

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud
Maestría en Desarrollo Humano



**La tramitación emocional
como estrategia del autocuidado en el Tanatólogo Clínico**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN DESARROLLO HUMANO

Presenta: **L.C.P. Y PSIC. LUZ MARCELA MACHAIN VIZCAINO**

Asesora: **DRA. ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ**

Lectora: **DRA. MARTHA LETICIA CARRETERO JIMÉNEZ**

Tlaquepaque, Jalisco. Enero del 2022

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es el resultado del esfuerzo, la presencia y el acompañamiento de muchos, a pesar de las dificultades de la vida y de una pandemia que se atravesó en el camino de su elaboración.

Está dedicado a mi padre Ezequiel Machain Navarro, que a pesar de que ya no está en este mundo, me sigue inspirando a seguir adelante y crecer, con la intención de que donde quiera que esté, se sienta orgulloso de su hija.

Agradezco en primer lugar a Dios por las oportunidades que me ha regalado en la vida, a la Universidad del Valle de Atemajac UNIVA y al Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente ITESO por la beca que me otorgaron y que me permitió estudiar la maestría.

Agradezco a mi madre Mercedes Vizcaíno Peregrina porque ha sido una gran guía y acompañante en la vida. Gracias mamá por estar presente en este camino de aprendizaje y cambio. A ti te han tocado todas: las buenas y las malas, sin ti no lo hubiera logrado.

Agradezco a mi hermano Saúl Fernando Machain Vizcaíno y a su esposa Yunuen Angélica Reyes Rodríguez por ser también mis acompañantes pacientes en este caminar.

Agradezco a mis queridas sobrinas Karen Yurnet Machain Cantón y Leslie Mariana Machain Cortés por su apoyo, amor y acompañamiento, siempre han sido y serán mis grandes amores, mis hijas del corazón.

Agradezco a mis amigas la Dra. Zaira Yunuen García Carvajal y la Lic. Ilmy Vivian Morales González. Queridas hermanas, han sido testigos de todo el proceso, gracias por estar en mi vida.

Agradezco al MTF Gabriel Macías Muñiz, gracias por ser mi maestro de vida, mi confidente, mi acompañante, mi consejero, mi papá de amor y por adoptarme en su corazón, estoy aquí y ahora por Usted.

Agradezco a la Dra. Elba Noemí Gómez Gómez, asesora de este trabajo, por sus enseñanzas, orientación y amistad; se nos atravesó muchas veces la vida Noemí y ahí estuviste, tomando mi mano para atravesarla juntas, animándome a seguir adelante a pesar de todo y con todo, eres la mejor, lo supe desde la primera vez que te vi.

Agradezco a la Mtra. María de los Ángeles González Pruneda por enseñarme a ver con otros ojos, querida María tu cariño y acompañamiento me animó a voltearme a ver y a ver a los demás con ojos nuevos de amor.

Agradezco a todas las personas que coincidimos en este caminar de la maestría: mis profesores y compañeros en cada semestre, en especial a mi pequeño grupo: Laura, Alex y Hans, por ser mis cómplices de vida los 5 semestres, por ser testigos de las batallas y los triunfos en este caminar, siempre juntos, siempre solidarios... los llevo en mi corazón.

1. TÍTULO:

LA TRAMITACIÓN EMOCIONAL COMO ESTRATEGIA DE AUTOCUIDADO EN EL TANATÓLOGO CLÍNICO

1.1. RESUMEN

El tanatólogo clínico es el profesional que acompaña en el duelo por enfermedad y muerte a pacientes y familiares en las instituciones hospitalarias. Los vínculos con el paciente, la vivencia cercana del dolor, la vulnerabilidad ante la muerte y el sufrimiento, el darse cuenta de su finitud, las propias pérdidas de sus seres queridos significativos, lo implican emocionalmente porque tiene una historia personal y experiencias que resurgen al realizar los abordajes; por lo tanto, el autocuidado es clave para que trabaje su implicación personal pero lo evade con la prisa de regresar a su vida cotidiana, al poner poca atención a su vulnerabilidad, así como por la falta de disponibilidad de tiempo, de espacios adecuados para hacerlo y de procedimientos estructurados para promover el autocuidado.

