

**CARACTERISTICAS DEL DUELO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS  
CON CANCER PULMONAR EN FASE TERMINAL EN FUMADORES  
CRONICOS ATENDIDO AMBULATORIAMENTE EN EL INSTITUTO DE  
LOS SEGUROS SOCIALES DE LOS ANDES DE LA CIUDAD DE  
BARRANQUILLA**

LORENA BLANCO  
ESMERALDA MARULANDA  
AIDA MORENO  
IGNACIO REYES

Informe final de investigación presentado al **Comité de  
Investigación del Programa de Psicología**

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE PSICOLOGIA

BARRANQUILLA

2001



3.7  
Tres Punto Siete  
Chap 13

## CONTENIDO

|  | Pág. |
|--|------|
| TEMA   | 2    |
| INTRODUCCION   | 3    |
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA                                    | 9    |
| 2. JUSTIFICACION   | 11   |
| 3. OBJETIVOS   | 14   |
| 3.1 OBJETIVO GENERAL   | 14   |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS  | 14   |
| 4. MARCO TEORICO   | 15   |
| 4.1 EL CONCEPTO DEL DUELO  | 26   |
| 4.2 ORIGEN HISTORICO DEL SENTIMIENTO DE CULPA<br>MITO Y RELIGIÓN | 33   |
| 4.2.1 Expresiones Del Sentimiento De Culpa                       | 34   |
| 4.3 DEFINICION DEL CONCEPTO DE MUERTE                            | 36   |
| 4.31 Desde el punto de vista filosófico                          | 36   |
| 4.3.2 Desde el punto de vista psicológico                        | 36   |
| 4.33 Desde el punto de vista religioso                           | 39   |

|   |    |
|---|----|
| 4.34 Desde el punto de vista cultural   | 42 |
| 4.4 LA MUERTE PARA EL MUNDO DEL INCONSCIENTE  | 43 |
| 4.5 EL COMPLEJO DE CASTRACIÓN SEGÚN FREUD   | 47 |
| 4.6 FASES DEL PROCESO DE MUERTE   | 52 |
| 4.6.1 Según Avery D. Weisma   | 52 |
| 4.6.2 Aspectos psicológicos del paciente terminal                                     | 54 |
| 4.6.3 Mecanismos de defensa utilizados por el paciente terminal                       | 59 |
| 4.6.4 Temores del paciente terminal   | 64 |
| 4.7 LA MUERTE, EL MORIR Y EL DUELO VISTOS DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS PROFESIONALES | 67 |
| 5. DEFINICION DE VARIABLES  | 75 |
| 6. METODO   | 76 |
| 6.1 DISEÑO  | 76 |
| 6.2 POBLACION   | 77 |
| 6.3 TECNICAS O INSTRUMENTO  | 78 |
| 6.4 MUESTRA   | 82 |
| 6.5 PROCEDIMIENTOS  | 83 |
| 8. RESULTADOS   | 85 |
| 8.1 DESCRIPCION DE LA PSICODINAMICA DEL PACIENTE TERMINAL, SEGÚN OBSERVACIONES        |    |

HECHAS EN LOS CASOS CLINICOS

85

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

**TEMA**

Características del duelo en pacientes fumadores crónicos diagnosticados con cáncer pulmonar en fase terminal, tratados ambulatoriamente en el Instituto de los Seguros Sociales de los Andes de la ciudad de Barranquilla.

## **INTRODUCCION**

Partimos del concepto de que el ser humano es una unidad biopsicosocial, cualquier cambio, afección o desequilibrio, sea de orden psicológico o fisiológico va a repercutir en él.

Desde el punto de vista psicológico observamos que ese hombre integral está inmerso en una sociedad en la que aún persiste muy arraigada la idea de que a la muerte deben inevitablemente preceder el dolor físico, la angustia y el sufrimiento sin que nada se pueda o deba hacer para disminuirlo. Este estereotipo ha llevado a que ese "hombre" responda extrañado al ofrecimiento de asistencia psicológica.

La experiencia de algunos profesionales en psicología dedicados a asistir pacientes con cáncer pulmonar ha demostrado que sí es posible compartir humanamente con el paciente el proceso de su estado terminal.

Observando lo anterior, los investigadores se interesaron en analizar el proceso psicológico del paciente terminal y su manejo de duelo para detectar qué necesidades emocionales ameritan asistencia psicológica.

Se comenzó describiendo la percepción que tiene el paciente acerca de la muerte, desde que conoce el diagnóstico de su enfermedad, hasta la forma como enfrenta las diferentes crisis, temores, los factores que determinan sus respuestas tales como su nivel de tolerancia a la frustración, el manejo de su ansiedad y las relaciones con el medio que le rodea. Para lograr estos objetivos los investigadores interactuaron con este tipo de pacientes, desde el lugar en donde tiene ocurrencia el fenómeno. Esta observación directa permitió a los investigadores describir el proceso de duelo del paciente terminal identificar cuales son las reacciones psíquicas que pueden ameritar un abordaje psicoterapéutico, sirviendo como base para posteriores aportes psicoterapéuticos concordantes con la realidad clínica, ideológica y cultural de Barranquilla.

En este proyecto de investigación se abordaron los aspectos psicológicos de las personas con cáncer de pulmón, la cual es una enfermedad en donde se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del pulmón. Este tipo de cáncer se asocia a fumadores o a la exposición pasiva al tabaco o al radón. Principalmente se investigará el manejo del proceso del duelo que viven las personas en estado terminal.

El duelo es la respuesta psíquica característica ante pérdidas significativas, el duelo generalmente evoluciona de forma normal pasando por diferentes etapas cada una con ciertas características como: negación, shock, tristeza, desesperanza, llanto, desamparo, soledad insoportable, rabia hasta llegar a aceptarlo y con un tiempo de elaboración que oscila entre los seis meses y un año.

La muerte es una realidad que nos espera a todos los seres humanos y concebir esta realidad en cualquier persona causa angustia que obliga a utilizar mecanismos defensivos tanto individuales como colectivos; a tal punto que nuestra vida está

apoyada en las necesidades de negar la muerte y evitar todo lo triste y doloroso, creando una serie de mitos, teorías científicas, conceptos religiosos, inspiraciones artísticas y filosóficas dando como resultado una sociedad negadora de la muerte.

Sin embargo en el desarrollo de la humanidad se ha presentado situaciones que obligan al individuo a pensar en su virtud, en su mortalidad, despojándolo de todas las máscaras y revelando su autenticidad.

Una de esas situaciones es la enfermedad, que con el estilo de vida de nuestra sociedad se ha convertido en algo frecuente y que tiene un reflejo sobre la personalidad del enfermo; colocándolo en crisis.

Así tenemos una de las primeras aproximaciones a la realidad de la muerte tocando el esquema corporal (pacientes con cáncer pulmonar).

Observando el fenómeno de la enfermedad y de la muerte fue interesante analizar el caso de los pacientes en fase terminal y describir las reacciones que éstos tienen desde el momento en que se le da el diagnóstico, como lo enfrenta, qué recursos psicológicos utiliza a su disposición para pasar por el difícil proceso de duelo.

Esta investigación se realizó con el fin de describir, conocer y valorar las características propias de cada una de los pacientes en la elaboración del duelo.

Para la investigación se utilizó el modelo psicoanalítico, ya que proporciona el método que más se acomoda a las propiedades del fenómeno en estudio.

Por consiguiente se tomó una muestra de 2 pacientes que fueron diagnosticados con cáncer de pulmón en fase terminal, siendo estos remitidos por médicos y psicólogos del I.S.S., de la ciudad de Barranquilla.

Este proyecto se guiará con base en el modelo teórico cualitativo descriptivo; el cual se basa en hacer una información de tipo verbal, fácil de analizarla y en donde su preocupación primordial radica en describir las características fundamentales de los fenómenos en estudio .

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Si es complejo el trato y la relación humana con cualquier enfermo, lo es sobremanera con los enfermos moribundos, debido fundamentalmente a los cambios comportamentales que se producen de modo alternativo : depresión, ansiedad, indefensión, desesperanza, euforia, impotencia, etc. Estos cambios pueden producirse de algún modo, en la familia, en el equipo sanitario e indiscutiblemente en el paciente mismo debido a que una enfermedad terminal, implica como paso siguiente la muerte, por ende las repercusiones que esto tiene en el aparato psíquico del paciente representan un gasto de energía, por sí solo no puede manejar y aún más, si se tiene en cuenta que la muerte en sí es uno de los factores causantes de angustia y considerado en nuestra sociedad como tema "tabú".

El grupo de profesionales dedicados a asistir a estos pacientes es reducido debido quizás a estas causas sociales e

inconscientes en todo ser humano; dando como resultado una cobertura reducida, de asistencia a pacientes terminales.

Considerando lo anterior los investigadores se vieron motivados a realizar una descripción de las características del duelo por las que el paciente pasa, para así poder conocer las necesidades psicológicas de éstos y de esta manera contribuir al desarrollo de futuros modelos de intervención terapéutica y formación de profesionales interesados en dedicar su trabajo en la asistencia a personas en sus últimos días de vida.

## 2. JUSTIFICACION

El presente proyecto de investigación destaca la importancia de los conocimientos de la psicopatología, especialmente de pacientes con cáncer pulmonar, y así disminuir las afecciones psíquicas que inciden en el consumo de tabaco y su consecuente daño pulmonar; además describir este tipo de sujeto.

EL cáncer de pulmón es la tercera causa de muerte por cáncer entre los hombres y la cuarta entre las mujeres. Las tasas específicas por edad aumentan notablemente a partir de los cuarenta años hasta alcanzar los máximos valores en la vejez tardía, pero conservándose siempre los niveles de los hombres muy por encima de las mujeres<sup>1</sup>. Es por esto, que se hace

---

<sup>1</sup> DANE, Atlas de mortalidad por cáncer pulmonar. Colombia 2000.

necesaria conocer las características personales psicológicas que experimentan estos sujetos para dar una asistencia psicológica que pueda ayudar a tolerar el momento de angustia y desesperación que está presentando el paciente y a la vez contribuir a mejorar la calidad de sus últimos días de vida.

Debido a experiencias vividas con pacientes con enfermedades que no tienen cura, surgió en el grupo de investigadores un interés por analizar el proceso del duelo, luego de descubrir con asombro que muchos familiares tratan al paciente como un ser que “vegeta” y no como un ser que está vivo, que siente con intensidad, piensa, sufre y necesita vitalmente compañía sintónica y una respuesta a sus necesidades emocionales.

Teniendo en cuenta las necesidades de asistencia psicológica en estos pacientes y el número reducido de profesionales dedicados ayudarlos, se consideraron importantes los datos que arrojó la siguiente investigación, ya que puede contribuir a la institución universitaria y en especial la facultad de psicológica con información o conocimiento acerca de las fases del duelo con

pacientes con cáncer pulmonar, su recorrido y las tareas del mismo. Así como también aportó el grupo de investigadores una enriquecedora experiencia para sus futuras vidas personales y profesionales, preparándolos así para tomar parte de ese reducido número de psicólogos que actualmente están necesitando de su ayuda.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir las características del duelo en fumadores crónicos diagnosticados con cáncer pulmonar en fase terminal en la Unidad de Cuidados Intensivos del I.S.S. de los Andes de Barranquilla.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Describir las características del duelo propias de cada individuo diagnosticado con cáncer pulmonar en fase terminal.
  
- Describir el diagnóstico dinámico a los pacientes con cáncer pulmonar en fase terminal.
  
- Describir el diagnóstico gnósográfico a los pacientes con cáncer pulmonar en fase terminal.

#### 4. MARCO TEORICO

**“La muerte pertenece a la vida igual que el nacimiento. Para andar no solamente levantamos el pié : también lo bajamos”.**

TAGORE, De Pájaro Errante

El presente proyecto de investigación contempla tres aspectos que son la parte orgánica, la psicológica y la tercera, que es una integración de las dos anteriores (orgánica y psicológica), la psicosomática.

Con relación a la parte orgánica se aborda, qué es el cáncer de pulmón, definición del cáncer de pulmón, qué causa el cáncer de pulmón, quiénes se enfermaron de cáncer, cómo se detecta el cáncer de pulmón, cómo se trata, etapas de extensión, etapas del cáncer pulmonar y su tratamiento médico.

Esta investigación en su aspecto psicológico se basa en el enfoque psicoanalítico, aquí se abordarán diversos autores con sus distintas teorías, estos autores son : Sigmund Freud (Nuestra actitud ante la Muerte); Otto Fenichel (Aparato respiratorio, duelo y melancolía, órgano-neurosis); Antonio Ceva Diaz (Enfoque psicósomático de las enfermedades cancerosas), Henry Ey (Compendio de Psiquiatría), Elizabeth Kubbler Ross (Sobre la muerte y los moribundos) y otros, J. Lacan y Melanie Klein.

En la tercera parte, al realizar la integración de los aspectos psicológicos y orgánicos nos basamos en estudios recientes de tanatología clínica, psicología e inmunología que dan respuesta a las alteraciones de la psique producida por efectos secundarios de enfermedades crónicas, el sistema psíquico o biológico puede afectarse en su área defensiva en los casos de alteraciones de larga evaluación. (Otto Fenichel y Bellack y Small).

El cáncer es un término que agrupa a más de 100 patologías diferentes que dependiendo de su localización y del tejido que involucren tiene factores causales, forma de diagnóstico y terapia de tratamientos particulares.

Pero todos los tipos de cáncer tienen algo en común : los genes de las células que componen cada uno de los tumores están alterados. Y esas alteraciones que hacen que al cáncer se le considere hoy una enfermedad genética pueden ser heredadas como sucede en el 10% de los tipos de cáncer o presentarse durante el curso de la vida por factores medioambientales como la alimentación, el consumo de cigarrillo y la exposición a los rayos ultravioleta o a cierto tipo de toxinas y de virus.

El daño tiene que ver con mutaciones de los elementos que componen el ADN. Cuando un buen número de mutaciones se acumulan la actividad normal dentro de la célula se altera y los tumores empiezan a crecer.

Los científicos han identificado por lo menos 100 genes que, cuando están alterado, desempeñan un papel importante en el surgimiento del cáncer. Pero la mayoría de estas enfermedades empieza cuando hay mutaciones acumuladas en dos genes: aquellos que promueven la división celular, conocidos como oncogenes y aquellos que actúan como frenos de esa división celular, llamados genes supresores de tumores.

Otro aspecto importante a tratar en este proyecto de investigación es caracterizar el contexto de desarrollo de la enfermedad. El cáncer de pulmón es la causa más común de muerte por cáncer, tanto entre los hombres como entre las mujeres. Es posible que el cáncer de pulmón sea el cáncer más trágico, porque en la mayoría de los casos se podría haber prevenido y en la actualidad la efectividad del tratamiento limitado.

El cáncer pulmonar se puede definir como una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los

tejidos del pulmón. Este tipo de cáncer se asocia a fumadores o a la exposición pasiva al tabaco o a lo radón.

