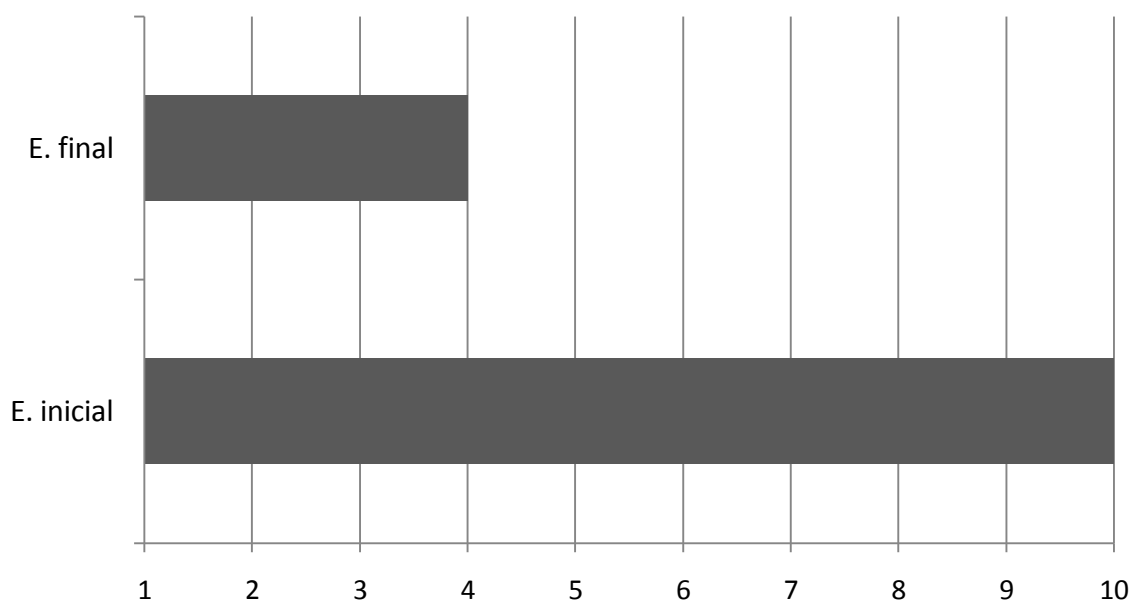
Entre las técnicas utilizadas fueron: estrategias de terapia de arte, ejercicios expresivos, ejercicios de terapia psicocorporal, imaginación guiada, relajación por grupos musculares, trabajo con figuras geométricas y familiogramas, cuentos, collages, metáforas, construcción de narrativas, juego libre, juego guiado, experimentos conductuales, asertividad y solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, ejercicios de empatía, rituales de cierre y despedida, dibujo y narrativa.

Reporte de la experiencia:

Los 10 participantes acudieron a las 7 sesiones del taller. Se observó que se generó rapport y un buen vínculo entre ellos. Todos completaron las entrevistas iniciales y finales. Los padres de igual forma completaron las entrevistas iniciales y finales.

En las entrevistas finales el reporte de quejas de conducta por parte de los padres disminuyó en 9 de los 10 casos. Principalmente la disminución de las conductas problemáticas en el ámbito escolar fueron las que los padres valoraron como más importantes (Figura 5).

Figura 5. Percepción subjetiva sobre las quejas en el ámbito escolar por parte de los padres de los niños participantes.

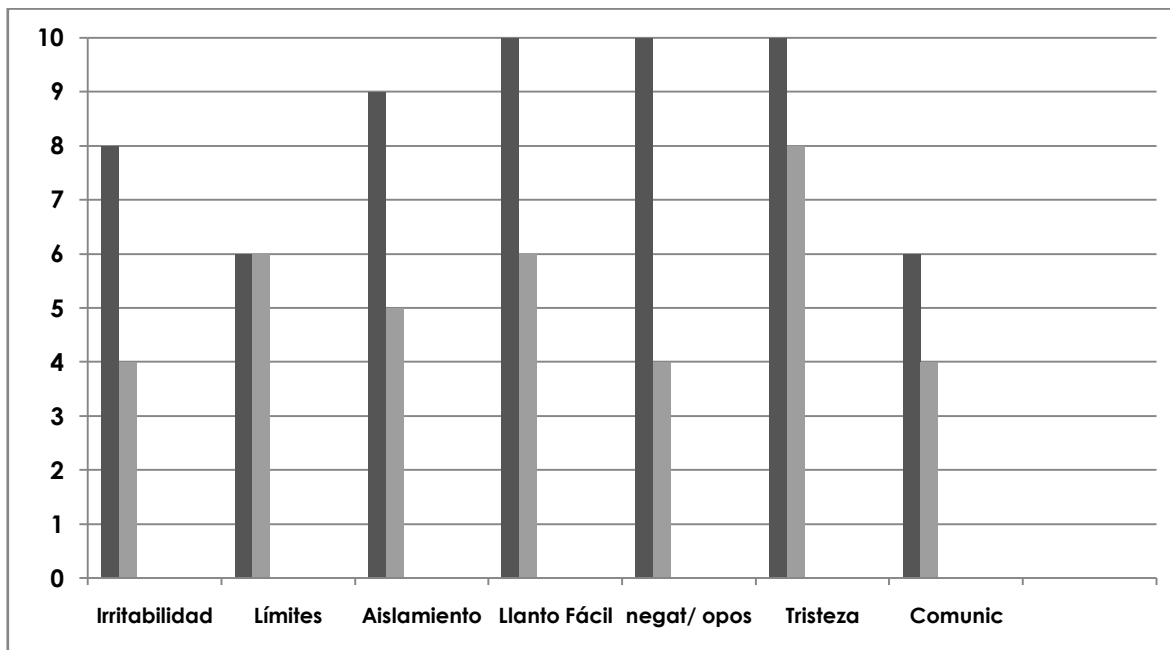


Hubo una disminución en las quejas sobre conductas como irritabilidad, llanto fácil, aislamiento, problemas de oposicionismo y negativismo. Los problemas para el manejo de límites se mantuvieron en el mismo nivel de percepción subjetiva (Figura 6).

La percepción subjetiva sobre la comunicación entre los niños y sus padres mejoró tanto por parte de los padres como por parte de los hijos. En el tema de la

comunicación, en todos los casos disminuyó la conspiración de silencio entre los integrantes de la familia.

Figura 6. Percepción subjetiva de las quejas de conducta en la entrevista inicial y en la entrevista final.



Irritabilidad. Conductas de irritabilidad (rabieta, berrinches, intolerancia a señalamientos o bromas)

Límites. Problema para manejar la autoridad y límites, desobediencia

Aislamiento. Disminuye la convivencia con los miembros de la familia, con pares, no se vincula ni desea participar en actividades que solía disfrutar. No responde a preguntas simples sobre sentimientos, puntos de vista y emociones

Llanto fácil. Lloro ante eventos considerados "simples" o "sin importancia", ante cualquier señalamiento o bien sin razón aparente

Negat/opos. Conductas desafiantes, negativistas y oposicionistas ante cualquier figura de autoridad que anteriormente no había presentado

Tristeza. Cabizbajos, pensativos, meditabundos, referencia expresa a sentir tristeza, dibujos de muñecos con caras tristes

Comunic. Dificultades en la comunicación. Los niños no hablan sobre lo que les pasa en la escuela o sobre sus sentimientos con sus padres. Los padres perciben que no logran identificar lo que ocurre que les genera malestar.

Se observó que los niños desplegaron estrategias diversas para afrontar la pérdida entre las que destacaron:

- Solicitar información sobre las circunstancias de la muerte de su hermano, sobre su enfermedad y sobre el concepto de muerte y cielo o “más allá” en la familia.
- Externar con claridad sus emociones y solicitar apoyo en casos de crisis
- Compartir con la familia el concepto de muerte a partir de metáforas incluyendo las características de irreversible, universal y natural.
- Solicitar fotografías e historias sobre la infancia de sus hermanos
- Solicitar contención emocional o espacio de reflexión ante emociones desagradables
- Construir narrativas para explicar la ausencia de su hermano, ligarla a emociones como la tristeza y la melancolía
- Construir rituales de despedida y cierre con elementos y materiales en el hogar
- Construir una red social de apoyo entre los participantes del grupo por medio de las redes sociales y los teléfonos
- Hablar sobre lo sucedido con su hermano con sus pares en la escuela
- Utilizar el dibujo, el ejercicio, la música y el llanto como estrategias de descarga emocional.

Se realizaron entrevistas de seguimiento a finales del mes de agosto y se observó que en 6 de los 10 casos los niños estaban generando estrategias de contención hacia sus padres cuando los encontraban con malestar emocional.

Dos de los niños participantes (hermanos) decidieron compartir su vivencia en el taller con los compañeros de su escuela. Trabajaron una de las metáforas que aprendieron sobre la vida y la muerte y compartieron el concepto de la muerte como un hecho natural, universal e irreversible. Se convirtieron en agentes comunitarios de educación para la muerte.

Conclusiones:

- La intervención grupal favoreció estrategias de afrontamiento activas ante el duelo por la pérdida de un hermano con discapacidad neuromusculoesquelética.
- Se generaron cambios en la dinámica familiar y a nivel individual.
- Se rompió la conspiración de silencio. Se observaron elementos de resiliencia en los niños y en las familias.
- Hubo mejoría de la percepción subjetiva de la mayoría de las quejas conductuales propias de la figura del niño doliente y del “niño olvidado”
- La intervención grupal resulta un elemento de gran potencia para apoyar a niños a elaborar pérdidas. En el caso de la pérdida de un hermano con discapacidad es de vital importancia abordar a los hermanos sanos para prevenir complicaciones en todas las esferas y crisis en la familia. El manejo grupal puede ayudar a abarcar a un número importante de personas, disminuye costos en atención y tiempos de respuesta.

REFERENCIAS

1. Grau-Rubio, C. (2002). Impacto psicosocial del cáncer infantil en la familia. *Educación, Desarrollo y Diversidad*. 5(2): 67-87.
2. Guevara-Benitez, Y. y Gonzalez-Soto, E. (2012). Las familias ante la discapacidad. *Revista electrónica psicología Iztacala*, 15(3); 1023-1050. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/viewFile/33643/30711>
3. Estrada-Inda, L. (2012). *El ciclo vital de la familia*. Penguin Random House y Grupo Editorial México. México.
4. Ortega-Silva, P., Torres-Velázquez, S.L., Reyes-Luna, A. y Garrido-Garduño, A. (2012). Cambios en la dinámica familiar con hijos con discapacidad. *Revista Psicología Científica.com*, 14(6). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/hijos-con-discapacidad-cambios-familia>
5. Seguí, J.D., Ortiz-Tallo, M., y De Diego, Y. Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de psicología*. 2008; 24:100-105.
6. Nabors, L., Ohms, M., Buchanan, N., Kirsh, K., Nash, T., Passik, S.D., Johnson, J., Snapp, J. y Brown, G. (2004). A pilot study of the impact of a grief camp for children. *Palliative and Supportive Care*. 2: 403-408.
7. Ordoñez-Gallego, A. y Lacasta-Reverte, M.A. (2007). El duelo en los niños (la pérdida del padre/madre). En *Duelo en Oncología*. Edición del Hospital Universitario La Paz: Madrid. 121-135
8. Meagher, K. (2007). Trauma, grief, and happiness in bereaved children: evaluation of a grief support group program. *Tesis no publicada para el grado de Doctorado en Filosofía. Universidad de Houston*.
9. De la Herrán, A. y Cortina, M. (2008). La educación para la muerte como ámbito formativo: más allá del duelo. *Psicooncología*. 5(2-3): 409-424.
10. Gil-Juliá, B., Bellver, A. y Ballester, R. (2008). Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, 5(1): 103-116
11. Malkinson, R. (2010). Cognitive-behavioral grief therapy: the abc model of rational-emotion behavior therapy. *Psychological topics*. 19: 289-305.

12. Llorens, A., Mirapeix, R. y López-Fando, R. (2009). Hermanos de niños con cáncer, resultados de una intervención psicoterapéutica. *Psicooncología*, 6(2-3): 469-483.
13. Worden, W.(2008). *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. 4a ed. Springer Publishing Company: Nueva York: 304 p.p.
14. Rando, Th. (1995). Grief and mourning: Accomodating to loss. Wass, H y Neimeyer, R.A. (Eds). 3a ed. En *Dying: Facing the facts*. Taylor and Francis XXII: Filadelfia: 463 p.p.
15. Salas-Arrambide, M., Gabaldón-Poc, O., Mayoral-Miravete, J.L., Pérez-Yarza, E. y Amayra-Caro, I. (2004). Los cuidados paliativos: un modelo de atención integral al niño gravemente enfermo y a su familia. *Annales de Pediatria*. 61 (4): 330-335.
16. Del Rincón, C., Martino, R., Catá, E. y Montalvo, G. (2008). Cuidados paliativos pediátricos. El afrontamiento de la muerte en el niño oncológico. *Psicooncología*. 5(2-3): 425-437.
17. Baggerly, J. y Abugideiri, S.E. (2010). Grief counseling for muslim preschool and elementary school children. *Journal of multicultural counseling and development*. 38(2): 112-124.
18. Valencia-Ortíz, A. y Dávila-Vázquez, Y. (2010). Intervención cognitivo-conductual para la elaboración de duelo en la diada madre-hijo. *Uaricha Revista de Psicología*. 14: 1-11

El trabajo de los sueños como una perspectiva de reencuentro con el objeto perdido

Dr. Eduardo De la Fuente Rocha

Área temática: Integrando opciones ante la vida y la muerte.

Melanie Klein propone que nuestra constitución psíquica está integrada por diversos objetos que han sido introyectados de los objetos externos, llámense padres, hermanos, hijos, amigos, etc. Es decir que en nuestra mente habitan estos seres aparte de su existencia externa y si bien en un duelo (Grosskurth; 1990: 386), el objeto externo se ha perdido, en la mente del sobreviviente, tal objeto subsiste y lo habrá de acompañar toda su vida pues es parte del mismo. Tales objetos externamente perdidos, vuelven en los sueños de los sobrevivientes de modo que una forma semejante a los muertos pero diferente por tratarse de partes del soñante y no del muerto, subsisten y actúan en dichos sueños.

En este trabajo se presenta una técnica para el manejo de los objetos perdidos que se presentan en el sueño, como un medio de lograr el reencuentro del soñante con un nuevo sentido de su vida después de la pérdida. La técnica se presenta a partir de un estudio de caso y después de su análisis se dan las conclusiones que buscan enriquecer el trabajo tanatológico.

Marco teórico:

En este trabajo se retoman los conceptos que Melanie Klein expone en su trabajo titulado “El duelo y su relación con los estados maniaco depresivos”, escrito en 1940. Se ha elegido este marco teórico porque su enfoque permite fortalecer la atribución psicológica interna del duelo por encima de los hechos exteriores. Esto significa que para Melanie Klein lo que un sujeto vive psíquicamente es consecuencia de su mundo interno y según el enfoque que tenga de la vida en éste, podrá establecer una buena o una mala relación con su cotidianidad. Es decir que, en el caso de un duelo por una pérdida, la visión que el sujeto tiene del suceso desde su perspectiva subjetiva es determinante en la superación del duelo (Klein; 1994: 346). El apoyo que brindan las relaciones y comportamiento de los objetos internos psíquicos del paciente, son fuertes y pueden ayuda al paciente que cursa un duelo. Estos apoyos internos pueden ser en ocasiones aún más poderosos que los apoyos que puedan provenir del exterior. Por ello, las intervenciones psicoterapéuticas que se hagan desde el exterior deberán tener como finalidad el fortalecimiento de ese mundo interno. Si el sujeto ha conformado una estructura psíquica fuerte o la fortalece durante el duelo tiene una mayor probabilidad de poder trabajarla con éxito.

Melanie Klein señala que en el sujeto que cursa un duelo se presentan sentimientos diversos entre ellos, el temor o el dolor de haber perdido un objeto valioso y por otro el ansia de reconquistarlo a este proceso la autora lo denomina pinning, “penar”; es decir un sufrimiento por los objetos que se aman.

Para Melanie Klein existen dos posiciones que puede tomar la mente y que se alternan a lo largo de la vida. La primera y es con la que se inicia el proceso psicológico de todo infante es la posición esquizo-paranoide y la segunda la depresiva.

La posición esquizo-paranoide se inicia en un bebé con un estado de percepciones y sensaciones y movimientos desarticulados que poco a poco se integrarán hasta formar una percepción articulada de ellos. Cuando esto ha ocurrido el bebé tenderá a dividir los elementos constitutivos de esta percepción en dos grupos: los objetos malos y persecutorios y los objetos buenos y protectores.

Durante la etapa esquizo-paranoide las defensas que utilizará el infante son: la omnipotencia, la escisión, la negación y la identificación proyectiva (Klein; 1988: 152). En la segunda posición denominada depresiva, el sujeto ha logrado integrar y articular los aspectos buenos y malos de cada elemento y logra percibir que existe un elemento esencial suficientemente bueno como lo llama Winnicott en el cual puede confiar su supervivencia. El haber alcanzado esta percepción es lo que se denomina confianza básica. Este objeto suficientemente bueno es la piedra angular sobre la que se habrá que construir el psiquismo del sujeto y dependerá de su fortaleza y estabilidad la capacidad que dicho sujeto tenga para enfrentar las pérdidas a lo largo de su vida pues cada una de ellas al tiempo que objetivamente corresponde a la pérdida de un objeto real, subjetivamente en el mundo interno de la persona mueve la posibilidad de perder ese objeto original que sustenta su confianza básica. Es decir, que si el padre o la madre, o las funciones que estos desarrollaron sirvieron de sustento de tal confianza (Galimberti; 2002:239), en el momento de una pérdida, el sujeto no solamente está percibiendo la amenaza del despojo del objeto inmediato, sino también de la pérdida de los objetos que sustentan su existencia y su confianza en la vida. Metafóricamente podemos decir que la pérdida de cada objeto actual nos remite a la amenaza de la pérdida del sustento original materno ya sea este simbolizado por la madre, por el medio o por la naturaleza en general.

Al pasar de la posición esquizo-paranoide a la posición depresiva, el sujeto se da cuenta que ese elemento que atacó en la etapa persecutoria anterior, es el mismo que le ha sostenido con vida y en el que puede confiar y por ello tratará de reconstruirlo, en palabras de Melanie Klein repararlo (Klein;1990:310), para que pueda seguir sosteniéndolo en el curso de su vida. Para ello, desarrollará defensas maniacas por las que considera que tiene la potencia como para poder repararlo y al mismo tiempo desarrollará el cuidado de este objeto protector. Para Melanie Klein este es el origen en el ser humano del amor a sus objetos protectores y a la vida. Cuando esta elaboración psíquica (Laplanche; 1993: 106) no está bien constituida se manifestarán diversos desequilibrios psicológicos.

A partir de los conceptos básicos anteriores Melanie Klein señala que los individuos ante las pérdidas de objetos de amor reales tratan de reinstalar el equilibrio y la sensación de

protección que les permite confiar en la vida para seguir adelante, es decir que en un duelo no sólo se trabajan los objetos externos perdidos, sino se trabaja al mismo tiempo con los primeros objetos amados pues con la pérdida del objeto real se revive la amenaza de la pérdida del objeto base y de la confianza básica en la vida.

En la reconstrucción que requiere el trabajo de duelo (Roudinesco; 2005: 237) es necesario no sólo considerar en el mundo psíquico del paciente, el objeto perdido inmediato que lo trajo a terapia, sino también la restauración del daño que ha sufrido el objeto básico. Es decir que si una persona ha perdido a un hijo simultáneamente ha quedado dañada la confianza en la vida, y ésta queda representada por la confianza que se tuvo en una madre suficientemente buena, en el momento del duelo, la madre naturaleza no es suficientemente buena, pues ha desintegrado al sujeto, lo ha hecho penar y vivir en peligro, ha afectado su seguridad alterando su armonía y su paz interna.

Durante la etapa depresiva se desarrollan algunas formas de defensa maniacas como son la idealización y la negación. Ejemplo de ello es el presuponer que el objeto perdido ha pasado a vivir una vida superior y en un inicio en el duelo (Hinshelwood; 2004: 348) puede darse la negación de la pérdida misma.

En el proceso de duelo el sujeto vive una regresión a la etapa esquizo-paranoide, se siente amenazado y las pulsiones de vida y muerte se exacerban odiando los elementos de la vida, que lo privaron del objeto amado y deseando su destrucción. Las pulsiones agresivas en el sujeto en duelo son reprimidas y ello propicia que el trabajo de duelo se haga más tardío. Cuando las pulsiones agresivas que tiene un sujeto hacia los objetos que causaron su pérdida no encuentran salida Melanie Klein señala que habrán de propiciar conductas compulsivas que tiendan a la repetición.

En la mente del sujeto en duelo los objetos se vuelven a polarizar entre buenos y malos pudiendo ser los buenos los objetos perdidos y los malos los que han sobrevivido, entre ellos el sujeto en duelo quien se auto acusará por no haber sido suficientemente bueno con el objeto perdido, volcando sobre si mismo el enojo que tiene contra la vida por haber sido despojado. Con ello entrará en un proceso de melancolía.

Conforme va superando el sujeto el proceso de duelo, las imagos polarizadas en buenas y malas se van integrando nuevamente en objetos totales reforzando la seguridad y la confianza del sujeto en los objetos reales. Al mismo tiempo que se restaura en él la confianza básica, aparecerá el deseo de restaurar en forma sublimada o sustitutiva al objeto perdido y amado. Si no encuentra una salida para realizar una reparación constructiva el paciente podrá presentar ideaciones de omnipotencia maniaca; por ejemplo decir que todo lo puede y que no necesita de los demás. Esta omnipotencia también es una salida a sus pulsiones agresivas sádicas contra la vida pues esta frustrado por no haber tenido éxito en la reparación del objeto y busca romper sus relaciones de aportación a la vida.

La reparación que se hace durante el proceso de duelo en un adulto debe estar basada en la reconstrucción del poder del infante apoyado en las bases que le hicieron tener confianza entonces para salir a la vida, estas mismas bases son las que le permitirán el logro de éxitos.

Durante el duelo el sujeto magnifica la bondad del objeto perdido y se siente invadido por objetos internos malos lo que lo pone en peligro pues su mundo interno puede quedar destruido. Para contrarrestar esta tendencia es necesario que se reincorpore en el mundo interno del sujeto en duelo un objeto bueno que propicie la confianza básica en el doliente. De hecho este objeto bueno habita en el paciente pero ha quedado difuso por el evento traumático que está cursando. El objeto real en el mundo cotidiano ha desaparecido, pero en el mundo psíquico el objeto internalizado que afuera se ha perdido continuará existiendo a lo largo de la vida del sujeto portando sus cualidades y defectos, sus errores y sus aciertos, su afecto y desafecto. Este mismo objeto podrá manifestarse en las narraciones, en los recuerdos y en los sueños del sujeto y tiene la característica esencial para el trabajo de duelo que por haber sido amado es un objeto que contiene en su esencia elementos de confianza básica. Por ello es necesario que en el trabajo de duelo se retomen estos objetos y vinculados con los objetos que le dieron confianza básica al sujeto en el inicio de la vida puedan ser trabajados para que el paciente salga adelante.

Es importante señalar que para Melanie Klein la manera en la que se procesa un duelo en la vida adulta es una reedición del duelo inicial del infante mismo que corresponde al proceso de destete del sujeto en la etapa de lactancia.

Un caso para ilustrar el Proceso

La paciente que llamaremos “M” es una mujer de 58 años casada con un profesionalista que se dedica a su trabajo profesional y mantiene poca relación con ella. Tuvo dos hijos “R” de 26 años, y “S” de 24, el primero sin concluir estudios y con muchas dificultades para ella, de carácter muy dependiente y poco seguro de sí mismo. La segunda, actualmente casada es una mujer que trata de presentarse como una persona independiente, sin embargo esta actitud es tan solo una forma de enmascarar sus temores al compromiso. Actualmente no trabaja y tiene miedo de convertirse en madre, teniendo ya un año de casada.

Los padres de la paciente actualmente han muerto ambos. El padre era cercano a la paciente y promiscuo con ella durante la infancia y la adolescencia. Murió cuando ésta tenía 25 años de edad. La madre fue una mujer sumamente rígida y descalificadora fomentando con su actitud una permanente inseguridad en la paciente en los diferentes ámbitos de su vida.

La paciente “M”, acude a terapia inicialmente para prepararse pues la muerte de su madre es un proceso inminente ya que se encontraba gravemente enferma con un daño progresivo de alguno de sus órganos vitales. Durante el tiempo de preparación para aceptar la futura muerte de esta y quedar sin culpas ni resentimientos hacia ella, tuvo que lidiar todavía con la continua agresión y descalificación de la madre.

Al morir la madre, la hija declara sentir paz y no haber guardado resentimiento hacia ella. Durante el mes siguiente su hijo “R” abandona los estudios y termina su relación de pareja la cual era inestable pues ella lo rechazaba continuamente por la inseguridad de él mismo. “R” se refugia en la madre y se siente abatido y sin confianza para enfrentar su vida. La

paciente “M” se acerca a él y lo acompaña para tratarlo de sostener en su evento de separación con la novia.

Ya “M”, en otras ocasiones durante el trabajo de preparación para el duelo con la madre había señalado diversos hechos en los que se podría observar por un lado la inseguridad del hijo y por otro el miedo de la paciente hacia el porvenir que le podía esperar a éste por su falta de carácter.

Un mes después de fallecida la madre de “M”, “R” decide salir a un antro acompañado de un pariente joven. Después de algunas horas de estar en ese lugar “R” decide irse.

Al día siguiente a las 12 de la mañana “M” recibe una llamada en la que le indican que su hijo está hospitalizado indicándole que se trata de un accidente que, según le informan, el mismo se provocó. A “M” le queda siempre la duda de la verdad del suceso, pero acompaña a “R” durante una semana en el hospital en la que prácticamente tiene muerte cerebral. Al final de este periodo lo desconectan y el hospital la presiona para que done los órganos internos.

Durante el proceso, además del dolor por el fallecimiento de su hijo, vive las presiones y agresiones del sistema judicial quienes de una manera o de otra tratan de obtener dinero buscando la manera de extorsionar a la familia amenazándola con desmembrar el cadáver para buscar a modo de autopsia la causa de su muerte.

“M” en el momento en el que se da cuenta que su hijo está en el hospital, y lo supone en peligro de muerte, le dice a la madre muerte en voz alta “No te lo llesves”, declarando que tal vez por la culpa del deseo de la muerte de la madre, ahora tenía que pagar con la muerte del hijo.

“M” se percibe interiormente destruida por la muerte de su hijo declarando en un inicio que se siente perdida, que no sabe qué hacer, permitiendo que otras personas tomen las decisiones y dejándose envolver por los abrazos de la gente que le brinda afecto como una sustitución de un abrazo positivo materno. Durante varias sesiones vuelve una y otra vez sobre el tema del evento tratando de entender lo que pasó. Si se trató de un suicidio, de un accidente, de un crimen encubierto para que no trascendiera. En otras situaciones se encierra y evade cualquier tipo de conversación o se comporta en el extremo contrario recibiendo a las gentes en las misas luctuosas como si se tratara de un evento social. Su capacidad para sentirse fuerte y salir adelante enfrentando trámites, problemas y su propia subsistencia queda paralizada.