El presente trabajo de investigación cualitativa pretende dar cuenta del autocuidado del tanatólogo clínico, de su alto nivel de implicación personal y emocional después de abordar a los pacientes y sus familiares, de las pocas estrategias de autocuidado aprendidas en su proceso de formación tanatológica, de otras herramientas empíricas que va adquiriendo en el camino profesional, insuficientes para enfrentar el desgaste emocional en su acompañamiento, de su capacidad y fortaleza para entrar y salir de su mundo emocional, así como de la forma en que el Desarrollo Humano y el Enfoque Centrado en la Persona se hibridan con la Tanatología en la apertura a la experiencia, la vivencia de una vida plena, el amor filial y la Tendencia Actualizante por parte del tanatólogo clínico en su experiencia profesional.

1.2 PALABRAS CLAVE

Tanatología, autocuidado, implicación personal, tanatólogo.

2. ÍNDICE

PORTADA	01
DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS	02
1. TÍTULO, RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	04
2. ÍNDICE	06
3. INTRODUCCIÓN	11
4. IMPLICACIÓN PERSONAL	14
5. JUSTIFICACIÓN	17
5.1 Pertinencia del tema-problema desde el Desarrollo Humano	17
5.2 Objeto-problema	20
6. PROBLEMATIZACIÓN	22
6.1 ¿Qué es problematizar?	22
6.2 Objeto-problema desde el Desarrollo Humano	23
6.3 Población	24
6.4 Árbol problema	26
6.5 Detección de necesidades	28
6.6 Esquema de categorías	30
6.7 Texto de las categorías	30
Primera categoría	30
Segunda categoría	33
Tercera categoría	36
Cuarta categoría	38
Quinta categoría	41
6.8 Primeras conclusiones	44
7. PROPÓSITOS, OBJETO DEL DH Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	45
7.1 Propósito	45
7.2 Objeto del Desarrollo Humano	45
7.3 Preguntas de investigación	45
8. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	46

8.1 Introducción al marco teórico	46
8.2 Marco Teórico	50
8.2.1 LA MUERTE	50
8.2.1.1 Consideraciones históricas sobre la muerte	51
8.2.1.2 Vivencia de la muerte	53
8.2.1.3 Actitud o reacción del persona de salud ante la muerte	57
8.2.2 EL DUELO	63
8.2.2.1 Concepción emocional	64
8.2.2.2 Concepción terapéutica	65
8.2.3 TANATOLOGÍA	69
8.2.3.1 Una nueva disciplina encargada de la muerte y los moribundos	70
8.2.3.2 El tanatólogo clínico	72
8.2.3.3 Los abordajes tanatológicos	73
8.2.4. LA IMPLICACIÓN PERSONAL	75
8.2.4.1 ¿Qué es la implicación personal?	75
8.2.4.2 Importancia de la implicación personal	78
8.2.4.3 Afrontamiento de la implicación personal	80
8.2.4.4 Procedimiento para afrontar la implicación personal	86
8.2.5. EMOCIONES	98
8.2.5.1 Emociones ante la vivencia de la muerte	98
8.2.5.2 Evasión de las emociones y sus consecuencias	109
8.2.6. LAS INSTITUCIONES DE SALUD	111
8.2.6.1 Posturas de las instituciones de salud ante el fenómeno de la muerte	111
8.2.6.2 Problemática actual	113
8.2.6.3 Equipos interdisciplinarios	117
8.2.7 AUTOCUIDADO	119
8.2.7.1 Atención de las necesidades personales	119
8.2.7.2 El Desarrollo Humano como promotor del cuidado	125
8.2.8 EL SÍNDROME DE BURNOUT	135
8.2.8.1 Síndrome de Burnout: manifestaciones	135
8.2.8.2 Síndrome de Burnout en el personal de salud	136