La principal causa del cáncer de pulmón es fumar. Más del 87% de los casos de cáncer de pulmón están relacionados con el fumar. El humo del cigarrillo contiene más de 4000 agentes químicos, muchos de los cuales son carcinógenos demostrados; otros cientos de estos agentes aumentan el poder de causar cáncer de los agentes carcinógenos.

El humo de tabaco de otras personas, con su elevada concentración de carcinógenos, va directamente al aire cuando se quema tabaco (cigarrillo, etc.) y es inhalado tanto por los fumadores como por los no fumadores.

Si fuma, tiene muchas más probabilidades de contraer la enfermedad: se estima que los hombres que fuman tienen 22 veces más probabilidad de contraer cáncer de pulmón y que las mujeres que fuman tienen 12 veces más probabilidades.

Cuanto más fuma y cuanto mayor tiempo fuma, mayor es su riesgo de contraer cáncer de pulmón, pero si deja de fumar el riesgo de cáncer disminuye constantemente cada año a medida que las células anormales son reemplazadas por células normales.

Se considera que hoy en día el radón, por su propia acción y por su interacción con el cigarrillo es la segunda causa principal del cáncer del pulmón en Estados Unidos. El radón es un gas radiactivo que se halla en las rocas y en el suelo de la tierra, formado por la descomposición natural del radio, un producto radiactivo de la desintegración del uranio.

Debido a que el radón es invisible, inoloro, la única manera de determinar si uno está expuesto al gas es midiendo los niveles de radón. Además la exposición al radón, combinada con el cigarrillo, aumenta significativamente el riesgo de contraer cáncer de pulmón.

Otras de las causas principales del cáncer de pulmón es la exposición en el trabajo a carcinógenos. El asbesto es tal vez la más conocida de las sustancias industriales relacionadas con el cáncer de pulmón, pero hay muchas sustancias que causan cáncer que se encuentran en el lugar de trabajo.

Algunas de estas sustancias son: asbesto, uranio, arsénico, ciertos productos derivados del petróleo y otras; además, es importante tener presente que hay muchos trabajos diferentes en los que las personas pueden estar expuestas a sustancias carcinógenas. Algunos ejemplos son trabajos con ciertos tipos de aislamiento, así como trabajo en ciertos medios como en hornos de coque o reparando frenos como en el caso de radón, cuando la exposición a agentes carcinógenos en el trabajo se combina con el cigarrillo, el riesgo de contraer cáncer de pulmón aumenta de manera significativa.

Se detecta el cáncer pulmonar en sus etapas iniciales, e incluso más adelante, el cáncer de pulmón es generalmente silencioso cuando ocurren los síntomas, el cáncer a menudo está en una

etapa avanzada. Los síntomas del cáncer de pulmón incluyen las crónicas de toser sangre, silibancia, dolor en el pecho.

Estos trastornos también son sintomáticos de muchos otros problemas de los pulmones, por lo tanto, cuando ocurre justifican la intervención médica. Cuando una persona va al médico para que la examinen, el médico toma una extensa historia clínica, en la que nota posibles exposiciones a agentes peligrosos, estos están seguidos por un examen físico completo. Si el paciente tiene una tos productiva (es decir, una tos que produce esputo), se puede analizar el esputo para determinar si contiene células cancerosas.

El médico puede ordenar una radiografía de pecho o una radiografía especializada, como una tomografía computada, que puede ayudar a localizar zonas anormales en los pulmones. El médico puede realizar una broncoscopia para mirar dentro de los tubos bronquiales y de los pulmones. Un broncoscopio es un pequeño tubo que se introduce por la nariz o por la boca y pasa por la garganta hasta los tubos bronquiales.

Durante este procedimiento es posible que el médico también realice una biopsia y otra maestra de tejido del pulmón, así como de células que se miran bajo un microscopio para determinar si son cancerosas y si lo son, para identificar el tipo de cáncer. También es posible que el médico recomiende que se haga una biopsia del tejido de los pulmones o de los ganglios linfáticos entre los pulmones, empleando otra técnica.

“En cuanto a la caracterización del contexto de la enfermedad, primeramente distinguiremos tres instancias en el proceso de morir”:

- Ingreso del paciente a la institución hospitalaria
- Estado grave
- Estado terminal

El proceso de enfermedad comienza cuando la persona reconoce que “algo anda mal” en el funcionamiento de su organismo y los síntomas lo llevan a consultar al médico. De este modo, al

buscar un diagnóstico, el paciente le otorga al médico el lugar de decidir sobre su estado de salud y es el profesional el que decide si es necesario el ingreso del paciente a la institución. Al ser internado, el paciente se ve restringido en su posibilidad de acción, limitado a una habitación de internación; deja su casa, sus objetos, el contacto con sus familiares. Sus horarios son regulados de modo homogéneo para los internados: horas comidas, horas visitas, observaciones de los médicos, cuya organización se contrapone y superpone a los hábitos previos, llegando a sustituirlos si el tiempo de internación es prolongado.

Mientras el estado del paciente permanece estable, su relación con el médico consiste en interrogatorios, revisiones y una combinación de ambos. Dentro de este marco de regularidad se desarrolla lo que llamamos acciones no habituales sobre el enfermo, como operación, aplicación de rayos, etc., programados para momentos específicos.

La situación se modifica cuando el estado del paciente es calificado por el médico de grave. La asistencia médica se intensifica tanto en cantidad como ocurre en el mayor número de visitas como en calidad, por ejemplo: cirugías más complejas. El enfermo generalmente es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos, lo que restringe aún más sus posibilidades de estado terminal.

Actualmente existen los mismos tratamientos que habían hace dos décadas para combatir el cáncer: la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía. Pero en cada uno de ellos se han dado avances significativos. Uno de los grandes problemas de la Quimioterapia es que destruye tanto las células tumorales como las normales. Pero los científicos han descubierto drogas que controlen los efectos secundarios de la Quimioterapia. De igual forma hasta 1980 se creía que lo mejor era hacer cirugías radicales para remover el tumor. Pero a raíz de que varios estudios mostraron que estas intervenciones no aseguraban un mejor pronóstico, actualmente se hace una mínima incisión. En cuanto a la Radioterapia es posible tener una imagen del tumor

en tres dimensiones para localizarlo más fácilmente y así poder emitir grandes dosis de radiación sin dañar los tejidos sanos.

En la actualidad existe la terapia multimodal, que es la combinación de ciertas terapias obteniendo un mejor resultado en el tratamiento de esta enfermedad.

#### **4.1 EL CONCEPTO DEL DUELO**

El duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, la patria, la libertad, un ideal.<sup>2</sup> Ese agujero en lo real moviliza todo el orden simbólico. Produce un cimbronazo en la estructura donde si la falta es el soporte de la castración, ella pierde su localización y el sujeto es reenviado a un lugar de privación. Desde dicho lugar privado frecuentemente el sujeto se muestra. En la clínica se presenta en ese mostrarse más del lado del fenómeno que del

---

<sup>2</sup> FREUD Sigmund. Obras de Psicoanálisis. Tomo III. Biblioteca nueva, 1981.

síntoma; fenómenos de pasajes al acto, melancolía, anorexias, fenómenos psicosomáticos, finalmente todos esos fenómenos adictivos ante la pérdida de aquél del que podemos enunciar una dialéctica en la que no solo, “eso me falta”, sino también “yo era su falta”.

Freud en relación al conocimiento o desconocimiento de la pérdida del objeto amado propone que hay diferentes tipos de melancolías. A veces, es la muerte lo que arrebató, otras pertenecen a las vicisitudes que la vida amorosa presenta como las decepciones a que en ocasiones el sujeto queda expuesto.

Sin embargo y parafraseando a Freud, no se trataría únicamente de saber a quién se perdió sino lo que se perdió en ese que se perdió. En esta conjetura hallamos, subyace la noción de que para el trabajo de duelo transcurra y no se detenga en la melancolía, es absolutamente indistinto qué pérdida le hace agujero en lo real al sujeto, lo esencial es si en la estructura operó un duelo particular: aquél en que el objeto se constituyó. En algunos sujetos frente a cualquier pérdida de

amor, no puede operarse un duelo y sucumben a la melancolía, subrayo el amor por la reacción del duelo con la elección narcisista del objeto y con el fin, en menos radicalmente sustraído de la imagen especular.

El segundo tiempo comprende estrictamente al trabajo de simbolización que implica un alto gasto de energía de investidura y de tiempo. Se ejecuta pieza por pieza y conlleva un displacer doliente. En el manuscrito de G. Dice que la melancolía en ocasiones es un duelo, un duelo por la pérdida de libido. Creemos que en estos casos es que la problemática del duelo se enuncia y que corre el riesgo ese agujero en lo real de devenir duelo patológico.<sup>3</sup> Es lo que Lacan define como “el problema del duelo es el mantenimiento de los vínculos por donde el deseo está suspendido”.<sup>4</sup>

Esto sería lo opuesto de lo que Freud propone precisamente para el duelo, como lo que culminaría y que situó en un tercer

---

<sup>3</sup> GRASSMAN. Revista Nursing. Convertir el duelo propio en crecimiento personal. Barcelona España. 193 p.

<sup>4</sup> LAPLANCHE. Diccionario de Psicoanálisis. Labor S.A.

tiempo, el trabajo de duelo que el sujeto en una posición activa consume por segunda vez la pérdida, asesinando al objeto, matando el muerto o perdiendo en lo simbólico lo que había sido perdido en lo real. Este paso permitiría investir libidinalmente otros objetos, sustituyendo al perdido.

Las experiencias de pérdida y duelo son fundamentales en el desarrollo emocional de un ser humano es por eso que para comprender las pérdidas y el duelo subsiguiente, es fundamental tener en cuenta que para sobrevivir física y emocionalmente el ser humano establece desde que nace poderosos vínculos de apego afectivo con aquellas personas a quienes lo unen necesidades, sentimientos e interacciones. Las relaciones con ellas pueden ser verbales o no verbales, enriquecedoras o frustrantes, gratificantes o empobrecedoras y aunque se dan a lo largo de toda la vida, las que se establecen tempranamente en la infancia cumplen un papel definitivo en la vida emocional del humano, por su intensidad y significado.

La forma particular como cada paciente reacciona al duelo depende de varios factores, entre ellos qué tan sorprendente es el diagnóstico, si por algún motivo resulta esperable, el momento del ciclo vital en que se manifiesta la enfermedad, las características de su personalidad, los mecanismos adaptativos que haya empleado con éxito en previos momentos difíciles, el balance que pueda hacer de su vida, el tipo de enfermedad y el futuro previsible, la manera como fue informado, el grado de apertura en la comunicación y el apoyo que pueda derivar de su familia.

En todo duelo es posible identificar sentimientos de ansiedad, culpa, temor, depresión, rabia, impotencia, desesperanza, anhelo por el objeto perdido, etc. No obstante, la intensidad y persistencia de la sintomatología que evidencia en ciertos pacientes, permite determinar la existencia de un duelo no resuelto. Desde el punto de vista estrictamente psicológico, se percibe la incapacidad de la persona afligida para entablar y mantener relaciones de amor y en muchas ocasiones para organizar y realizar satisfactoriamente actividades cotidianas.

A todas las edades, las personas en duelo experimentan un mayor riesgo de muerte que las personas casadas del mismo sexo y edad. El incremento de riesgo es mayor para hombres que para mujeres y para ambos sexos, el incremento es mayor en los de menor edad, las causas predominantes de la muerte son : trombosis coronarias y otras enfermedades del corazón, arterioescleróticas o degenerativas. En la parte órgano-neurosis no todos los cambios somáticos de carácter psicógeno merecen el nombre de conversión por cuanto no todos ellos representan la traducción de una fantasía somática al lenguaje corporal.

Las funciones orgánicas pueden ser influidas fisiológicamente por actitudes instintivas inconscientes sin que por ello los cambios que se produzcan tengan siempre un significado psíquico definido. Esta diferencia, con ser muy simple, no siempre es reconocida. Fue definida hace mucho tiempo por Freud, en su artículo sobre las perturbaciones psicógenas de la visión.

El psicoanálisis se halla completamente dispuesto a conceder, e incluso a sostener, que no toda perturbación visual funcional es forzosamente psicógena. Cuando un órgano que está al servicio de dos finalidades exagera la parte erógena es de esperar, en general, que esto no ocurra sin modificaciones en su respuesta a la estimulación y en la inervación, las cuales se manifestarán como perturbaciones del órgano en su función al servicio del yo; y efectivamente, cuando observamos que un órgano que ordinariamente sirve a los fines de la percepción sensorial. Presenta de resultar de la exageración de su papel erógeno, precisamente el comportamiento de un genital, tendremos que esperar a encontrarnos incluso con modificaciones tóxicas en este órgano para los dos géneros de perturbaciones funcionales, nos vemos obligados a conservar, a falta de otro, el terco entre las perturbaciones neuróticas de la visión y las psicógenas es, en general, el mismo que une a las neurosis actuales con las psiconeurosis. Dificilmente pueden producirse perturbaciones psicógenas de la visión sin perturbaciones neuróticas. Si bien éstas últimas por cierto, pueden presentarse sin las primeras.

## **4.2 ORIGEN HISTORICO DEL SENTIMIENTO DE CULPA MITO Y RELIGIÓN**

Freud estudió el conflicto edípico de la familia primitiva en su obra Tótem y Tabú: en la prehistoria, el hombre primitivo vivía en hordas o agremiaciones, en las cuales había un padre vigoroso o jefe de toda la horda y quien tenía el poder sobre todas las cosas incluyendo a las mujeres, quienes eran de su propiedad. Los varones que habitan en esas hordas sentían celos y envidia por el padre, ya que era el único que podía disfrutar de todos los placeres. Si estos varones llegaban a desear a las mujeres para tener relaciones sexuales, eran sacrificados, castrados o expulsados de la horda. Llegó el momento en que los hermanos se asociaron para matar al padre y devorarlo, queriendo de esta forma ocupar el puesto de su padre con todos los beneficios que implicaba. Se produjo la muerte del padre y entonces surgieron los sentimientos de remordimiento y culpa, absteniéndose los hermanos a tener contacto sexual con las mujeres, procediendo entonces el tabú del incesto y la institución de la exogamia.

Ocurre luego la sustitución del padre por un fuerte y temible animal constituyendo el Tótem. Le transfirieron la ambivalencia de sentimientos que habían experimentado hacia aquel. Era amado y odiado. Existía el temor a la retaliación y el deseo de librarse de ese fantasma, lo que impulsó a la destrucción total del Tótem, conduciendo al canibalismo. Periódicamente se establecía una fiesta en la que era sacrificada y comida la víctima por todos los asistentes. Seguía la orgía que rompía con los tabúes.

**4.2.1 Expresiones Del Sentimiento De Culpa.** El sentimiento de culpa es la expresión del conflicto de ambivalencia y de la eterna lucha entre el instinto de vida y el de muerte. Su manifestación no es solo conciente sino inconsciente por medio de la irritabilidad, mal humor, apatía, depresión, trastornos psicosomáticos, entre otros.

Una de las expresiones en que está básicamente contenida la culpa es la del Complejo de Edipo. La relación del sentimiento de culpa con el conflicto edípico es de la mayor importancia y

constituye seguramente uno de los problemas fundamentales que rigen la evolución del individuo.