Días después empieza a manifestar su enojo para con las autoridades con las que trató, por abusivas, su inconformidad a la vida por lo que le ha quitado, buscando con diferentes hipótesis al causante de su pena. Siente y expresa rabia contra el sistema declarándose desamparada y dolida por las injusticias. Se rehúsa a tocar todas las cosas del muerto y sin embargo observa con cuidado las fotos de su hijo sacadas por el forense. Se aísla de sus amistades, se encierra en su casa. Parece que la vida para ella hubiera perdido todo sentido.

En los siguientes días retoma el contacto con sus amigas para hablar una y otra vez sobre el mismo tema cada vez que siente el vacío que le deja la ausencia del hijo pues no lo puede tolerar sintiendo que si no habla su alma se va a desintegrar. La necesidad de llevar a cabo trámites legales y de resolver junto con su esposo multitud de gastos que sobrevinieron la consecuencia de este evento, la lleva a tener que enfrentar con pavor dichas situaciones. Se siente forzada por las circunstancias a hacerlo pero preferiría posponerlas.

El tener que resolver los problemas económicos y apoyar a la hija en algunas peticiones específicas que le hacía en ese momento, la hizo reaccionar aunque a disgusto. Entabló conversaciones con su hija analizando un sueño que esta última había tenido y en la que se reencontraba con su hermano en un lugar bajo el agua donde lo veía con vida, contento y desde donde le indicaba que siguieran todos adelante. La paciente “M”, trató de tomar el contenido del sueño como un aviso de su hijo que desde el más allá les decía que estaba bien y que podían continuar su vida. Este pensamiento por momentos le brindaba tranquilidad pero posteriormente volvía a las ideas y sentimientos que le causaron la pérdida. Posteriormente la paciente tiene un sueño en el que el hijo está formado para ser atendido en el hospital y le dice a la madre que está bien y que ya le va a tocar para que lo atiendan y reestablecerse. La paciente lo trata de interpretar como un segundo aviso del hijo muerto, pero en el análisis, a partir de saber que todo lo que sueña un sujeto es del propio sujeto la paciente comprende que es en realidad un aspecto de ella misma en la que se identifica con su hijo, el que se habrá de reestablecer. En el análisis, la paciente “M” pudo percatarse de que la imagen del hijo en el sueño era el deseo de ella misma de reestablecer sus heridas pues en el sueño, el hijo se había lastimado por una gran caída y estaba en el hospital para tratar de reestablecerse. Al darse cuenta la paciente de que existía en ella formas de sí misma representadas con la imagen del hijo, pudo percatarse también que había partes de él mismo que habían sido introyectadas y que le acompañarían siempre. La comprensión de este hecho le hizo ver que existía en ella un elemento capaz de luchar por sobrevivir y reestablecerse, y que esa pulsión de vida estaba señalada en el sueño como un elemento base de su propia reorganización que por un lado le permitía aceptar la pérdida externa del hijo pero que el mismo evento paradójicamente le ayudaba a comprender que una fuerza que le daba confianza para reestablecerse la habitaba en su psique.

A partir de ese momento la paciente vivió etapas de dolor y de expresión de tristeza en las que se permitía durante las sesiones vivenciar y expresar su dolor al tiempo que en este mismo periodo comenzó a tener actitudes y a desarrollar actividades para tratar de adaptarse a su nueva situación. El daño económico que recibió por el evento la familia sirvió para motivarla a salir adelante. Antes de la muerte del hijo ella se validaba como persona segura imaginando que alimentaba de seguridad a su hijo. A partir de este periodo era ella mediante el objeto introyectado del hijo quien se encargaba de restablecer la seguridad psíquica de “M”.

El contar con una figura internalizada, diferenciada del muerto aunque semejante a él, la hacía sentirse acompañada y le permitía recuperar la energía que en vida había depositado en su hijo. El hijo simbólico introyectado que en realidad es parte del mundo psíquico interno de la propia paciente, recuperaba un lugar apropiado. Recordando que la madre nunca le dio su lugar, ahora reestablecía también la figura interna de la madre como aquella

que es capaz de proporcionarle a su hijo interior apoyo y seguridad. De esta manera podemos observar que se estaban trabajando dos duelos simultáneamente en el exterior al tiempo que se estaban reorganizando y resignificando las figuras parciales internas en la paciente: la de la madre y la del hijo, lo cual le permitía abrirse a la percepción y a las sensaciones cotidianas, apreciándolas, lo que en terapia se manifestaba en declaraciones sobre estar disfrutando, en determinados momentos, de lugares arbolados que expresaban vida. El odio en el que fue formada por la madre y la extrema sobreprotección que ella tuvo hacia el hijo como formación reactiva hacia la madre odiada, habían establecido una polaridad y estos dos extremos empezaron a tener un acercamiento uno a otro a través de la reestructuración de sus objetos internos.

Siguieron varios sueños en los que la paciente “M” narraba el nacimiento de un niño en el sótano de un hospital que parecía estar marginado y que la paciente descendía a lo profundo para rescatarlo. Este sueño representaba el propio renacimiento de la paciente y específicamente el nacimiento y reconocimiento en ella de las cualidades del objeto perdido. La paciente siempre pugnó porque el hijo lograra enfrentar a la vida y venciera sus miedos y auto marginaciones. El sueño señalaba el deseo de otras partes de ella misma de rescatar su propia asertividad. En el sueño la paciente rescata al infante recién nacido.

Posteriormente a la sesión en la que trabaja este sueño, la paciente comienza a procurar poner atención en pequeños detalles relacionados con su salud y a cuidar de ella. Poco a poco se va haciendo cargo, además de sí misma, de los trabajos que le corresponden externos a ella, tales como la administración de algunos bienes y recursos e intenta apoyar a la hija, la cual rechaza su apoyo manifestando su deseo de ser independiente de toda influencia de la madre. La hija realiza este rechazo de manera agresiva.

La hija se identificó con la abuela dominante, tratándose de alimentar de los personajes débiles para autoafirmarse. Al hacerlo, busca reeditar con la paciente “M” el ciclo de sometimiento que ésta vivió en el pasado con su madre. Para este momento, la paciente ha transitado por diversas experiencias de enfrentamiento a las necesidades personales y sociales que su nueva situación le exigen, lo cual la ha hecho mas fuerte y mas segura de sí misma.

Posteriormente se presenta un evento en el que la paciente le solicita a la hija un favor que en realidad se refiere a algo que concierne a todo el grupo familiar y que cualquiera de ellos puede hacerlo. La hija se niega con aspereza a hacerlo y la paciente asume el compromiso con ella misma y le señala a la hija que ya ha aprendido a hacer las cosas por ella misma. Con estas palabras la paciente muestra que está superando no solamente la pérdida del hijo en quien tenía puestas sus esperanzas de que reaccionara con valor y enfrentara a la vida, como compensación a lo que no sentía que lo había hecho ella misma, sino también el duelo con la figura de la madre castrante que la había sometido. Con su reacción, muestra que la figura interna de niño recién nacido del sueño había crecido protegido por ella misma, es decir, por su capacidad de cuidar y apoyar sus propias iniciativas y que la figura sometidora, que también era parte de ella misma, y de sus objetos internos extremadamente malos, se estaba diluyendo. Podía enfrentarla y dimensionarla. En la práctica significaba que podía señalarle a la hija que “M” era capaz de realizar sus propias acciones y

enfrentamientos con la vida a la vez que podía mantener una relación positiva con los aspectos constructivos de la hija. Ello implicó que fuera resignificada la figura de la madre, la cual dejó de ser percibida como extremadamente tirana y pudo comprender las propias limitaciones y miedos de la misma encubiertos por la hostilidad y valorar las bondades que de alguna manera tuvo para con ella, comenzando por el hecho de haberle dado la vida y cuidarla. La paciente, vio en ella misma la hostilidad ejercida hacia ella a no permitirse intentar enfrentar y decirse en un diálogo interno, a sí misma, lo que la madre le decía para mantenerla sometida. La reparación del objeto interno “Madre”, como un objeto total bueno y a la vez malo, con el que en síntesis se puede contar para el propio apoyo, correspondía a la percepción que la paciente ahora tenía de sí misma como capaz de rechazar pero también capaz de proteger y hacer crecer los aspectos buenos de sí misma. Con ello se fundamentó una relación amorosa con el objeto internalizado “Madre” y en consecuencia en la paciente consigo misma. Paralelamente, también el hijo psíquico que había nacido en ella, que representa su auto apoyo y capacidad asertiva, le permitía dejar ir en paz al hijo real en el que había proyectado sus esperanzas de enfrentamiento. Ya no lo necesitaba porque sabía que podía bastarse a sí misma. Con ello cambió el sentimiento de desvalimiento y de inseguridad de sobrevivencia que había en el inicio del duelo, por un amor respetuoso al recuerdo de su hijo, cuyo significado cambió de ser su sentido de vida por el del ser que ya no está físicamente y que hoy puede amar sin dependencia.

Conclusiones:

Como puede apreciarse en este trabajo se destaca la importancia del trabajo en el duelo con los objetos internos del paciente pues ellos portan la suficiente fuerza psíquica para que el paciente salga adelante. Si el paciente pudo sobrevivir hasta ahora es porque contó en su haber psíquico con una base de confianza para seguir adelante. Por ello es necesario destacar que si bien el manejo externo del objeto perdido es importante, también lo es el trabajo con los objetos de su mundo interior. La manera interna que tiene el sujeto de percibir la pérdida es fundamental para que pueda darse la superación del duelo. De aquí la necesidad de que se trabaje terapéuticamente con el fortalecimiento del mundo interno.

Todo sujeto basó, en los comienzos de su vida, su subsistencia en la confianza en un ser suficientemente bueno, en general correspondiente a la figura de la “Madre”. Durante el proceso de duelo, esta confianza básica se ve amenazada por la pérdida actual que el paciente cursa. Ello nos lleva a señalar que en un duelo se deben trabajar simultáneamente dos amenazas a la subsistencia: la que ocasiona el desamparo en el que queda el paciente doliente y la amenaza que también él vive sobre su base de confianza general en la vida. Metafóricamente podemos decir que la pérdida de cada objeto actual nos remite a la amenaza de la pérdida del sustento original materno ya sea este simbolizado por la madre, por el medio o por la naturaleza en general.

De acuerdo con Melanie Klein cuando se ha tenido una pérdida de un objeto en la vida cotidiana, se da una conmoción en el mundo interno del paciente amenazando su

estabilidad interior. El paciente se siente desprotegido y amenazado por el acontecer de la vida misma. Es por ello que en este trabajo se ha propuesto que al mismo tiempo que se trabaja la pérdida de los objetos reales, se realice una labor terapéutica de sostenimiento con los objetos internos del sujeto que le dan confianza básica.

Todo trabajo de duelo puede verse entonces como una regresión a los estados iniciales de la mente en donde hubo que consolidar una confianza básica, por lo que el paciente se sentirá amenazado no solamente por lo que pase en la vida cotidiana si no por sus propias pulsiones de vida y muerte. Odiará en el mundo interno aquellos objetos que lo llevan a la privación, a la deconstrucción y a la destrucción del mundo interno que había consolidado. Es necesario que durante el proceso de duelo pueda ser expresado todo el enojo, no solamente externo, si no también intrapsíquico que porta el paciente por estas pérdidas, pues de lo contrario el proceso de duelo se habrá de prolongar por mayor tiempo.

Cuando en un trabajo de duelo aparecen autoacusaciones habrá que trabajar la extremada polarización de los objetos buenos y malos en el mundo interno del paciente.

El que el paciente pueda tener una visión comprensiva de la bondad de sus objetos internos le permite realizar una restauración del daño psíquico y avanzar hacia una sustitución en la vida cotidiana del objeto perdido por objetos que sean la nueva representación del objeto base que le da confianza para seguir viviendo. La incorporación de un objeto bueno no solamente en el exterior, como puede ser el del acompañante, si no uno interno como pueden ser las imágenes introyectadas que aparecen en los sueños, pueden ayudarle a salir adelante, pues estas imágenes son metáforas del mundo interno que hacen constar la existencia de objetos buenos que apoyarán al sujeto en el proceso de duelo.

La seguridad básica fundamentalmente la da la función madre pero también proviene de las experiencias iniciales del sujeto, así por ejemplo, muchas veces un proceso de duelo en la vida adulta estará reeditando el proceso de destete del sujeto en la etapa de lactancia o la lucha por sobrevivir en un momento difícil estará reeditando la lucha por sobrevivir en el momento de nacimiento.

Como conclusión general podemos afirmar que el trabajo de duelo puede ser trabajado intersíquicamente a través del acompañamiento externo, e intrapsíquicamente a través de la terapia que permite la restauración en el paciente de su confianza básica.

Bibliografía:

Galimberti U. (2002).- "Diccionario de Psicología".- ed- Siglo XXI.- México

Grosskurth, P. (1990).- "Melanie Klein: Su mundo y su obra".- Ediciones Paidós. Barcelona.

Hinshelwood, R. (2004).- "Diccionario del pensamiento Kleniano".- Amorrortu/editores. Buenos Aires.

Klein M. (1988).- "Envidia y Gratitude y otros trabajos".- Obras Completas tomo 3.- Ed. Paidós. Barcelona

Klein M. (1990).- “Amor , culpa y reparación”.- Obras Completas tomo 1.- Ed. Paidos. Barcelona

Laplanche, J. et all (1993).- “Diccionario de Psicoanálisis”.- Ed. Labor. Barcelona.

Roudinesco, E. et all (2005).- “Diccionario de Psicoanálisis”.- Ed. Paidos. Buenos Aires.

Entrégame con amor

Lic. Margarita Dávila Robledo

Entrégame con amor es la petición que hacen muchas personas en etapa terminal. A todos o casi todos nos gustaría ser despedidos de esta vida con amor, pero ¿qué es el amor? Hay infinidad de definiciones de la palabra “amor”, cada persona tenemos nuestro propio concepto del amor, el diccionario de la real academia de la lengua española dice que la palabra amor viene del latín amor, y en su primera definición lo expresa como el sentimiento intenso del ser humano que, partiendo de su propia insuficiencia, necesita y busca su encuentro con otro ser. Otras definiciones muestran al amor no como un sentimiento sino como una virtud, la madre de las virtudes, y como una decisión en la que el amor es una forma de vida que va de la mano del servicio y la entrega al prójimo.

“Entrégame con amor” es el título de un cuento con sentido tanatológico. El cuento es un género literario que presenta un grupo reducido de personajes y un argumento no demasiado complejo, por lo que se presta mucho para trabajar la tanatología, la palabra cuento proviene del término latino *computus*, que significa “cuenta”, y hace relación a una narración breve con hechos imaginarios. Cuando tenemos consultantes a quienes les cuesta trabajo expresar sus sentimientos, emociones y pensamientos en torno a la muerte de su ser querido, al leer una historia que tiene puntos coincidentes con su experiencia personal, se siente identificado con los personajes de dicha historia y se inicia una sensibilización, esto le permite iniciar un diálogo y externar lo que ha estado encapsulando. El cuento nos ayuda porque es una combinación de hechos reales e imaginarios, se pueden involucrar fantasía y romanticismo, de tal manera que la historia se toma como propia y a la vez no es la historia personal, al lector le permite esconderse dentro de uno o diferentes personajes.

El cuento “Entrégame con amor” relata la historia de un matrimonio que ha compartido sus vidas por más de cuarenta años y lo han hecho con amor y en armonía, de pronto en un momento de plenitud de sus vidas les toca enfrentar la enfermedad de alzhéimer. Ella la padece, él la cuida y la acompaña durante el proceso de la enfermedad. En esta narración se muestra la filosofía de vida y de muerte que tiene el personaje principal de Elsa y algunas de las pérdidas más significativas de su esposo Alberto, al decidir éste ser su cuidador principal, y por lo tanto atenderla, acompañarla y al final entregarla a la muerte, teniendo como principal cimiento el amor que ambos pudieron generar, cuidar, y hacer crecer a lo largo de su vida de pareja, amor que se otorgaron, que fortalecieron y que a la vez fue su fortaleza durante la difícil y dolorosa etapa de tan desgastante, prolongada, dolorosa y complicada enfermedad.

El cuento escrito con un enfoque tanatológico nos va llevando por diferentes etapas que tienen que cruzar los protagonistas, en el proceso esta enfermedad degenerativa e incurable, desde el diagnóstico de la misma hasta el momento de la muerte. Menciona la carta de voluntad anticipada, las pérdidas más significativas que sufre el cuidador primario al ir viviendo el deterioro físico y mental de su esposa, quien ha sido su compañera de vida, la madre de sus hijas y mujer amada. Así como momentos críticos de este acompañamiento y decisiones importantes que afectan al entorno y la dinámica familiar, y el desenlace con la despedida y la muerte.

El trabajar este material con consultantes que viven el dolor, desconcierto, incertidumbre, angustia, preocupación, temor, desolación, confusión, etc, que genera la noticia de una enfermedad terminal en uno de sus seres amados más próximos, ayuda a entender la muerte como un proceso natural que en muchas ocasiones llega por el camino de la enfermedad, con las personas que se trabaja en esta etapa se logra la aceptación de la muerte de su ser querido, alcanza la tranquilidad y tiene la posibilidad de despedir en paz y con amor a su familiar.

La idea de trabajar en esta herramienta de apoyo surge de la labor de voluntariado realizada en el Asilo de San Francisco, en El Pueblito, municipio de Corregidora en el estado de Querétaro, donde uno de los abuelitos residente de este lugar actualmente, llegó ahí hace varios años para ingresar a su esposa quien padecía la enfermedad de Alzheimer, decidió quedarse ahí con ella para cuidarla hasta el día de su muerte, la historia y la convivencia con él me dio la idea original de trabajar en este tema, ubiqué más casos reales que tenían características similares, hice las entrevistas, trabajé con familiares de enfermos de Alzheimer muy cercanamente, investigué sobre la enfermedad, y el resultado fue este cuento cuyo objetivo es utilizarlo como herramienta tanatológica en procesos de duelo. "Entrégame con amor" es escrito específicamente para trabajar el duelo de una persona que es cuidador primario y cónyuge de un enfermo terminal de Alzheimer, y sin embargo ha ayudado y dado resultados positivos en personas que son cuidadoras primarias de enfermos con diferentes enfermedades terminales.

Importancia de la aplicación de la medicina mente cuerpo en el abordaje tanatológico

Dra. Montserrat Ruiz Franch

Justificación

La sociedad es un organismo vivo que se transforma en todo momento, nacemos, enfermamos y morimos; tenemos pérdidas constantes en la vida como dice Neimeyer: *“En cierto modo, perdemos algo con cada paso que avanzamos en el viaje de la vida.”* (Neimeyer 2005).

Pero ¿qué es una pérdida? “cualquier daño en los recursos personales, materiales o simbólicos con los que hemos establecido un vínculo emocional.” (Neimeyer 2005). Es de vital importancia esta definición ya que en ella va incluido el “vínculo emocional”, este pequeño detalle hace tan compleja a la tanatología, pues es prácticamente imposible poner un grado de valor en las pérdidas ya que aunque sean pérdidas comunes dentro de la sociedad; cada persona la vive de manera individual de acuerdo a sus experiencias, inteligencia emocional, resiliencia, apegos, etc. La tanatología no aborda únicamente la pérdida de la vida o la salud en su caso, aborda cualquier tipo de pérdida aunque etimológicamente se refiera al estudio de la muerte, per se.

Me gustaría abordar el problema que afrontan los enfermos cuando se les diagnostica una enfermedad, me atrevo a decir en base a mi experiencia, que todas las enfermedades implican una pérdida silenciosa que pocas veces se aborda. Así como dice Daniel Goleman “En el reino de la enfermedad, las emociones son soberanas y el temor es un pensamiento dominante. Podemos ser tan emocionalmente frágiles mientras estamos enfermos porque nuestro bienestar mental se basa, en parte, en la ilusión de la invulnerabilidad” ²⁴ (Daniel Goleman)

Por lo tanto al sentirnos vulnerables y frágiles; nos enfrentamos a un sistema de salud en donde “el personal médico pasa por alto la forma en que los pacientes reaccionan a nivel emocional, incluso mientras se ocupan de su estado físico. Los

cuidados médicos modernos a menudo carecen de inteligencia emocional. ²⁴ (Daniel Goleman). Ser paciente de un hospital puede ser una experiencia terriblemente solitaria y desesperante.

Existe suficiente evidencia científica que demuestra el efecto tanto negativo como positivo que tienen las emociones sobre nuestro cuerpo.

El entrenamiento en la relajación puede ayudar a los pacientes a enfrentar parte de la aflicción que provocan sus síntomas, además de las emociones que pueden originar o exacerbar los síntomas.

Como es un tema tan amplio, me gustaría abordar en esta tesina, la pérdida de la salud y cómo la medicina mente cuerpo puede ayudar a nuestros pacientes junto con el abordaje tanatológica a responder de una manera saludable y exitosa ante ella. Es importante mencionar que es una propuesta que no promete milagros, simplemente se pretende poner al lector en contacto con la medicina basada en evidencia en este aspecto y sugerir un nuevo abordaje que debería ser incluido en la tanatología. Evidentemente no es un absoluto, habrá que valorar a nuestros pacientes y ver quiénes son candidatos para este abordaje.

Aunque Neimeyer describe cómo el estrés influye en el duelo del superviviente, me gustaría realizar el mismo enfoque en el paciente enfermo, ya que “El estrés constante de los sistemas inmunológico y cardiovascular...pueden acentuar la susceptibilidad a las enfermedades o provocar fallos cardíacos en casos extremos”. (Neimeyer 2005) es decir, que las emociones, como veremos más adelante, son neurotransmisores, hormonas, en general sustancias químicas que interactúan con el organismo en su conjunto, no son sustancias estáticas, sino que ejercen su función en distintos órganos.

“La mayoría de nuestras presuposiciones «se traducen en hábitos cognitivos y conductuales prácticamente automáticos».“Si desarrollamos la conciencia que tenemos de nuestras emociones, podremos superar los restantes desafíos que plantea la elaboración del duelo.” (Neimeyer 2005). Este punto es importantísimo, pues nosotros percibimos la realidad de acuerdo a como lo percibe nuestro cerebro, de acuerdo a esa interpretación el cerebro responde con una cascada de neurotransmisores que repercutirán sobre los otros sistemas, es especial el

inmunológico, cardiovascular y endocrinológico. La manera en la que el paciente perciba la pérdida lo hará más susceptible a padecer ciertas enfermedades, complicar las existentes y empeorar su pronóstico. *“Todo lo que nos conmueve y nos transforma se queda con nosotros.” (Neimeyer 2005)*

Objetivos

1. Introducir a la Psiconeuroinmunoendocrinología.
2. Proporcionar los aportes de las técnicas de medicina mente cuerpo en el ámbito de la salud.
3. Mencionar las pérdidas sufridas en estas enfermedades, así como la utilidad de la medicina mente cuerpo en estas circunstancias.
4. Promover estilos de vida saludables para una mejor calidad de vida con o sin enfermedad de base.
5. Promover la implementación de programas de medicina mente cuerpo en el abordaje tanatológico.

Introducción

El concepto de que la mente es importante en el tratamiento de las enfermedades; está completamente integrado en los abordajes realizados por la medicina China tradicional y la medicina Ayurvedica; desde hace más de 2,000 años. La integración de la mente y el cuerpo, también llamó la atención de Hipócrates (el padre de la medicina) quien reconoció que la sanación del cuerpo podría ocurrir modificando la actitud del paciente, modificando el entorno y utilizando remedios naturales, esto cerca del 400 A.C. Mientras este sistema integrativo se ha mantenido en el mundo oriental, los adelantos tecnológicos y científicos en el mundo occidental entre los siglos XVI y XVII, llevaron a la separación de la mente (emociones, sentimientos, espiritualidad) y el cuerpo. Esta separación ocurrió

durante renacimiento y la ilustración, en donde se buscaba enaltecer la supremacía del ser humano sobre la naturaleza.

Los adelantos tecnológicos (microscopios, biología celular y molecular, procedimientos quirúrgicos avanzados) mostraron el cuerpo a un nivel celular, aparentemente ajeno a las emociones. El descubrimiento de las bacterias y posteriormente de los antibióticos, nos dio erróneamente la creencia de poder controlar la salud, es decir, la curación de un paciente era cuestión de ciencia y tecnología; esto desplazó totalmente el cuidado que se tenía a la curación de la mente.

Como la medicina separó la mente del cuerpo, los científicos de la época que se ocupaban de ella (neurólogos) se dedicaron a crear conceptos como el inconsciente, impulsos emocionales, ilusiones cognitivas; que solidificaron la creencia de que las enfermedades mentales no eran reales y que no estaban basadas en la fisiología y la bioquímica.

En los años veinte, el investigador Walter Cannon reveló una relación directa entre el estrés y la respuesta neuroendocrina en los animales.¹³⁻² Él fue el que introdujo la conocida frase explicando la respuesta ante el estrés de “lucha o huida”, Cannon describió los reflejos primitivos que activan la liberación de adrenalina ante una situación de peligro. Posteriormente Hans Selye definió los efectos adversos del estrés en la salud.¹³⁻³

Durante la segunda guerra mundial se retomó la importancia de la fe vista como creencia, convicción o confianza; pues el Dr. Henry Beecher en las trincheras no tenía suficiente morfina para controlar el dolor de todos los soldados heridos de gravedad, así que descubrió que al inyectar solución salina podía controlar gran parte del dolor. Él acuñó el término de “efecto placebo”, y su estudio subsecuente demostró que el 35% de la respuesta terapéutica efectiva de cualquier fármaco se debe a la creencia que existe de su eficacia.¹³⁻⁴

Desde los años sesenta, las interacciones de la medicina mente cuerpo se han convertido en un extenso campo de investigación. Teniendo como base a la psiconeuroinmunoendocrinología, que es el campo científico transdisciplinario que investiga las interacciones entre el cerebro (mente/conducta) y el sistema inmune y sus consecuencias clínicas. El Psicólogo Robert Ader inventó el término a fines

de los setenta, también es conocida con los términos de neuroinmunomodulación o inmunología conductual.

Sus aspectos clínicos se relacionan con el entendimiento de los mecanismos biológicos influenciados por factores psicosociales sobre el comienzo y progresión de una resistencia inmunológica.