8.3 PRIMERAS CONCLUSIONES DE LA FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	137
9. METODOLOGÍA	139
9.1 La intervención cualitativa	139
9.2 Introducción a la metodología	144
9.3 Desarrollo de la metodología	145
9.3.1 Relato natural	145
9.3.2 Guías de la entrevista	147
9.3.3 Consideraciones éticas	151
9.3.4 Participantes	152
9.3.5 ¿Qué tanto contacto fenomenológico se pudo hacer durante la investigación?	152
9.3.6 D.E.A.S (Dificultades, Errores, Aciertos y Sugerencias)	153
9.3.7 Ideas para tomar en cuenta en futuras entrevistas	157
9.3.8 Diario de campo	157
a) Relato descriptivo	158
b) Emociones vividas	161
c) Principales reflexiones	165
9.3.9 El papel como facilitadora	171
a) ¿Cuáles son las habilidades y actitudes que se lograron desarrollar y poner en práctica?	171
b) ¿Cuáles son las habilidades y actitudes que hace falta desarrollar?	177
c) Estilo de facilitación	180
9.3.10 Conclusión de la metodología aplicada	181
10. RESULTADOS	184
10.1 Cuadro de categorías y subcategorías	184
10.2 Categoría 1: El baile de las emociones de un tanatólogo clínico	184
10.2.1 Subcategoría 1: Entrando al baile emocional	187
10.2.2 Subcategoría 2: Vivencia del día a día	191
10.2.3 Subcategoría 3: La pandemia de Covid-19 y las emociones desbordadas ...	196
10.2.4 Subcategoría 4: Las emociones en la formación del tanatólogo	201
10.2.5 Subcategoría 5: Autocuidado y emocionalidad	205
10.3 Categoría 2: Ante la vulnerabilidad del otro y la propia	210

10.3.1 Subcategoría 1: El tanatólogo clínico y la vivencia de su vulnerabilidad	211
10.3.2 Subcategoría 2: Acompañando al que se va de este mundo y a los que se quedan	215
10.3.3 Subcategoría 3: Contacto con el dolor y el sufrimiento	219
10.3.4 Subcategoría 4: El tanatólogo clínico sin respaldo institucional	222
10.4 Categoría 3. Relación entre la vida y la muerte	226
10.4.1 Subcategoría 1: Un oficio en medio de su propio duelo	226
10.4.2 Subcategoría 2: El tanatólogo clínico: conexión entre los dos mundos	229
10.4.3 Subcategoría 3: Resignificando la muerte	231
10.4.4 Subcategoría 4: Del dolor de la muerte a la alegría de la vida	235
11. CONCLUSIONES	239
11.1 La Tanatología es un área novedosa donde aún hay mucho por investigar y mucho por decir	239
11.2 La Tanatología está tomando fuerza y su uso se está extendiendo	239
11.3 Respondiendo al problema de investigación planteado	240
11.4 El tema investigado y la investigación son novedosos	241
11.5 Los tanatólogos tienen gran capacidad y fortaleza para contactar con su mundo emocional, a pesar de la cercanía con la muerte	242
11.6 La vulnerabilidad del tanatólogo clínico	243
11.7 Para ser tanatólogo clínico, se resuelve el duelo del ser amado	244
11.8 El tanatólogo clínico sin espacio institucional de trabajo	244
11.9 La Tanatología permite al tanatólogo abrirse a la experiencia, vivir la vida plena y la tendencia actualizante, todo ellos conceptos Rogerianos	245
11.10 Resignificando la muerte para seguir con la vida	246
11.11 Retos para el tanatólogo ante la pandemia de Covid-19	246
11.12 El amor filial del tanatólogo clínico	247
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	247
13. ANEXOS	255
13.1 ENTREVISTAS PRELIMINARES	255
1) Guía de Entrevista	255
2) Ejemplo Reportes de entrevista-observación	255

Entrevista 1	256
3) Cuadro que sirvió como insumo para construir las categorías de detección de problemas y necesidades de la población a intervenir	263
13.2 ENTREVISTAS DE INVESTIGACIÓN	267
Ejemplo de extracto de la primera entrevista. ENTREVISTA A ALMA	267

3. INTRODUCCIÓN

Para el Desarrollo Humano es importante la persona, este ser humano único que tiene procesos internos y externos, los cuales se van formando y conformando desde la conciencia, de acuerdo a las experiencias personales, sociales y ambientales vividas en su día a día que lo impulsan hacia su evolución personal y social.