**Culpa Persecutoria.** MELANIE KLEIN. En su obra "Envidia y gratitud" menciona que la culpa persecutoria aparece tempranamente, es prematura, el yo no la soporta y es vivida como persecución.

La culpa persecutoria es precoz, con un yo débil e inmaduro, se incrementa automáticamente con las angustias, frustraciones o fracasos.

**Culpa Depresiva.** Sentimiento de responsabilidad que permite hacerse cargo de la elaboración del duelo y la reparación del objeto amado.

Su característica es el acuerdo por reparar lo que se siente dañado por los propios impulsos destructivos, este tipo de culpa significa que el yo comienza a establecer relacionados con el superyo.

### **4.3 DEFINICION DEL CONCEPTO DE MUERTE**

La muerte ha tomado diferentes matices de acuerdo con la época, contexto cultural, histórico y humano. El término muerte deriva del latín mors (amargura) y significa extinción, término de la vida, cesación final de las funciones vitales; es decir, por lo que es un trance inevitable de todo ser viviente, por ser mortales.

La O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) define la muerte como la desaparición permanente de todo signo de vida, en un momento cualquiera, posterior al nacimiento sin posibilidad de resucitación.<sup>5</sup>

**4.3.1 Desde el punto de vista filosófico.** Meyer (1983) afirma que la vida y la muerte son verdaderos polos opuestos, vivir significa estar presente. La muerte es todo lo desconocido, es la negación de la vida, o el no ser.

---

<sup>5</sup> LEON, A. La muerte y el morir. Venezuela : Lagoven, 1980, p. 20.

Heidegger opinaba que la muerte es algo propio de cada cual. “Nadie puede quitar su morir a otro”. La muerte es un carácter esencial del existir; pero no es un acontecimiento intramundano; la muerte es la posibilidad más auténtica de la existencia.<sup>6</sup>

El hombre en su existencia trivial y cotidiana trata de ocultarse en lo posible; él niega su certeza a la muerte.

**4.3.2 Desde el punto de vista psicológico.** Jung (1961) define la muerte de la siguiente manera; según Katenbau la muerte es en realidad un hecho temible brutal; no tiene ningún sentido pretender otra cosa. Es algo brutal no sólo como suceso físico; sino mucho más en su aspecto psíquico; un ser humano se aleja definitivamente de nosotros y lo que queda es la fría quietud de la muerte.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> HEIDEGGER, M. El ser y el tiempo. México : Fondo de Cultura Económica, 1980. 2ª. Edición, p. 282.

<sup>7</sup> KATENBAUM, R. Entre la vida y la muerte. Barcelona : Herder, 1984, p. 77.

Ya no hay lugar para esperar alguna relación, porque todos los puentes han caído derrumbados por un soplo.

Freud (1915)<sup>8</sup> en su artículo “De guerra y muerte”, señala como a nivel inconsciente no existe una representación mental de la muerte propia. Cita textualmente : “Hemos manifestado la inequívoca tendencia a hacer a un lado la muerte, a eliminarla de la vida. Hemos intentado matarla con el silencio. La muerte propia no se puede concebir; tan pronto intentamos hacerlo podemos notar que en verdad sobrevivimos como observadores.

En el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad. Con lo anterior comprendemos que aunque el ser humano sabe conscientemente que va a morir, inconscientemente siempre albergará fantasías de que a él no le sucederá, que esto sólo le ocurrirá a los demás.

Otro de los autores psicoanalistas como Melanie Klein, han

---

<sup>8</sup> FREUD. De guerra y muerte. Obras completas. Amorrortu, T. 14, p. 2110.

planteado la presencia de ansiedades muy tempranas en el desarrollo psíquico del ser humano, las cuales son vividas por el niño como un aniquilamiento, destrucción, desintegración y que se relacionaría con la muerte.

Según Melanie Klein estas ansiedades se presentan en todo niño considerándolos normales.<sup>9</sup>

**4.3.3 Desde el punto de vista religioso.** Otro punto de vista a tener en cuenta es el religioso. Para Marquinez Argote y otros, la primera forma de cosmovisión que el hombre ha tenido y que permanece en nuestros días es la cosmovisión religiosa. Esta cosmovisión determina el tipo de relaciones que el hombre religioso establece con su medio y la explicación y comprensión que le da a los sucesos de su vida.<sup>10</sup>

Según Marquinez (1978), esta actitud cosmovisiva de índole religiosa que hay en el hombre le permite estructurar sus

---

<sup>9</sup> KLEIN, M. Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. Obras completas. Paídos.

relaciones con el mundo y sentimientos y prácticas de su vida. El mecanismo fundamental de esta cosmovisión es la fe. El hombre acepta un conjunto de verdades que lo sitúan en el orden de lo sobrenatural y podrá someterlas o no a juicio racional y de esta manera tendrá fe razonada o una fe ciega.

Según el cristianismo muerte en sentido propio significa la separación del alma inmortal del cuerpo. Las Sagradas Escrituras se refieren a la muerte en términos de separación.

La muerte es una ley universal a la cual la humanidad está sujeta. Es una secuencia natural de la unión de un alma inmortal a un cuerpo corruptible y llegará un momento en que esta unión substancial de alma y cuerpo deba romperse, debido a la corruptible del cuerpo para seguir cada uno separado su propio destino.

De tal manera, el cuerpo muere y sigue su proceso de corrupción en la tumba pero en espera de la resurrección final.

---

<sup>10</sup> MARQUINEZ, G. y otros. El hombre latinoamericano y sus valores. Bogotá : Nueva América, 1978, p. 348.

El alma después de la muerte no puede hacer ni perder méritos, o sea, que de su paso a través de la vida y de sus acciones en el curso de ella, dependerá el premio o castigo, que el juicio final le conferirá, esto es la felicidad inmutable o el castigo eternos. Esta idea de juicio final se encuentra enfatizada en las Sagradas Escrituras así como un dogma para el cristianismo.

Para el cristianismo existen diferentes dogmas (verdades que el catolicismo sustenta y defiende).<sup>11</sup>

- Creer en la resurrección de la carne; el alma sigue viviendo y el cuerpo separado, se convierte en polvo. Pero esta separación no será eterna; al final todos los muertos resucitarán con los mismos cuerpos y almas que tuvieron en vida.

- Creer en la vida perdurable

---

<sup>11</sup> ENCICLOPEDIA DE RELIGION CATOLICA. Tomo V. Daimau y Jover S.A. Pasajes Domingo, 1. Bajos. Barcelona, 1956, p. 639.

Los buenos tendrán una vida eterna y que los hombres resucitados no volverán a morir. Este dogma implica otras cinco verdades muerte, juicio, cielo, el purgatorio y el infierno.

Se concibe la muerte como un proceso natural de la vida pero no por esto deja de ser un suceso que angustia, más en este medio cultural actual.

La muerte de una persona no es algo que fácilmente pueda sentirse y aceptarse como una pérdida cualquiera, lo importante es que la persona pueda ser consciente de que puede manejar esa situación y sobreponerse a ella sin que todo su mundo su derrumbe.

**4.3.4 Desde el punto de vista cultural.** Desde el punto de vista cultural, cada vez que estudiamos las culturas de los pueblos antiguos, nos damos cuenta que la muerte siempre ha sido desagradable para el hombre y probablemente siempre lo será.

La muerte en casi todas las culturas está relacionada con malos espíritus y con personas impuras y malas que no deben tocarse y muchos de estos sentimientos de ira, todavía existen en nosotros, aunque no nos guste admitirlo.

La tradición de la lápida sepulcral puede que tenga su origen en el deseo de mantener los malos espíritus allá.

#### **4.4 LA MUERTE PARA EL MUNDO DEL INCONSCIENTE**

Cuando nos sumergimos en el mundo del inconsciente descubrimos que esto es muy comprensible, ya que para nuestro inconsciente, la muerte nunca es posible con respecto a nosotros mismos. Para nuestro inconsciente es inconcebible imaginar un verdadero final de nuestra vida aquí en la tierra y si nuestra vida tiene que acabar, el final siempre se atribuye a una intervención del mal que viene de afuera. En nuestro inconsciente sólo podemos ser matados nos es inconcebible morir por causas naturales o por vejez.

Es así, que la muerte siempre va asociada a un acto de maldad, es algo aterrador, que exige pena y castigo. Nuestro inconsciente no puede diferenciar entre el discurso de matar a alguien cegados por la ira y el hecho de llevarlo a cabo. El niño también es incapaz de hacer esta distinción. El niño enojado que desea que su madre caiga muerta por no haber satisfecho sus exigencias, quedará muy traumatizado por la muerte real de su madre, a pesar de que el acontecimiento no sea muy próximo en el tiempo a sus deseos destructores.

Siempre se atribuirá todo o parte de la culpa de su muerte; se dirá, a sí mismo "yo lo hice, yo fui malo y por eso mamá me abandonó". Esto también ocurre si el niño pierde a uno de sus padres por divorcio, separación o abandono.

Para el niño la muerte no es permanente, cada uno de ellos fabricará fantasías sobre el volver de sus muertos.

Tal vez esto tenga que ver con las antiguas culturas (americanas, griegas y egipcias), las cuales proveían a sus

muertos de comida y de sus pertenencias para tenerlos contentos.

A medida que nos hacemos mayores, empezamos a darnos cuenta de que nuestra omnipotencia en realidad no existe, de que nuestros deseos no son tan poderosos como para hacer posible lo imposible y así el miedo y la culpa disminuyen. Sin embargo, todo esto se mantiene atenuado solo mientras no se le provoque con demasiada fuerza.

Parte de sus vestigios pueden verse a diario en los pasillos de los hospitales y en las casas funerarias. Incluso cuando en un matrimonio que lleva años peleándose, uno de los dos muere, el superviviente se mesará los cabellos, gemirá y llorará sonoramente y se dará golpes de pecho lleno de arrepentimiento. A partir de ese momento temerá su propia muerte, más que antes, creyendo todavía en la Ley del Talión –

ojo por ojo y diente por diente, “soy responsable de su muerte y tendré que morir de un modo cruel como castigo”.<sup>12</sup>

Según S. Freud y la escuela psicoanalítica, en el fondo (inconsciente) nadie cree que en su propia muerte, o lo que es lo mismo, que en el inconsciente todos nosotros estamos convencidos de nuestra inmortalidad.

Nuestro inconsciente, no conoce, en general, nada negativo, ninguna negación (las contradicciones se funden en él) y por tanto, no conoce tampoco la muerte propia, a la que sólo podemos dar un contenido negativo. Este es el secreto del heroísmo “no puede pasarme nada”. Nuestro inconsciente no lleva al asesinato, se limita a pensarlo y desearlo. Nuestro inconsciente asesina, por pequeñeces, incluso.

Nuestro inconsciente es tan inaccesible a la idea de la muerte propia, tan sanguinario contra los extraños y tan ambivalente

---

<sup>12</sup> KUBLER-ROSS, Elizabeth. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo .S.A. 1974

en cuanto a las personas queridas, como lo fue el hombre primordialmente. Recordaremos la antigua sentencia "si quieres soportar la vida, prepárate para la muerte".<sup>13</sup>

#### **4.5 EL COMPLEJO DE CASTRACIÓN SEGÚN FREUD**

El complejo de castración designa una experiencia psíquica compleja, vivida inconscientemente por el niño a los cinco años aproximadamente y que es de decisiva importancia para la asunción de la futura identidad sexual.

La esencial de esta experiencia radica en el hecho de que el niño reconoce por primera vez, al precio de la angustia, la diferencia anatómica de los sexos. Hacia ese momento vivía en la ilusión de la omnipotencia; de ahí en más con la experiencia de la castración, podrá aceptar que el universo está compuesto por hombres y mujeres y que el cuerpo tiene límites, es decir, aceptar que su pene de niño jamás le permitirá concretar sus intensos deseos sexuales dirigidos hacia la madre.

---

<sup>13</sup> FREUD, Sigmund. Obras de psicoanálisis. Tomo 1. Biblioteca Nueva, 1981

La organización del complejo de castración en la niña es muy distinta en su momento al del niño, pero su punto de partida es similar, en donde hay un sostenimiento sin distinción de la ficción que se le atribuye un pene a todos los seres humanos, en el segundo momento, se encuentra la importancia de la separación del niño con su madre en el momento preciso que la descubre cuando, es decir, ese personaje principal será objeto de angustia y de odio, al igual que todos aquellos seres “tías, abuelos, primas y hermanas”, que carecen de pene, esta confrontación reactiva la fantasía del niño en que le padre debió por sentimientos hostiles parecidos a los que él mismo experimenta. Esta “angustia de castración” aterroriza de tal manera al niño que moviliza una represión masiva y global, que arroja no solamente con lo edipico sino también con la sexualidad infantil anterior.

Según Freud : “La mujer no se consuela jamás de no tener pene y por consiguiente lleva la huella del resentimiento por haber sido alejada en la insatisfacción. En el complejo de castración se reactiva constantemente en la experiencia analítica, en donde se

basa sobre una realidad distinta a la amenaza de castración. Es decir, este se puede intentar dentro de una serie de experiencias traumatizantes en las que interviene igualmente un elemento de pérdida, de separación de un objetivo : pérdida del pecho en el ritmo de la lactancia, defecación pérdidas de seres queridos, mutilaciones en el propio cuerpo, etc. <sup>14</sup>

La significación narcisista del complejo de castración se halla prefigurado : “El pene es ya en la infancia la zona erógena directriz, el objeto sexual autoerótico más importante y su valorización se refleja lógicamente en la imposibilidad de representarse una persona semejante al yo sin estas partes constitutiva esencial. “Posterior a este momento, la fantasía de castración se vuelve a encontrar bajo diversos símbolos : el objeto amenazado puede desplazarse ceguera, castración de dientes, etc. el acto puede deformarse “accidentes, intervención quirúrgica” ó psíquica “locura como consecuencia de la

---

<sup>14</sup> Ibid.

masturbación”, el agente paterno puede sustituirse por “animales angustiantes”.<sup>15</sup>

En conclusión, se podría decir que el niño no puede superar el Edipo y alcanzar la identificación con el padre si no ha atravesado la crisis de castración, es decir, si le ha sido rehusada la utilización de su pene como instrumento de su deseo hacia la madre.

Complejo de castración : Según J. Lacan. Complejo centrado en la fantasía de castración, la cual aporta una respuesta al enigma que plantea al niño la diferencia anatómica de los sexos “presencia o ausencia del pene”. Esta diferencia se atribuye al cercenamiento del pene en la niña.<sup>16</sup> La estructura y los efectos del complejo de castración son diferentes en el niño y en la niña. El niño teme la castración como realización de una amenaza paterna en respuesta a sus actividades sexuales: lo cual le provoca una intensa angustia de castración. En la niña,

---

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> J. Lacan. Diccionario de psicoanálisis.

la ausencia del pene es sentida como un perjuicio sufrido que intenta negar, compensar o reparar.