La base de la medicina mente cuerpo es la psiconeuroinmunoendocrinología, la cual tiene como objetivo analizar y definir las vías por las cuales se interrelacionan los sistemas nervioso, endócrino, inmunológico y psíquico. (Dr. Santiago 2013)

Aspectos históricos de la Psiconeuroinmunoendocrinología

La psiconeuroinmunoendocrinología es una ciencia relativamente nueva, los inicios de ésta se remontan a principios del siglo XX, en el año de 1928 dos investigadores: Metalnikov y Chorine, descubrieron que el sistema Inmune podía ser condicionado, su estudio consistía en inocular antígenos a cobayos lo cual produce un incremento en los títulos de anticuerpos; al momento de la inoculación rascaban el pelaje del cobayo o colocaban una varilla caliente sobre la piel. Al cabo de unos días estos estímulos por si solos provocaban la elevación de anticuerpos sin la necesidad de tener un antígeno.

Existen otros investigadores importantes en el área de la psiconeuroinmunoendocrinología, en 1964 Elena Korneva descubrió que si lesionaba partes del hipotálamo, se producían trastornos en el sistema inmunitario, con lo que se encontraba una región específica que controlaba la actividad de este sistema que por muchos años se consideraba un sistema independiente. George Solomon en el mismo año encontró que las características de la personalidad y el estrés de los pacientes con artritis reumatoide se relacionaban con los estados de su enfermedad, (la gravedad de su sintomatología).

No fue hasta 1974 con el experimento de Ader (psicólogo) y Cohen (inmunólogo) que se empezó a tomar en serio la relación mente cuerpo; es el estudio más importante en el área de la psiconeuroinmunoendocrinología ya que redescubrieron que el sistema inmunológico podría ser condicionado por el sistema nervioso. En este experimento Ader, buscaba condicionar a las ratas dándoles en el agua que bebían: ciclofosfamida junto con sacarina, buscaba “disfrazar” el mal sabor de la ciclofosfamida con la sustancia de sabor dulce sacarina, la cual no posee efectos perjudiciales evidenciables en el corto plazo, normalmente la ciclofosfamida produce náuseas, vómitos y trastornos gastrointestinales. Al cabo de unos días, se les daba a las ratas únicamente sacarina, estas comenzaron a enfermar y morir. (este efecto no era esperado, pero se encontró que la ciclofosfamida es también una droga inmunosupresora y aunque no estaba incluida en este segundo grupo de estudio, causó los efectos). Posteriormente el estudio contó con la participación del inmunólogo Cohen, juntos buscaban comprobar si el sistema inmunológico podría ser condicionado, para esto inyectaron antígenos para estimular al sistema inmunológico (produciendo anticuerpos), con esto ellos pudieron comprobar y medir la supresión del sistema inmunológico causada por el condicionamiento con sacarina y ciclofosfamida.^a

Su trabajo fue publicado en Psychosomatic Medicine en el año 1975 con el título “Behaviorally conditioned immunosuppression”. Ader fue quien acuñó la palabra Psiconeuroinmunología, que es como se le denomina actualmente a esta nueva ciencia.

Hugo Besedovsky en 1977 descubrió que el hipotálamo modificaba su actividad eléctrica dependiendo de la concentración de interleucina 1.

David y Suzanne Felten en los años ochentas, demostraron que las células inmunes estaban inervadas por neuronas cuyos axones hacían contactos sinápticos con linfocitos y macrófagos en los órganos inmunes secundarios.^a

El próximo hito sería el hallazgo entonces polémico por Edwin Blalock, de que hay células inmunológicamente competentes, los linfocitos, que pueden sintetizar hormonas (ACTH) y neuropéptidos (la b- endorfinas); se pensaba anteriormente que esto era sólo producido por células neuroendócrinas.¹⁰, por lo tanto funcionan como emisores y receptores de señales que se unen a la vía psico-neuro-inmuno-endócrina.

Jannice Kiecolt y Ronald Glaser en los años ochentas descubrieron relaciones entre estados emocionales y el funcionamiento inmunológico; disminución de la inmunoglobulina A y disminución de la respuesta inmunitaria antitumoral de las células NK (Natural Killer) en pacientes sometidos a estrés crónico.

En 1989 el Dr. David Spiegel de la universidad de Stanford fue el primero en publicar los resultados de una investigación en la cual un programa de apoyo psicosocial influía positivamente en la sobrevivencia de mujeres con cáncer de mama metastásico.

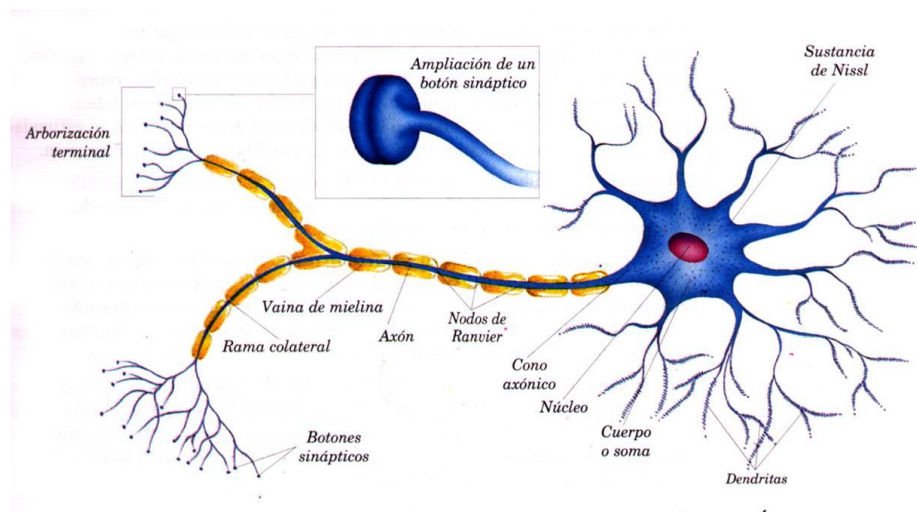
Así año tras año se han sumado investigadores buscando la interrelación de estos sistemas y su impacto en la progresión de las enfermedades y la gravedad de su sintomatología.

Fundamento teórico de la medicina mente cuerpo

La medicina mente cuerpo parte de las bases científicas de la psiconeuroinmunoendocrinología, en donde se estudia la interrelación de estos sistemas; para poder entender esta interrelación es de vital importancia conocer la fisiología del sistema nervioso, inmunológico y endócrino, así como el esquema de pensamiento.

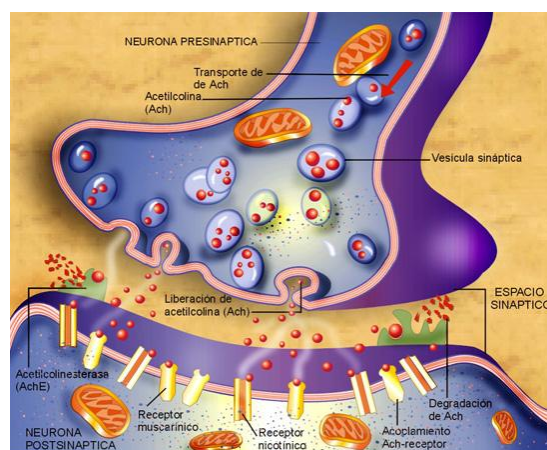
Sistema nervioso

La unidad operativa fundamental de éste sistema es la *NEURONA*, formada por un cuerpo celular (soma), del que se desprenden las dendritas y axones; que son estructuras que ayudan a comunicar a la neurona con otros cuerpos celulares. De acuerdo al estudio de Federico Azevedo ¹⁹, tenemos 86.1 billones de neuronas en el cerebro y tan sólo el 19% de ellas se encuentran en la corteza cerebral.



Toda la información recibida proviene de nuestros sentidos, por lo tanto tenemos unos nervios sensitivos que son los que transportan la información hacia el cerebro y los nervios motores son los que ejecutan la acción determinada después del estímulo sensitivo.

El sistema de comunicación entre las neuronas se denomina; *sinapsis*, ésta ocurre entre dos células por medio de los botones sinápticos, que son la parte terminal de los axones, digamos que los botones sinápticos de una y otra célula intentan juntarse y se comunican por medio de sustancias químicas llamadas neurotransmisores. Así una célula libera el neurotransmisor y la otra lo recibe, interpretando así el mensaje.

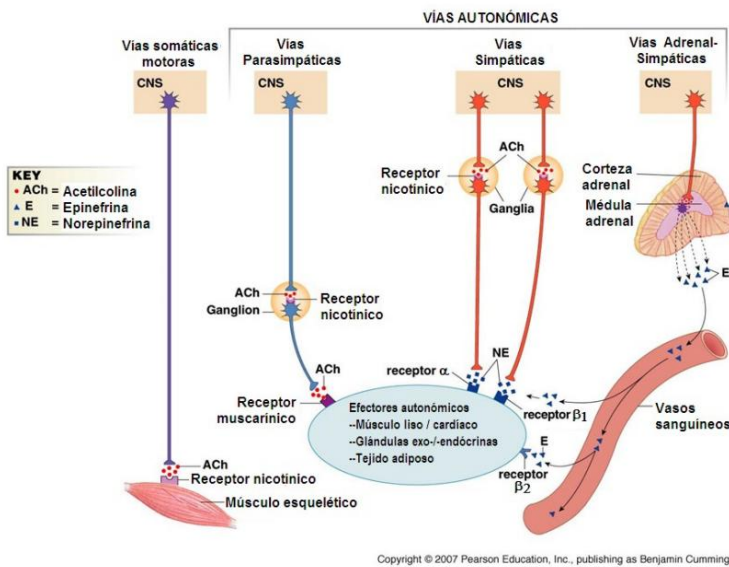


Se han encontrado 50 sustancias que cumplen un papel como neurotransmisor, los principales son:

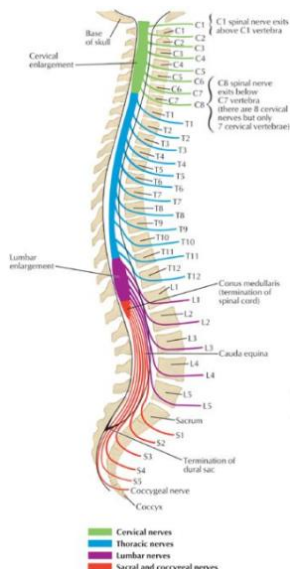
- Acetilcolina.
- Dopamina.
- Adrenalina.
- Ácido gamma aminobutírico (GABA)
- 5-hidroxi-triptamina (Serotonina)

Realmente lo más importante, es saber que nuestro cuerpo se comunica con sustancias químicas, y que estas tienen distintos efectos y funciones en los órganos del cuerpo.

El modo principal en el que el cerebro puede comunicar al resto del cuerpo que hacer, es mandando información a través de los nervios. Existe una parte consciente de este cerebro que nos permite manipular la información (levantar un brazo, sentarte, etc.), pero existe otra parte “incontrolable” que ayuda a mantener un balance (Sapolsky 2000)



Este sistema “incontrolable”, llamado sistema nervioso autónomo, se divide en dos: El sistema simpático y parasimpático. Como dato curioso se llama estos sistemas se llaman así por el médico Galeno; el cual creía que el cerebro era el responsable de la parte racional y los otros órganos de las emociones. Cuando observó que había nervios que conectaban al cerebro con el resto de los órganos, él creyó que era para “simpatizar” con los órganos y los órganos con el cerebro. (Sapolsky 2000).

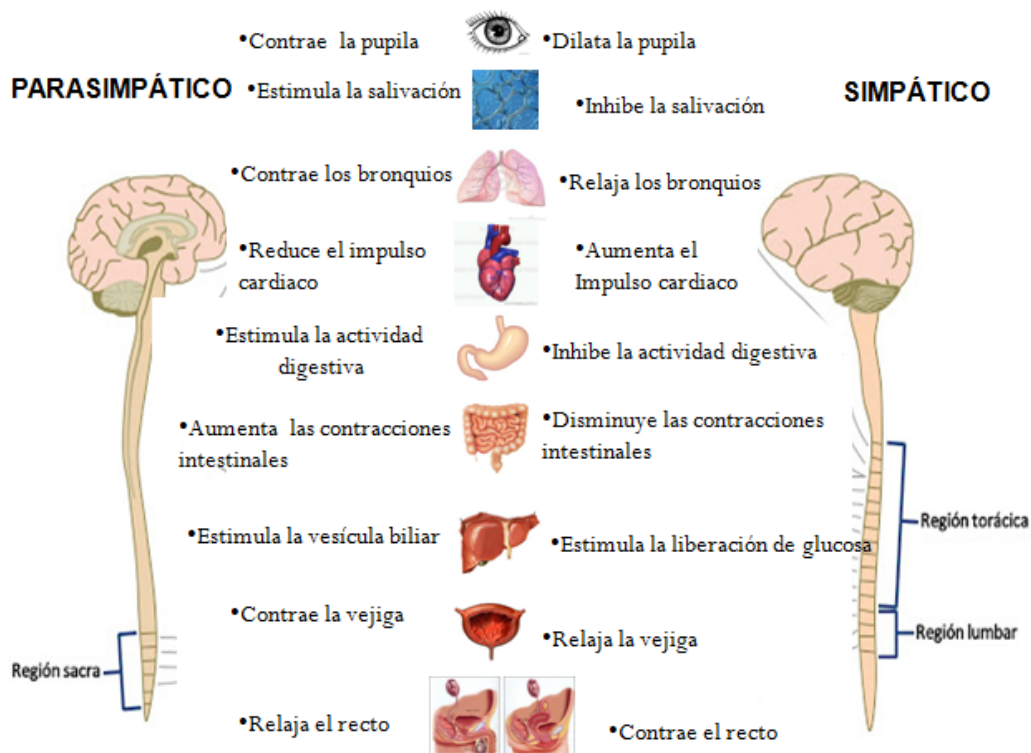


Los nervios salen de la médula espinal y se ramifican a todos los órganos, glándulas, vasos sanguíneos. El **sistema nervioso simpático** se activa en situaciones de emergencia (o lo que nuestro cerebro cree que son circunstancias de alerta o estrés; huida, pelea, sexo, etc.),

nos ayuda a permanecer vigilantes, en movimiento; este sistema estimula a las glándulas suprarrenales para liberar adrenalina y cortisol (las hormonas favoritas del estrés) y la noradrenalina es liberada por las terminales nerviosas.

El **sistema parasimpático**, hace el efecto contrario, este controla acciones más “calmadas” como crecimiento, almacenamiento de energía, digestión.

(Netter 2011)



El cerebro es la glándula maestra, controla la secreción de hormonas y produce algunas cuantas, esto se verá más adelante en la sección de endocrinología.

Sistema inmunológico

A este sistema se le atribuye la función de defender al organismo de agentes externos que puedan provocar algún daño, es decir, el sistema de defensa, capaz de reconocer “Lo Propio” de lo “No Propio”, y luego de este reconocimiento, realizar acciones para eliminar lo “No Propio”.

Lo reconocido como extraño pueden ser virus, bacterias, parásitos, células tumorales (cancerígenas), células trasplantadas. En ocasiones el sistema inmune no reconoce a células propias como tales y busca eliminarlas, (lo que sucede en las enfermedades autoinmunes).

Existe una vigilancia inmunológica en nuestro organismo que detecta a los microbios invasores o células neoplásicas y los elimina. Cuando este mecanismo falla se produce la enfermedad infecciosa o un cáncer.

Constantemente estamos expuestos a estos agentes patógenos pero en la mayoría de los casos la exposición a ellos no produce enfermedad.

El sistema inmune no reconoce como tal a una bacteria o virus, más bien a una parte de los mismos conocida como antígeno; esto es una proteína, polisacáridos u otro componente biológico que forman parte del microorganismo o es producida por el mismo.

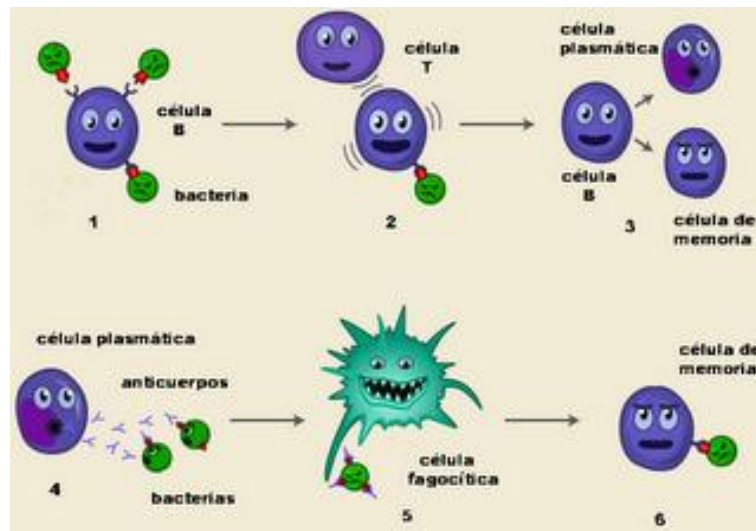
Los principales antígenos propios son los conocidos como sistema HLA o complejo mayor de histocompatibilidad 1 y 2. Esta molécula está en la superficie de las células de nuestro cuerpo y sirve para que las células de defensa las reconozcan y no las ataquen, digamos que es su gafete de identificación.

Los mecanismos de defensa pueden ser innatos (inespecíficos) o adaptativos (específicos).

Respuesta inespecífica:

Ésta la brinda las barreras naturales del cuerpo: piel, mucosas, movimientos intestinales, lágrimas, saliva, jugo gástrico. Es la primera línea de defensa.

Respuesta específica: Ya hemos visto que el sistema inmune tiene la capacidad de reconocer antígenos, las moléculas que utiliza el sistema inmune para reconocer los antígenos son los anticuerpos. Estos se unen al antígeno y se activa la alarma (con moléculas de comunicación, que veremos más adelante); así llegan las distintas células especializadas para destruir al intruso.



El Sistema Inmune está preparado para reconocer cualquier antígeno que ingrese al organismo, y siempre va a desencadenar una respuesta inmunológica para eliminarlo cuando detecta que es un antígeno que no nos pertenece.

El Sistema Inmune está formado esencialmente por **ÓRGANOS, CÉLULAS Y MOLÉCULAS** de comunicación, de reconocimiento, de adhesión y de citotoxicidad.

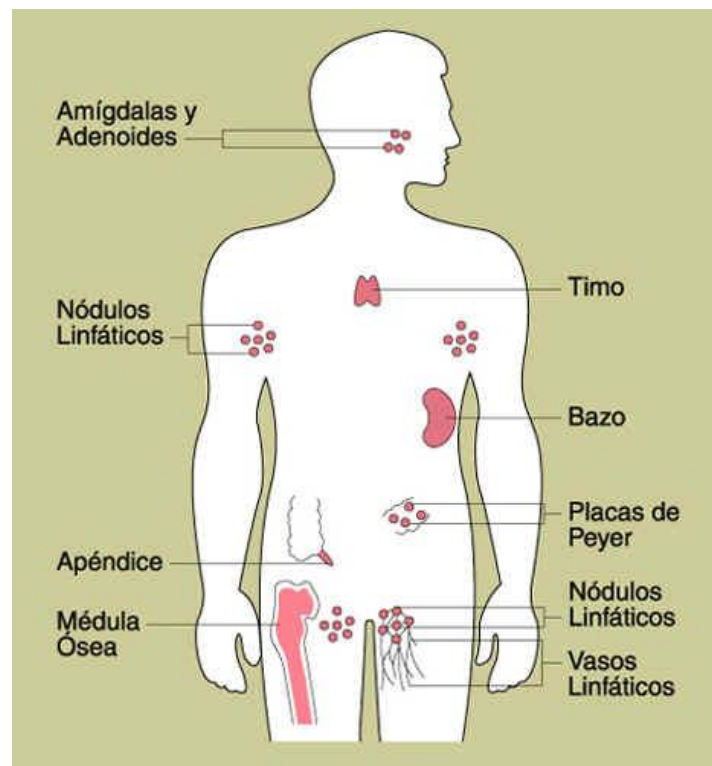
A continuación mencionaré los órganos del sistema inmunológico y una breve descripción de su función:

MÉDULA OSEA: como su nombre lo indica se localiza en el interior de los huesos, principalmente el esternón, pelvis, fémur, húmero y vértebras. En la médula ósea se forman todas las células que constituyen el sistema inmunológico: Los linfocitos T, B, NK (Natural Killer), polimorfonucleares. Además se forman allí todas las otras células de la sangre, los eritrocitos o glóbulos rojos y los megacariocitos precursores de las plaquetas.

TIMO: Situado en el tórax detrás del esternón, es el lugar donde completan su maduración algunas células inmunológicas.




BAZO: Situado a la izquierda de la cavidad abdominal, es uno de los lugares donde se produce la respuesta inmune.

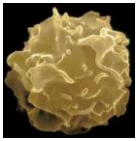
GANGLIOS LINFÁTICOS: Las células inmunes circulan entre la sangre y la linfa a través de los ganglios linfáticos. Allí también se produce la respuesta inmune. Son los centros de comando de las células inmunológicas.



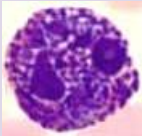
Ahora me gustaría explicar en un lenguaje más coloquial la función de las células inmunológicas, veámoslas como los policías del cuerpo, nuestros defensores más valientes, preparados y sanguinarios. Así como hay diferentes cuerpos policiales especializados (narcotráfico, servicio de helicópteros, guías caninos, subsuelo, etc.); así existen células especializadas en nuestro cuerpo para defendernos de distintos organismos. Los policías utilizan un “escáner” para detectar el código de barras (antígeno) de cada célula y microorganismo en el organismo, el código que no es reconocido es atacado sin misericordia hasta que es destruido.

Es importante familiarizarse con los nombres de estos policías, pues nos serán de utilidad a medida que avanzamos en el tema.

Imagen	Célula	Explicación
	LINFOCITOS	<p>LINFOCITOS T: tienen diferentes clases y subtipos. <u>T citotóxico o CD8:</u> reconocen las células infectadas o tumorales, y las destruyen activando la apoptosis. <u>T colaborador CD4:</u> se encargan de iniciar la cascada de la respuesta inmune, los dos principales son: *Th1, acuden a los tejidos infectados y colaboran en la activación de los <u>macrófagos</u>, son importantes en la defensa frente a los microorganismos intracelulares y la <u>inflamación</u>. *Th2, colaboran en la activación de los <u>linfocitos B</u> y activan respuesta inmunológica ante alergias (<u>Ig-E</u>, que a su vez activa los <u>mastocitos</u>) e <u>IL-5</u> (que activa los <u>eosinófilos</u>); los Th2 son importantes en las <u>reacciones alérgicas</u> y en la defensa frente a parásitos. LINFOCITOS B: Son los productores de los anticuerpos, (moléculas con especificidad de reconocimiento).</p>
	POLIMORFO NUCLEARES	Hay distintos tipos (neutrófilos, eosinófilos, basófilos); participan en la inmunidad y fagocitosis contra bacterias, hongos y parásitos.
	MACRÓFAGOS	Encargadas del procesamiento y presentación del antígeno a las células T, asimismo con acción de fagocitosis.

**NATURAL KILLER**

Como su nombre lo indica son asesinas naturales, no necesitan Las encargadas de la defensa Antitumoral y Antiviral. Estas células han sido muy estudiadas en Psiconeuroinmunología ya que presentan una gran sensibilidad a nuestro procesamiento Psicosocial.

**MASTOCITOS**

Participan en las respuestas alérgicas. Se verá más adelante como los estados emocionales pueden influir en las reacciones alérgicas.

El Sistema Inmune se comunica a través de sustancias químicas llamadas **CITOQUINAS**, estas sustancias son secretadas a la circulación sanguínea o linfática y actúan sobre otras células o sobre sí mismas. Es como el lenguaje del sistema inmunológico y dependiendo de la sustancia el mensaje puede ser de estimular a las células de defensa, de suspenderla o regularla.

El sistema inmune produce moléculas de reconocimiento y protección como las inmunoglobulinas, también llamadas anticuerpos.

Estas moléculas reconocen a los antígenos y ayudan al cuerpo a crear memoria de los microorganismos “buenos = no atacar”, y de los “malos = atacar”.

ALGUNAS RELACIONES PSICONEUROINMUNOLÓGICAS

- En Psiconeuroinmunología sabemos que todos los órganos inmunes reciben señales del sistema nervioso por medio de fibras nerviosas y que llegan a la membrana de linfocitos y macrófagos que se encuentran en los ganglios. Esta inervación es de tipo bidireccional, es decir, las células inmunológicas también dan información al cerebro. Luego estas células pasan a circulación ya con la nueva información psicológica y nerviosa.
- Se han encontrado áreas cerebrales específicas que regulan la inmunidad; Siendo el hemisferio izquierdo inmunoestimulador y el derecho inmunoinhibidor. Se han realizado estudios en pacientes con infarto cerebral en la parte izquierda del cerebro y se ha observado que presentan mayor frecuencia de infecciones intrahospitalarias debido a que ese hemisferio estimula al sistema inmune.

- Blalock descubrió que las células inmunes también producen y secretan neurotransmisores y hormonas, de modo que son un sistema neuroendocrino circulante.
- Las citoquinas inmunológicas también actúan sobre receptores en el cerebro regulando conductas, emociones y funciones cerebrales como la plasticidad neural y el aprendizaje.

Sistema endócrino

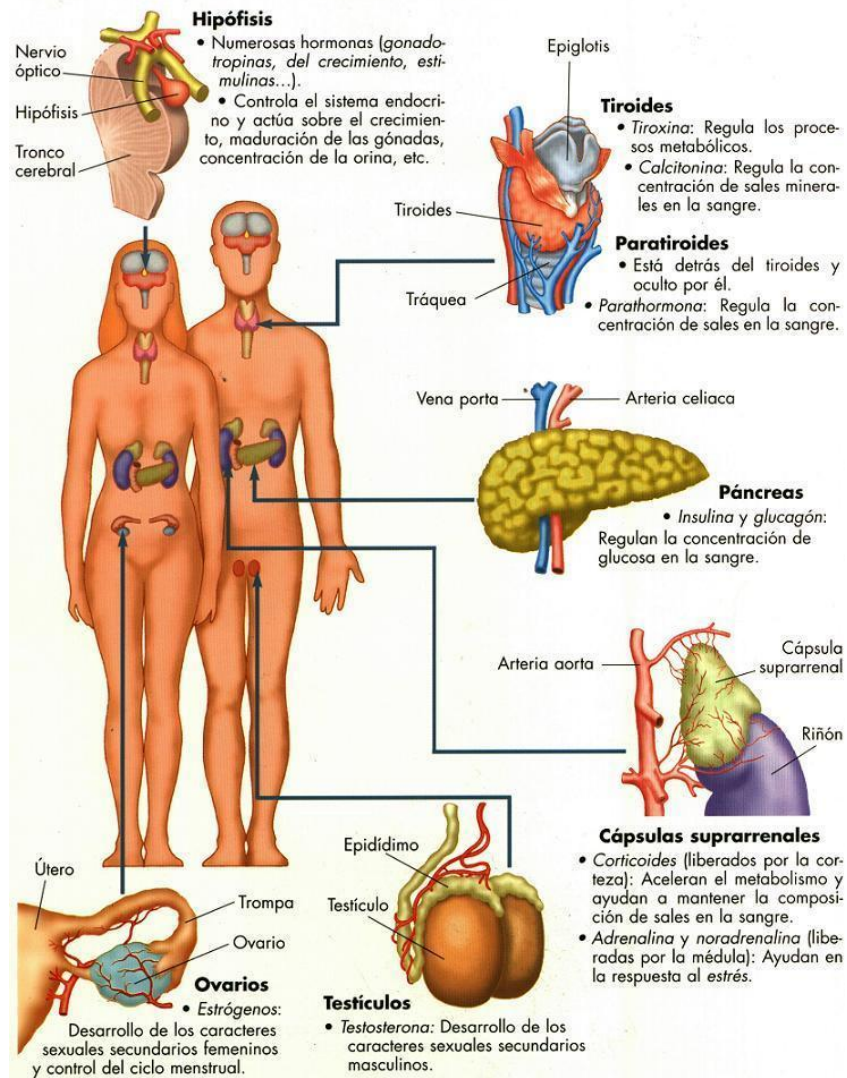
Es un sistema produce hormonas que se encargan de regular prácticamente cualquier función del organismo (crecimiento, metabolismo, reproducción, vigilia, etc), algunas de las hormonas se crean en el cerebro y se liberan al torrente sanguíneo para que realicen su función en un lugar específico, y algunas otras se producen en órganos especializados a lo largo del cuerpo.