Cada individuo tiene necesidades conforme a sus vivencias, a sus campos de acción y a la interacción con los otros, motivo por el cual es importante detectar las necesidades de una población en el momento en que surgen las relaciones interpersonales; este tema involucra el campo profesional específico del tanatólogo clínico y el autocuidado que debe promover después de acompañar y abordar a los pacientes y sus familiares.

En los últimos años la tanatología no solo ha estado orientada a los procesos de bien morir y al acompañamiento de enfermos en etapa terminal, su campo de acción aún ha ido más allá al encargarse de todo tipo de pérdidas que el ser humano considera significativas.

En las instituciones de salud públicas y privadas se están formando equipos interdisciplinarios de trabajo para la atención integral de los pacientes; como parte de estos equipos encontramos al tanatólogo clínico, profesional que acompaña en el dolor de la enfermedad y la muerte a los pacientes y familiares; hay diferentes instituciones reconocidas que preparan a los tanatólogos clínicos para esta tarea del acompañamiento. Para lograr ser un tanatólogo clínico se debe contar con el respaldo de un diplomado que avale horas de teoría y también horas de práctica.

El dolor de saber que queda poco tiempo de vida, el dolor de ver morir a un ser querido, el dolor con que se quedan los familiares y ese dolor con el que no se sabe qué hacer, con el que no se sabe cómo seguir viviendo está presente día a día en las instituciones hospitalarias y la vida misma. Estar en contacto con el dolor humano no es fácil; es

doloroso y desgastante para el tanatólogo clínico estar en contacto tan cercano con la muerte, con los duelos por la pérdida de seres queridos y con los procesos de duelo por cualquier tipo de pérdida durante la vida y es en esa cercanía donde también se da cuenta de sus propios duelos y de sus pérdidas. ¿Está el tanatólogo clínico preparado para enfrentar en todo momento estos procesos internos?

En el vínculo que se forma entre el paciente y el tanatólogo surge la implicación personal porque el tanatólogo, como ser humano, no puede quedar inerte ante el dolor del otro y también tiene una historia y experiencias de vida, de duelos, de enfermedades, de situaciones propias o de los seres queridos, que cuando son expresadas por el doliente abren viejas heridas, duelos que tal vez quedaron abiertos o duelos que aún cerrados se siguen recordando o, simplemente, la compasión de ver el dolor en el lecho de la enfermedad o la vulnerabilidad de la muerte.

Muchas veces el tanatólogo no tiene una formación adecuada para enfrentar estas situaciones emocionales que se presentan en los abordajes con los pacientes; no se le enseñan ni se le hacen llegar herramientas para seguir un proceso de introspección hacia la implicación personal que promuevan el trabajo de autocuidado; solamente se ponen a su disposición formatos que si bien le permiten identificar algunos aspectos internos que se pudieron haber movido, no son suficientes para reconocer qué le pasa o cómo le impactó el abordaje, no le permiten realizar un trabajo estructurado de su implicación personal.

Algunos tanatólogos clínicos utilizan estrategias que se desarrollan de forma empírica en el camino como la meditación, la imaginación, el platicar con otros compañeros, ritos religiosos, entre otros, para poder seguir adelante con su vida cotidiana porque sus actividades no se detienen; después de los abordajes realizados tienen que regresar a sus actividades siendo funcionales y evadiendo la forma en la que se implicaron con sus pacientes, tal pareciera que le confieren poca importancia a lo que les ocurre internamente.

Es también un hecho que las instituciones de salud no promueven que su personal se detenga en su jornada de trabajo y tenga tiempo para trabajar su implicación personal y tampoco tienen habilitados espacios destinados para esto; es un hábito de los profesionales de la salud que al tratar tan de cerca con la enfermedad y la muerte en la carrera por ser eficientes y eficaces en la atención a los pacientes, no promueven el autocuidado y el tanatólogo no es la excepción, pareciera que no tienen derecho a sentirse vulnerables.