El complejo de castración guarda íntima relación con el complejo de Edipo y más especialmente con su función prohibitiva y normativa.

La envidia del pene surge del descubrimiento de la diferencia anatómica de los sexos: la niña se siente lesionada en comparación con el niño y desea poseer, como éste un pene (complejo de castración), más tarde, en el transcurso del Edipo, esta envidia del pene adopta dos formas derivadas: deseo de poseer un pene dentro de sí: “principalmente en forma de deseo de tener un hijo”, deseo de gozar del pene en el coito.

Aquí observamos resentimiento hacia la madre que no ha dotado a la niña de un pene, también menosprecio de la madre que aparece así como castrada : renuncia a la actividad física “masturbación, clitorídea”, adquiriendo preponderancia la pasividad : equivalencia simbólica del pene y el niño. La envidia

del pene puede abocar a numerosas formas patológicas o sublimadas.

Esta información se presenta en la Tabla 1, la cual fue extraída de un trabajo de tanatología y cultura realizada por el Dr. Flórez (1980).<sup>17</sup>

## **4.6 FASES DEL PROCESO DE MUERTE**

**4.6.1 Según Avery D. Weisman.** Weisman cree que no existen fases sino reacciones potenciales a pérdidas significativas. Las personas en trance de muerte no siguen una secuencia regular de respuestas que puedan distinguirse claramente y ser ordenadas de forma secuencial.<sup>18</sup>

Las fases, los estudios y las dimensiones de una enfermedad crónica fatal representan una confluencia de los factores psicosociales y las fases clinicoanatómicas.

---

<sup>17</sup> FLOREZ, H. Tanatología y Cultura. Una aproximación fenomenológica (Panencia). Universidad Santo Tomás, 1980.

<sup>18</sup> KAPLAN, Harold y SADOCK, Benjamín. Tratado de 2ª. Edición. Psiquiatría. Tomo II, 1989. Salvat Editores.

Primera fase. Angustia existencial. Esta fase va asociada al choque de descubrir la propia vulnerabilidad y mortalidad. Por ejemplo cuando un individuo se enfrenta a un diagnóstico de cáncer localizado antes de la metástasis o cualquier otra condición clinicoanatómica. El paciente puede preguntarse, ¿Qué significa?, ¿Qué se puede hacer?

Segunda fase. Mitigación y acomodación. Esta fase suele empezar en el período de convalecencia y cuando el paciente reanuda sus actividades, como volver al trabajo o a llevar las riendas del hogar.

Existe la amenaza de un nuevo brote, pero esencialmente se ha recuperado la autonomía.

Tercera fase. Declinar y deterioro. En algunos sentidos, esta fase representa otra transición existencial.

Cuando reaparece la enfermedad después de una larga remisión, algunos pacientes se ven cogidos por sorpresa, otros

son siempre conscientes de que la enfermedad puede reaparecer. Aquí la negación es más difícil de mantener.

Cuarta fase. Situación preterminal y terminal. En algunos pacientes es imperceptible el tránsito del declinar a la preterminalidad. En otros es súbito. En la mayoría se trata de una fase psicosocial distintiva, que podría denominarse el limbo en el que no se dispone de nada más que una paliación y el apoyo. La situación terminal real, la fase de la llamada “espera de la muerte” no puede predecirse con mucha anticipación”.<sup>19</sup>

**4.6.2 Aspectos psicológicos del paciente terminal.** La mayoría de los pacientes con enfermedades terminales sufren una serie de problemas no sólo con el dolor y sus secuelas sino con restricciones y cambios en su estilo de vida, en su trabajo, en su actividad sexual, en la pérdida de seguridad en sí mismos, en el temor a las mutilaciones, a la desfiguración corporal y sobre todo, a un aumento de la dependencia de los

---

<sup>19</sup> ACOSTA, Marcela. La angustia frente a la muerte en el discurso médico. Una aplicación del psicoanálisis. Tesis de postgrado.

demás: es un paciente “maniatado, solitario y abandonado”.<sup>20</sup> Temen también la pérdida del placer, de los seres amados con quienes ha construido vínculos significativos y de los proyectos que lo unían a ellos, de la seguridad y la productividad como lo vimos anteriormente.

Los pacientes terminales tienen que enfrentar la ambivalencia resultante de ser ellos y no sus seres queridos quienes van a morir y requieren de parte de sus terapeutas y del equipo que los atiende en general, de algo así como un permiso para poder expresar los sentimientos de rabia e injusticia por ello, que en el fondo consideran inaceptables, en lugar de tener que negarlos, así como también un permiso para poder hacer un duelo por los seres queridos que han de perder, y por la relación con sus proveedores de cuidados que también ha de terminar.<sup>21</sup>

Kubler-Ross planteó que existen tres niveles posibles de comunicación entre el paciente y los doctores. Son ellos : el

---

<sup>20</sup> ALVAREZ. Dolor, problemática y tratamiento. Op. Cit. 161 p.

<sup>21</sup> FONNEGRA DE JARAMILLO, Isa. Aproximación psicológica al mundo del paciente terminal. Folleto 5.

lenguaje verbal, el lenguaje simbólico no verbal y el lenguaje verbal simbólico. En el primero el mensaje es claro y articulado a un nivel consciente. En el segundo las conductas y actitudes del paciente nos permiten ver sus necesidades y preocupaciones. Como el caso de quien timbra muchas veces en la noche al puesto de enfermería, aparentemente requiriendo pequeños cambios en su posición, en lugar de pedir abiertamente que alguien se siente a su lado, lo escuche y lo acompañe porque tiene miedo. En el tercero se da un mensaje pero su contenido verdadero está latente, escondido detrás de símbolos. Es importante estar atentos a la manera como los pacientes emiten sus mensajes, debemos ser perceptivos y no rehuirlos y rechazarlos abiertamente.

La comunicación es uno de los problemas más graves que afronta el paciente terminal.

Aunque a todo ser humano le asiste el derecho a ser informado en lo que respecta a su salud y a las alternativas existentes para mejorarla, no se trata de aplicar invariablemente el dogma

de informar a cada paciente del 100% de su realidad, pero sí de estar razonable, dispuesto a afrontar con suavidad y a través de un manejo gradual la verdad con los pacientes. Por supuesto, esto depende de la personalidad del paciente, pues una persona que ha sido asertiva y valiente toda su vida, exigirá mucho más información que alguien que haya sido evasivo y huidizo ante la adversidad.

Alvarez (1986)<sup>22</sup> describe que las respuestas emocionales más frecuentes en los pacientes terminales pueden ser categorizados en : depresión, desesperanza, ansiedad, angustia y/o sentimientos de culpa : negación de la enfermedad, pérdida de autocontrol.

En las respuestas emocionales dependen de la cultura, experiencias previas, grado de soporte emocional, sexo, profesión, trabajo, tiempo de conclusión de la enfermedad, estructura familiar y el estado económico.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> Ibid, folleto 5.

<sup>23</sup> Ibid, p. 167.

La mayoría de las personas afectadas por una enfermedad determinada responderán a su enfermedad y a la muerte de una manera semejante pero intensificada según como hayan respondido a otras crisis emocionales en sus vidas.<sup>24</sup>

Schavelzon (1978) enfatiza que “las propuestas psicológicas no corren nunca paralelas con la gravedad del cáncer sino fundamentalmente en relación con la personalidad premórbida previa”.<sup>25</sup>

Cuando ciertos pacientes deducen su diagnóstico entran en una situación de total parálisis en su iniciativa, equivalente a una situación depresiva pero vivida a nivel de su actividad en relación con su cuerpo y acusan de sensación de extrañamiento frente así mismos. Otros sí sospechan que tienen cáncer, por ejemplo, se someten al destino y no actúan.

---

<sup>24</sup> SCHAVELZON, J. Psicología y Cáncer. Horme. Psicología de hoy. Buenos Aires : Paidós, 1978, p. 19.

<sup>25</sup> Ibid, p. 61.

El miedo a la muerte y la impotencia para anular la misma determinan una fantasía de entrega pasiva.<sup>26</sup> La desintegración es un intento desesperado del yo, para evitar la ansiedad. Otras veces pueden identificarse con otros que se han usado y otros hacen una conducta reactiva parecida a una sublimación en el trabajo y se preocupan de que persista un buen recuerdo de ellos dentro de la familia. Son frecuentes, el aislamiento con ideas depresivas. La negación es uno de los mecanismos más primitivos ligados a las primeras etapas del desarrollo.<sup>27</sup>

**4.6.3 Mecanismos de defensa utilizados por el paciente terminal.** Las defensas son aspectos importantes y básicos en el manejo de estas situaciones y los terapeutas necesitan conocer cuáles se están utilizando y si son desadaptadas o no, antes de planear su intervención.

Algunos pacientes atraviesan por una crisis inicial de adaptación, experimentando, desconcierto, rabia, depresión y

---

<sup>26</sup> Ibid, p. 87.

<sup>27</sup> Ibid, p. 88.

finalmente aceptación, seguido por un período de calma relativa.

Comunicarle en forma forzada al paciente una verdad que no quiere oír, puede ser tan perjudicial como la evasión, cuando la utiliza.

Rando, citado por Issa Fonnegra de Jaramillo<sup>28</sup> ha descrito tres a saber :

- Mecanismos que facilitan la huida frente a la amenaza de la muerte y la conservación de la energía (regresión, rendición).
  
- Mecanismos que buscan la exclusión de la amenaza de muerte o su significación de la conciencia (represión, negación, racionalización, despersonalización, proyección).

---

<sup>28</sup> FONNEGRA DE JARAMILLO, Isa. Op. Cit. Folleto 5..

- Mecanismos que persiguen ejercer dominio y control sobre la amenaza de muerte (intelectualización, mecanismos obsesivo-compulsivos, contrafóbicos).

Aunque la escogencia de los mecanismos depende de la historia de cada paciente, parecer ser que la negación es inevitable en el curso de una enfermedad fatal. Existen diferentes clases de negación y combinaciones particulares de negación-aceptación.

Según Jaramillo, Issa (1987) la persona puede excluir la amenaza de muerte de su conciencia apelando a la represión. También puede emplear la disociación y así sabrá de su muerte intelectualmente aunque emocionalmente se sienta incapaz de asimilar, o podrá apelar a formaciones reactivas. Tratando de disfrazar su situación actual, sus limitaciones. Otros pacientes pueden manejar la dolorosa situación con una gran frialdad y distancia, utilizando la intelectualización y llenándose de conocimientos sobre su enfermedad sin ningún compromiso emocional aparente.

Otros pueden manejar obsesivamente las órdenes de los médicos, buscando un control mágico sobre su enfermedad, o asumir comportamientos demandantes y exigir de sus familiares y amigos satisfacción de todas sus necesidades infantiles correspondientes a mecanismos regresivos.

Siguiendo a Stedeford (1979), muchos pacientes utilizan el desplazamiento, dirigiendo sus sentimientos y emociones hacia otros; pero puede causar sufrimiento a aquellas personas que se han convertido en el foco de este paciente.

Muchos pacientes pueden con frecuencia presentar estados paranoides. El reconocimiento inconsciente de que pronto va a morir, puede tener la creencia de que alguien está tratando de matarlo y puede convertirlo en temor o agresión como una forma de defensa personal.<sup>29</sup>

Según Stedeford (1979) esto ocurre en estados confusionales agudos, derivados posiblemente en el desencadenamiento de

---

<sup>29</sup> STEDEFORD, Op. Cit. P. 13.

una sintomatología psicótica. Muchas veces la culpa que experimentan los pacientes por hechos sucedidos en el pasado y pueden aparecer como ideas persecutorias y alucinaciones auditivas acusatorias. Con este tipo de pacientes es recomendable una psicoterapia.

Ellos son capaces de relacionarse y lograr una empatía y pueden después de un episodio establecer la relación entre las experiencias psicóticas y su verdadera culpabilidad o miedos. Cuando esto sucede tienden a desaparecer sus experiencias patológicas.<sup>30</sup>

Continuando con Stedefor (1979); existe un nivel de dependencia, acertado para cada fase de la enfermedad y el terapeuta puede ayudar al paciente a lograrlos.

En la fase terminal, los intentos desesperados que hacen los pacientes por mantener su independencia pueden ocasionarle

---

<sup>30</sup> Ibid, p. 15.

sufrimientos a él y a su familia, ya que una persona que está decidida a caminar sin ayuda a pesar de que se cae con frecuencia y se hace daño física y psicológicamente, necesita ayuda para aceptar que no es vergonzoso aceptar una ayuda. Los pacientes que han sido unos “luchadores” necesitan un permiso para dejar de luchar y al recibir esto, obtienen un gran alivio al dejar “la lucha”.<sup>31</sup>

Al final de la enfermedad, es aconsejable la regresión, ya que ésta permite al paciente aceptar la ayuda y atención que necesitan sin perder su dignidad personal.<sup>32</sup>

#### **4.6.4 Temores del paciente terminal**

- Temor a la muerte en sí
- Temor a lo desconocido
- Temor al dolor físico y sufrimiento
- Temor a la pérdida de partes del cuerpo

---

<sup>31</sup> Ibid, p. 15.

<sup>32</sup> Ibid, p. 16.

- Temor a inspirar compasión
- Temor a dejar a su familia y sus amigos
- Temor a la soledad por abandono de los demás
- Temor a perder el control de sí mismo y la autonomía en la toma de decisiones..
- Temor a la regresión
- Temor a morir privados de su dignidad
- Temor a la soledad

Desafortunadamente en la mayoría de casos los pacientes sienten temor a compartir sus miedos, pues temen inquietarlos, preocuparlos y causarles más sufrimientos, lo cual representa para el paciente un permanente silencio y, por consiguiente, aislamiento.<sup>33</sup>

Ante la inminencia de la muerte el paciente se hace cuestionamientos como por ejemplos : ¿qué es el más allá? ¿Qué le ocurrirá a mi cuerpo? ¿Cómo arreglar mis cosas?

---

<sup>33</sup> KUBLER-ROSS. Questions an answers on death and dying New York : Mc Millan, Publishing Co., 1979, p. 105.

El temor a la soledad se ve incrementando por la tendencia de muchas personas a evitar el contacto directo con el moribundo. Esto se agrava si se analiza el porcentaje de pacientes reclusos en hospitales en espera del momento final.

En la mayoría de los casos el cuidado se ve reducido a lo que hacen las máquinas y los medicamentos pero el contacto humano se ve disminuido, imperando así el aislamiento que constituye la causa principal del sentimiento de soledad.

Para Shoemberg (1971), la soledad del moribundo conduce a la depresión analítica. Esta depresión es debida no a la pérdida sino a la separación, al sentimiento de hallarse lejos de los seres amados.

Para León (1980), el enfermo mental experimenta dolor y simultáneamente la sensación de abandono, la pérdida de identidad y el surgimiento son mayores y la efectividad de las drogas es escasa. Pero si el paciente se halla rodeado de seres queridos y aún se siente identificado con ellos, tolera el dolor y

las drogas se vuelven más efectivas, porque no sufre simultáneamente la sensación de abandono, de “no persona”.<sup>34</sup>

León afirma que “el paciente terminal se halla más urgido que cualquier otro de ser identificado como un ser humano y no como el receptor desafortunado de una enfermedad incurable”.