Este sistema fue el primero en el que se estudio la respuesta al estrés por lo que es de vital importancia su entendimiento.

En el cerebro, específicamente en el hipotálamo y la hipófisis se producen un gran número de hormonas, aquí en el cerebro es el centro de comando, pues el cuerpo liberará estas sustancias dependiendo de las circunstancias externas e internas, por lo que el sistema endócrino y nervioso deben estar en estrecha comunicación

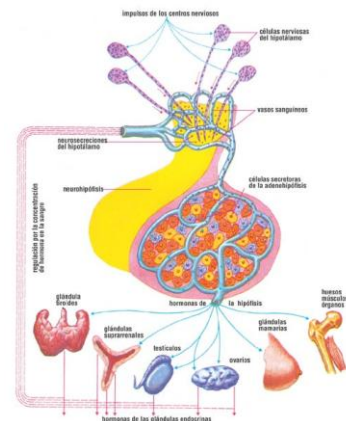
Este esquema ilustra al sistema endócrino en su totalidad, aunque cada vez se descubren más hormonas y órganos que participan en su producción.

EL SISTEMA ENDOCRINO



Clásicamente se ha considerado la regulación endocrina como un eje de retroalimentación que parte desde el Hipotálamo, en el cual las neurohormonas de los diferentes núcleos hipotalámicos vierten su secreción en el riego sanguíneo que irriga la Glándula Hipófisis.

En el **Sistema Hipotálamo - Hipofisiario** las diferentes hormonas producidas por la hipófisis son reguladas por



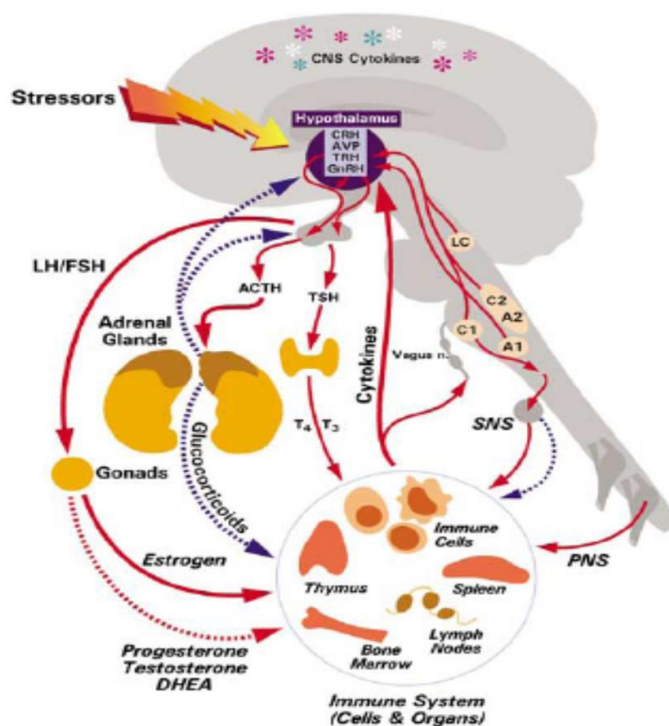
factores provenientes del hipotálamo.

En este sistema de retroalimentación, el aumento de cualquiera de las hormonas hipofisarias inhibe la producción de su factor liberador.

En realidad el sistema de regulación hormonal parte desde la corteza cerebral en el cual, los estilos de pensamiento, las emociones y conductas, los niveles de estrés, influyen en esta regulación, hacia diferentes áreas del sistema límbico como la amígdala y el hipocampo, en un eje mayor denominado **Eje Cortico-Límbico-Hipotalámico-Hipofisiario**.

Algunas relaciones psiconeuroinmunoendocrinológicas:

- En Psiconeuroinmunología se considera que la actividad mental al iniciar una cascada de neurotransmisores y hormonas desde la corteza cerebral, puede influir en los niveles intracelulares e inclusive a nivel de la regulación de la expresión de los genes.



Funciones mentales

Con la Corteza Prefrontal evaluamos los acontecimientos de nuestra vida, tomamos decisiones, realizamos juicios éticos y morales, planificamos, regulamos nuestras emociones.

En los procesos de formación de memorias de largo plazo, en la cual se generan los recuerdos, participan de manera conjunta el Hipocampo, la Amígdala y la Corteza Cerebral.

Los recuerdos se localizan en forma de redes neurales en la Corteza con distinta localización.

La formación de redes neuronales son la base de la interconectividad del cerebro y del procesamiento de información de mayor complejidad en las áreas de asociación. La experiencia y el contexto sociocultural en que vivimos, momento a momento y en un proceso dinámico “dirigen” la formación de nuevas redes neuronales durante toda la vida.

Cuando los eventos tienen un mayor significado emocional, los recuerdos son más fuertemente fijados gracias al papel de la Amígdala que refuerza la actividad del Hipocampo.

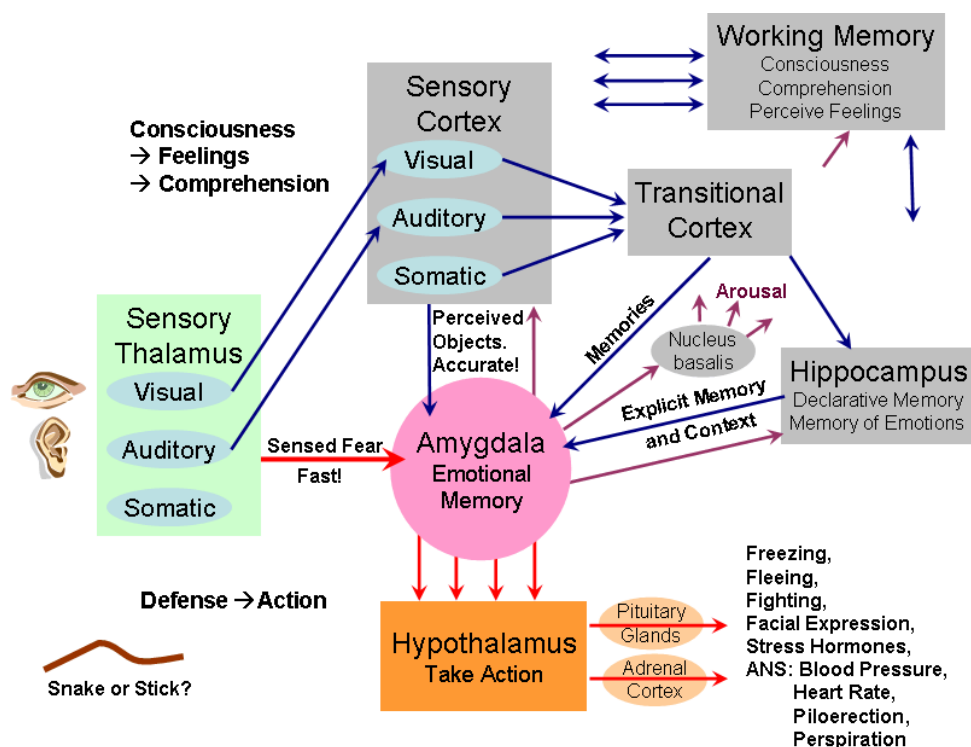
Ambos también van a participar en la regulación de la producción del Cortisol, en donde la Amígdala estimula la vía corticoadrenal, mientras que el Hipocampo la regula negativamente. Una de las razones por el cual en el estrés crónico el cortisol se mantiene elevado, es que el Hipocampo ha perdido la capacidad de regulación.

La Amígdala actúa como un integrador Mente Cuerpo de las respuestas emocionales debido a sus ricas conexiones con la corteza cerebral, el tálamo, el septum, el hipocampo, el hipotálamo y el tronco cerebral.

En las respuestas mediadas por la Amígdala, se conocen 2 vías:

La más rápida, a través de una vía directa proveniente de los órganos de los sentidos a través del tálamo, la cual está diseñada para las respuestas fisiológicas y corporales de orden defensivo. Esta vía tiene un procesamiento inconsciente. Las señales de la Amígdala hacia el Hipotálamo y el Tronco cerebral llevan a las respuestas como: preparación para la lucha o huida. Paralelamente se activa una **vía más lenta**, la cual es consciente y nos permite, conocer, sentir la emoción y comprender su significado para actuar conscientemente. En esta vía, las señales del Tálamo pasan a la corteza cerebral en la cual, en un proceso de evaluación son comparadas con los recuerdos almacenados en la memoria de largo plazo para así tomar la decisión de mantener la respuesta iniciada por la vía rápida, o en caso contrario modificarla.

Cuando ocurre un evento estresante se activan ciertas hormonas para regular la “actividad física demandante” que esta por ocurrir, como el cortisol, la adrenalina, la hormona de crecimiento, la prolactina, la hormona tiroidea, la testosterona, el glucagon. Estas variaciones se producen principalmente durante el estrés agudo, si el estrés se vuelve crónico luego se produce disminución de la hormona del crecimiento, de la prolactina y de la testosterona.



Sistema psiconeuroinmunoendocrinológico

Es importante tomar en cuenta que estos sistemas no funcionan de manera independiente, sino que tienen una comunicación estrecha uno con otro; es decir, lo que afecta a un sistema afecta a todos los demás, todos forman parte de un mismo equipo (el cuerpo humano) y por lo tanto reaccionan en nuestro beneficio (la mayor parte del tiempo).

Tiene sentido que estos sistemas deben unirse. Pues relacionan al organismo con el mundo externo y evalúan sus componentes como indemnes o peligrosos, ambas funciones sirven de defensa y adaptación, estos sistemas poseen memoria y aprenden por la experiencia, contribuyen a la homeostasis, los errores en la defensa pueden producir enfermedad. Blalock se ha referido al sistema inmunológico como un “sexto sentido”, remitiendo información sobre el ambiente al cerebro acerca de los aspectos celulares y ambientales accesibles por los cinco sentidos. (Blalock 1984).

Es muy compleja la interacción de todos estos sistemas, e incluso muchos aspectos son aún desconocidos, por lo que trataré de integrar de manera básica y sencilla las funciones del sistema psiconeuroinmunoendocrinológico.

Los órganos del sistema inmunológico reciben inervación (conexión) del sistema nervioso, por medio del sistema simpático, con sinapsis de las uniones entre las terminales nerviosas y los inmunocitos. La inmunidad es regulada cerebro cortical y lateralmente de forma específica en la corteza cerebral izquierda.

Los factores emocionales en el inicio y curso de la enfermedades incluyen las demandas de rasgo/adaptación y estado, que predisponen factores como tensión e inseguridad, timidez, dificultad para expresar sentimientos, personalidades tipo “mártir” y de características masoquistas, y sensibilidad para enojarse con otros. Los factores del estado psicológico incluyen pérdidas/duelos y depresión y factores circunstanciales como la pérdida de modos previamente exitosos de adaptación.

Como lo mencionan varios autores (Sapolsky, Neimeyer, Dr. Santiago, Goleman) en respuesta al estrés se activa el eje Hipotálamo-Hipofisario-Adrenal que resulta en el aumento de la liberación del ACTH (adrenocorticotropina) en la hipófisis, ésta estimula la liberación de cortisol en las glándulas suprarrenales. la principal hormona que media a nivel sistémico las respuestas psicofisiológicas de adaptación el estrés. Por consiguiente, el principal regulador y gatillador de la

activación del eje H-H-A es la CRH (hormona liberadora de corticotropina) y la regulación de su secreción está controlada por centros superiores cerebrales como la corteza prefrontal, áreas subcorticales como la amígdala y el hipocampo y los mecanismos cortos y largos de retroalimentación.

Teniendo en cuenta la participación de estas áreas cerebrales debemos considerar un eje de regulación que nace en la Corteza Prefrontal, siendo denominado como **eje CÓRTICO-LÍMBICO-HIPOTÁLAMO-HIPOFISARIO-ADRENAL**.

El hipocampo y la amígdala regulan coordinada y antagónicamente la secreción hipotalámica de CRH, el hipocampo inhibe la secreción de CRH y la amígdala la estimula. Por consiguiente la activación de esta regulación coordinada resulta también en una regulación antiestresora (Hipocampo) y estresora (Amígdala) por las consecuencias que tiene en la regulación del cortisol. (Dr. Santiago 2013)

Este control es clave en la regulación del cortisol. En el estrés crónico se produce una disregulación de este sistema principalmente por falla hipocámpica en el control de la CRH.

El hipocampo en buen estado se convierte entonces en uno de los factores protectores del estrés, por el contrario en el Hipocampo dañado disminuye la capacidad de regular el cortisol.

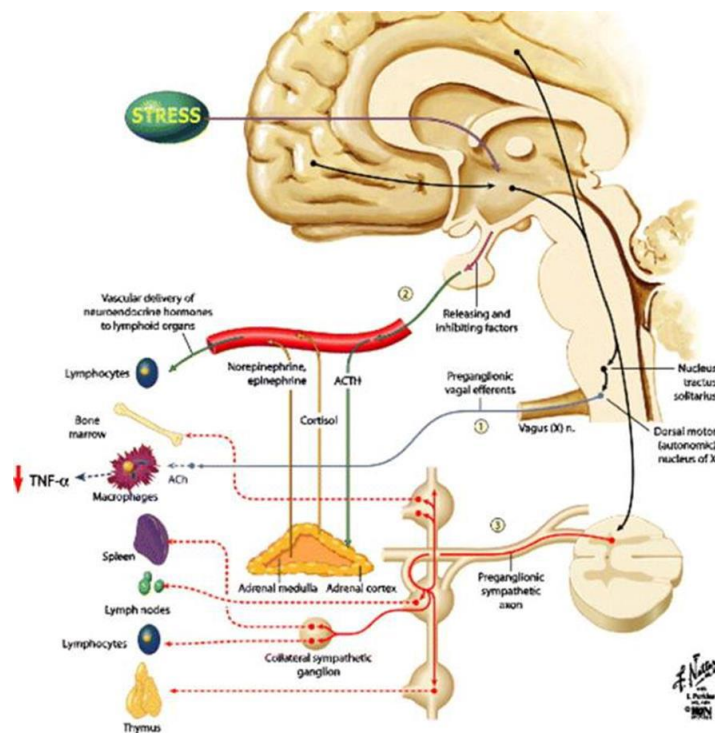
La resistencia o la vulnerabilidad frente al estrés fisiológicamente se expresan en el hipocampo, en sus poblaciones neuronales, en las ramificaciones dendríticas y en los receptores al cortisol de las vías de retroalimentación o regulación.

La corteza pre frontal tiene ricas conexiones en multidireccionales tanto con la amígdala como con el hipocampo regulando su actividad. En última instancia es la evaluación cortical de los sucesos de la vida la que define hacia donde se orienta el sistema, es decir, el papel que cumple la Corteza Pre frontal en la regulación de la respuesta al estrés va a depender del modo como la persona interpreta los acontecimientos de su vida.

Si un acontecimiento es interpretado como estresante, se activa la cascada que lleva a un aumento de actividad amigdalina, aumento de CRH, ACTH y en consecuencia aumento en la secreción del cortisol.

Por el contrario, si la interpretación del acontecimiento es resiliente, benigno, adaptativo y favorable se activa la cascada que lleva al aumento de la actividad del hipocampo frenando así el aumento del CRH.

Hoy se sabe que existe lateralización cerebral en la regulación de la corteza pre frontal de la respuestas neuroendócrinas y autonómicas al estrés. La pre frontal izquierda es más vulnerable a los efectos del aumento del cortisol y del estrés, también se conoce que la corteza pre frontal izquierda está relacionada a estados emocionales positivos, conductas de acercamiento y regulación positiva de la inmunidad, mientras que la derecha tiene acciones opuestas.

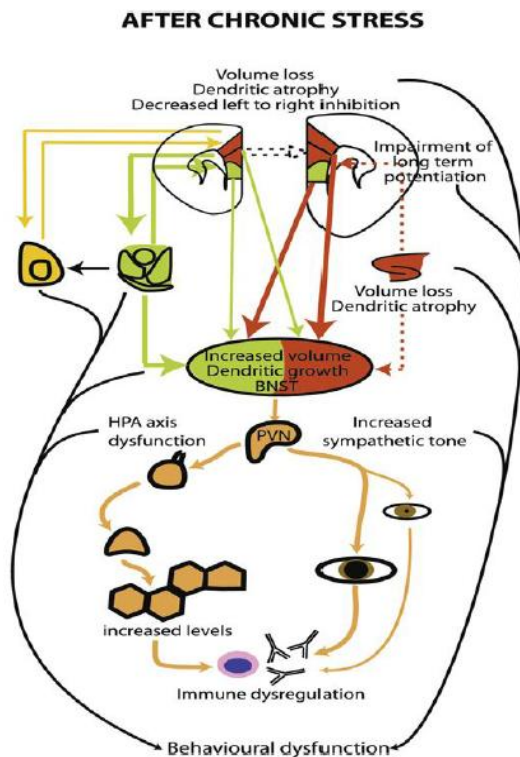


El sistema inmunológico afecta al cerebro y la conducta, especialmente la vía de la inmunidad mediada por citoquinas sobre el sistema nervioso central (Solomon 2001).

HORMONAS E INMUNIDAD (Solomon 2001)

- La hormona de crecimiento aumenta las funciones de las células T y NK en animales viejos.
- La prolactina se opone a la supresión inmune por inducción de glucocorticoides.
- Las hormonas gonadales afectan la inmunidad. La actividad de la célula NK es más alta en la fase lútea del ciclo menstrual (dato que debe tenerse en cuenta en la programación de cirugías de cáncer en mujeres pre-menopáusicas).
- Las hormonas tiroideas pueden estimular la actividad de NK, afectan el desarrollo celular T, y modulan los efectos de las citoquinas en las células inmunes
- Las beta-endorfinas son un estimulante de la actividad de células NK.

REGULACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO EN EL ESTRÉS.



Es importante mencionar que los circuitos cerebrales pueden ser remodelados por experiencias, a su vez las experiencias estresantes tienen un impacto en el enramaje dendrítico, en el número de sinapsis entre neuronas de distintas áreas cerebrales, como el hipocampo, la amígdala y el córtex pre frontal. Estos cambios no sólo afectan las funciones cognitivas, sino también la regulación de

emociones, comportamientos, funciones neuroendócrinas y autonómicas.

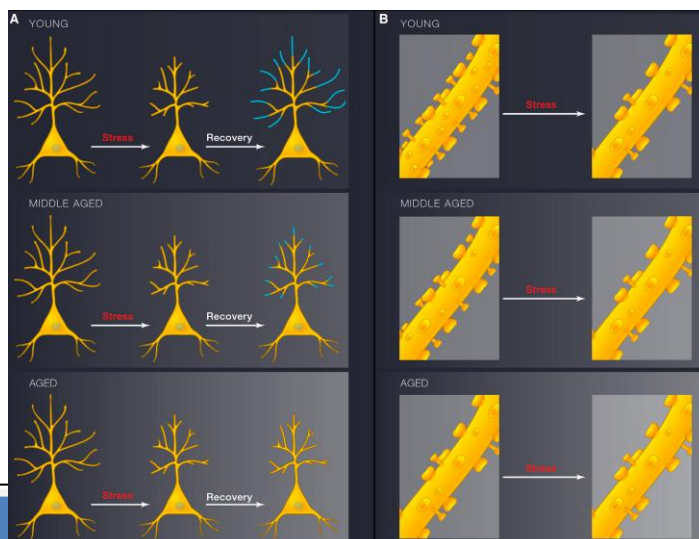
Es de vital importancia el rol de la corteza pre frontal en las funciones cognitivas; las cuales incluyen: aprendizaje, razonamiento, atención, memoria, resolución de problemas, toma de decisiones y procesamiento del lenguaje. La cognición es la capacidad que tenemos para procesar la información por medio de la percepción.

La corteza pre frontal dorso lateral es responsable de planear acercamientos y secuencias coherentes de comportamiento que son necesarias para la conducta dirigida por objetivos o metas. Para esto requiere enfocarse en la información relevante y memorizarla, antes se creía que la memoria era algo estático, pero sabemos que la memoria cambia dependiendo de las circunstancias y de la prioridad que se le dé a un evento u otro. Esto demanda a las neuronas responsables de este proceso una gran capacidad de plasticidad.

La corteza pre frontal medial tiene proyecciones a la amígdala y el tallo cerebral, teniendo así un control sobre funciones autonómicas, parasimpáticas y neuroendócrinas; en un estudio se encontraron distintas funciones sobre el eje hipotálamo-pituitario-adrenal dependiendo el área de la corteza pre frontal alterada. (Bruce S Mc Ewen 2013)

Se ha visto que el estrés crónico deteriora la memoria, disminuye el número de ramificaciones en las dendritas neuronales en la corteza pre frontal medial y disminuye fibras espinales. Dependiendo del estímulo estresor, se puede dañar la memoria durante y después del estímulo, debido a una sobre carga en la estimulación de los receptores dopaminérgicos (D1) y noradrenérgicos (b1). (Bruce S Mc Ewen 2013)

El estrés repetido causa cambios funcionales y estructurales in la corteza pre frontal, amígdala e hipocampo; por ejemplo: disminuye el número de ramificaciones en las dendritas neuronales en la corteza pre frontal medial, produce un crecimiento dendrítico en la amígdala baso lateral y en la corteza orbito frontal. (Bruce S Mc Ewen 2013)



Se ha demostrado que hay una disminución en la resiliencia neuronal a través del tiempo, en la que no se recuperan de la misma manera las ramificaciones dendríticas. También existe una pérdida del 30% de estas ramificaciones durante el envejecimiento no relacionado al estrés.

Es importante mencionar que el daño depende del estresor, su intensidad, duración. (Bruce S Mc Ewen 2013)

CORTISOL, NORADRENALINA Y ADRENALINA SOBRE LA RESPUESTA INMUNE.

En condiciones fisiológicas normales el cortisol y las catecolaminas ejercen una acción reguladora sobre la actividad inmunológica, e inclusive en determinadas circunstancias la favorecen.

Las catecolaminas noradrenalina y Adrenalina, a través de la inervación simpática y la secreción adrenal regulan la función inmunológica y el balance Th1/Th2.

Hay receptores de estas moléculas en la membrana de los macrófagos, células NK y linfocitos Th1 y no están presentes en los linfocitos Th2.

Como puede observarse, como resultado de la actividad de las catecolaminas el balance se inclina hacia un predominio Th2. La ansiedad y la depresión, están relacionadas con un descenso de las

células T. (Salomon 2001 y Dr. Santiago 2013)

La consecuencia es un predominio de la inmunidad humoral y disminución de la inmunidad celular por actividad del simpático.

El predominio de la actividad simpática se manifiesta clínicamente al tener una mayor predisposición a infecciones, alergias y una disminución de la resistencia inmunológica en cáncer o infección por VIH.

La célula NK puede jugar un rol en la vigilancia contra las células neoplásicas recientemente surgidas, pero es claramente conocido que puede tener un

importante rol en la prevención de metástasis en la extensión del cáncer. El estrés aumenta la extensión de metástasis en carcinoma mamario en ratas por vía de la supresión de la citotoxicidad de las células NK (Salomon 2001).

Las experiencias traumáticas tempranas predisponen a la vulnerabilidad el estrés, desarrollando un fenotipo con el sistema HHA hiperactivado o lábil a los mecanismos de retroalimentación negativa que dependen de los receptores hipocámpicos al cortisol. Asimismo a nivel del hipocampo se produce neurotoxicidad y disminución de la neurogénesis.

ALOSTASIS Y CARGA ALOSTÁTICA.

Recientemente se está utilizando el término alostasis para denominar a la variable adaptación saludable de los sistemas del organismo y a la carga alostática cuando falla esta adaptación lo cual predispone a enfermedad.

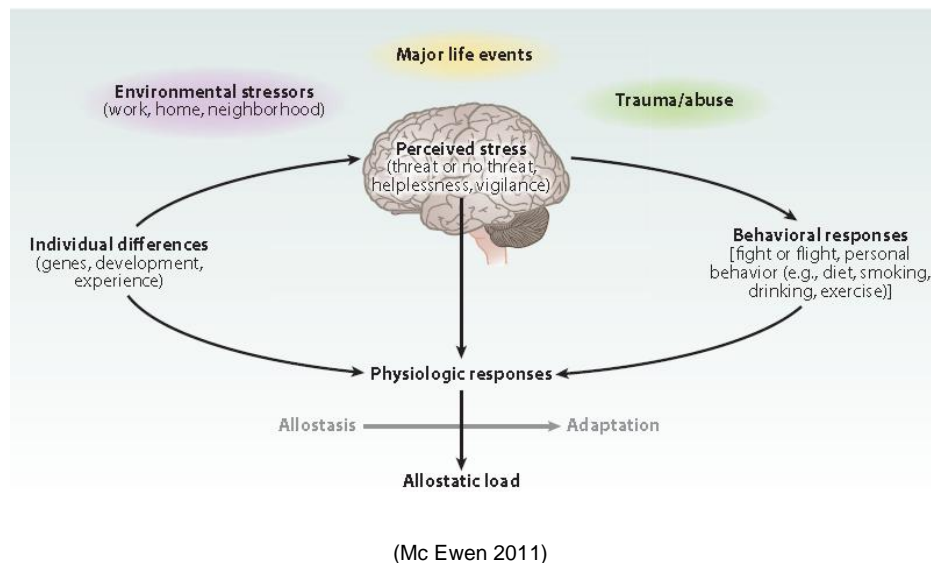
La alostasis es la capacidad para lograr estabilidad a través del cambio y es decisiva para la supervivencia. A través de la alostasis, el sistema nervioso autónomo, el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) y los sistemas cardiovascular, metabólico e inmunológico protegen al cuerpo, respondiendo al estrés interno y externo.

El concepto de alostasis fue propuesto por primera vez por Sterling en 1988, y luego fue ampliado y desarrollado por McEwen. (Dr. Santiago 2013).