#### **4.7 LA MUERTE, EL MORIR Y EL DUELO VISTOS DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS PROFESIONALES**

Todos participamos de la influencia de una sociedad negadora de la muerte y adoradora con cambio de la juventud, del vigor físico y de la salud como sinónimos de inmortalidad.

Basta con mirar desprejuiciadamente a nuestro alrededor para darnos cuenta de que existe un tabú social respecto a este tema: no hay buen lugar ni ocasión propicia para hablar de la muerte sin que se nos tache de pesimistas, lúgubres, morbosos,

---

<sup>34</sup> LEON, Op. Cit. P. 140.

hasta el punto de que incluirla en nuestros temas sociales de conversación es de mal gusto.

Esa necesidad imperativa de rehuir y negar la dolorosa realidad de la muerte abarca también los curriculums de nuestras facultades en el área de la salud, en medicina, enfermería y psicología; definitivamente no recibimos ningún entrenamiento para enfrentar la muerte, ni se da la oportunidad a los estudiantes de cuestionarse con respecto a sus propios temores, mitos, ansiedades y actitudes erróneas frente a ella. Todos nosotros hemos sido formados omnipotentemente para curar, para mejorar, para desafiar la muerte y entonces, el paciente moribundo representa la concreción de nuestro fracaso y no sabemos cómo manejar esa demoledora sensación de impotencia, en cuál compartimiento de nuestra formación profesional incluir el temor sin nombre que ese ser experimenta.

La profunda ansiedad de desintegración, el dolor físico incapacitante, la soledad del final, el miedo sin nombre que ese

ser experimenta. La profunda ansiedad de las preguntas que tienen que quedarse sin respuesta.

Alrededor del paciente terminal, surgen problemas muy específicos como son el manejo de la información, el manejo de los síntomas y del dolor y las necesidades emocionales y espirituales que se considera importante, afrontar aquí desde cinco perspectivas diferentes, a saber :

- **Perspectiva médica.** Como ya se ha dicho por la misma formación que obtienen los métodos donde la idea fundamental es que con su destreza y recursos científicos de que disponen, curarán tal enfermedad, por lo tanto, ven a la muerte como un enemigo que los desestabiliza y experimentan grandes dificultades en encontrar un equilibrio entre un profesionalismo desligado emocionalmente y cuidado personalizado el paciente moribundo.

Además la medicina paliativa todavía es considerada como de inferior estatus a la medicina curativa; de ahí que dentro de la

jerarquía de un hospital general, el orden de interés va en primer lugar a los pacientes agudos que ofrecen al médico oportunidades de lucir todas sus habilidades y curar; luego a los pacientes con enfermedades crónicas y finalmente a los incurables o terminales a cuyos pabellones con frecuencia asignan personal menos entrenado por cuanto se trata de cuidados rutinarios poco exitosos donde no se le consulta ya al paciente sobre los procedimientos que se llevan a cabo; tan sólo se exige su colaboración, a pesar de que se trata de su enfermedad y su cuerpo.

Sin embargo, por fortuna existe hoy en día una naciente tendencia a un cuidado continuo y compartido del paciente terminal, es decir “poner vida en sus días y no simplemente días a su vida”.

Dentro de esa idea se trabaja en forma pluridimensional con el paciente moribundo abarcando el buen control de síntomas, el soporte psicológico, así como también la ayuda a la familia, todo ello realizado siempre con la real filosofía del equipo

interdisciplinario, médico, psicólogo, enfermeras, sacerdotes, trabajadores sociales, familia, ofreciéndole siempre el paciente respecto a su autonomía.

Es decir, a medida que ha transcurrido el tiempo la actitud del personal médico hacia este tipo de pacientes ha ido evolucionando en forma positiva contribuyendo así, a una mejor unión de al muerte.

- **Perspectiva religiosa.** Es de gran valor la ayuda espiritual para aquellas personas cuyas creencias religiosas de cualquier credo representan un apoyo y una fuente innegable de fortaleza interior para aceptar la muerte.

Es importante una actitud respetuosa y oportuna hacia el paciente con el fin de que se beneficie de la ayuda que provee un pastor espiritual, llámese sacerdote, ministro o rabino, cuando la persona de hecho consciente su final cercano.

- **Perspectivas familiares.** La familia vive una situación de dolor prolongado, pues una vez muere la persona, se terminan los problemas para ese paciente, más no así los de sus familiares, quienes después de un largo período de cuidados y sacrificios, deben entonces continuar elaborando un proceso de duelo que afecta de diferentes modos a cada uno de los miembros de su familia.

Si consideramos la familia como un sistema, la muerte de un miembro implica, primero la desorganización de todos los subsistemas y luego su reorganización para adaptarse tanto a nivel de los cambios en los roles como en la comunicación, las interacciones y las necesidades. A veces como nuestra sociedad tiende a negar lo triste y doloroso, nos encontramos con que frecuentemente se ensalza y se reconoce la fortaleza y la valentía entre los deudos. Frases como "ni una sola lágrima", "contrólate un poco", "el tiempo todo lo sana", etc., ilustran muy claramente la poca permisividad y tolerancia que muchas familias manifiestan frente a las situaciones que conllevan tristeza y hondo dolor.

- **Perspectiva psicológica.** Seguramente ninguno de nosotros concibió como posibilidad, el ejercicio de la práctica psicoterapéutica, al ser humano en su última etapa.

Cada día se comprueba más la utilidad de la asistencia psicológica y el enorme beneficio que representa para una persona el poder contar con una relación cercana a lo incondicional que si puede resistir su enorme carga de angustia, relación capaz de digerir con cariño la información tan dolorosa para el paciente, eliminando así la penosa sensación de estar aislado, rodeado por un muro de incomprensión y silencio.

Esta terapia es una actividad desgastadora pero tiene particularidades como son :

- Planteamiento de metas a corto plazo
  
- El empleo de herramientas como son la catarsis, la clasificación, el señalamiento y la interpretación.

En cuanto al psicólogo, se requiere una adecuada elaboración de sus duelos así como su conocimiento vivencial del proceso que ellos suponen.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> FONNEGRA DE JARAMILLO, Isa. La muerte, el morir y el duelo vistos desde diferentes perspectivas profesionales.

## 5. DEFINICIÓN DE VARIABLE

### OPERACIONALIZACION

| VARIABLE        | DEFINICIÓN CONCEPTUAL   | NIVEL DE MEDICIÓN | ESCALA  | INDICADORES   |
|-----------------|---|-------------------|---------|---|
| Duelo           | Reacción o sentimiento de dolor del paciente diagnosticado con cáncer pulmonar ante la pérdida de su propia vida. | Cualitativo       | Nominal | Edad, sexo, estado civil, situación económica, etapa del duelo, esquema corporal, emociones, antecedentes personales, antecedentes familiares, mecanismos de defensa utilizado. |
| Cáncer pulmonar | Enfermedad en la que se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del pulmón asociadas a fumadores. | Cualitativo       | Nominal | Tiempo de exposición, características de la enfermedad, ingreso del paciente al I.S.S., estado grave, estado terminal, tratamiento.   |

## **6. METODO**

### **6.1 DISEÑO**

Para este informe final se utilizó el estudio de casos en el cual se parte del efecto hacia la causa. Aquí ya la patología está incubada. Se necesita saber qué la produjo. En este estriba la indagación, para ello se realizan esfuerzos implementando estrategias que conduzcan hacia la determinación y desencadenamiento de la patología.

Para conseguirlo se seleccionan grupos de individuos en determinados casos y controles, caracterizados por una enfermedad o evento, lo que debe ser comparado con características pasadas, llamadas factores de riesgo y allí observan la influencia de estos últimos en la generación de enfermedades cuya etiología se debe establecer. Por las

consideraciones hechas anteriormente, este tipo de estudio es metodológicamente retrospectivo.<sup>36</sup>

- De igual forma el paradigma en que se fundamenta este informe final de investigación es el cualitativo descriptivo, el cual se refiere a la información de tipo verbal describiendo algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos para destacar los elementos esenciales de su naturaleza. De esta forma se pueden obtener las notas que caracterizan a la realidad estudiada.<sup>37</sup>

## **6.2 POBLACION**

La población a utilizar en este proyecto son pacientes diagnosticados con cáncer pulmonar crónico que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto de Seguros Sociales Clínica de los Andes de la ciudad de Barranquilla.

---

<sup>36</sup> REALES, Adalberto. Socio – investigación. 112 – 113 p.

<sup>37</sup> CASTRO, Luis. Diseño experimental sin estadística. México. 1998.

### **6.3 TÉCNICAS O INSTRUMENTO**

Los instrumentos que se utilizaron para recoger los datos es la entrevista clínica y la historia clínica. La entrevista clínica será abierta para los primeros contactos con los pacientes y semiestructuradas posteriormente, las cuales arrojarán una información amplia que será registrada sesión por sesión con cada paciente.

Además, se efectuarán la historia clínica respectivamente a cada paciente, la cual constará de varios ítems como : datos de identificación, motivo de consulta, antecedentes familiares, escolares y socioafectivos, de igual modo el diagnóstico, el pronóstico, y el análisis de funciones. (Ver Anexo A).

El contexto de la investigación cualitativa, la entrevista abierta y no formal es un instrumento muy útil para indagar un problema y comprenderlo tal como es conceptualizado e interpretado por los sujetos estudiados, sin imponer categorías preconcebidas.

Como afirma Patton (1980), el objetivo de la entrevista cualitativa es conocer la perspectiva y el marco de referencia a partir del cual las personas organizan su entorno y orientan su comportamiento.<sup>38</sup>

En la investigación cualitativa, el entrevistador es ante todo un facilitador del proceso de comunicación entre dos personas, su papel es inducir profundidad y detalles en las opiniones de entrevistado, inspirar confianza, escuchar activamente y atender tanto el comportamiento verbal y no verbal, se debe formular preguntas abiertas, por lo cual debe estar preparado para aceptar cualquier respuesta posible sin reaccionar positiva o negativamente.<sup>39</sup>

Dentro de la entrevista cualitativa se utilizará la entrevista informal conversacional, donde las preguntas se formulan en torno a un asunto que se explora ampliamente sin usar ninguna guía que delimite el proceso. En la entrevista

---

<sup>38</sup> CASTRO, Luis. Diseño experimental sin estadística. México. 1998.

<sup>39</sup> CASTRO, Luis. Diseño experimental sin estadística. México. 1998.

cualitativa, el tipo de pregunta varía de acuerdo con el objetivo de estudio y los requerimientos de información pueden indagar sobre diferentes aspectos; existen seis tipos de preguntas con la que puede realizar entrevista cualitativa.

La entrevista no directiva es el método del examen clínico en el sentido que se basa en una conducta de escucha del sujeto con la finalidad de comprenderlo lo más completamente posible en su contexto propio, es decir, en su singularidad y en su historicidad. Es un procedimiento de conversación libre del sujeto que se acompaña de una escucha receptiva del investigador con el fin de recoger datos personales. Escuchando atentamente a la persona entrevistada el investigador también tendrá que facilitar su expresión, tendrá que motivarla para que prosiga su relato y tendrá que conducirla hacia los caminos más susceptibles de proporcionar informaciones acerca de los objetivos de la investigación. De este modo, el investigador sirve de guía dándole al sujeto la posibilidad de completar, matizar, corregir, desarrollar su propia respuesta. No formula ningún consejo o sugerencia.

Este tipo de entrevista es el mejor modo de aproximación de un estudio en profundidad, se realiza con un número limitado de personas. Su finalidad es estudiar las singularidades de los individuos y descubrir los significados profundos de los fenómenos. Desde este punto de vista es un método de estudio que coincide con las tendencias actuales de la investigación en Ciencias Humanas.

El papel que plantea específicamente el método de la entrevista no directiva es el de la creatividad de los datos.

La estrategia que hay que aplicar en este caso es un largo trabajo de campo asociado a una gran competencia del investigador que debe efectuar constantemente y de un modo inmediato un análisis del discurso, descubrir las posibles contradicciones y, si es necesario, orientar de un modo distinto la entrevista para que el sujeto corrija o matice sus afirmaciones y para favorecer la emergencia de índices reveladores.

La agilidad y el dinamismo que permite la entrevista no directiva son una garantía de la credibilidad de la información. La triangulación interna (o crítica de identidad) es importante tenerla en cuenta aquí en lo que afecta a los informadores y servirá a la crítica de autoridad. En otros términos, conocer bien a los individuos en sus componentes esenciales en cuanto a sus características y cualidades de observadores.

#### **6.4 MUESTRA**

Son dos personas diagnosticadas con cáncer pulmonar las cuales tienen como características principales o en la última fase de su enfermedad y que son fumadores (tabaquismo).

Teniendo en cuenta que es un estudio de casos cualitativos, se escogió sujetos con las siguientes características, diagnosticado, con cáncer pulmonar, fumadores crónicos, pertenecientes al instituto de los seguros sociales, adultos en edad intermedia de ambos sexos que están en fase terminal.

Con el instrumento historia clínica se obtendrá información más amplia de cada una de las muestras, su historia personal, estilos de vida.

## **6.5 PROCEDIMIENTOS**

El equipo de investigación, asume el interés por trabajar en el tema de elaboración de duelo en pacientes con cáncer pulmonar, ya que pocas veces el psicólogo interviene en éste tipo de problemática.

Con base a este interés se inició la búsqueda de pacientes en diversas instituciones de salud, sin embargo en el Instituto de los Seguros Sociales al ubicarse al paciente se encontró una dificultad, ya que estos eran abordados en consulta externa, se realizaron visitas domiciliarias para obtener la información necesaria. Inicialmente se realiza el encuadre de las entrevistas, en la cual se establecieron horarios y objetivos de los mismos, aclarando que en ningún momento se realizarán psicoterapias.

Posteriormente precedimos a la aplicación del instrumento, la cual se realizó en varias sesiones.

En la primera sesión se trabajó la empatía con el paciente y su familia. En los siguientes encuentros se procedió a recolectar información a cerca de la identificación personal, historia familiar, social, educativa y laboral del entrevistado. En las siguientes sesiones, se realizó una semiología o examen mental e indagamos de cómo el paciente se enteró del diagnóstico el impacto que éste causó en él, el significado de la enfermedad para el paciente, sentimientos presentes, participación en el tratamiento y otros.

Una vez obtenidos todos los datos se procedió al análisis de los datos, para ello tuvimos en cuenta el lenguaje corporal, los mecanismos de defensa, las emociones, las resistencias.

Y finalmente se diseñó el informe de los dos análisis de los casos abordados.

## **8. RESULTADOS**

### **8.1 DESCRIPCION Y ANALISIS DE LOS CASOS**

#### **CASO No. 1**

Paciente de 55 años, de sexo femenino, diagnosticada con cáncer pulmonar, casada y separada hace 18 años con cuatro hijos, natural de Barranquilla.

La paciente fue atendida en su domicilio, en estado caquectico, se encontraba en la habitación acostada, la expresión de su rostro muestra tristeza y apatía, los rasgos caídos (fascies lánguida), ojos abiertos y mirada fija, consciente, orientada en tiempo y espacio, el sueño está comprometido (insomnio de conciliación); su hermana refiere “que pasa todo la noche y el día sin dormir, quejándose y tosiendo”.

Se observa hipoproxesia de la forma espontánea hacia los estímulos externos e hiperproxesia hacia los síntomas y causas de su enfermedad, por atención polarizada o morbosa a nivel cualitativo; conserva su sentido de percepción y su memoria.

A nivel del contenido del pensamiento se observa ideas de culpa siente la enfermedad como castigo y dice que el diablo se la va a llevar porque Dios no la va a perdonar.

En la esfera afectiva la paciente refiere “tener profunda tristeza” y ahora no quiere moverse de la cama. Su lenguaje es bradilálico e hipomímico.

La conducta motora está comprendida debido a la enfermedad. Su juicio y raciocinio se encuentra conservado.

Manifiesta la hermana de la paciente que “ha sido fuerte durante toda su vida, desde joven ha trabajado porque son huérfanos; cada uno le tocó buscar la forma como mantenerse. Luego se casó y su esposo la maltrataba verbal y físicamente,

cuando tuvo cuatro hijos se separó de él (la abandonó) y se fue a vivir a un pueblo cercano de Barranquilla, desde ese momento empezó a fumar y a beber todos los días; como si no le importara nada.

Continúa diciendo que ella era una persona muy sola, no comentaba nada de sus cosas, no tenía muchas amistades nunca se le vio llorando, a pesar de las cosas que le pasaban; siempre mantenía una cara de seriedad que parecía amargada; solo se sentía bien fumando y creía que de esa forma se le iban a solucionar los problemas.

“Cuando fallecieron mis padres ella tenía 12 años y junto con un hermano se encargaron de organizar el funeral y no le vi derramar una sola lagrima. Ella soportaba bastante; de mis hermanas era la más fuerte”.

La paciente vivía con sus hijos la mayor era casada se encontraba embarazada; era sumisa, acataba las órdenes era

muy sentimental y siempre acompañó a la madre durante las horas de la tarde.

María la segunda de las hijas de 23 años, de profesión nutricionista, fue la única que ingresó a un plantel universitario, bastante colaboradora con la madre. Poco emotiva refiere “que le cuesta mostrar sus sentimientos” se mantiene tranquila y un poco diferente ante la enfermedad de la madre.

Juan de 25 años, “siempre fue trabajador, no se mantenía en su casa se desaparecía de la casa durante 2 ó 3 días y Luego aparecía malgeniado, actualmente no sabemos donde localizarlo para informarle sobre la salud de la mamá nos dicen que esta prestando el servicio pero no estamos seguros.

Carlos de 18 años; actualmente convive con una joven de 16 años que posiblemente está en embarazo; tememos por él, porque anda con un grupo de amigos que en el barrio son peligrosos tienen fama de ladrones y drogadictos, son

pandilleros y mi hermano me dijo que había probado droga pero no se deja ayudar, no quiere venir a ver a mi mamá”.

El esposo de la paciente se casó nuevamente y en el momento la paciente refiere sentir un odio muy grande por él dice: “si lo vuelve a ver lo mataría” (marcada agresión).

El tipo de familia es una familia disgregada dado que la comunicación y el contacto es pobre y sus miembros son independiente uno de otro. Cuando aparecen los primeros síntomas, la enfermedad ya va avanzada.

Empezó con una tos constante y dolor torácico, ella pensaba que era una gripa, pero se preocupó cuando expectoraba sangre. De inmediato trasladaron a la paciente a Barranquilla al I.S.S., donde fue diagnosticada con cáncer de pulmón, se hospedó donde una hermana dado que la hija no podía cuidar de ella adecuadamente pues ella también trabajaba. En casa de la hermana se le compartía una habitación con una sobrina, que empezó a sentir miedo de dormir con ella; pues la paciente

desmejoraba progresivamente el exceso de tos y la dificultad para respirar no la dejaba dormir.

La paciente siempre se le encontraba dándole la espalda a la puerta de acceso a la habitación cuando alguien llegaba a visitarla cerraba los ojos y fingía dormir (actitud característica de los sujetos en fase terminal).

La paciente dice que la enfermedad es como un castigo; “no sabe porque Dios la pone a sufrir tanto” dice que “lo que quiere es no sentir ese dolor tan grande”. Y argumenta que Dios no responde sus oraciones. Ella tiene cosas que hacer todavía, tiene que dejar bien a sus hijos; tiene que dejarlos organizados (fase de negación).

Dice que el diablo se la va a llevar, que va a venir por ella. En los pocos momentos en que duerme refiere que “lo puede ver llamándola” que “Dios no la va a perdonar”, en esos momentos guarda silencio y luego pide que le traigan un poco de jugo, el cual no toma (actitud ambivalente).

La relación de la paciente con los padres fallecidos en su infancia era de dependencia con la madre; quien falleció de una insuficiencia cardíaca, la paciente dice que se sintió muy triste pero esa tristeza no duró mucho; al mes siguiente murió el padre y según relatan los hermanos no lloró.

### **DIAGNOSTICO GNOSOGRAFICO CASO No. 1**

La paciente se encuentra en estado terminal (aspecto orgánico) y a nivel psicológico, presenta un diagnóstico gnosoográfico de reacción depresiva. Es una reacción puesto que es secundaria a un estado orgánico de deterioro irreversible que moviliza habitualmente estados depresivos, intensos y progresivos que terminan conjuntamente con el fallecimiento del paciente. Es una depresión reactiva, puesto que la paciente presenta dentro de sus funciones psíquicas alteradas con mayor intensidad, la afectividad caracterizada por marcada tristeza, retraimiento, ya que el paciente no solo está padeciendo por el dolor físico causado por el cáncer y sus secuelas, sino con vejación psicológica motivada por las inesperadas restricciones y

cambios en su estilo de vida, pierde seguridad en ella misma y comienza a depender de los demás, teme la pérdida de sus ilusiones y los planes del futuro.

Todas estas pérdidas y temores las podemos observar en la paciente de cáncer pulmonar, es una paciente que sufre mucho dolor; que le restringe su estilo de vida, hasta el punto que la paciente deja de trabajar, tiene que cambiar una vida activa por una pasiva. Tiene que pasar de ser autónoma a ser dependiente de otras personas y esto, teniendo en cuenta los rasgos de personalidad le producen angustia ocasionando un gasto de energía psíquica pues la realidad le exige "adaptarse" y "aceptar" su enfermedad que le está mostrando sus límites, le está mostrando su propia castración, de allí que la paciente no acepta el morir y argumenta que todavía tiene cosa que hacer tiene que esperar hasta que sus hijos se "organicen" pues en su posición ellos no pueden vivir sin ella.

## **DIAGNOSTICO DINÁMICO**

Al estar la paciente frente a una situación que lleva implícito pérdidas se produce en la paciente una disminución de su humor, se observa triste, sin embargo repite la forma de manejar sus situaciones de crisis y es la de no llorar y aparentar una actividad que no está de acuerdo a la realidad clínica que ésta vive.

Sin embargo a la pregunta sobre su futuro, sus planes de vida deja de enmascarar la tristeza porque inconscientemente ya está imaginando que lo que tiene la va a llevar a un fin y no va a poder "concluir sus planes" y se revela entonces, un temor a las pérdidas.

Lacan, afirma que : "la causa del temor a la muerte no es solo lo desconocido sino lo que se va a perder".

La no aceptación de la muerte de la paciente asociado al temor que expresa de Dios cuando dice que "Dios no la va a

perdonar” “que el diablo se la va a llevar”, habla de los sentimientos de culpa, por el temor a la castración imaginaria.

La figura de autoridad está representada por su superyo punitivo y severo con su yo, a tal punto que no la va a perdonar y una entidad castigadora y mala “el diablo” se la va a llevar, para que pague lo que hizo. Esto la hace temerle a la muerte pues, culturalmente se cree que si Dios no nos perdona estaremos condenados en el infierno.

Uno de los mecanismos de defensa que utiliza la paciente es la negación y el aislamiento que se ve en esa frialdad y la distancia que hay al querer saber de su enfermedad y aislarse de las personas que están ligadas afectivamente a ella se observa esto cuando personas que se acercan a la habitación donde se encuentra, ésta permanece de espalda a la puerta y cuando llegan a visitarla cierra los ojos negándose así la posibilidad de contacto con personas externas y situaciones que puedan producirle placer (despliegue narcisista por regresión a estados

orales del desarrollo), es la expresión máxima de la función de muerte, la búsqueda de la inexistencia.

Es interesante, analizar también la relación objetal que la paciente tenía, la rigidez de la figura materna y la dependencia con ella misma desarrollaron en la paciente un super yo severo y una necesidad de protección.

### **CARACTERÍSTICAS DEL DUELO**

De igual modo, la paciente no ha elaborado completamente las fases del duelo; a pesar de que hace diez meses conoce su diagnóstico. Se muestra una mezcla en la primera y segunda fase : rabia y negación, acompañados de sentimientos como : tristeza, apatía, culpa, enfermedad como castigo, insomnio, aislamiento, odio hacia el esposo, hiperproxia hacia los síntomas y causa de la enfermedad, descuido en la primera etapa de la enfermedad como negación y autoagresión, desconocimiento del diagnóstico como negación, angustia ante el abandono a sus hijos para ayudarlos; cambio de vida de

activa a pasiva. La paciente falleció en el mes de diciembre de 2000 esquemáticamente se presenta en el siguiente cuadro los aspectos psicológicos del proceso de duelo.

|                       |   |
|-----------------------|---|
| TEMOR A LA MUERTE     | - Insomnio de conciliación  |
| FUNCION PSÍQUICA      | - Afectividad afectada (hipotimia)<br>- culpa persecutoria<br>- tristeza, rabia, apatía |
| SITUACIÓN DE ABANDONO | - Huérfana<br>- Traslados<br>- Separación<br>- Enfermedad terminal                      |
| DEFENSAS              | - Negación<br>- Regresión (repliegue narcicista)  |

## **CASO No. 2**

Paciente de 45 años de edad, de sexo masculino, abogado con diagnóstico de cáncer de pulmón derecho. Relata el paciente que hace aproximadamente dos años, consultó al médico en Valledupar por presentar una fiebre alta y un fuerte dolor torácico, le realizaron una biopsia, la cual reportó cáncer. El médico ordenó operación inmediata, manifestando que después de ésta, quedaría completamente recuperado.

Posterior a la cirugía (30 días) comenzó a abrirse la herida, la cual manejaron con antibióticos. Después de 45 días, volvió a presentar fiebres altas, acompañada de disnea, secreciones purulentas de la herida, tos, vómitos y dolor torácico acentuado. Motivo por el cual lo internaron en una clínica particular durante un mes y allí le realizaron una ventana quirúrgica (Broncoscopia) pero un mes después detectaron la presencia de una pseudomona (bacterias), cinco meses después fue intervenido nuevamente para cerrarle la herida, la cual no cerró porque la bacteria resiste. Actualmente el paciente presenta herida abierta con fístula broncopleural y disnea de pequeños esfuerzos.

Sus relaciones con la familia fueron cordiales, pero ésta siempre dependió de él, a raíz de la enfermedad es él quien depende de ella.

Con sus amigos y compañeros de trabajo es un líder organizador y agresivo, le gusta leer, el cine, la música y su trabajo.

De humor fluctuante y ansioso. De carácter reservado, estricto, meticuloso, rígido y obsesivo, le gusta que las cosas salgan siempre bien. Refiere que siempre tuvo buena salud, sin ninguna enfermedad fuerte. Con una energía decidida y con mucha iniciativa. Relata el paciente no tener caprichos o preferencias ni en el comer ni en el dormir.

Su familia está integrada por la esposa de 40 años, el cuñado y dos hijos : un varón de 15 años y una niña de 10 años.

De su núcleo familiar se conoce muy poco, ya que el paciente está muy resentido con ellos y no habla mucho al respecto. Solo se sabe que es hijo natural, su padre nunca tuvo nada que ver con él, solo se sabe que tiene 65 años, de mucha riqueza y poder.

Su madre de 60 años, no pudo sostenerlo económicamente y lo envió al cuidado de una tía, la cual le dio todo lo necesario en la parte económica, pero nunca afecto, ni comprensión.

Sus hermanos nunca los conoció y afirma no interesarse al respecto.

El paciente cuando terminó su bachillerato empezó a trabajar y con esto y préstamos en el ICETEX, realizó sus estudios universitarios y obtuvo el título de abogado con honores y consiguió un excelente trabajo en la alcaldía de Valledupar.

Manifiesta su esposa que trabaja mucho incluso los domingos, para obtener todas las comodidades para él y su familia. No es una persona cariñosa, bastante seco y cortante; sin embargo, manifiesta su esposa : “nosotros sabemos que nos quiere aunque no lo diga, sólo con el niño de 15 años es cariñoso ya que es su debilidad, es al único que le hace caso”.

El paciente es fruto del primer embarazo de su madre; no deseado, ya que su padre era casado con otra mujer, no recibió seno, su desarrollo psicomotor fue un poco retardado, no se conocen más datos al respecto, ya que la madre del paciente no vive con él y hace años que no la ve.

Su infancia y adolescencia transcurrieron en el hogar de su tía, quien no podía estar pendiente de él, ya que trabajaba todo el día y además tenía sus propios hijos y a ellos se dedicaba más, por lo cual se creó muy independiente, empezó a fumar cigarrillo desde los 16 años.

Supo de su padre cuando era un adolescente, pero manifestó que nunca lo necesitó y cuando lo necesitó para que lo ayudara con los gastos de su enfermedad, él se negó y no quiso ayudarlo, aún, sabiendo que estaba muy mal y podía morir.

La relación con su padre fue prácticamente nula, él rico y poderoso, nunca lo aceptó, no quiso conocerlo; "así es que yo tampoco lo quiero y no lo necesito, no siento nada hacia él, o quizás si, mucho rencor."

Fue un excelente estudiante toda su vida, siempre ganaba diplomas y medallas. No tuvo mayores problemas; excepto por su fuerte temperamento, el cual le causó algunos inconvenientes disciplinarios.

No es amante de fiestas, ni de trago, sus mayores hoobbys, leer, el cine, la música, su trabajo y fumar.

La información sexual la recibió en el colegio, de pocas novias; se casó joven y se dedicó al hogar por completo.

Su apariencia general es buena, arreglado adecuadamente, limpio, de andar y hablar lento. No presenta compromiso en la conciencia, la esfera del sueño se encuentra alterada presentando insomnio de conciliación.

Su atención, orientación, memoria, sensopercepción y pensamiento no presentan compromiso.

Su lenguaje se encuentra alterado ya que es lento y pausado, pero se debe a la falta de oxígeno en sus pulmones, ya que el paciente presenta hipoxia.

En la esfera afectiva presenta déficit del tono afectivo, manifestado en una profunda depresión.

A nivel de conducta, inteligencia y raciocinio no hay alteración.