A diferencia de la homeostasis en la cual la variación de las constantes para la supervivencia deben ser mínimas como el pH, electrolitos en sangre, la presión de oxígeno, la temperatura.

La alostasis permite variaciones más amplias durante un tiempo como la presión arterial, la actividad inmunológica, la secreción endocrina, la glucosa, los niveles sanguíneos de lípidos.

A través de la alostasis nuestros sistemas fisiológicos protegen nuestro cuerpo permitiéndonos una adaptación a condiciones cambiantes y estresantes.



La percepción del estrés está influenciada por nuestras experiencias, genética y conducta. Cuando el cerebro percibe una experiencia como estresante, se inician respuestas fisiológicas y conductuales que llevan a la alostasis y adaptación, hasta que los sistemas se sobrecargan si el estímulo estresante es continuo. El precio de este acomodamiento al estrés es lo que se denomina “carga alostática”, representado en el prematuro desgaste que resulta de la sobreactividad (o de la baja actividad) crónica de los sistemas alostáticos.

A través del tiempo, la carga alostática se puede acumular, y la sobreexposición a los mediadores neurales, endocrinos o inmunes del estrés puede tener efectos adversos sobre distintos órganos y sistemas, conduciendo a enfermedad.

Alostasis en el Sistema Nervioso Autónomo y en el Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal

En el gráfico se observa como los sistemas alostáticos responden al estrés al iniciarse la respuesta adaptativa, cuando el estrés cesa, los sistemas se recuperan retornando al estado anterior.

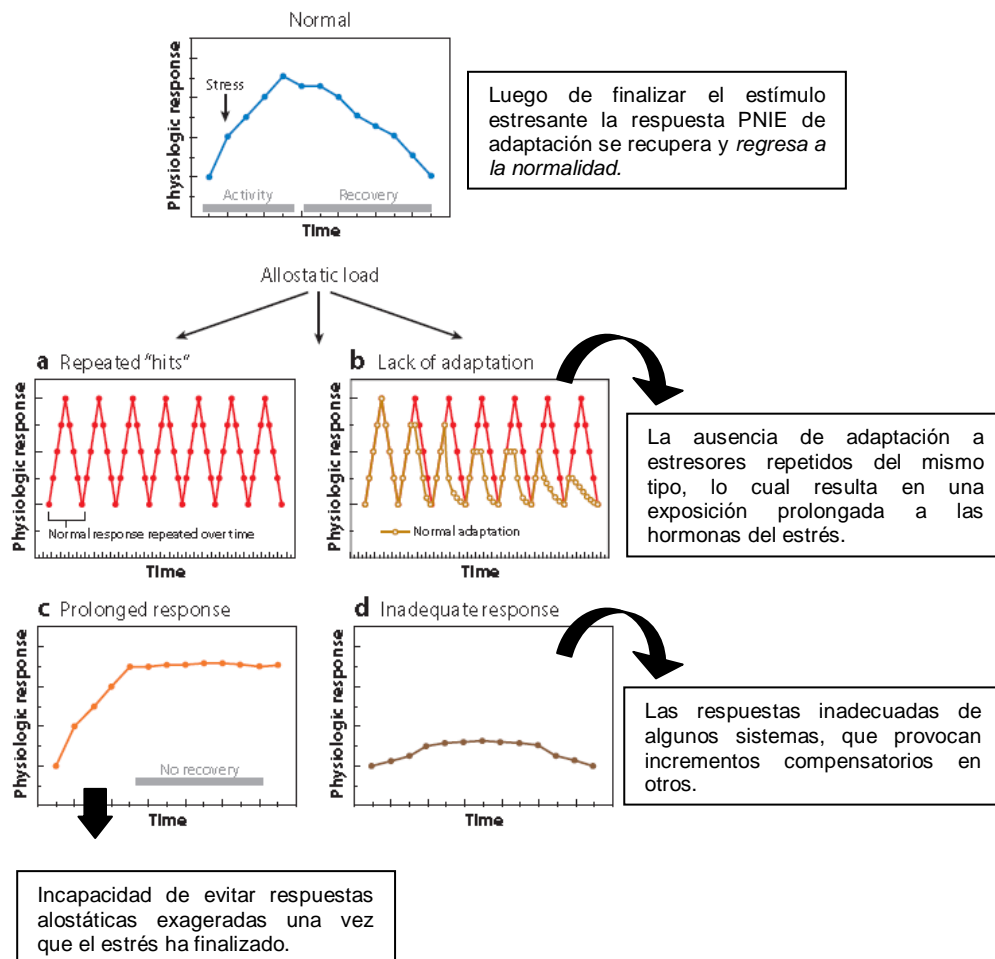
Las respuestas alostáticas son iniciadas por un incremento en circulación de las catecolaminas del Sistema Nervioso Autónomo y glucocorticoides de la corteza

suprarrenal. Esto moviliza procesos adaptativos que modifican la estructura y función de una variedad de células y tejidos.

Estos procesos son iniciados a través de receptores intracelulares para hormonas esteroideas, receptores en la membrana plasmática y sistemas de segundo mensajeros para las catecolaminas.

En el interior celular ambas señales se complementan mutuamente tanto en el citoplasma como dentro del núcleo de la célula influyendo sobre los procesos genómicos (genoma), epigenómicos y de síntesis de proteínas (proteoma).

Respuesta alostática: (Mc Ewen 2011)



Cuando debido a las situaciones estresantes continuas, la capacidad de **adaptación alostática** es superada, sobreviene la **carga alostática** en la cual **no** hay un retorno fisiológico a los niveles iniciales.

Si se mantiene en el tiempo, sobrevienen o se acentúan enfermedades crónicas y relacionadas con la inmunidad como la diabetes tipo II, hipertensión arterial, aterosclerosis, enfermedad coronaria, inmunodeficiencias, alergias, autoinmunidad, inflamación, entre otras.

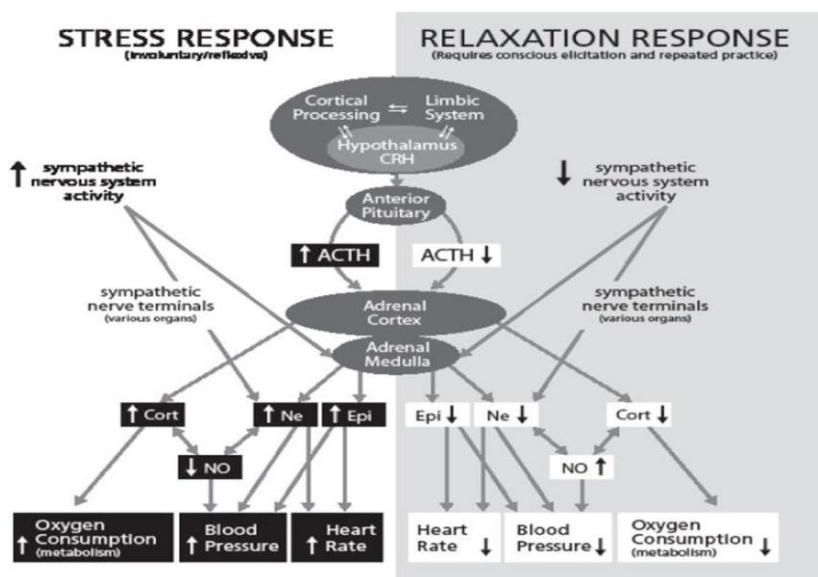
Este esquema nos muestra cómo se da el procesamiento de la información del estresor por los distintos sistemas. (Ganzel 2011)

La relación entre el estrés crónico y el cáncer es mediada por el aumento de cortisol y catecolaminas, que además de disminuir la inmunidad celular tienen un efecto directo en la promoción del crecimiento tumoral al estimular la angiogénesis (formación de nuevos vasos sanguíneos) y las metástasis.

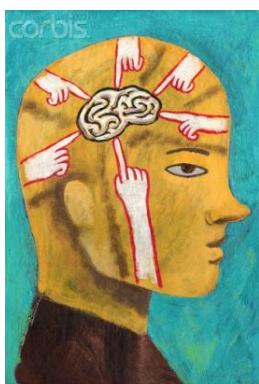
El estrés también disminuye la capacidad de autoreparación del ADN en el núcleo celular y estimula la apoptosis (muerte celular programada).

Estudios en pacientes que van a ser operados de tumores cancerosos muestran que el estrés prequirúrgico está relacionado a un aumento de las metástasis postoperatorias. Esto se explica por disminución de la actividad de las células Natural Killer (NK) encargadas de eliminar las células cancerosas residuales de la cirugía (Ben Eliyahu 1999)

El estrés crónico puede producir en algunos casos disminución de la capacidad de respuesta inmune, en otros alergias, autoinmunidad o aumento de las respuesta inflamatoria.



Áreas de estudio de la Psiconeuroinmunoendocrinología



La Psiconeuroinmunología comprende el estudio científico de la comunicación en la unidad mente, cuerpo y ambiente. En la unidad mente-cuerpo estudia las interrelaciones de los sistemas Nervioso, Inmune y Endocrino con el Psiquismo, y en conjunto, de este con todos los sistemas fisiológicos.

Respecto a la comunicación con el ambiente, estudia la interrelación con los contextos sociales, culturales y ecológicos en los cuales el individuo se desenvuelve.

También toma en cuenta los contenidos trascendentales del ser humano o espirituales y como todas estas interacciones influyen en la salud. Por su naturaleza, la Psiconeuroinmunología es una ciencia multidisciplinaria, la cual se ha ido cimentando con los aportes provenientes de campos como las neurociencias, psicología, inmunología, biología molecular, genética, anatomía, bioquímica, microbiología, microscopía electrónica, psiquiatría, endocrinología, oncología y todas las especialidades médicas. Incluyendo a antropólogos, sociólogos, ecólogos, teólogos.

Gracias a este trabajo conjunto se está conociendo como los factores psicológicos influyen en los estados de activación en las células desde sus niveles de:

- Regulación Genética
- Epigenética
- Integridad de los cromosomas
- Comunicación intracelular e intercelular, de los órganos y sistemas, así como su metabolismo y fisiología.



Las investigaciones en Psiconeuroinmunología se realizan en 4 áreas: (Dr. Santiago)

1. El estudio de las interrelaciones Psico-neuro-inmuno-endocrinas.
2. Estudio epidemiológico de la relación entre trastornos emocionales y sentimientos con las enfermedades y su repercusión en el sistema psiconeuroinmunoendocrinológico.
3. Estudio de los factores emocionales positivos para mantener un adecuado estado de "bienestar bio-psico-social".
4. Estudios sobre intervención en prevención y como terapias de apoyo en enfermedades (en especial las crónico degenerativas).

Las revisiones de Astin et al (2003) y Pelletier (2004) resaltan las evidencias clínicas que sustentan la utilización de las terapias mente-cuerpo en patologías como²:

- Cefalea crónica
- Asma
- Enfermedad coronaria
- Lumbalgia
- Diabetes
- Hipertensión
- Síndrome de intestino irritable
- Fibromialgia
- Síndrome de fatiga crónico
- Insomnio
- Artritis reumatoide
- Síndrome premenstrual
- Dolor crónico
- Cáncer (calidad de vida y pronóstico)
- VIH/SIDA
- Osteoartritis
- Migraña.
 - Entre otras.

T é c n i c a s d e m e d i c i n a

m e n t e c u e r p o

La **Medicina Mente-Cuerpo** comprende a las terapias de integración psicofisiológica basadas en la ciencia de la Psiconeuroinmunología, las cuales promueven el balance homeostático y alostático relacionado a la salud.

Las Terapias Mente-Cuerpo según los Institutos Nacionales de Salud de Norteamérica son “Las intervenciones que utilizan una variedad de técnicas diseñadas para facilitar la capacidad de la mente de afectar la función y los síntomas corporales”.

La Medicina Mente-Cuerpo es la utilización basada en evidencia científica de las diversas terapias mente-cuerpo estructuradas en programas de intervención según las patologías, pero que básicamente tienen como objetivo la reducción de las consecuencias fisiopatológicas del estrés en el organismo. (Dr. Santiago 2013)

Sus aplicaciones médicas están dirigidas principalmente al tratamiento coadyuvante en enfermedades crónicas y en las cuales el estrés influye sobre su evolución. Las terapias mente-cuerpo se suman a los tratamientos indicados por el médico, es decir actúan sinérgicamente promoviendo los procesos fisiológicos naturales relacionados a la salud. Por sus características, las terapias mente-cuerpo no poseen contraindicaciones y tampoco efectos adversos.

Las terapias mente cuerpo basadas en evidencia incluyen:

(Astin 2003 y National Center for complementary an alternative medicine 2005)

- Relajación.
- Humor y risa.
- Imaginación guiada.

- Mindfulness.
- Relajación progresiva.
- Hipnosis.
- Escritura terapéutica.
- Meditación.
- Tai Chi.
- Yoga.
- Qi Gong.
- Optimismo y esperanza.
- Terapias cognitivo-conductuales.
- Espiritualidad.

Entre otras.

Las Terapias Mente-Cuerpo son terapias de integración que promueven el adecuado balance homeostático y alostático relacionado a la salud.

A continuación se agrega una tabla traducida al español del artículo (Elyse R 2013) en donde se explica la utilidad en general de cada técnica empleada en medicina mente cuerpo, buscando específicamente la respuesta de relajación.

Técnica	Concepto	Mecanismo
Conciencia de la respiración	Cambiar de la inhalación por la boca por la respiración abdominal. Respirar lenta y profundamente.	Mejora la habilidad del sistema respiratorio para producir energía del oxígeno y eliminar residuos.
Auto Hipnosis	Limita la conciencia, sin perder el conocimiento, permitiendo experimentar los pensamientos e imágenes de una manera menos tangible	Facilita la concentración, intensifica la actividad mental y el estado de relajación de manera simultánea.
Imaginación guiada	Utiliza la imaginación para enfocar a la mente en imágenes positivas y sanadoras.	Los pensamientos negativos influyen a las emociones y al comportamiento, exacerbando síntomas físicos. Los pensamientos se vuelven realidad. Esto sirve para disminuir el estrés y

		tratar sintomatología.
Entrenamiento auto génico	Se utilizan órdenes verbales que hacen que imaginemos calor y pesadez en nuestros brazos y piernas.	Estas palabras sugieren relajación a nivel inconsciente, de nuestro sistema muscular, hay vasodilatación periférica y se normaliza el ritmo cardiaco.
Relajación muscular progresiva	Se tensa y relaja de manera alternante distintos grupos musculares.	Basado en la premisa que el cuerpo responde a la ansiedad tensando los músculos. La relajación disminuye la tensión psicológica y por lo tanto bloquea la respuesta subjetiva ansiosa.
Meditación trascendental.	Poner toda la atención en un mantra silencioso y no juicioso.	Las emociones negativas no pueden persistir cuando la mente se centra en algo que no sea el objetivo de la emoción. Los patrones de pensamiento habituales pierden fuerza cuando son traídos al nivel consciente. Este enfoque reduce los extremos. La meditación también enlentece la actividad del sistema nervioso simpático.
Mindfulness	Observación y atención a los fenómenos que entran en nuestra conciencia de manera no juiciosa.	Las emociones fuertes se convierten en algo manejable, si nos enfocamos en la sensación más que en el racional.
Yoga	Meditación en movimiento controlada con la respiración.	El yoga es un sistema integral de prácticas que promueven el bienestar físico y psicológico. Incorpora técnicas que incluyen posturas, ejercicios de respiración y técnicas de meditación. Es una

		disciplina integral que contribuye a obtener una respuesta de relajación.
--	--	---

Existen técnicas cuyo objetivo principal es la relajación en donde se busca un estado de hipo excitabilidad. En ciertas prácticas, la meta podría ser reducir la tensión muscular. En otros casos, la meta primaria es lograr un estado hipo metabólico de excitabilidad simpática reducida. El ejemplo más prominente de lo último es la respuesta de relajación de Benson. (Dr. Santiago 2013).

A continuación haré una breve descripción de cada técnica:

MEDITACIÓN → La meditación ha sido definida como la auto-regulación intencional de la atención en una experiencia interna o externa.

Como una intervención en el cuidado de la salud la meditación puede ser enseñada y usada efectivamente sin importar el antecedente cultural o religioso del paciente. Las dos formas más extensamente investigadas son meditación trascendental en la cual los practicante repiten una palabra o frase en silencio (un mantra) con la meta de aquietar (y finalmente trascender) la corriente ordinaria de diálogo mental interno, y la meditación de atención plena (Mindfulness), en la cual los practicantes simplemente observan o atienden (sin juzgar) a pensamientos, emociones, sensaciones, percepciones, etc., conforme ellos aparecen momento a momento en el campo de conciencia.

VISUALIZACIÓN E IMAGINACIÓN GUIADA → La imaginación guiada involucra la generación (ya sea por uno mismo o guiado por un terapeuta) de diferentes imágenes mentales. Usando las capacidades de visualización e imaginación, los individuos evocan imágenes, usualmente tanto sensoriales como afectivas. Estas imágenes son típicamente visualizadas con el propósito de evocar un estado psicofisiológico de relajación o con algún resultado específico en mente (p. ej. visualizar el propio sistema inmune atacando células cancerígenas, imaginándose a uno mismo sintiéndose saludable y bien, explorando temas subconscientes).

ESCRITURA TERAPÉUTICA DE AUTOREVELACIÓN EMOCIONAL → El método de Escritura Terapéutica ha sido desarrollado por James Pennebaker en la década de los 80, las primeras investigaciones mostraron efectos beneficiosos en el sistema inmunológico, disminución de las consultas médicas, la presión

arterial, el ritmo cardiaco, con efectos psicofisiológicos positivos mensurables hasta varios meses después de los ejercicios. Se propone que los efectos beneficiosos del escribir sobre contenidos de intenso significado emocional, auto-revelaciones en la intimidad personal produce una reestructuración cognitiva-fisiológica en la cual las emociones son procesadas con el lenguaje, encontrando nuevos significados e interpretaciones que se traducen en nuevas respuestas psicofisiológicas relacionadas a la salud.

RELAJACIÓN – MEDITACIÓN DE BENSON → La técnica ha sido desarrollada e investigada por el Dr. Herbert Benson quien sistematizó ejercicios de la Meditación Trascendental. Consiste en un ejercicio combinado de relajación y meditación donde se obtiene una respuesta fisiológica saludable denominada Respuesta de Relajación opuesta a la del estrés. Los efectos terapéuticos de la relajación se producen debido a que actúa a diferentes niveles psicofisiológicos y metabólicos, incluso a nivel del genoma.

RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA (EUROVIHTA) → Se realiza en seis sesiones, en las que se irán incorporando cada vez más grupos de músculos. El terapeuta dirige los ejercicios uno tras otro y en las pequeñas pausas invita a los participantes a percibir los efectos producidos. Los participantes deben tensionar las correspondientes partes del cuerpo de cinco a siete segundos, a lo cual seguirá un lapso de relajamiento de 30 a 40 segundos, en el que se les invita a hacer consciente dicho relajamiento.

El terapeuta debe acordar con los participantes como señal para iniciar la tensión o el relajamiento "tensionar" y "soltar", lo cual dirá en los momentos indicados. Los participantes pueden acomodarse de la manera en que se sientan más cómodos para el relajamiento.

ENTRENAMIENTO AUTÓGENO → Se realizan una serie de afirmaciones, de un modo pausado y tranquilo. Cada afirmación se refiere a una parte determinada del cuerpo (seguida de una afirmación general de paz y bienestar). Cada afirmación se repetirá mentalmente cinco veces antes de pasar a la siguiente. No hay que apresurarse en terminar cada ejercicio sino que debe tomarse el tiempo necesario y disfrutar de la nueva sensación de relajación y paz que se produce. Cuando se haya terminado, sentarse cómodamente en un sillón confortable o tumbarse en una cama o en el suelo, de modo que todos los miembros estén totalmente apoyados. Cerrar los ojos. No se debe forzar la respiración, simplemente dejar que se produzca.

Las afirmaciones son las siguientes.

VISUALIZACIÓN E IMAGINACIÓN GUIADA → La visualización se realiza en una situación de relajación, imaginándonos, por ejemplo, una situación concreta cuyo desenlace es representado a través de una imagen positiva que, o bien es totalmente nueva, o que aparece en lugar de una imagen negativa. Puede tratarse de situaciones concretas como los procesos de curación del propio cuerpo o situaciones que aparecen en el trabajo, en casa, etc. No se requiere visualizar directamente una imagen. Lo importante es superar la situación problema de forma activa o que las imágenes positivas te fortalezcan.

B e n e f i c i o s d e l a t e r a p i a **m e d i c i n a m e n t e c u e r p o**

Las terapias mente-cuerpo requieren la participación activa del paciente por lo cual no son recomendables cuando no se cumple esta condición.

BENEFICIOS

- Cambio en las creencias y actitudes respecto a su salud y a la propia capacidad de autorregulación mente-cuerpo.
- Cambio de aquellos estados emocionales, cognitivos y conductuales que afectan la salud.
- Capacidad de afrontar al estrés y sus consecuencias en la patología médica.
- Vivencia de las experiencias de relajación y visualización anti estrés promotoras de salud.
- Previene la aparición de enfermedades crónicas reforzando la capacidad de defensa inmunológica, alostasis y homeostasis del organismo.
- Cuando se está enfermo se obtiene mejoría de la calidad de vida y como terapia sinérgica de cualquier tratamiento acelera el tiempo de recuperación de la enfermedad.

¿Cuáles son las metas al realizar la respuesta de relajación?

- "Para muchos individuos, la práctica regular de realizar la respuesta e relajación está asociada a sentimientos de paz, energía, auto aceptación y mayor felicidad acerca de sí mismos"
- "Algunos aprenden a sentirse menos preocupados acerca del pasado y el futuro, y a disfrutar el tiempo presente más intensamente"
- "Aún más importante, realizar la respuesta de relajación puede reducir los síntomas físicos relacionados con el estrés y se asocia con los siguientes beneficios":
 - Disminución de la ansiedad.
 - Liberación de preocupaciones compulsivas, autocrítica y pensamientos negativos.
 - Incremento en la concentración y la atención.
 - Mejora del sueño.
 - Mayor auto aceptación.
 - Mejorar la ejecución y la eficacia.

(Dr. Santiago 2013).

Existe amplia evidencia de los beneficios de las terapias de medicina mente cuerpo, trataré de resumir los hallazgos más importantes:

Como hemos visto existen distintas técnicas, las más estudiadas con respecto a los cambios provocados en el organismo son la meditación y la relajación de Benson.

Meditación

La psicóloga Elissa Epel y la bióloga molecular Elizabeth Blackburn (Nobel de medicina 2009) han demostrado por primera vez que la práctica de la meditación promueve la actividad de la telomerasa cromosómica. Esta enzima es la encargada de restaurar los telómeros (extremos de los cromosomas) en cada división celular.

Las consecuencias prácticas de estos hallazgos es que la meditación hace que nuestras células puedan vivir por más tiempo.

Estas mismas investigadoras ya habían demostrado que el estrés crónico producía disminución de la actividad de esta enzima y como consecuencia las personas estresadas aceleraban su velocidad de envejecimiento.

Hoy en día se cuenta con evidencia científica que la práctica de la meditación puede contribuir a alargar la vida, pues promueve estados cognitivos positivos,

que disminuyen la rumiación y las evaluaciones de amenaza que llevan a un aumento de la reactividad al estrés. (Elissa Epel 2009).

En la misma línea la psicóloga Janice Kiecolt-Glaser y su equipo demostraron que el acortamiento de los telómeros en los cromosomas de las células inmunes debido al estrés crónico produce declinación de la función inmune.

Respuesta de relajación de Benson

Uno de los estudios más importantes es el realizado por (Dusek JA 2008) en donde se buscó encontrar cambios en la expresión genómica por medio de la relajación.

Para realiza este estudio utilizaron tres grupos, el primero constaba de 19 pacientes que realizaban pruebas relajación de manera diaria desde hace algún tiempo; el segundo fue el grupo control (sin prácticas de relajación) y a este mismo grupo tiempo después se le dio un programa de de relajación por 8 semanas. A todos los grupos se les tomaron muestras de sangre para el análisis de la expresión genómica.

Lo que se encontró es que 2209 genes fueron expresados de manera diferente en el primer grupo comparado con el grupo control. 1275 sobre expresados y 934 con expresión limitada o a la baja.

También se encontró que 1561 de los 2209 genes tuvieron diferente expresión después del programa de 8 semanas.

Se encontró que la expresión de estos genes repercute en:

- Fosforilación oxidativa.
- Mensajeros nucleares RNA.
- Ribosomas.
- Procesos metabólicos.
- REGULACIÓN DE LA APOPTOSIS.
- Actividad de la endopeptidasa.
- Procesamientos de antígenos.
- Vía de NF-kB. (que promueve una adecuada transcripción del ADN).

Algunos de los beneficios encontrados fueron:

- Disminuir el consumo de oxígeno.
- Aumentar el óxido nítrico.
- Disminuir el estrés psicológico
- Cambios en el metabolismo celular,
- Cambios en la fosforilación oxidativa.
- Disminución en la generación de radicales libres de oxígeno.
- Diminución de la presión arterial.
- Disminución de la frecuencia cardiaca y respiratoria.
- Alteraciones en regiones corticales y subcorticales cerebrales.
- Disminución de Citoquinas Proinflamatorias
- Aumento de la actividad de la Telomerasa
- Disminución de la ansiedad.
- Incremento en la concentración y la atención.
- Mejora del sueño.

Los resultados de este estudio indican que hay diferencias en la expresión genética entre individuos con años de experiencia en técnicas de relajación vs los inexpertos. A su vez se muestra que estos cambios pueden lograrse aún con un periodo corto de estas prácticas (8 semanas).

Se observa un cambio en el patrón de la expresión genómica muy similar en otras prácticas de medicina mente cuerpo, como en el Qi Gong, Vipassna, mantra, mindfulness, meditación trascendental, enfoque en la respiración, kripalu o Kundalini, yoga y oración repetitiva.

El estrés psicológico impacta de manera negativa e importante en los procesos celulares, aumentando el estrés oxidativo y promoviendo estados proinflamatorios. Se han realizado estudios que demuestran que el estrés crónico está asociado con un envejecimiento prematuro a nivel celular, al acortar los telómeros, disminuir la actividad de la telomerasa y disminuir la capacidad anti oxidante, aumentar la actividad de citocinas y acelerar la apoptosis; de hecho hace a los individuos más propensos a padecer enfermedades oncológicas, inmunológicas y cardiovasculares.

Se realizó una investigación en donde se realizó una revisión basada en evidencia para demostrar la eficacia de las terapias de medicina mente cuerpo en distintos estados patológicos. (Astin 2003)

Se revisó el impacto de la medicina mente cuerpo en distintos padecimientos, que se en listan a continuación:

- Artritis reumatoide.
- Incontinencia urinaria.
- Diabetes.
- Dolor crónico.
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- Asma.
- Periodo pre quirúrgico.
- Enfermedad coronaria.
- Hipertensión.
- Osteoartritis.
- Lumbalgia
- Tinnitus.
- Rehabilitación en pacientes post infartados.
- Fibromialgia.
- Migraña en pacientes pediátricos.
- Migraña.
- Cirugía.
- Cáncer.
- Insomnio.
- Dolor agudo.
- Parto.