El paciente se enteró de su enfermedad cuando fue al I.S.S. y al realizarle los exámenes y la biopsia detectaron la enfermedad.

Cuando el médico le informó de su enfermedad sintió un gran dolor, fue muy duro “nunca me imaginé que pudiera contraer esta enfermedad, ya que siempre fui un hombre sano”, el médico me tranquilizó diciéndome que con una operación sanaría completamente, pero ya ve, fue peor me hizo un mal”.

El paciente afirma que su enfermedad se debe al mal manejo que el médico dio a la enfermedad “si el no me hubiera operado, estuviera bien y otra sería mi suerte” (proyección de la culpa).

La vida actualmente para el paciente es mala “la vida para mi es un sacrificio, tener esta enfermedad no es fácil, ya que dependo totalmente de mi familia; sólo queda esperar lo que la vida me depare”.

El paciente comenta que antes de tener esta enfermedad, mi vida había sido buena, no fácil, apenas estaba empezando, tenía mi profesión (abogado), tenía un buen puesto en la Alcaldía, económicamente estaba bien, al igual que con mi familia y amigos. Aunque no son demostrativo, mi familia siempre ha sido lo más importante para mí. “Me hicieron falta muchas cosas, creo que todas, como dije anteriormente appena estaba empezando a realizarme profesionalmente a levantar a mi familia, a realizarme como persona, la vida apenas empezaba a ser agradable y buena para mí. Tenía un buen futuro tanto en lo profesional como en lo económico.

Actualmente me gustaría seguir trabajando en mi profesión, disfrutar de la vida y velar por mi familia en todos los aspectos.

Para mí, afirma el paciente, “la muerte es un descanso, es la libertad, es liberarme de tanto padecimiento, de tanto sufrimiento. La asocio con libertad y con descanso. Si viene lo acepto gustoso, sin embargo, colaboro bastante en los tratamientos que me mandan, me tomo la droga y aguanto

todos los punzados, lo que me cuesta trabajo es comer, ya que nada me apetece.

En mi casa sigo siendo el jefe, aunque ya no es lo mismo, ahora soy el que dependo de ellos; sobretodo de mi esposa, ella es la que hace y la que resuelve todo, siempre que tomo una decisión es irreversible.

Para su familia fue muy duro conocer el diagnóstico de la enfermedad, sin embargo tenían mucha esperanza de que con la operación, quedaría completamente curado; ya que esto les manifestó el médico y ellos estaban convencidos de que sería así.

Su familia está pendiente de él, colaborándole e incentivándolo para seguir adelante. El paciente agradece todo lo que hacen por él, pero al mismo tiempo se siente como una carga, se siente como "Un inútil"(sentimientos de impotencia).

Sin embargo, no le gusta que le tengan lástima, no quiere que nadie lo vea mal, le gusta compartir con sus hijos que están ahora con él, ya que ellos son su única ilusión de vida.

La familia es simbiótica, hay un binomio entre el paciente y su esposa, él depende de ella y a su vez ella de él.

El paciente manifiesta : “La muerte es algo natural que nos toca a todos y tenemos que aceptarlo”.

Recuerdo la muerte de varios amigos con tristeza pero a la vez con felicidad por ellos, descansaron.

## **ANÁLISIS CASO No. 2**

### **DIAGNOSTICO GNOSOGRÁFICO**

La paciente se encuentra en un estado terminal (aspectos orgánicos) y a nivel psicológico presenta un diagnóstico gnosoográfico de REACCION DEPRESIVA. Es una reacción

puesto que es secundaria a un estado orgánico de deterioro, irreversible que moviliza habitualmente estados depresivos intensos y progresivos que terminan conjuntamente con el fallecimiento del paciente. Es una depresión reactiva puesto que el paciente presenta dentro de sus funciones psíquicas alteradas con mayor intensidad la afectividad, caracterizada por marcada tristeza, asociado a fantasías de enfermedad que dan cuenta de sentimientos de culpa persecutoria donde el sujeto proyecta y racionaliza la culpa depositándola en los médicos y familiares. Además, está sometido a una vejeción psicológica motivada por los cambios en las actividades de la vida diaria que han modificado su estilo de vida.

### **DIAGNOSTICO DINÁMICO**

Con base al diagnóstico médico de este paciente se ve afectado la respiración, este acto está asociado con la vida, también con las experiencias previas del nacimiento, una vez los pulmones se ven afectados, esto reactiva una angustia muy básica: la angustia del nacimiento, la falta de oxígeno se relaciona con la

muerte, esto se asocia con los autoreproches proyectados en la figura del médico inepto, sobre comportamientos que no se debieron realizar, por lo tanto la enfermedad aparece como un sacrificio.

El paciente en sus representaciones imaginarias extrae la suciedad por medio de las supuraciones de su herida. Esa suciedad remite a la culpa (depresiva).

Referente a la profesión, el paciente es abogado y una de las funciones de éste es buscar al culpable y es ser la ley, busca al padre que nunca tuvo. Pero en el paciente la culpa está puesta en el afuera.

Cuando en su discurso el paciente afirma "el culpable es el médico que me operó no debía, a él le debo mi sufrimiento".

Aquí el paciente culpa al médico, al igual que el sufrimiento que le causó su padre, cuando lo abandonó y no se ocupó más de él poniéndolo como el símbolo de la función paterna referente a la ley (fallida).

Teniendo en cuenta que la enfermedad se tornó contagiosa, está relacionada con algo mal hecho con un castigo, haciendo que el paciente se sienta un hombre excluido de la sociedad; se convierte en una persona peligrosa de la que los demás deben cuidarse. En el caso del paciente esto le afecta negativamente, ya que él mantiene una vida laboral y social activa.

La intervención inadecuada del médico, éste como representante de la ley, al igual que el padre, remite a la función que cumple éste, dentro del desarrollo psíquico del paciente. Es de anotar que tuvo características punitivas hacia él, hay sentimientos de ambivalencia, ya que dice odiarlo y sin embargo pide su ayuda.

El paciente estuvo en la lucha de buscar el dinero por medio del trabajo, el dinero inconscientemente representa el poder, el tener la ley, es como si quisiera ser como el padre o tener algo que el papá tiene, y qué tiene el padre? el faló y él lo buscaba a través del dinero y por eso trabajaba incluso hasta los

domingos, quería tener inconscientemente tanto dinero y poder como el padre.

El paciente es poco demostrativo en el afecto con respecto a la asimilación de alimentos no siente ningún disfrute o placer. Esto tiene que ver con el control excesivo de los instintos y con la autoagresión.

En la historia familiar hay un dato significativo, era hijo natural, no deseado, aquí incluso desde ante de nacer está marcado como hijo de un amor prohibido, que tiene que ver con lo incestuoso.

En la historia familiar, también aparece que su madre lo dio en adopción a una hermana pero el paciente nunca aceptó la sustitución y siempre estuvo en la búsqueda de la seguridad perdida, recurriendo a un manejo oral de las necesidades afectivas.

Se puede interpretar el desmedido amor del paciente hacia su hijo de 15 años, es como buscando darle al hijo lo que él nunca tuvo y que no se volviera a marcar la falta de la función paterna, siempre tapando la falta.

El paciente durante toda su vida fue sometido a diferentes pérdidas, primero el hecho de no ser deseado y tampoco amamantado por su madre; esto se relaciona con lo que dice el psicoanalista J. Lacan sobre que el sujeto se reafirma en el otro, la redacción es confusa en el estudio del aspecto, que en éste caso se ve dificultada. Por lo tanto hubo una retención a situaciones placenteras y todo lo que podía recibir del afuera.

La falta de sueño se puede interpretar como un estado de muerte y en este paciente estuvo afectado. Para él morir es descansar, morir nos remite a la castración y está marcado en éste caso en la no aceptación, aunque manifiesta conscientemente querer morir, inconscientemente tiene angustia de muerte.

El paciente llega a consulta por un dolor torácico y podemos relacionar el tórax en donde están los pulmones, las vertebras., psicodinámicamente, el cuerpo y el tórax, es donde están contenidos los instintos del ello y por sus características obsesivas, el paciente nunca le dio salida a sus instintos, esto se demuestra en el hecho de que el paciente es poco demostrativo de los afectos, en su sentir.

El paciente presentó regresiones a etapas pregenitales de tipo oral, manifestándose en dependencia excesiva con su esposa y por el consumo compulsivo de cigarrillos.

Presentó también hostilidad contra la sociedad y con ello el paciente manifestó que acumula hacia las figuras objetales.

El paciente manifestó que no puede realizar nada completo y no se puede perdonar, morir y dejar a sus hijos como sus padres lo dejaron a él.

El habla de su vida como si ya no existiera, como si estuviera muerto haciendo una negociación de su propia realidad.

### **CARACTERÍSTICAS DEL DUELO**

El paciente inconscientemente no acepta su enfermedad, se encuentra en fase de negación. Es decir, no ha elaborado en duelo completo. Muestra reacciones emocionales como : angustia, ansiedad, dependencia física de la familia, odio hacia el padre, insomnio, depresión, rabia, vida como sacrificio cree que le faltaron cosas por hacer, consideración de la muerte como descanso y libertad, inapetencia, sentimiento de inutilidad. Aparente resignación, hostilidad, morir es perder y separación, aislamiento descuido antes de la enfermedad, culpa, renegación ante los médicos, deseo de ayudar a sus hijos, hiperprosexia ante síntomas. Esquemáticamente se representa en el siguiente cuadro los aspectos psicológicos del proceso de duelo:

|                         |   |
|-------------------------|---|
| TEMOR A LA MUERTE       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insomnio de conciliación</li> <li>- Rechazo de los alimentos</li> </ul>  |
| AFECTIVIDAD             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agresividad hacia médicos y familiares</li> <li>- Hipotimia a nivel cuantitativo, depresión y tristeza.</li> <li>- Ambivalencia: esperar la muerte - colabora con el tratamiento, posición activa - pasiva.</li> <li>- Sentimientos de impotencia</li> <li>- Sentimientos de culpa.</li> </ul> |
| DEFENSAS                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Negación</li> <li>- Proyección y racionalización de la culpa</li> <li>- Regresión a manejos orales de la angustia (fumador compulsivo)</li> </ul>  |
| SITUACIONES DE ABANDONO | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Separación de los padres</li> <li>- Adoptado por tía materna a quien rechazaba</li> <li>- Abandono de los hermanos</li> <li>- Limitaciones físicas.</li> </ul>   |

**DESCRIPCION DE LA PSICODINAMICA DEL PACIENTE  
 TERMINAL, SEGÚN OBSERVACIONES HECHAS EN LOS  
 CASOS CLINICOS**

Partiendo de la teoría del desarrollo psicosexual vivenciado en todas las personas, encontramos que el complejo de Edipo y el complejo de castración se desarrollan en la etapa fálica, siendo el Edipo el núcleo de todas las neurosis.

Se dice entonces que dependiendo de cómo las personas resuelvan esta etapa, así afrontarán las diferentes pérdidas que se le presentan en la vida pues simbólicamente se enfrenta a pérdidas parciales que reactivan la falta marcada por la castración.

Encontrándose por esta razón por la base estructural de una histérica es diferente a la de un obsesivo, se indica así que las relaciones objetales dependerán de dicha estructura, igual la manera como lleguen a afrontar las pérdidas que conlleva al proceso de muerte, en el cual un paciente con enfermedad terminal designa a la muerte a través de diferentes significantes como: separación, desaparecer, sufrimiento, descanso, sentimiento de inutilidad, entre otros. En los que se destaca el vacío marcado por la falta que se origina por la castración que amenaza la homeostasis en la que se encuentra la persona sorprendiéndola cuando es diagnosticada con una enfermedad de tipo terminal, reactivando vivencias infantiles sobre pérdidas, separaciones, desencadenando otras de tipo laboral, familiar,

social y personales, en sí cualquier pérdida de objeto a la que se refiere Freud en su teoría de la castración.

Aparece la angustia de castración que conlleva al paciente a una gran depresión como síntoma ante la pérdida real de la vida, siendo este el estado emocional de mayor relevancia e importancia en estos pacientes en donde la muerte remite a una gran pérdida en donde las pulsiones son orientadas hacia ella y vivenciará sentimientos de pérdidas, de objetos en los que había depositado su afecto o puede ser pérdida de alguna parte de sí mismo. En estos pacientes hay regresión del narcisismo primario y a la oralidad.

En la lucha inicial se encuentra que van decayendo en ese proceso de muerte, hasta enfrentarse con la realidad de la muerte, la cual es vivenciada de acuerdo con las pérdidas experimentadas a lo largo de su vida.

A través del estudio realizado en estos pacientes se comprobó una vez más la dificultad de enfrentar esa muerte que en

términos psicoanalíticos es no aceptar esa castración final, manifestado en el discurso del caso 2, cuando situaciones de su vida no han sido concluidas y cuando existen transiciones con figuras de tipo autoritario (como los médicos) como especie de una negociación o de un pacto donde se compromete a realizar un rito o entregar algo a cambio de la salud y la vida con el fin de prolongar un poco más su límite existencial.

De igual forma, durante los primeros años de vida, el niño es un ser extremadamente dependiente. Esto es especialmente cierto durante la fase "oral", en la que ha de ser alimentado, con el pecho o el biberón por su madre. Durante ésta época, no solo sus necesidades nutritivas, sino también sus impulsos libinosos y agresivos, son satisfechos a través de esta relación biológica de dependencia con la persona que le cuida. De acuerdo con el predominio de la libido o del sadismo, y con la mayor o menor capacidad neuromuscular para la succión a partir del momento del nacimiento y de acuerdo también con las condiciones externas que se le ofrecen al niño, como pueden ser la ansiedad o inhabilidad por parte de la madre, la inafectividad

al tomarlo para darle la alimentación; el niño experimentará determinadas frustraciones y gratificaciones de los impulsos y necesidades propios de esta fase oral. Esto lo podemos observar en el caso No. 2, en el cual el paciente no fue amamantado por su madre. Generando en él una personalidad pasivo - agresiva, mostrando hostilidad hacia los demás en forma encubierta y a través de los medio solapados y sutiles. En realidad su agresividad tiene como principal finalidad conseguir la satisfacción de sus necesidades de dependencia y atención, pero sin que el sujeto llegue a ser consciente de las mismas, al mantenerlas siempre escondidas bajo la capa de racionalizaciones, justificaciones, alegatos de sus derechos, etc.

## CONCLUSIONES

No ha sido fácil enfrentarse a una investigación con un tema tan escabroso y doloroso como la muerte y la enfermedad terminal; ya que debido a nuestra educación, cultura y concretamente por nuestra profesión fuimos educados "omnipotentemente para sanar" y no para asumir el fracaso e impotencia que producen este tipo de enfermedades terminales.

El miedo que en el mundo occidental le tenemos a la muerte ha hecho que la sociedad y la familia le adjudiquen a paciente terminal un papel implícito, de la necesidad de "curarse" y poner de su parte, creando así más ansiedades y culpa de las que ya tienen.