A continuación se resumirán las evidencias encontradas en la aplicación clínica de las técnicas de medicina mente cuerpo:

Condición médica	Implicaciones en la práctica
Post infarto	Se deben combinar con un estilo de vida saludable (dieta y ejercicio), en especial las terapias de auto regulación o manejo emocional pues se encontró
Sintomatología oncológica	Las terapias de relajación, hipnosis y grupos de apoyo mejoran su estado de ánimo, calidad de vida y se disminuyen los efectos adversos tanto de la propia enfermedad como de la terapia farmacológica. (Náusea y vómito, dolor y mejora la funcionalidad de los pacientes).
Incontinencia	Se ha encontrado que la terapia de elección es el entrenamiento para la contracción muscular apoyado por el Biofeedback. Podría ser de utilidad para la incontinencia fecal, aunque su eficacia aún no ha sido comprobada.
Post quirúrgicos	Se pueden utilizar terapias de relajación, imaginación guiada, hipnosis pero todavía no hay evidencia suficiente que demuestre su eficacia.
Insomnio	Las terapias de relajación muscular y cognitivo conductual se pueden considerar como terapia de apoyo, aunque no hay evidencia de la efectividad combinada con tratamiento farmacológico.
Cefalea	Para las migrañas recurrentes se debe utilizar una terapia combinada que incluya la relajación y el biofeedback térmico. Y para las cefaleas tensionales se ha demostrado la eficacia de la relajación y el biofeedback muscular.
Lumbalgia	Las terapias de manejo del estrés, reestructuración cognitiva son muy útiles en combinación con la terapia farmacológica.
Osteoartritis y artritis reumatoide	Se combinan terapias de relajación, biofeedback y estrategias cognitivas; podrían tener efectos potenciales positivos, aunque todavía no hay evidencia clínica que lo respalde, de igual manera para el manejo del dolor crónico; pues los resultados no fueron estadísticamente significativos.
Hipertensión	Se encontró que la meditación disminuye los niveles de tensión arterial, aunque no hay estudios de gran escala en los que se compare la efectividad de la meditación con el ejercicio, dieta o pérdida de peso.

Un estudio realizado en el 2008 por Barbara Andersen, en el cual se realizó un seguimiento de 11 años a 227 pacientes con cáncer de mama, demostró que la

tasa de recaída era menor y la sobrevida mayor en el grupo de mujeres que recibieron intervención psiconeuroinmunológica.

A p l i c a c i ó n d e l a m e d i c i n a m e n t e c u e r p o e n e l a b o r d a j e t a n a t o l o g i c o

Las aportaciones de la psiconeuroinmunoendocrinología, nos permiten analizar la función de la intervención terapéutica desde una nueva perspectiva. *“La psicoterapia es otra manera de crear y potencia caminos sinápticos neuronales en el cerebro para controlar la amígdala. Las memorias emocionales en la amígdala están indeleblemente grabadas y lo mejor que se puede esperar es haber logrado regular su expresión. La manera en que lo intentamos es haciendo que el córtex controle la amígdala”“Para poder acceder al material del sistema límbico y poder alterarlo es esencial que el paciente pueda focalizar conjuntamente en la emoción y en el significado” (Payás 2010).*

Con esto en mente, me gustaría comentar que la aplicación puede darse en dos caminos, primeramente con el paciente enfermo, que atraviesa una serie de pérdidas y en segundo lugar con la familia, en especial con el cuidador.

Primeramente me gustaría abordar la vivencia de una enfermedad crónica y las pérdidas que conlleva.

Fases ante el diagnóstico de una enfermedad crónica e incurable (artritis, hipertensión, diabetes, cáncer, etc.): (Kübler 2007)

- *Negación y aislamiento:* el paciente grave puede hacer una negación total de su padecimiento, e intentar normalizar su vida. El enfermo crónico puede también hacer una negación de su diagnóstico, aunque el cuadro no reviste el dramatismo anterior. En la medida en que el proceso crónico es más asintomático, favorece en mayor medida una huida de este tipo, pues se afirma; “me siento bien”, “no me duele nada”, “seguro se equivocó el médico” e inclusive ignorando las indicaciones médicas (perdiendo la receta, no tomando los medicamentos, cambiando la dosis y frecuencia de los medicamentos, etc.).

- *Ira*: el problema es que raramente expresan al médico realmente las emociones que el padecimiento les provoca y en muchas ocasiones el médico no se molesta en preguntar. Pero fuera de la consulta, el paciente es más franco y muestra este tipo de reacción; de enojo contra el médico y el diagnóstico.
- *Negociación*: el paciente hace pactos con Dios para posponer lo inevitable, “sabe por experiencias pasadas, que hay una ligera posibilidad de que se le recompense por su buena conducta” (Kübler 2007)
- *Depresión*: este periodo suele ocurrir cuando la enfermedad está más avanzada, cuando los síntomas empeoran y el paciente se debilita; gran parte de la tristeza se debe a pérdidas en el momento (amputaciones, ceguera, libertad, independencia).
- *Aceptación*: “Sólo los pacientes que han podido superar sus angustias y ansiedades pueden llegar a esta fase”, “No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Está casi desprovista de sentimientos, es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado y llegara el momento del descanso final antes del largo viaje” (Kübler 2007). El paciente encuentra paz, consuelo y el miedo disminuye.

No todos los pacientes pasan por todas las fases ni manifiestan los mismos síntomas emocionales, el duelo es un proceso dinámico e individual, pero “*donde los obstáculos y el miedo son grandes, la necesidad es igualmente grande*”(Kübler 2007)

Sentimientos encontrados en pacientes con enfermedades crónicas.

Aquí la lista es un tanto subjetiva, pues cada paciente interpreta y vive las cosas de manera distinta; las principales son:

- | 1.- | Área | Personal: |
|--|-------------|--------------------|
| - Pérdida de la salud. | | |
| - Malestar físico y emocional. | | |
| - | | Dolor. |
| - Cambios en los patrones de | | sexualidad. |
| - Pérdida de la | | independencia. |
| - Modificaciones en la escala de valores y | | filosofía de vida. |
| - Alteraciones en la | | autoimagen. |
| - Sentimiento de impotencia y | | desesperanza. |
| - Miedo a lo | | desconocido. |
| - Respuestas depresivas, de negación o de agresividad. | | |

- En enfermedad avanzada, pérdida de la visión, amputación de una extremidad, dolor neuropático, secuelas neurológicas, etc.

2.- Área Familiar:

- Cambio en el rol personal y en los demás miembros de la familia.
- Separación del entorno familiar.
- Problemas de comunicación en la familia.
- Negación, agresividad por parte de los familiares.

- | | | |
|-----|---|-----------------|
| 3.- | Área | Social: |
| - | Cambio o pérdida de status social por la pérdida o cambio de trabajo. | |
| - | Aislamiento | social. |
| - | Cambio en el nivel | socioeconómico. |
| - | Cambio en la utilización del tiempo libre. | |

Adaptarse a la pérdida: diez pasos prácticos (Neimeyer 2002)

1. Tomarse en serio las pequeñas pérdidas.
2. Tomarse tiempo para sentir.
3. Encontrar formas sanas de descargar el estrés.
4. Dar sentido a la pérdida.
5. Confiar en alguien.
6. Dejar a un lado la necesidad de controlar a los demás.
7. Ritualizar la pérdida de un modo que tenga sentido para nosotros.
8. No resistirse al cambio.
9. Cosechar el fruto de la pérdida.
10. Centrarse en las propias convicciones religiosas.

Desafíos del duelo (Neimeyer 2002)

- Reconocer la realidad de la pérdida.
- Abrirse al dolor.
- Revisar nuestro mundo de significados.

- Reconstruir la relación con lo que se ha perdido.
- Reinventarnos a nosotros mismos.

Otro punto importante a tratar en el aspecto tanatológico es al cuidador; la familia es la unidad básica de la sociedad alrededor de la cual se mueven todos los individuos.

Los enfermos crónicos con algún grado de discapacidad reciben la mayor parte de los cuidados del entorno familiar. Dentro de la familia suele haber un miembro que asume la responsabilidad, organización y dedica más tiempo, por lo general son las mujeres (esposa, hija), cuidan al enfermo diariamente y sin periodos de descanso y cuentan con escaso o limitado apoyo por el resto del entorno familiar.

La situación del cuidador con restricciones en su vida social, en su estado de salud, en su tiempo libre, en sus aficiones, en su intimidad, etc., perturba de modo intenso su equilibrio personal y familiar, dañando gravemente la relación intrafamiliar y experimentando una profunda sensación de soledad. Se puede desarrollar un síndrome de "fatiga crónica" o "Síndrome de Burnout", que puede interferir en la calidad de los cuidados proporcionados el enfermo.

Para esto hay que estar alertas en la familia y detectar (ya sea como internos o externos) el síndrome del cuidador cansado o el cuidador quemado; para poder brindar apoyo psicológico o psiquiátrico de manera oportuna; A continuación se enlistan los criterios de la escala del síndrome de Burn out de Zarit:

Item	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	

4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la	

	enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (<24), "sobrecarga ligera" (24-33) o "sobrecarga intensa" (>34). "Sobrecarga ligera" representa un factor de riesgo para generar "sobrecarga intensa". (Steele 2010)

Las necesidades más importantes del cuidador son:

1. Información: el cuidador necesita aumentar sus conocimientos sobre la enfermedad, sus cuidados, complicaciones, etc.

2. Formación: desarrollo de habilidades de comunicación, afrontamiento del estrés, cuidados al paciente.

3. Apoyo emocional: el cuidador desea recibir afecto, comprensión y apoyo de otras personas de su círculo social. El apoyo puede llegar de grupos de apoyo constituidos por personas que han vivido situaciones similares y por tanto hablar el mismo lenguaje que los "cuidadores".

4. Periodos de descanso: hay que buscar fórmulas que permitan al cuidador momentos de descanso (mañanas, vacaciones, fines de semana). Se puede recurrir a centros de día, voluntariado, asociaciones de familiares, cuidadores profesionales, etc.

5. Otras: económicas, ayuda en el cuidado físico, ayuda en funciones domesticas, etc.

Ahora, ¿cómo se pueden aplicar las terapias de medicina mente cuerpo en la tanatología?

Primeramente creo que la importancia es clara, pero es conveniente recalcarla, hemos visto a lo largo de la tesina lo importante que es saber manejar el estrés y las emociones negativas, no se trata de suprimirlas y hacerlas a un lado, al contrario se trata de manejarlas de manera productiva y así poder obtener un beneficio (disminución de la sintomatología, aumento de la sobre vida).

Sugiero los siguientes abordajes:

- Taller para pacientes con patología específica (diabetes, hipertensión, artritis, cáncer, etc)
- Conferencias que hablen de las terapias mente cuerpo y su utilidad.
- Grupos de apoyo.
- Grupos de yoga.
- Grupos de meditación.

- Escritura terapéutica.
- En terapia individual se pueden hacer sesiones de relajación progresiva, meditación, imaginación guiada. Etc.

Dependerá de la disposición del paciente, eso es algo que se tendrá que valorar de manera individual. No hay parámetros establecidos para poder sugerir uno u otro enfoque más que la medicina basada en evidencia, que arroja las mejores prácticas para cada patología específica, es un campo en estudio del que tendremos que estar atentos.

La ventaja de estas terapias es que no tienen efectos secundarios, evidentemente no pondremos a practicar yoga a una persona que tenga daño neurológico; pero hay suficientes técnicas de medicina mente cuerpo a las que podemos recurrir.

Hay escalas que miden la carga alostática como vimos anteriormente, en el que se toman en cuenta cifras de presión, cortisol, colesterol, adrenalina. Pero esto sobrepasa el tema principal de esta tesina, aunque abre la puerta para investigaciones relacionadas al estrés y la pérdida.

A continuación (de manera únicamente ilustrativa) anexo las dos tablas que hablan de los valores medibles para la carga alostática:

Table 4.1: Risk-zone and system designation for individual biomarkers

Risk zone	System
Highest quartile	
Systolic blood pressure (≥ 148 mm Hg)	Metabolic
Diastolic blood pressure (≥ 83 mm Hg)	Metabolic
Waist-hip ratio (≥ 0.94)	Metabolic
Ratio total cholesterol/HDL (≥ 5.9)	Metabolic
Glycosylated hemoglobin ($\geq 7.1\%$)	Metabolic
Urinary cortisol (≥ 25.7 ug/g creatinine)	HPA axis
Urinary norepinephrine (≥ 48 ug/g creatinine)	Sympathetic nervous system
Urinary epinephrine (≥ 5 ug/g creatinine)	Sympathetic nervous system
Lowest quartile	
HDL cholesterol (≤ 37 mg/dl)	Metabolic
DHEA-S (≤ 350 ng/ml)	HPA axis

Note: HDL = high-density lipoprotein; DHEA-S = dehydroepiandrosterone sulfate.

(Singer 2004)

Table 4.3: Canonical weights for allostatic load scoring

Biomarkers	Weights	(25th, 75th) percentiles of 200 bootstrap estimates^a
Urinary epinephrine	0.60	[0.49, 0.71]
Urinary norepinephrine	0.12	[0.00, 0.24]
Urinary cortisol	0.195	[0.07, 0.32]
Dehydroepiandrosterone-sulfate	0.175	[-0.35, 0.00]
Waist-hip ratio	0.185	[0.06, 0.31]
Glycosylated hemoglobin	0.295	[0.16, 0.43]
HDL cholesterol	—	—
Total cholesterol/HDL ratio	—	—
Systolic blood pressure	0.18	[0.02, 0.34]
Diastolic blood pressure	-0.355	[-0.48, -0.23]

^a Technical details about bootstrap estimates are given in Karlamangla et al., 2002. HDL = high-density lipo-protein.

Note: The canonical correlation between the biomarkers and functional decline measures is 0.505 with bootstrap interval (0.48, 0.53).

(Singer 2004)

Conclusión

En la actualidad hay abundante bibliografía científica que apoya la idea que la intervención basada en la Psiconeuroinmunología junto al tratamiento médico convencional y que debería ser incorporado a la práctica en los sistemas de salud.

Si entendemos la salud como la define la OMS ¹²: “Bienestar Bio-psico-social y no solo la ausencia de enfermedad”; podemos inferir que poco se hace por cuidar la parte psicológica y las terribles consecuencias que esto tiene para una vida plena, activa y saludable.

Teniendo en cuenta que el estado del cuerpo está correlacionado con los pensamientos experimentados individualmente en el cuerpo. Los pacientes pueden comprender que el cuerpo que él o ella presentan para el tratamiento, es un cuerpo integrado mental/somático, de experiencia significativa, y es

influenciado por su propia sensibilidad. La psiconeuroinmunología no sólo debe ayudar a entender la patofisiología y la psicofisiología de la enfermedad en el sentido de más de un sistema de orientación teórica, sino que debe valorar también la relación médico – paciente y el propio rol del paciente en la superación de la enfermedad y mantenimiento de la salud. Así, la psiconeuroinmunología provee una base científica para la práctica de la medicina humanística y con esto me refiero a una atención basada en el paciente, en donde hay una relación, hecha de aceptación, de respeto y de empatía, de modo que se permita a la persona que requiere de ayuda entrar en contacto con sus experiencias con sus propios sentimientos, expresarlos, ganar confianza en sí mismo y así ser capaz de tomar decisiones con respecto a su propia vida.

Las terapias mente cuerpo ayudan a mejorar la sintomatología del paciente y mejorar la sobrevivencia, y para el cuidador o familiares, el disminuir el estrés estamos “previniendo” en cierto modo la aparición de enfermedades crónicas; mi intención no es vender algo mágico, mi intención más pura es promover la medicina preventiva y con ella ayudar a los pacientes que ya tienen una enfermedad a tener una mejor calidad de vida y para aquellos que todavía no la desarrollan, proporcionar las herramientas para poder tener un estilo de vida saludable que incluya cuerpo, mente y espíritu.

Y cómo dice Nuland “Lo que importa no es lo que la vida te hace, sino lo que tú haces con lo que la vida te hace.” (Nuland 1995)

Bibliografía

1. Santiago Jorge, **“Curso internacional de actualización en psiconeuroinmunología”** Mayo 2013.
 - a. Bases científicas de la Psiconeuroinmunoendocrinología, Vol. I págs. 1-37, Vol. II Págs. 1-34.
 - b. Procesos integrativos en Psiconeuroinmunología Vol. III Págs. 1-32, Vol. IV Págs. 1-36.
 - c. Estrés, mente cuerpo y enfermedad Vol. V Págs. 1-51. Vol. VI Págs. 1-25.
 - d. Psiconeuroinmunología clínica y aplicada Vol. VII Págs. 1-57 y Vol. VIII Págs. 1-13.
2. Astin, Shapiro, Eisenberg y Forsy; **“Mind body medicine: state of the science, implications for practice”** Clinical Review. The Journal of the American Board of Family Practice March-April 2003 Vol. 16 No. 2: 131-147.
3. Bruce S Mc Ewen, Jonh H. Morrison; **“The brain on stress: vulnerability and plasticity of the prefrontal cortex over the life course”** Cell press, Neuron 79, July 10 2013; Elsevier Inc. Págs: 16-25

4. Dusek JA, Otu HH, Wohlhueter AL, Bhasin M, Zerbini LF, et al. July 2008; **“Genomic Counter-Stress Changes Induced by the Relaxation Response”** PLoS ONE 3(7): e2576. doi:10.1371/journal.pone.0002576
5. Neimeyer Robert, **“Aprender de la pérdida”**, Editorial Paidós, segunda edición 2002, Páginas 268.
6. Robert Sapolsky, **“Why Zebras don’t get ulcers, an updated guide to stress, stress-related diseases and coping”**, Ed. Barnes & Noble 2000, pags. 413
7. Payás Puigarnau Alba, **“Las tareas del duelo”**, Editorial Paidós, 1ª edición 2010. Páginas 416.
8. Barbara L. Andersen, Hae-Chung Yang, et al. **“Psychologic Intervention Improves Survival for Breast Cancer Patients”** Cancer. 2008 December 15; 113(12): 3450–3458.
9. Ader Robert, **“On the development of psychoneuroimmunology”** European Journal of Pharmacology 405, June 2000. 167–176.
10. Solomon George F, **“Psiconeuroinmunologia: sinopsis de su historia, evidencia y consecuencias”**, Segundo Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2001. Mesa Redonda: Psicósomática, 1 Febrero – 7 Marzo, 2001.
11. Blalock, J.D. **“The immune system as a sensory organ. Journal of Immunology”** 132, 1984. 1070-1077.
12. Organización Mundial de la Salud, definición de salud. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
13. National Center for complementary an alternative medicine **“Mind Body medicine: an overview”** Back Grounderl D239 August 2005, 1-6.
14. Goldsby, Kindt, Osborne, Kuby; **“Inmunología”** 5a edición, editorial Mc Graw Hill, 2004; págs.
15. Guyton, Hall, **“Manual de fisiología médica”** 10ª edición, editorial Mc Graw Hill, 2001, págs. 263-281, 345-379, 569-643.
16. Brian E Leonard, **“How important is psychoneuroimmunology?”**, salud mental vol 31 número 002, 2008 Pags. 83-85
17. Susan K Lutgendorf, Erin S Costanzo, **“Psychoneuroimmunology and health psychology, an integrative model”** Brain, Behavior and Immunity 17 2003, 225-232.
18. Frederico Azevedo, Ludmila Carvalho, Lea t. Grinberg, et al, **“Equal Numbers of Neuronal and Nonneuronal Cells Make the Human Brain an Isometrically Scaled-Up Primate Brain”**, The Journal of Comparative Neurology 513:532–541 (2009).
19. Goodkin, Visser, **“Psychoneuroimmunology, stress, mental disorders and health”**, American Psychiatric Press, Washington DC 2005, Págs. 470.
20. Dai Rees, Steven Rose; **“The new brain sciences, perils and prospects”** Cambride University Press 2004, pags. 317.
21. Nuland Sherwin B, **“¿Cómo morimos?”**, Editorial Alianza Madrid 1995. Páginas 249.
22. Naoki Nakaya, Yoshitaka Tsubono, et al, **“Personality and the Risk of Cancer”**, Journal of the National Cancer Institute, Vol. 95, No. 11, June 4, 2003

23. Daniel Goleman, **“La inteligencia emocional”**, Ed Vergara, México 2000, págs. 353
24. Elyse R. Park, Lara Traeger, Ana-Maria Vranceanu, et al. **“ The Development of a Patient-Centered Program Based on the Relaxation Response: The Relaxation Response Resiliency Program (3RP)”**. Psychosomatics 54:2, March-April 2013.
25. Elissa S. Epel, Elizabeth H. Blackburn, et al, **“Accelerated telomere shortening in response to life stress”** Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS) December 7, 2004 vol. 101 no. 49.
26. Brandan Nora, Llanos Cristina, et al; **“Principios de endocrinología”**, Cátedra de bioquímica de la facultad de medicina de la universidad nacional del nordeste, 2008, págs. 25
27. McEwen Bruce, Gianaros Peter, **“Stress- and Allostasis-Induced Brain Plasticity”**, Annual Review of Medicine, 2011. 62: 5.1–5.15
28. Sterling Peter , **“Principles of allostasis: optimal design, predictive regulation, pathophysiology and rational therapeutics”** J. Schulkin, MIT Press, 2003: 1-35.
29. Ganzel Barbara L, Morris Pamela, **“Allostasis and the human brain: Integrating models of stress from the social and life sciences”** National Institute of Health, Psychol Rev. Author manuscript; available in PMC 2011 January 1: 1-71.
30. Ben Eliyahu, et al, **“Evidence that stress and surgical interventions promote tumor development by suppressing natural killer cell activity”** International Journal of Cancer Volume 80, Issue 6, pages 880–888, 15 March 1999.
31. Epel and Blackburn **“Can Meditation Slow Rate of Cellular Aging? Cognitive Stress, Mindfulness, and Telomeres”** Longevity, Regeneration, and Optimal Health: Ann. N.Y. Acad. Sci. 1172: 34–53 (2009).
32. Netter Frank, **“Atlas of human anatomy”**, 5° edition, Elsevier Masson, 2011.
33. Kübler- Ross Elisabet, **“Sobre la muerte y los moribundos”** Editorial de bolsillo México 2007 segunda edición Páginas 360
34. Steele Britton Hector, **“Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los meses de octubre y noviembre de 2009”**, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio San José, Costa Rica; abril del 2010.
35. Singer B et al.. **“Operationalizing Allostatic Load. Allostasis, Homeostasis, and the Costs of Physiological Adaptation”**. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press 2004 Pp.113-149.

Velorio de angelitos.

Dr. Mario Arellano Penagos.

La muerte llega con diversas connotaciones y temporalidades: inesperada, inoportuna, violenta, tranquila, esperada, deseada, colectiva, solitaria, aborrecida, provocada, resolutoria, senil, nonata, juvenil, infantil y otras.

Dos ceremonias rituales son las de mayor trascendencia y significado para el catolicismo: la llegada de un nuevo miembro a la comunidad mediante el nacimiento y el consiguiente bautismo que purifica el alma del nuevo ser y por otra parte la entrada del difunto al mundo de los muertos avalada con la extremaunción y el oficio de difuntos a una nueva vida más plena.

En la Cultura Popular Mexicana Provinciana, la muerte de un niño bautizado, cuya edad va de recién nacido hasta los 6 años, se le ha llamado tránsito de angelitos o velorio de angelitos y para la cultura con mayor penetración artística “la muerte niña” como ha sido llamada por historiadores del arte.

Para la religión católica es importante el sacramento del bautismo, pues la carencia de este, llevaba el alma al limbo. Sin embargo esto ha cambiado por las autoridades eclesiásticas y se afirma ahora que todas las almas infantiles aun sin bautizo van al paraíso.

El Historiados del Arte Gutiérrez Aceves expresa “la muerte prematura de un niño acorta su ciclo de vida y pone en estrecha cercanía los extremos de principio fin, nacimiento muerte, lo cual determina que las exequias para niños tengan características especiales en su significado que las hacen diferentes a las honras fúnebres de los adultos”.

Cuando muere un niño, dice la tradición, se despoja de su nombre y se transfigura en angelito y pasa a gozar de la vida eterna teniendo claro significado de pureza. Y por consiguiente pasa a ser un mediador entre la familia y lo sagrado.

El Jesuita David Solá, en su curso práctico de liturgia, propone que en los funerales de párvulos no se toquen las campanas o se hagan de modo festivo y no lúgubre y propone, además, que el cadáver deba ser vestido conforme a la edad y al sexo cubriéndolo con coronas de flores o hierbas odoríferas.

La muerte de un niño, en algunas partes de la Provincia Mexicana ha sido considerada como un fenómeno cultural muy arraigado y parecido en muchas regiones, en el cual los niños que acaban de morir son considerados angelitos y así son festejados. En otras palabras “la muerte niña” es sentida con alegría dentro de una ceremonia cristiana en la que se considera a los niños inocentes de toda desdicha eterna. “La muerte niña”, más que otras connotaciones de temporalidad de la muerte, es un nacimiento festivo a otra vida, a diferencia de la muerte en adultos que suele tener una carga emocional muy intensa.

Cuando la muerte de un niño es inminente se llama a los padrinos de bautismo quienes amortajan a su ahijado con el atuendo y la corona que la madrina hace o manda hacer. Pero su misión o compromiso con el pequeño difunto no termina ahí, pues asumen otros compromisos terrenales como son pago de cohetes, música que acompaña el cortejo en su camino al cementerio y otras erogaciones. En una de las partes de la velación se les

dedican unos versos “dichosos padrinos que te bautizaron, con palma y corona a la gloria entraron, dichosos los padrinos que te bautizaron, dichoso el dinero que por ti gastaron”.

En ocasiones el cuerpo del niño se viste de blanco o con sus mejores ropas calzándolos además, con huaraches de cartón cubiertos de papel dorado y una palmita de azahar o un vara de nardo o azucenas que se colocan en las manos del niño. Cualquiera que sea la mortaja que se elija esta se convierte en vestidura sagrada acorde al estado de santidad en el cual el niño muere lleno de pureza e inocencia.

En algunas ocasiones el niño difunto es ataviado como San José o el Sagrado Corazón de Jesús y como la Inmaculada Concepción en el caso de las niñas.

La velación del cadáver se lleva a cabo en una mesa cubierta con una sábana o mantel blanco y se cubre con flores que llevan los vecinos y familiares. Además en torno a la mesa se colocan floreros con begonias, belenes y otras plantas. Durante el velorio se cantan oraciones con alabanzas a la devoción Mariana recordando el paralelismo entre las exequias de la Virgen y la de los angelitos habiendo afinidades y simetrías entre símbolos, actitudes, cantos, plegarias y otros. Por lo tanto estas oraciones consisten en exaltaciones de las virtudes y cualidades de la Virgen. Verbigracia: Buenos días Paloma Blanca, pues concebida fuiste sin mancha, Ave María, llena de gracia, Virgen Gloriosa, bendita sea tu pureza, Niña Linda, Niña Santa, pureza reluciente como el alba pura sencilla y sin mancha, Tú has de ser Nuestra Madrina en el juicio universal, óyenos Graciosa Niña. A través de todos estos cánticos se iguala al angelito con la Virgen descontando, por supuesto, el origen inmaculado de la Virgen. Es posible que esa omnipresencia Mariana en el velorio del niño, la Virgen sea la remplazante celestial de la madre terrenal, de la que el niño se desprende en el momento de la muerte y que introduce al niño en los confines del paraíso, también se asume la muerte de la Virgen y la de los angelitos son un tránsito gozoso hacia la gloria, a diferencia de la muerte de adultos sujetas a penalidades e intenso dolor.

El momento culminante de la velación llega cuando los padrinos ciñen una corona de azahares sobre la cabeza del niño. En ese momento se lanzan los primeros cohetes que anuncian la coronación, el estallido participa a la comunidad que ha ocurrido el deceso del infante. En el proceso de velación los familiares y amigos de los celebrantes reciben café, pan, licor y dulces. Pasada la velación se lleva el cadáver al cementerio en un pequeño ataúd blanco con insignias de ángeles. Al salir de la casa se integran al cortejo niños, vestidos de blanco y niñas vestidas de angelitos, igual que el atuendo que llevan cuando ofrecen flores a la Virgen en el mes de mayo, En algunas regiones de la Costa Chica de Guerrero, las niñas bailan siguiendo una niña guía en un funeral de niñas, y lo hacen niños y niñas en el caso de la muerte de un niño varón. Posteriormente se agregan músicos del pueblo o mariachis que hacen interpretaciones alusivas al momento, como son: Sueño de un Ángel, Viva mi desgracia, Dios nunca muere, Morir soñando, Así es la vida, Honor y gloria, Amor de madre o diversos minuets o chotises, con todo lo anterior la imaginaria popular representa, todo proporción guardada, un cortejo celestial como el que acompañó a la Virgen en su entrada a la gloria.

Al llegar al camposanto se hace una pausa en la capilla para hacer un breve rezo, para de ahí encaminarse al lugar donde será sepultado el niño. Una vez al lado de la fosa los

padrinos y padres arrojan los primeros puñados de tierra al féretro y flores y el mariachi entona las golondrinas o el adiós, simultáneamente que se lanzan salvas de cohetes.

Existe una oración para funerales de niños que le llaman despedimiento de angelitos que se suele decir al terminar el funeral. Dichos versos son hermosos y sólo tomamos una estrofa por lo extenso de este “ya se murió el angelito válgame Dios que alegría que lo recibieron los ángeles para cantarle a María”. Y el propio difunto niño en voz de alguien, reza al final de esta oración “adiós antorcha lúcida, madre de consolación, ya se llegó mi partida échame tu bendición”.

Termina el evento fúnebre cuando un rezadero o un mariachi asume la personalidad del niño para despedirse de sus padres y de sus familiares. Se consuela a la madre quien dona su hijo al cielo, se narra la entrada del niño puro a la gloria con su palma y su corona. Finalmente aquí ocurre un aparente doble sentido: el niño muere pero la vida continúa y por ello la conseja popular enfatiza que si los padres derraman lágrimas por la muerte de su hijo, éste perderá la gloria.

La tradición popular menciona que el difunto será recordado el día primero de cada mes de noviembre, en que se recuerda a los pequeños difuntos, integrándose al altar familiar, junto con los difuntos mayores que son recordados un días después, 2 de noviembre, en un pequeño altar con flores de “muerto”, frutas, panes de “muerto” juguetes infantiles, retrato de los difuntos, esquelas y cartas.

En el caso de “la muerte niña” el arte ritual mexicano, en sus modalidades pintura y fotografía, suele presentar a los niños difuntos con atuendos de arcángel, con palmas las cuales representan el simbolismo que recuerda al ángel llevando un ramo a la Virgen en las horas previas a su muerte. Y también como alusión del triunfo sobre la muerte y la virginidad de María y de los Angelitos muertos.

La corona como señal de gloria destinada a las almas justas y otros elementos de fiesta y de gala del paraíso imaginario pues los niños son considerados nuevos habitantes del cielo; en la pintura de los siglos XIX y XX la mayoría de las veces los niños se observan postrados y ya difuntos en una cama o en un pequeño ataúd, pero en ocasiones son presentados vivos, de pie y con edad cronológica mayor a la que tenían cuando ocurrió el deceso.

En los casos anteriores se observa generalmente gran opulencia y se puede constatar que son niños difuntos provenientes de hogares con mayores recursos. En este rubro se supone que los emolumentos de un pintor no los podía pagar un deudo de recursos económicos limitados y por ello se carece de pintura de “la muerte niña” en familias de bajos recursos. También llama la atención dos asuntos más: primero que las pinturas se hacían en base a la memoria del artista dado que un cadáver no tenía posibilidades de ser posado durante un tiempo mayor a 48 hs, también permeaba la imaginación del pintor cuando plasmaba la imagen de un niño pre-escolar cuando este había muerto como lactante de 9 meses, por poner un ejemplo y representado como un niño de tres o cinco años como demostramos en algunas diapositivas de este trabajo.

Un segundo asunto que llama la atención, es la presencia de pinturas individuales en que únicamente es presentado el niño difunto, regularmente muy estilizado, con gran sentido

estético y con un contexto de ricas vestiduras y flores. Esta tradición no escapa a los pintores del siglo XX los cuales pintan por sentido estético mas que por encargo de familiares.

“La muerte niña” es una variante de la obra de los retratistas que han estado siempre presentes en el arte, desde los inicios de la pintura.

Algunas pinturas de niños muertos de los siglos XVIII, XIX y XX los pasamos a continuación.

La fotografía, en su modalidad gelatina plata, transformó esto en ritual popular en algunos pueblos de México, donde el fotógrafo local plasmó la imaginaria de padres y/o padrinos con el pequeño difunto. Sin duda este tema de “la muerte niña” de lo que nos ocupamos pertenece al fenómeno cultural, del mexicano y la muerte, dentro de sus diversas expresiones artística.

El inicio de la fotografía, mediados del siglo XIX, le dio una variante a este rito cultural, de la sepultura de los niños, lo cual permitió a las familias con menos recursos económicos conservar la imagen de su hijo, como un imprescindible recuerdo que los fija a la memoria, hasta el reencuentro del juicio final.

En este punto, es valioso el trabajo del fotógrafo Juan de Dios Machain, que deja poca información de su paso por este mundo, pero que realiza su oficio de fotógrafo por 30 años en Ameca Jalisco. Por la época en que realiza su trabajo Machain la fotografía está en su etapa de blanco y negro y sin duda esto le da mayor dramatismo a sus imágenes.

Machain une destreza en su oficio con un innegable valor artístico cultural, para la historia del arte mexicano.

Dentro de la técnica de Machain, el niño es fotografiado en la casa, durante la velación, en el panteón o en el propio estudio de Machain. El niño puede ser retratado solo, con algunos ropajes especiales, también puede aparecer con uno o ambos padres, con sus padrinos, hermanos o por un grupo mayor de familiares. En estas fotografías las gentes miran la cámara o ven al niño difunto y si bien la técnica no se complica, el gesto facial de las gentes, corresponde a un momento emotivo que están pasando y ese es un mérito *mayúsculo* dentro del trabajo de Machain. El fotógrafo a diferencia del pintor no hace concesiones, muestras rostros recios, ropas humildes, tristeza en los rostros y siempre muestra la edad cronológica de los niños en el momento de su muerte.

A continuación se presentan algunas fotografías de Machain que dan respaldo a lo expresado en los renglones previos.

Referencias Bibliográficas

Armella de Aspe, Virginia. Los retratos de niños en el siglo XIX. Artes de México, No 129, México, 1970.

Tránsito de angelitos. Iconografía funeraria infantil. Museo Nacional de San Carlos, INBA, SEP, 1988.

Gutierrez Aceves. El arte ritual de la muerte niña. Artes de México, No 15, México. 1992.

Cantos religiosos conocidos en todas las regiones. México, S.P.I.

Sandblom, Phillip.: Enfermedad y creación: como influye la enfermedad en la literatura, la pintura y la música. México, Fondo de Cultura Económica. 1995.

Diccionario Bíblico Abreviado. Editorial Verbo Divino.

García Nestor, Eder Rita, et al Imagen histórica de la fotografía en México. México, INAH/SEP. 1978.

Obregón, Gonzalo. Representación de la muerte en el arte colonial. Artes de México. Primera época, número 145, México, 1971.

Archivos históricos del museo regional de Aguascalientes. Durante la exposición de fotografías de Iconografía Funeraria Infantil.

Comunicaciones personales de Alumnos del diplomado en Tanatología. Generación 2014.

Actitud ante la muerte y los enfermos en etapa terminal en estudiantes del internado de la carrera de médico cirujano.

M.E.H. María Elena González Arreaga

El tema de la muerte es poco discutido y perimetralmente abordado en los programas estudio de las carreras de medicina en México; pareciera ser que es un tema tabú una especie de “asunto incómodo” entre los médicos y más aún entre los estudiantes de medicina. La muerte es un tema del que pocos quieren hablar y menos aún analizar, sin embargo el binomio vida-muerte es inseparable; la muerte permea cada instante de la vida, del proceso enseñanza aprendizaje y de la práctica médica.



El médico trata de evitar, de esquivar la muerte; muchas veces guardando en secreto el fallecimiento de un paciente por considerarlo un fracaso, actitud que además de ser cuestionable, refuerza la ausencia de la tanatología en los programas de la carrera de medicina de la mayoría de las universidades.

Es competencia y obligación de los educadores médicos abordar la muerte desde la óptica tanatológica, incluyendo asignaturas sólidas, con valor curricular que aborden conocimientos sobre la muerte y el morir en los planes de estudio de pregrado y posgrado.

El aprendizaje del joven médico acerca de estos temas madurará su espíritu para generar en el paciente terminal calma, esperanza y una "buena muerte" (aquella que suele ser avisada, advertida y que nos da tiempo para reparar, perdonar, despedirnos y solucionar asuntos no resueltos). Además de acercarlos a reflexionar y ponerlos en contacto con sus emociones respecto a su propia muerte o la de un ser querido.

La escasa preparación tanatológica con la que el alumno ingresa a la residencia y el radical cambio de responsabilidades que recae sobre los hombros de los nuevos médicos agrava más la situación; surgen sentimientos y emociones complejas como: miedo, ansiedad, ira, tristeza, culpa, quizá afecto por algún paciente, peso por la responsabilidad, alegría ante la mejoría, desconocimiento ante la necesidad de “dar malas noticias”, o desesperanza cuando “ya no hay nada que hacer”; estas emociones y/o sentimientos generan actitudes y conductas inadecuadas que no ayudan y lastiman en momentos críticos al paciente y los familiares.

Idealmente los nuevos residentes médicos, conocen las medidas a tomar frente a una emergencia médica, pero no saben manejar el proceso interior que se genera o las pérdidas que surgen si el paciente fallece y por lo tanto tienen una capacidad de ayuda limitada cuando se trata de la muerte y el duelo. Es común encontrar en los médicos jóvenes, una inmensa frustración y angustia al fallecer los pacientes que tenían a cargo. Es probable que la falta de instrucción durante su tránsito por la facultad acentúe esta sensación a la que el médico no es ajeno; pues como ser humano, debe pasar por las diversas etapas del duelo como lo hacen los familiares del difunto. Está sujeto a vivir la muerte en su vida personal y se ve afectado por presenciar la muerte del paciente, que le remite o le recuerda su vulnerabilidad ante el dolor de la pérdida de padres, amigos o incluso hijos



llevándolo a temores por futuras pérdidas. Para poder responder y actuar asertivamente en los momentos de miedo, angustia, sufrimiento y muerte de los pacientes, es necesario enfrentarse consigo mismo pues observar la muerte de las personas nos hace ver la finitud de la vida..... de nuestra propia vida. **Objetivo.** Determinar la actitud representada por la opinión y la respuesta emocional que tienen ante la muerte y los enfermos en etapa

terminal los estudiantes del quinto año (internado de pregrado) de la carrera de médico cirujano de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM. **Metodología.** Se diseñó un estudio de tipo transversal de encuesta descriptiva, aplicando el instrumento de recolección a 156 estudiantes del 5° año de la carrera de médico cirujano de la FESI UNAM de la generación 2010 – 2014, implementando un muestreo de conveniencia y asegurando la naturaleza anónima de la información. Las variables se agruparon en *Categoría 1.-* Opinión sobre la tanatología y la labor del tanatólogo y *Categoría 2.-* Respuesta emocional. (miedo, ira, tristeza, afecto, alegría, culpa, responsabilidad y desesperanza). El análisis estadístico de resultados fue realizado por medio de la hoja de cálculo Excel, los datos se expresaron tabulando las opciones respondidas en el cuestionario; calculándose los porcentajes de las frecuencias observadas y se presentaron en gráficas de barras porcentuales y sectoriales. **Análisis y discusión de resultados.** Con respecto a la *Categoría 1.-* el tanatólogo es considerado como especialista por el 83% de la población (opciones A,B), el 81% conoce la ley de voluntad anticipada ; el conocimiento para dar malas noticias se sitúa entre bueno 41% y medio 39%, un relevante 14% opina que su conocimiento es bajo. En relación a la *Categoría 2.* Para la variable Desesperanza observamos 49% y 44% respectivamente para la opción "neutral", sin embargo las opciones: A (totalmente de acuerdo), B (de acuerdo) Suman un 43% y 38%, lo cual indica que existe una importante tendencia hacia la desesperanza ante la gravedad y muerte inminente del enfermo terminal. En relación a la Ira, el 46% reporta ser (C) neutral ante la impotencia con respecto a la muerte del paciente aunque la suma de los porcentajes de las opciones D (En desacuerdo) y E (Totalmente en desacuerdo) es del 31% lo cual indica que los alumnos no se sienten impotentes ante la muerte y solo el 23% (sumatoria de A/B) sienten impotencia, denotando la presencia de Ira. Para el Miedo la posición neutral (reactivos 13 y 15) presentan 37 y 43% respectivamente. Sin embargo al analizar el rango de Totalmente de acuerdo y de Acuerdo ; el 35% y 28 % indican que el miedo existe ante no saber qué hacer / decir a un paciente en fase terminal o que el paciente muera en su turno. En relación a la Tristeza reactivos 14 y 17; el mayor porcentaje para ambos se halla en la opción neutral con un 53% y 44% , aunque la tendencia al combinar las opciones (A) con 28% y (B) con 30% nos muestra que la tristeza está presente cuando el estudiante se enfrenta a la muerte y/o dolor del paciente En relación a el Afecto (reactivo 19), el 48% muestra una posición neutral. Y hay una muy ligera tendencia hacia sentir afecto/simpatía al sumar las posiciones A/B (27%), aunque hacia el otro lado de la gradación realizando la suma de las posiciones D/E el 24% evita sentir afecto por el paciente. Lo cual corrobora la tendencia neutral de la población, que podría interpretarse como indiferencia y/o protección emocional por parte de los estudiantes. Para la Alegría (reactivo 22) hay una marcada tendencia hacia la alegría si el paciente mejora pues el 88% sumatoria de las opciones A/B lo reporta así, el 12% permanece neutral y el 7% (D/E) está en desacuerdo al sentir alegría ante la mejoría del paciente. La actitud ante el "dar malas noticias" evaluado en el reactivo 21 indica que la emoción mas frecuente es la tristeza (35%), seguida de la indiferencia (21%), miedo (17%), angustia (16%), molestia/ira (12%); tomando la angustia como expresión de miedo podríamos decir que el 33% siente miedo al dar malas noticias, por lo tanto las emociones mas frecuentes expresadas por la población son: tristeza, miedo, y una importante presencia de indiferencia e ira.

Conclusiones. La población estudiada, respecto a la *Categoría 1* que evalúa la opinión ante la muerte y los enfermos en atapa terminal, conoce cual es el objetivo principal de la tanatología y las etapas del duelo, está consciente de la importancia de su participación en el apoyo tanatológico del paciente y piensa que sí es de su competencia. Considera al tanatólogo como especialista que facilita y acompaña al paciente y como un apoyo a su labor médica. Reconoce la relevancia de la ley de voluntad anticipada y la opinión sobre los conocimientos que posee sobre la labor del tanatólogo es aceptable.





En forma general, en relación a la *Categoría 2* que evalúa la respuesta emocional del estudiante ante la muerte y los enfermos en etapa terminal presenta una posición neutral con diferentes matices según la emoción valorada: ante el curso natural de la enfermedad y la muerte inminente del paciente muestra una posición neutral con tendencia hacia la desesperanza.

Con respecto a la ira ante la muerte del paciente o el tratar a pacientes en fase terminal su posición también es neutral y no le molesta atender a pacientes es ese estado. El miedo aparentemente no está presente sin embargo hay una tendencia hacia no saber que hacer o decir a un paciente en fase terminal o a que el paciente muera en su turno; lo cuál podría ser indicio de la presencia de dicha emoción. El mismo comportamiento se observa para la tristeza al presenciar la muerte y el dolor del paciente. En relación a la culpa y responsabilidad sobre su actuar los estudiantes tiende hacia sentirse responsables. La posición respecto al afecto por el paciente es neutral y se alegra ante su mejoría. La emoción preponderante ante el dar malas noticias es la tristeza seguida de la indiferencia.

La actitud ante la muerte representada por la opinión y respuesta emocional ante los enfermos en etapa terminal que tienen los estudiantes del internado de pregrado de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM es en términos generales aceptable tienen conocimiento sobre tanatología y la labor del tanatólogo; la posición neutral respecto a la respuesta emocional puede ser una manifestación de blindaje emocional.

Viviendo con el dolor del cáncer

*Dora María Martínez Albarrán
Edith Guadalupe Martínez Morales*

INTRODUCCIÓN

El proceso tanatológico consiste en ayudar a que el paciente con una enfermedad terminal, acepte su padecimiento y logre mantener o mejorar su calidad de vida para afrontar la enfermedad y la muerte con tranquilidad (Preston, 2001). El cáncer en su fase terminal, hace referencia a la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, a la que le faltan posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico, observándose numerosos síntomas multifactoriales y cambiantes, que generan un impacto emocional en el paciente y en su familia, relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte (Velasco, 1999).

Actualmente los indicadores señalan, que cada año el porcentaje de muertes se vincula con algún tipo de cáncer terminal, ante este incremento de muertes por cáncer terminal, es necesario que exista una mayor preparación y trato sobre los aspectos relacionados con el dolor, la muerte y el duelo que este tipo de enfermedades generan.

Las personas ante una situación de cáncer presentan una serie de sentimientos y emociones como el abandono, angustia, desesperación por no saber lo que vayan a vivir que no saben manejar, así también se encuentran los familiares que tampoco están preparados para enfrentar la situación de pérdida de la salud como en este caso, y mucho menos vivir un proceso de duelo.

Durante el desarrollo y/o control de la enfermedad oncológica, las condiciones de salud de la persona presentan un deterioro importante hasta hacer que el ser humano llegue a estar en una fase final de vida. Dicho proceso de deterioro precario y penoso genera sufrimiento físico que lleva al psicológico y espiritual, por lo que el enfermo terminal es una persona necesitada de acompañamiento humano, que la sociedad debe acoger a través de la atención tanatológica y de cuidados paliativos.

La transición a esta fase puede ser gradual, necesitando la actuación integrada de diversos profesionales para ayudarlo a vivir satisfactoriamente la última experiencia de su vida. En esta perspectiva se intenta mejorar la calidad de vida de los pacientes a través de programas de alivio de dolor y cuidados paliativos (MINSAL, 1998) y cuando la persona se enfrenta a la muerte irremediable, se habla de calidad del morir. La calidad de vida de la persona con enfermedad oncológica avanzada tiene que ver con sus experiencias y la forma de vida mientras transita con una amenaza constante a ésta, y la calidad del morir tiene que ver con el tipo de experiencia de la persona al enfrentar el proceso mismo del morir. (Patrick, Engelberg & Curtis, 2001).

CONTENIDO

Frente a los avances que se han tenido en relación al diagnóstico temprano y al tratamiento del cáncer, aún existe un gran número de personas cuya enfermedad avanzará y les causará la muerte si no son tratadas oportunamente. Es precisamente en los países en vías de desarrollo donde la enfermedad, con más frecuencia, es identificada en estadios tardíos.

En Latinoamérica, hay una gran cantidad de condiciones especiales sobre la incidencia y prevalencia del cáncer, así como, índices de mortalidad altos, lo que lleva a orientar y generar estrategias específicas para abatirlos, no sólo respecto a la prevención y tratamiento óptimo en esta población, sino también en el manejo de las necesidades que se generan en los pacientes y sus familias al llegar a la etapa terminal (Bosetti, 2005).

El cáncer en sus diferentes etapas trae consigo múltiples temores asociados a los síntomas físicos presentes o potenciales, así como a los cambios emocionales y afectivos, a las inquietudes existenciales y a una gran variedad de preocupaciones por asuntos económicos, familiares, sociales, etc. (Holland, 1998).

Para ejemplificar esta situación se tomará el caso de una mujer llamada Susy de 54 años de edad, casada, y quien tiene una hija y un hijo, trabaja como profesora de nivel primaria y es precisamente en ese espacio académico donde se empiezan a manifestar los signos y síntomas de su enfermedad, justamente al cumplir sus 30 años de servicio laboral.

Falta de atención, descuido, indiferencia, dejadez qué fue lo que realmente me pasó ¡no lo sé!, menciona. Después del festejo de mi treinta aniversario laboral empiezan las molestias en la planta del pie izquierdo: un lunar que creció y tuvo que ser atendido en forma particular porque ya no me permitía caminar bien. Revisión, biopsia y esperar los resultados, ¡Oh! Sorpresa de mi vida, me informa el medico que no es un simple lunar que creció, sino que es un tumor maligno; inmediatamente me canalizan al hospital de oncología para ser valorada nuevamente y atendida. Momentos de desconcierto, no sé qué hacer y solo decía ¿por qué yo?, ¿por qué a mí?, solo se me fue en llorar, llorar, llorar.

Vivir con un diagnóstico de cáncer hace que se requiera de muchos ajustes de vida. La adaptación normal incluye aprender a hacer frente al sufrimiento emocional y resolver los problemas que trae consigo el cáncer. Las personas que viven con cáncer no realizan todos esos ajustes de una vez, sino que a medida que estos van apareciendo se van enfrentando, el cambio más importante se da al momento de enterarse de que el cáncer está en remisión, o que volvió, y en el mejor de los casos se es un sobreviviente de cáncer.

Muchas personas encuentran que es más fácil adaptarse a la situación que vivir con el dolor provocado por el cáncer, y así se permiten continuar con sus rutinas y trabajo habituales, seguir realizando sus actividades importantes y hacer frente a la tensión en sus vidas, haciendo uso de todas sus cualidades, pensamientos, comportamientos y las características de su personalidad, para adaptarse a las circunstancias que se presentan en su vida cotidiana. Esta adaptación es lo que les permitirá hacer frente al cáncer, y lo más importante, buscar el significado a su vida en esas circunstancias.

En algunas ocasiones las personas sienten que no pueden pensar con claridad y pueden no entender o recordar la información que el médico les da acerca del diagnóstico y las opciones de tratamiento. Lo que provoca en ellas, que al enfrentarse al diagnóstico empiezan a presentar síntomas de sufrimiento como: depresión, ansiedad, pérdida de apetito, dificultad para dormir, incapacidad de concentrarse, problemas para realizar las actividades diarias, pensamientos constantes sobre el cáncer o la muerte.

Continué asistiendo a las consultas y visitas al hospital, sin embargo yo me sentía muy mal, no dejaba de pensar en qué me iba a pasar. Posteriormente, el médico me indica que requiero una operación (tengo miedo, mucho miedo). Llega el momento de la intervención, me lastiman mucho, me duele mi pie, me anestesian e inician la cirugía, yo veo lo que está sucediendo, escucho todo, siento que me están lastimando mucho (lloro, lloro, lloro). Regreso a casa, no puedo caminar, me tienen que cargar, subir, en fin, ayudar hasta para ir al baño (sigo preguntando ¿por qué yo? y sin dejar de llorar, rezo, imploro con mucho dolor y llanto).

Las causas más frecuentes de sufrimiento en los pacientes con cáncer son:

Los síntomas físicos: Dolor, fatiga, disnea, anorexia, astenia, insomnio, estreñimiento. Es importante tener en cuenta que la aparición conjunta de estos síntomas es bastante común, lo cual generará mayor malestar. Dichos síntomas varían en intensidad, frecuencia, así como el significado atribuido a cada síntoma, haciendo que este malestar afecte de manera diferente el bienestar y la calidad de vida de la persona.

Los síntomas psicológicos: Ansiedad, miedo, depresión, delirium, temor a la muerte, alteraciones de la auto-imagen, preocupación por asuntos como: la pérdida de la funcionalidad, el sentirse una carga para sus cuidadores, así como la preocupación por el futuro de sus familiares una vez que muera. Las personas que enfrentan la posibilidad de una muerte cercana le temen en primer lugar al dolor, en segundo lugar a la posibilidad de ser abandonados durante su proceso de muerte y en tercer lugar a la pérdida de la autonomía.

Los problemas existenciales y/o espirituales: Aquí se incluyen las preocupaciones relacionadas con la desesperanza, la pérdida del sentido de vida, la desilusión, el remordimiento y la ansiedad ante la muerte. MarchKissane (2000) ha descrito la aparición de lo que él denomina el “síndrome de desmoralización” que se caracteriza por la desesperanza, la pérdida de sentido de vida, actitudes pesimistas, indefensión, la sensación de entrapamiento, entre otros.

Algunos de los aspectos que contribuyen al sufrimiento existencial son: la pérdida de la autonomía, la baja autoestima y la desesperanza, así como problemas referidos a la dignidad y auto-imagen, el aislamiento social, la falta de acceso a recursos y apoyo, la culpa, la pobre salud espiritual y la falta de sentido. (Krikorian, 2008).

Los sentimientos de sufrimiento emocional, social o espiritual pueden hacer más difícil enfrentar el tratamiento del cáncer. Casi todos los pacientes que viven con un cáncer

experimentan sufrimiento. Los sentimientos de sufrimientos van desde la tristeza, temores, depresión, pánico, se sienten inseguros sobre las creencias espirituales, o se sienten solos o aislados de los amigos y la familia. Las personas que sufren en estas áreas durante cualquier fase del cáncer, necesitan tratamiento y apoyo para enfrentarlo de la mejor manera posible. Ante esta situación las personas o pacientes que tienen problemas para enfrentar el cáncer, pueden encontrar útil el conversar con algún profesional de la salud mental, trabajador social, o consejero religioso sobre sus inquietudes y preocupaciones, y hacer uso de diversas técnicas que le proporcionen apoyo social y emocional.