Para las personas el conocimiento de su muerte, es una situación que lo sobrecargan psicológicamente, lo llena de angustias y temores obligándolo a utilizar mecanismos

defensivos que lo ayuden a buscar el “equilibrio” perdido ante el impacto ante su propia muerte.

En este trabajo nos enfrentamos con varias dificultades; la primera, lo doloroso y mítico del tema; nuestra propias angustias y miedos al respecto y el dolor físico y emocional del paciente es estado terminal.

A partir del análisis de los dos casos se puede inferir que aunque el proceso de aceptación está matizado de individualidad por la estructura de personalidad, por su nivel socioeconómico, por sus experiencias y vivencias de logros, de relaciones interpersonales, de disfrute de la vida y de pérdidas. En todos ellos encontramos reacciones comunes ante la enfermedad física inminente, entre los cuales tenemos el insomnio, el sentimiento de inutilidad, la negación y el aislamiento los cuales son síntomas de un cuadro único denominado depresión; apareciendo como consecuencia de una serie de pérdidas experimentadas durante todo el proceso de la enfermedad incluyendo en éstas la de su propia vida.

En la mayoría de los casos el aparato psíquico utiliza defensas para evitar la angustia de muerte, la cual va ha estar determinada por la forma como resolvieron las angustias de castración.

No queriendo decir que la muerte será aceptada tranquilamente, ya que ésta siempre se sentirá como una invasión sobre sí mismo que no podrá ser entendida.

Algunos manejan esta angustia de muerte con la religión, es decir se observó una adhesión a Dios para buscar una reconciliación y un perdón que lo libere de los sentimientos de culpa que lo atormentan, dentro de éste aspecto influye lo que culturalmente se cree que le sucede a aquella persona que muere; es decir, se piensa en esos dos caminos alternativos como son el cielo y el infierno.

El paciente busca esa unidad con Dios para abandonar esa culpa y obtener así la salvación, ésta sumisión ante la figura de

autoridad refleja la aceptación de los propios límites y por ende la mortalidad.

Es de relativa importancia detectar el grado de religiosidad en cada uno de los pacientes ya que no se les puede encasillar dentro de los parámetros o lineamientos generales de total espiritualidad, el respeto para con éste aspecto es fundamental. Otros utilizan el sentimiento de negación ante la situación vivida ya que no acepta que con la enfermedad les pueda sobrevenir la muerte.

La reacción depresiva encontrada en estos pacientes tiene que ver con el gran número de pérdidas a los cuales se ve enfrentado durante todo el proceso de la enfermedad terminal, dentro de éstas pérdidas tenemos a las personas y objetos catequizados, la pérdida del rol asumido dentro de su familia. La pérdida de la capacidad laboral comenzando a sentir una soledad dentro de un universo hostil.

Además dentro del análisis de las estructuras psíquicas donde el proceso dinámico se muestra en la mayoría de los casos, hay un super yo severo, punitivo y rígido, manifestado en sentimientos de culpa, autoreproches, autodesvalorizaciones como producto de una adecuada interiorización de las normas, exigencias y prohibiciones parentales que se reactivan ante la gran pérdida de la vida, obligando a que el yo se vea abocado a utilizar mecanismos defensivos, a desarrollar síntomas psicológicos encaminados a recobrar el equilibrio psíquico y afrontar una nueva forma de vida. Consideramos importante profundizar más sobre el funcionamiento de las estructuras psíquicas que algunas patologías clínicas tengan una causa psicológica como se observa en el caso de Carmen.

Con relación al abordaje a estos pacientes consideramos que no puede ser específico en sus técnicas puesto que las reacciones ante la muerte son diversas e inesperadas, aunque es de gran ayuda conocer algunas reacciones comunes de acuerdo con la estructura de personalidad que se presente en pacientes terminales.

Es necesario develar también las emociones y las fantasías con respecto a la castración para el progreso del análisis dado que ayuda a encaminar la psicoterapia para desmitificar aspectos que impidan una adecuada aceptación de la misma ya que aceptando la castración podría afrontar de una mejor forma su propia muerte.

En los pacientes es importante lograr la expresión de sentimientos hostiles, como la rabia y agresividad que son manifestadas hacia el médico la familia, el terapeuta y contra Dios, esto como respuesta al hecho de tener que morir. Estos sentimientos son entendidos como una rabia contra sí mismos por la imposibilidad de no poder manejar la situación que viven.

La expresión de estos sentimientos tendrá como resultado el mejoramiento de los síntomas depresivos evolucionando en la esfera afectiva, mejorando la calidad de vida y del entorno en que el paciente se encuentra; no con esto se puede decir que la muerte será de forma más tranquila pues la muerte por si

misma es tomada como una invasión que desestabiliza psíquicamente.

El psicólogo debe romper con todas las pautas clásicas de abordaje que han sido establecidas ya que éste tipo de pacientes por el tiempo y el tipo de enfermedad no permiten un análisis exhaustivo, por el contrario se debe abordar el paciente en el aquí y en el ahora. El abordaje debe ser focalizado hacia aquellas partes en donde el paciente se siente más angustiado y hacia aquellas situaciones que reactivan las pérdidas experimentadas a lo largo de su vida. Al igual que es importante detectar que aspectos del entorno familiar están interfiriendo negativamente en lo conflictiva por la que pasa el paciente. Es de importancia para el paciente que se mantenga en un ambiente familiar rodeado de seres queridos que le brinden amor, compañía, auténtica solidaridad y sobre todo respeto y comprensión.

Lo que en realidad se va utilizar como herramienta básica para realizar el análisis es el discurso de paciente y el lenguaje para-

verbal del mismo. No hay un tiempo específico para abordaje cada sesión es como si fuera la última. Utilizando técnicas de psicoterapia breve.

En algunos casos en los que no se le informaba al paciente sobre su diagnóstico éste percibe inconscientemente la verdad. Esta situación debe abordarse con el paciente y la familia con el fin de lograr una aceptación más realista del proceso evolutivo de la enfermedad. En este trabajo con la familia, el terapeuta debe ofrecer a ellos sus servicios aún después de que el ser querido fallece.

## **RECOMENDACIONES**

- A próximos trabajos investigativos que sigan profundizando sobre el tema, para ampliar conocimientos que sirvan para la formación integral del psicólogo bolivariano.
- Entrar al análisis personal si se decide trabajar con este tipo de pacientes, ya que esto ayuda de alguna manera a la confrontación de la propia muerte, contribuyendo a disminuir el nivel de angustia que despierta su asistencia psicológica.
- Para futuras investigaciones con la misma orientación, la universidad proporcione buenas supervisiones de casos y asesorías científicas y temáticas necesarias para la realización de estos proyectos.
- Sea esta investigación una base de sugerencias para mejorar el abordaje psicológico que requieren estos pacientes,

siendo un complemento a la asistencia médica como trabajo integral al ser humano pues es un ente biopsicosocial e histórico.

## **BIBLIOGRAFIA**

ABADI, M. y GARMA, A. La fascinación de la muerte. Biblioteca de Psicología profunda. Paidós, 1978.

ACOSTA, Marcela. La angustia frente a la muerte en el discurso médico: Una Aplicación Del Psicoanálisis. Unimetro. Tesis de Postgrado, 1991.

ALVAREZ. Dolor, problemática y tratamiento.

ALVAREZ ECHEVERRI, R. Revista "Anales de la academia de medicina de Medellín". La cultura de la muerte. Junio 1990.

ALVAREZ, Tibeno. La asistencia humanizada en la fase terminal. Iatrería, Julio 1991.

BEJARANO, Pedro F. M.D., DE JARAMILLO, Isa. Morir con dignidad. (Fundamentos del cuidado paliativo), 1a. Amazonas Ltda.

BELLAK, L. Psicología de las enfermedades orgánicas. Buenos Aires : Paidós, 1978.

BRANSKY, Simón. Psicoanálisis y sufrimiento, ensayos clínicos. Bogotá : Tercer mundo editores, 1989, p. 178.

CASTRO LUIS. Diseño experimental sin estadística. México. Trillas. 1998.

CEVA DIAZ, Antonio. Psicología clínica. Expas.

COLOMBERO, Giuseppe. La enfermedad tiempo para la valentía. Santafé de Bogotá : San Pablo, 1993.

Control de Sistemas del enfermo con cáncer terminal.  
www.gobcan.com.

DOSMAN, Jaime A. Clínicas médicas del Norte. México : Mc Graw-Hill. Interamericana.

ENCICLOPEDIA DE RELIGION CATOLICA. Tomo V Daimau y Jover S.A. Ediciones pasajes domingo L. Bajos. Barcelona, 1956, p. 639.

EY, Henry. Compendio de Psiquiatría.

FERNANDEZ, Alonso. Psicología médica y social. Bogotá : Salvat, 1989.

FLOREZ H. Tañatología y cultura. Una aproximación fenomenológica. (Ponencia). Universidad Santo Tomás. 1980.

FONNEGRA DE JARAMILLO, Isa.

Folleto 2. La muerte, el morir y el duelo vistos desde diferentes perspectivas profesionales. Bogotá, Colombia : Fundación Omega.

Folleto 3. No moriré de todo. Bogotá, Colombia : Fundación Omega.

Folleto 4. Cuando se muere el ser querido. Bogotá, Colombia : Fundación Omega.

Folleto 5. Aproximación psicológica al mundo del paciente terminal. Bogotá, Colombia : Fundación Omega.

FREUD, Sigmund. Obras de Psicoanálisis. Tomos I, II y III. Biblioteca Nueva, 1981.

GERLEIN, Cecilia. Crisis Emocional Del Paciente Con SIDA. Bogotá, Colombia : Fundación Omega.

GARFIELD, S. Psicología Clínica. México : Manual Moderno S.A., 1979, p. 98.

GRASSMAN, Revista Nursing. Convertir el duelo propio en crecimiento personal. Barcelona, España : Febrero de 1993.

HEIDEGGER, M. El ser y el tiempo. México : Fondo de Cultura Económica. 2ª. Ed. 1980, p. 282.

HEINZ. How does analysis cure? The University of Chicago. Press, 1984, p 122.

KAPLAN, Harold J.. Tratado de psiquiatría. 2ª. Ed. Tomo II. Barcelona, España : Salvat S.A. p. 1269-1270, 1273.

KATEMEAUN, R. Entre la vida y la muerte. Barcelona : Herder, 1980, p. 77.

KLEIN, M. Algunas Conclusiones Sobre la Vida Emocional del Bebé. obras completas. paidos.

KUBLER-ROSS, Elizabeth. Sobre la Muerte y los Moribundos. Barcelona : Grijalbo S.A. 1974.

La desigualdad de la Muerte Crónica de la O.M.S. Enero de 1980.

LAPLANCHE, J y PONTALIS, J.B. Diccionario de Psicoanálisis. Labor S.A. 2ª. Edición revisada, 1968.

LEON, A. La Muerte y el Morir. Lagoven, 1980, p. 20.

MADDISON, D. RAP, B. The Family of Dying Patient. In b. sShoemberg, Ac Carr. d. Aspects of Terminal Care. New York : Columbia University Press, 1972, p. 366.

MARQUINEZ, G. y Otros. El hombre latinoamericano y sus valores. Bogotá : Nueva América, 1978, p. 348.

MAYERFF, M. Or Caring. New York Perennial Library Harper & Row, 1971.

PATTISON, E. The Experiencie of Dying. New York, Engle-Wood Clifs, pretice halla, 1977, p. 41.

PELAEZ, Jorge H. Por la humanización de la muerte. Contribuciones al debate de la Eutanasia. Universitas Médicas, Septiembre de 1990.

PINEDA, Elías. Revista Educación Médica y Salud. Reacción ante la muerte una comparación de cambio de actitud en dos diferentes culturas durante un período de 20 años. 1988.

Primer Simposio Colombiano sobre el cuidado integral de pacientes terminales. International School for Cáncer Care, Londrés, Reino Unido, Bogotá, Nov. 26 y 27 de 1988.

PSINET ON LINE. Esc. Freudiana de Buenos Aires. [www.psiconet.com](http://www.psiconet.com).

PULIDO, Flor A. y ROJAS, Adalgiza. Modelo de atención ambulatoria para pacientes crónicos del I.S.S. Seccional Atlántico. Tesis de Grado.

REALES, Adalberto. Socio - Investigación. 112 - 113 p.

ROJAS, N. Reacción familiar ante el impacto de la muerte. Primer Simposio Colombiano sobre el cuidado integral de pacientes terminales. Memorias, 1988, p. 79.

SANZ ORTIZ, J. Revista Medicina Clínica. La sociedad la medicina y la muerte. Octubre de 1990.

SCHAVELZON, J. Psicología y cáncer. Horme. Psicología de hoy. Buenos Aires : Paidós, 1978. P. 19, 61 87, 88.

SOULIER, René. Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis. La muerte una visión psicoanalítica. Agosto de 1988.

SZPILKA, Jaime. Bases para una psicopatología psicoanalítica. Buenos Aires : Kargieman, 1973.

TABORDA, Luis Carlos y DE TABORDA, Cecilia B. Principios de Semiología psiquiátrica, 1979-.

TORO G., Ricardo y YEPES R., Luis E. Fundamentos de Medicina Psiquiátrica. 2ª. Ed. Bogotá : Carvajal S.A.

VALLEJO RUILOBA, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. España : 3ª. Edición. Salvat Editores, 1991.

VELEZ CORREA, Luis Alfonso. Etica Médica. Interrogantes sobre la medicina, la vida y la muerte. 1ª. Ed. Prensa Creativa, 1988.



# ANEXOS

## ANEXO No. A

### GUIA PARA LA ENTREVISTA CON LOS PACIENTES

1. Nombre
2. Edad
3. Diagnóstico médico
4. Diagnóstico psicológico
5. Enfermedad actual "Síntomas y Evolución"
6. Personalidad premorbida
  - a. Relaciones sociales con la familia, con amigos y compañeros de trabajo.
  - b. Actividades e intereses intelectuales
  - c. Humor
  - d. Carácter
  - e. Normas aceptada
  - f. Energía
  - g. Vida imaginativa
  - h. Hábitos en la comida y N L sueño "Caprichos".
7. Historia personal
8. Historia familiar
9. Examen mental "Semilogía"
10. Cómo se enteró el paciente del diagnóstico
11. Impacto que causó el conocimiento del diagnóstico
12. Significado que para el paciente tiene la enfermedad "Detectar sentimiento de culpa".
  - a. Cómo consideró su vida anterior a la enfermedad?
  - b. Cree que hizo todo lo que tenía que hacer en su vida? Qué le faltó?
14. Qué significa para el paciente la muerte y con qué la asocia?
15. De qué forma colabora el paciente en los tratamientos médicos y en su casa "autocuidado".?
16. Qué rol ocupa en la familia?
17. Actividades y reacciones de la familia ante la enfermedad del paciente.
18. Hasta qué punto esas reacciones de la familia influyen positiva o negativamente en el paciente?
19. Diagnóstico del tipo de familia
20. Detectar el apoyo que la familia le brinda al paciente
21. Indagar las pérdidas que tuvieron dentro de la familia "Reacciones".
22. Describir las reacciones que ameritan asistencia psicológica y por qué?