El estar dependiendo de los demás, el no poder ir a trabajar, no salir, no caminar, y ni siquiera poder leer porque no me concentro fácilmente, me hizo desesperarme mucho, no quería comer, no quería nada, ni la más mínima atención por parte de mi esposo e hijos me hacía estar bien.

Pasaron los meses, y mi recuperación fue lenta, sin poder ver mi pie, ya que siempre estaba cubierto debido a las curaciones que me hacía mi hermana, pero es una ocasión al momento de realizar la curación, por un instante me quedé sola y pude ver mi planta del pie, ¡Dios mío, no! fue horrible, no tenía más de la mitad de la planta del pie, se veía parte del hueso. Entonces fue cuando me enoje con todos: mi familia, doctores y también le reclamé a Dios. No dejaba de llorar.

La alteración que se sufre en el proceso de adaptación (3 a 6 meses de duración), se presenta con la reacción del paciente ante una situación que le causa tensión o el sufrimiento es más de lo que se esperaba, así sus reacciones le provocan problemas en el hogar o el trabajo, que suelen estar acompañadas de depresión y ansiedad. Un trastorno en la adaptación se puede convertir en un trastorno mental más severo, como el padecer una depresión grave.

El dolor por cáncer, se puede resolver con la curación del paciente o puede continuar por tiempo indefinido incluso como una complicación de las terapias utilizadas. Es frecuente considerar el dolor por cáncer como una crisis que aparece en los estados avanzados de la enfermedad, puede presentarse por múltiples razones y causar sufrimiento, pérdida de control y deteriorar la calidad de vida en cualquier etapa de la enfermedad.

El sufrimiento que genera el padecer cáncer, genera una sensación de amenaza para la autoestima y la vida, lo que provoca una pérdida de la capacidad de lucha para enfrentar los síntomas o problemas causados por el mismo padecimiento, sensación de pérdida personal y pérdida de la esperanza. "El sufrimiento puede incluir dolor físico, pero no significa que esté limitado a él... generalmente, el sufrimiento puede ser definido como un estado de aflicción severa relacionado con eventos que amenazan la integridad personal... El sufrimiento de los pacientes con cáncer terminal puede ser aliviado y se puede demostrar que el dolor es controlable" (Jacox, 1994).

El sufrimiento del individuo puede ser aumentado por el dolor, incrementando la sensación de abandono, impotencia, ansiedad y depresión. La sorpresa y la incredulidad, son expresiones comunes cuando la persona se entera que padece cáncer, o cuando descubre que el tratamiento ha fracasado o la enfermedad recurre. Estos síntomas pueden ser resueltos en poco tiempo con el apoyo familiar. En ocasiones, en estos periodos de

crisis puede ser necesario el tratamiento farmacológico para la ansiedad y el insomnio. "El alivio del sufrimiento y la curación del enfermo deben ser vistas como actividades paralelas cuando la práctica profesional está dedicada al cuidado del enfermo" (Jacox, 1994).

Siguió pasando el tiempo, y yo con la misma situación de no querer seguir las indicaciones médicas, no llevar adecuadamente mi alimentación, sino al contrario, solo viendo como lentamente mi pie cicatrizaba, con el ansia de poder caminar, salir a la calle, valerme por mi misma sin usar muletas ni bastón, deseando volver al trabajo porque no me gusta estar en mi casa sola, ya que mis hijos volvieron a sus actividades y mi esposo también. Finalmente me encuentro conmigo misma, y solo sigo esperando que pronto pueda componerme.

¡Oh, cielos! no puede ser, nuevamente me están saliendo pequeños lunares en la planta del pie, volví al hospital a la consulta y otra vez me dicen que es necesario realizar otra cirugía, ¡no quiero de nuevo sentir ese dolor!...

Recurrí a la medicina alternativa y me siento mejor física y emocionalmente, camino sin bastón, solo me molesta un poco el apoyar mi pie. No sé si, ¿estoy haciendo bien? le pregunto a la gente y he recibido muchos comentarios algunos positivos y otros negativos. Solo sé que voy a seguir adelante.

Gracias por escucharme.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Preston, T. (2001). Aprender a Morir. España: Amat.
2. Velasco, M. (1999). Manejo del enfermo crónico y su familia. España: Manual Moderno.
3. Ministerio de Salud (1998). Norma de Enfermería. Programa Nacional de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos. Documento oficial. Santiago, Chile.
4. Patrick, D., Engelberg, R. & Curtis, R. (2001, septiembre). Evaluating the Quality of Dying and Death. *Journal of Pain and Symptom Management* 22 (3): 717-726.
5. Bosetti C, La V. C. (2005). Cancer mortality in Latin America, implications for prevention, *Pan Am J Public Health*, No.18:1-4.
6. Holland JC. (1998). *Psycho-oncology*. New York:Oxford University Press.
7. MarchKissane DW, Clarke DM. (2000) Demoralization syndrome: a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliat Care* 17:12-21.
8. Krikorian, A.(2008) VALORACIÓN DEL SUFRIMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO.PSICOONCOLOGÍA. Vol. 5, Núm. 2-3, 2008, pp. 257-264, Universidad Pontificia Bolivariana.
9. Jacox A. Carr DB, Payne R, et al. (1994) Management of cancer pain. *Clinical Practice Guideline No. 9. AHCPR Publication No. 94-0592*. Rockville, MD. Agency for Health Care Policy and Research. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.

Te espero para partir

Laura Cardona Zarate

Aquellos que tienen la fuerza y el amor para sentarse junto a un paciente moribundo, en el silencio que va más allá de las palabras, sabrán que ese momento no asusta, ni es doloroso...Ser testigo de una muerte pacífica es como observar una estrella fugaz

Elizabeth Kubler Ross

Dentro de los múltiples miedos que el ser humano experimenta, el miedo a la muerte es el más significativo. Freud en su libro *La Guerra y la Muerte* afirma “el hombre es incapaz de imaginar su propia muerte”. Por más que la muerte la cuestionamos, la miramos y aparentemente la aceptamos, en el gran momento de partir el miedo nos embarga. Miedo a lo desconocido o miedo a dejar lo conocido. Pero siempre hay miedo.

El trabajo con pacientes agónicos nos prepara para mirar este proceso con una sensibilidad plena y genuina. El último momento es igual para todos los seres humanos, porque no se educa para la muerte se educa para ignorarla y por lo tanto para desaprovechar la vida a pesar del dolor y la incertidumbre

El propósito central de la conferencia es ofrecer criterios para disminuir el sufrimiento y la agonía en el contexto familiar; mostrar el respeto para evitar la muerte en soledad, en hospitales y en la casa. Discutir cuatro principios de vida en la práctica tanatología que ayudaran al moribundo y a sus familiares. Estos principios son el perdón, la presencia, la promesa y el permiso.

A través de la experiencia adquirida y el significado que ha tenido en mi vida, dando apoyo al paciente moribundo ya sea en unidades de cuidados intensivos, en salas generales y en mi propia experiencia familiar (mis padres, mis dos hermanas y mi suegra) he encontrado que siempre hay un ser significativo en las personas en estado agónico que es el encargado de hacer el cierre final y concederle al moribundo la paz para partir.

El exceso de medicamentos para calmar los dolores y las ayudas diagnósticas utilizadas podrían disminuirse si solamente se hiciera una escucha activa del paciente, de la referencia que hace de su dolor que no solamente es físico, es también el dolor del alma del que generalmente no hay quién se ocupe. Por esta falta de comunicación hay pacientes que en etapa terminal de una enfermedad se mantienen estacionarios, no mejoran ni fallecen, el sufrimiento cobija a la familia y al equipo que lo atiende, porque este estado no solo genera angustia, también produce rabia e impotencia. La comunicación asertiva con la familia nos permite descubrir cual/es pueden ser esos seres significativos en la vida del moribundo si está presente apoyarlo en la despedida y si está ausente poder comunicarse con el e informarle de la situación solicitándole su apoyo.

PERDON.

Hablar con las familias donde la rabia y el resentimiento son los componentes mayores implica es difícil. El paciente era un hombre de cincuenta y un años, casado, con dos hijos que ingreso por un cuadro respiratorio agudo y que posteriormente se confirmó que tenía SIDA y a partir del diagnóstico hecho su familia (esposa e hijos) no volvieron a visitarlo. . Se inicia el manejo con retrovirales y cuando se le comunica a la esposa y los hijos la condición de su esposo ya que era necesario epidemiológicamente hacerles las pruebas a ellos, el desconcierto acompañado de rabia fue la respuesta que se tuvo.

Dos meses conectado a un ventilador sin ninguna mejoría cada día con más deterioro hasta que logré contactarme con la esposa por teléfono, le puse una cita para explicarle las condiciones de su esposo y diciéndole además que comprendía su estado de desilusión y rabia pero al final la comprometí para que junto con sus hijos le hablaran, lo perdonaran y le dieran permiso para morir.

PRESENCIA.

No siempre la persona significativa puede estar en estos últimos momentos presente pero la tecnología actual hace más fácil esta labor. Este paciente tenía un cáncer gástrico en estado terminal, en cuidado paliativo, continuamente era hospitalizado para mejorar sus derrames pleurales y su dolor, estaba joven tenía cincuenta y tres años, su mamá y su hija con quienes vivían no entendían por qué su agonía era tan larga. Cuando la trabajadora social solicitó mi apoyo se pudo establecer que el hijo estaba prestando servicio militar en una zona muy distante, hicimos contacto con el ejército que nos proporcionó los datos para localizarlo, y logramos contactarlo al día siguiente. Después de explicarle las condiciones en que su papá estaba le solicitamos que le hablara por teléfono, le dijera que estaba bien y le diera las gracias por el tiempo que compartió, con ellos. El paciente murió con un rostro en paz.

PROMESA.

En ocasiones cuando la familia es pequeña hay gran dificultad para morir, el paciente agónico espera escuchar que sus familiares no van a quedar sin protección en el camino, esto ocurrió con una madre de 29 años quien tuvo un accidente de tránsito y fue llevada en malas condiciones al hospital y tenía muerte cerebral .

La señora entendió que no había posibilidad de recuperación y me explicaba que su hija tenía dos niñas pequeñas, era además madre soltera y cabeza de familia. Le pedí que me ayudara con la hermana gemela y entre las dos, hablarle de la unión que había entre ellas y la **promesa** que velarían por las niñas desde ese día en adelante. La paciente falleció dos horas después

PERMISO

El duelo por la muerte de un hijo es inimaginable. Unos padres jóvenes, un niño con tres años de edad y síndrome de Down, termino en UCI después de una convulsión en donde bronco aspiró. Tenía muerte cerebral. Los padres no aceptaban el diagnóstico a pesar de todas las explicaciones dadas por el especialista.

Al hablar con ellos tuve una buena conexión espiritual y logre que entendieran que en el amor hay que dejar ir; hablaron los dos con el niño y le dieran las gracias por el tiempo compartido y le dieran **permiso** para morir. El niño falleció posteriormente estando ellos presentes

En el final de la vida se puede encontrar consuelo en la angustia y la soledad, las familias a las que se les ha brindado este apoyo, además de sentir la paz que deja el deber cumplido, han elaborado un duelo más sano, y un recuerdo amoroso del ausente.

BIBLIOGRAFIA

1-Elizabeth Kubler Ross ((Zúrich, 8 de julio de 1926 - Scottsdale, Arizona, 24 de agosto de 2004) fue una psiquiatra y escritora suizo-estadounidense, pionera de la Tanatología en el mundo y los cuidados paliativos.

2-Freud Sigmund: consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte». (1915)

La Enfermedad es la Maestra que me lleva a Sanar mis Duelos.

Psic. y Tan. Alejandro Salas López.

La mayoría de nosotros pensamos que la enfermedad sucede de manera externa a nosotros, sin que podamos hacer algo para prevenirla, hemos escuchado bastante acerca del poder de la mente, de lo importante que es tener sentimientos positivos, la trascendencia de la espiritualidad y los beneficios de alimentarse bien, sin embargo la mayoría de las personas no saben que la enfermedad tiene su principio en un duelo no resuelto, en una pérdida no resuelta cuyo dolor se ha guardado misma pena que come y consume a la persona en el día a día, hasta que el cuerpo ya no puede más y termina por ceder a la enfermedad.

¿Cómo funciona? Bases científicas comprueban como el organismo al encontrarse expuesto ante una pena comienza a generar estados susceptibles a la enfermedad, un ejemplo sencillo lo vemos en una persona que está expuesta al estrés la cual puede somatizar una gripa, esto por describir un caso sencillo pero la complejidad puede aumentar; es por tal motivo la trascendencia de tomar con relevancia e importancia la sanación de los duelos que puedan presentarse en la vida, los cuales pueden ser variados: no tener sentido de vida, no tener una autoestima saludable, ser parte de un bullying, el sentir que la raza humana es despreciable, no tener la economía que se desea, pérdidas económicas, pérdida de un ser querido, pérdida del trabajo, pérdida de la juventud, no sentirse atractiva o atractivo para los demás, no encontrar a la pareja deseada, miedo a la vejez, etc.

Posibles duelos que al no ser resueltos se van haciendo patológicos a la par que se van acumulando y comienza la degeneración hasta que se presenta la enfermedad la cual puede ir desde una depresión hasta un padecimiento físico, una enfermedad crónica, crónica degenerativa o fulminante.

Viendo la importancia de este apoyo y que regularmente no se toma en cuenta, comencé una investigación en el año del 2006 la cual se llama Aprendiendo a Sanar Mi Cuerpo después de 6 años de investigación y experimentación comenzamos a laborar con pacientes con enfermedades a partir del 2012, teniendo buenos resultados en pacientes con vih, cáncer, diabetes, adicciones, fibromialgia, migrañas, dolores musculares sin razón aparente, depresión crónica y orgánica, mejora en el trastorno bipolar, estrés, ácido úrico, tabaquismo, problemas de la alimentación, etc.

Es maravilloso ver como laborando en la sanación de un duelo el paciente va recuperando su salud y sobre todo la felicidad ya que puede ser muy complejo el poder vivir feliz y en plenitud teniendo una enfermedad.

Los Aspectos que se van laborando en este sistema llamado Aprendiendo a Sanar mi Cuerpo son:

Identificación de Duelos no resueltos, El funcionamiento de la mente, La sanación de los sentimientos, El deterioro del cuerpo por medio de los pensamientos y emociones negativos, la regeneración corporal, el poder de la espiritualidad, la importancia de la alimentación saludable, la importancia de los medicamentos, el desarrollo de virtudes (paciencia, perseverancia, disciplina, etc.) como apoyo en un proceso de sanación.

Para mí ha sido gratificante apoyar a las personas en la recuperación de su salud, el ver como a través de la sanación de sus duelos van recuperando la armonía en sus vidas a la par de la trascendencia que tiene en la actualidad la Tanatología en nuestra sociedad.

El que alcanza la muerte, alcanza la gloria

*Dr. Luis Manuel Polanco Ahumada
Medico Tanatologo
Guadalajara Jalisco*

Tanatología, es en mi vida una experiencia personal, una razón importante para conocerme como profesionista y a la vez como ser humano desempeñándome en el campo de mi existencia en la ciudad de Guadalajara Jalisco y ahora con mi deseo personal de quedar expuesto ante mis colegas.

Deseo exponer a través de mi imagen, como es que impartir la terapia de duelo y mis pacientes son a la vez mi reflejo; en ellos entiendo y descubro nuevas virtudes, mis defectos, mis miedos y mis alcances como profesional. Algunas veces quisiera esconder mis errores, sin embargo ahora sé que dentro de mí, no son otra cosa más que complejos representados por mascarar que logran ocultar lo que soy, por figurar lo que pretendo ser.

Amigos colegas, mi experiencia alcanza para mostrarles mi imagen tal cual y con ella decirles que acepto que me falta mucho conocimiento y mucha espiritualidad a pesar de ello me gustaría aportar en este congreso nacional, mi deseo de ir rompiendo mascarar a través de la crítica y la meditación individuales y colectivas de esta manera para mi es factible formar lazos espirituales capaces de construir redes humanas que sean más poderosas que la nube de indiferencia ante el dolor y el sufrimiento que día con día y duelo con duelo se apoderan de los sentimientos de las personas.

De ahí que se forme en nosotros una coraza que nos dota de impotencia y evasión que a su vez generan tristeza de no estar anímicamente y mentalmente armados para actuar.

Para mi es más fácil de esta manera enredar la soledad sobre todo de aquellas personas más susceptibles y una verdadera posibilidad de acompañar al doliente real y tangiblemente.

Lo que menos puedes ver en tu casa lo has de tener y si ya lo tienes pues ya lo puedes ver.

*"EL QUE ALCANZA LA MUERTE
ALCANZA LA GLORIA"*



Puedes morir muchas veces, pero solo una volver a casa; el camino a casa es reunir el valor de convertirte en tu verdadero ser .

Solo dentro de casa puedes mirar hacia afuera en plenitud.

Autor: Dr. Luis Manuel Polanco Ahumada
Guadalajara, Jalisco

Lo simbólico de la pérdida en el cáncer de mama

Por: Psic. Verónica Salas Gutiérrez y Mtra. Psic. Claudia Rivero Fuentes

Palabras Clave: pérdida, duelo, síntoma, signo, y lo simbólico del cáncer

Resumen: Se suele afirmar que las pérdidas y su proceso de elaboración son una constante en la vida del ser humano, por lo que su forma de abordaje ha sido tema recurrente por diferentes perspectivas de abordaje psicoterapéutico, centrandolo su atención en el objeto perdido.

Ante el diagnóstico de cáncer de mama, la persona parece haber traspasado un umbral que lo pone en contacto directo con la muerte y la necesidad de elaborar un sinnúmero de pérdidas en compañía del psicoterapeuta. Así pues, ambos comienzan un trabajo que los lleva a tratar de elaborar muchos de sus temores no sólo ante la muerte, sino ante el dolor y el sufrimiento. El trabajo tanatológico se reflejará directamente en el tratamiento médico y el cómo el paciente comienza a afrontar su posibilidad de vida, más allá de la pérdida de la salud, el pecho o en mucho caso la esperanza.

El trabajo directo con el paciente, nos ha llevado a reflexionar que el cáncer posee una carga simbólica que va más allá del significado de la muerte misma. Una muerte que no solamente vive el paciente, sino hace espectro a nivel familiar, viviéndose una muerte del sujeto en vida. Motivo por el cual, la labor tanatológica se ha llegado a centrar en la esperanza de vida y en demostrar que siempre hay una luz al final del camino.

El trabajo terapéutico supone que además debemos trabajar con la persona no sólo la esperanza de vida, sino ofrecerle la posibilidad de mejorar su calidad de vida, para que pueda asumir y enfrentar con fortaleza las adversidades y alegrías que el futuro le presenta.

Y esta esperanza, no es posible sino se han logrado elaborar los diferentes símbolos escondidos detrás del cáncer de cada paciente. Y es que a lo largo del trabajo, análisis y reflexión con diferentes pacientes, hemos observado que lo simbólico va más allá de la pérdida, tiene que ver con una lucha por la vida misma comenzada mucho antes de que el cáncer fuera diagnosticado o que la enfermedad se presentara.

Por el análisis que mostraremos en este trabajo, nos atrevemos a afirmar, que en la mayoría de los casos, el sufrimiento simbólico comenzó con sucesos de violencia, sentimientos de desamparo o impotencia en la infancia y que en este momento de la vida, la enfermedad pudiera articular diferentes significados que van desde el odio, la ofensa, venganza o perdón o aquel mensaje que el deseo dice a través del cáncer.

Es por esta razón que el presente trabajo pretende reflexionar acerca de los símbolos ocultos a través del cáncer. Símbolos y significados que deben ser elaborados en el espacio psicoterapéutico para evitar recaídas y, principalmente, abrir la posibilidad de que existe una mejor vida con, a pesar y después de la enfermedad.

LO SIMBÓLICO DE LA PÉRDIDA EN EL CÁNCER DE MAMA

Autor: Psic. Verónica Salas Gutiérrez
Mtra. Claudia Rivero Fuentes

Introducción

En una sociedad cada vez más acostumbrada a no hablar, a no escuchar. Donde la manifestación abierta y espontánea, de las emociones es criticada y el desdibujo, olvido o sepulcro es la única opción aceptada. Sin embargo, el sentimiento nunca pasa al olvido. El afecto hace memoria a través de la sombra corporal y espera el momento para hacer palabra. Por este motivo, a lo largo del trabajo con pacientes con cáncer de mama, cotidianamente nos enfrentamos a palabras no dichas, verdades reprimidas, argumentos encriptados que se hacen palabra en el silencio corporal en espera de una escucha activa que como terapeutas solemos dar.

Y es que, el espacio terapéutico debiera ser un espacio de encuentro donde aquello silenciado sea capaz de adquirir voz y escucha. Escucha que permita encontrar la palabra correcta para el dolor y sufrimiento necesario para elaborar la pérdida y dar paso al renacimiento. Es decir, que la persona adquiera una nueva conciencia de su cuerpo, donde la emoción adquiera palabra y permiso para sentir, donde la vida adquiera un nuevo sentido y no sea posible sólo a través del sufrimiento.

El presente trabajo, pretende analizar cómo este espacio que compartimos día a día con enfermos permite elaborar no sólo el miedo a la enfermedad y a la muerte, sino el concederse el permiso a vivir a pesar de la sentencia de muerte.

Marco psicoterapéutico y tanatológico

➤ **Desahogo catártico:** Es el espacio que se comparte con el paciente para que pueda expresarse libremente sin juicios simplemente se le escucha y observa con mucha atención abierta y dispuesta a comprender su dolor.

➤ **Sensibilidad en el cuerpo:** Se aplican técnicas para enseñarle al paciente a relajar su cuerpo y empiece a escucharlo.

➤ **Manifestaciones inconscientes:** Es la oportunidad que toma el subconsciente para expresar o manifestar que algo hay oculto en el cuerpo encriptado.

➤ **Memoria corporal:** El cuerpo tiene memoria, es atemporal y cada vez que tiene oportunidad se deja expresarse.

➤ **Importancia de la lectura simbólica:** En la experiencia en estos años trabajando con pacientes con cáncer hemos encontrado que hay un símbolo oculto atrás de la enfermedad algo perdido en alguna etapa de su vida que no está expresada.

➤ **Duelo simbólico:** Proceso y acompañamiento en el duelo se le pide a la paciente que se despidiera de su miembro operado que le ponga un lugar y lo entierre. Esto les da aceptación de lo ocurrido y permiten el paso del thanatos al eros.

➤ **Renacimiento:** Al momento que se conceden el permiso de vivir, disfrutar o ser conscientes de su vida.

Análisis psicoterapéutico

El presente trabajo es una investigación psicoterapéutica a partir de la reflexión de las sesiones grupales en las que participan cuatro casos representativos analizados. Es importante destacar que los casos de este estudio participan en grupos psicoterapéuticos diferentes. Dos pacientes están integradas en un grupo de 12 participantes y las restantes en un grupo de 3 en etapa avanzada con metastasis. Ambos grupos están conformados por pacientes femeninas que padecen cáncer de mama, con rangos de edad de 30 a 62 años.

El presente análisis tiene por objetivo:

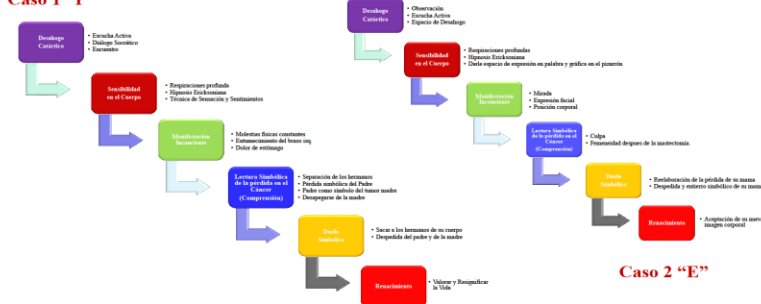
- Describir y reflexionar sobre los símbolos y significados analizados durante el proceso psicoterapéutico de 4 mujeres con cáncer de mama.
- Destacar la importancia que tiene el proceso psicotanatológico como una luz que permite visualizar vida a pesar de que se signifique el cáncer como una sentencia de muerte.

Metodología psicoterapéutica y trabajo tanatológico



Resultados

Caso 1 "P"



Caso 2 "E"

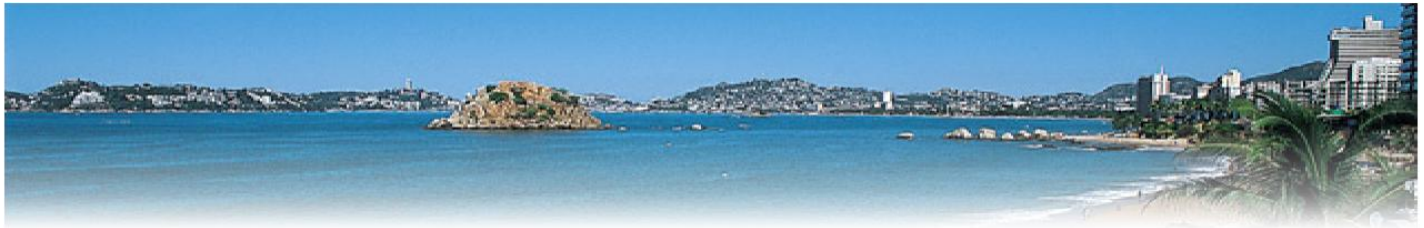
Caso 4 "J"



Caso 3 "H"

Bibliografía

- Vallés C. (1996) *Mis amigos los sentidos. Teoría y práctica de la integración orgánica en la vida del espíritu.* Ed. Sal Terrae. Santander
- Dejours Christophe (2007). *Investigaciones psicoanalíticas sobre el cuerpo: supresión y subversión en psicosomática.* Editorial S. XXI México
- Salamonovitz Alejandro (1999). *Del silencio a la palabra.* Círculo Psicoanalítico mexicano. México
- Le Du Jean. (1992). *El cuerpo Hablado. Psicoanálisis de la expresión corporal.* Ed. Paidós. España.
- Díaz Carlos. (2006). *La felicidad que hay en la fragilidad.* Ed. Dos mundos. Salamanca España.



asociación
mexicana de
tanatología, a.c.

*Pionera de la
Tanatología en México*

MEMORIAS



CONGRESO NACIONAL
DE TANATOLOGÍA

APRENDIENDO A CUIDAR
EN LA VIDA Y LA MUERTE

Del 5 al 8 de noviembre 2014
Sede Hotel Copacabana
Acapulco, Gro.

Asociación Mexicana de Tanatología, A. C.

Insurgentes Sur 1160-3er piso, Col. Del Valle

Tels. 55-75-59-95 ó 55.75.59.96

www.tanatologia-amtac.com/congreso E-Mail: info@tanatologia-amtac.com Twitter: [@tanatologiamex](https://twitter.com/tanatologiamex)