El autocuidado consiste en cuidar de uno mismo y abarca los aspectos biológico, mental, psicológico, emocional y espiritual, tomando conciencia de los procesos internos y externos que se viven, que se enfrentan, esto incluye el tomar conciencia de la implicación personal y la aceptación de la propia vulnerabilidad.

Y es que éticamente, el tanatólogo debe tomar conciencia de su autocuidado, siendo responsable de la dirección de sus acciones y de sus consecuencias; si el tanatólogo clínico le da la importancia a su implicación personal después de los abordajes y tiene herramientas efectivas que le permitan identificarlos, entonces podrá trabajar en esos procesos internos que quedan abiertos para mantenerse equilibrado y poder acompañar a los pacientes de forma más eficiente y efectiva.

Este trabajo de obtención de grado, es un trabajo de investigación que pretende identificar y facilitar procesos de autocuidado en un grupo de tanatólogos clínicos que tienen experiencia en abordar pacientes en procesos de duelo en diferentes instituciones de salud públicas y privadas; la problematización consistió en que el tanatólogo clínico debe eficientar en sus abordajes la atención a los pacientes y a sus familiares trabajando con su implicación personal con el fin de concluir procesos no cerrados, fomentar el autocuidado y un manejo adecuado de las emociones. Todo desde la perspectiva del Desarrollo Humano y el Enfoque Centrado en la Persona por su amplia aplicación en todas las actividades en que el ser humano está involucrado.

4. IMPLICACIÓN PERSONAL

En el Diplomado de Tanatología Clínica Integral de la Asociación Humanizar para Sanar, A.C. en colaboración con el OPD Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, los futuros tanatólogos clínicos realizan 400 horas de prácticas en el hospital, abordan pacientes y los acompañan en los procesos de duelo por pérdida de la salud o a los familiares por el fallecimiento del paciente; los diplomantes manifestaban sentirse movidos internamente de diversas formas.

Si bien es cierto que después de cada abordaje se realizaba una ficha en donde se reportaba cada caso atendido (paciente o familiar), como parte de la ficha había un apartado donde se reportaban los sentimientos, emociones y autoevaluación del tanatólogo clínico, también lo es que pocos reportaban situaciones personales surgidas de los abordajes o se quedaban pendientes para trabajar de forma posterior con los facilitadores encargados.

Trabajar en contacto con la muerte y el dolor por enfermedad no es fácil. Acompañar a un enfermo, a un moribundo o al familiar dolido, mueve en el tanatólogo clínico muchos sentimientos, emociones, duelos no cerrados, procesos internos inconclusos.

La vivencia del diplomado, tanto en el aprendizaje de la teoría y en la experiencia de campo en las prácticas, me permitió percatarme de mi necesidad y la de mis compañeros de trabajar en la implicación personal porque cuando identificamos nuestra problemática personal e interna, la hacemos consciente y realizamos acciones concretas para resolverla, tenemos mejor disposición de atender al otro y acompañarlo en su proceso; entonces, al realizar acompañamiento tanatológico con mis pacientes lo que a mí me sucede es que recuerdo la muerte de mi padre y el proceso de duelo que viví después de su muerte.

Mi padre fue la persona más importante de mi vida y su muerte me provocó un dolor inmenso; había escuchado muchas veces el término “dolor del alma” pero cuando murió, entendí lo que era ese dolor y cómo se sentía. Tuve situaciones biológicas como gastritis, colitis, taquicardias, dolores de cabeza, cansancio, dolor del cuerpo, insomnio y trastornos de la alimentación. Tuve situaciones emocionales como miedo, tristeza, ira, desánimo, angustia, desesperanza, ansiedad, agresividad, soledad. Tuve situaciones mentales como olvidos, falta de atención y concentración, pensamientos fatalistas recurrentes, memoria deteriorada, errores al realizar las actividades del día a día. Tuve situaciones psicológicas como alteraciones en el sueño, comportamientos alterados e inapropiados, crisis de angustia y ansiedad. Tuve situaciones espirituales como falta de interés por las cosas que se relacionaran con Dios, la iglesia o la religión, falta de esperanza y de fe.

Cuando mis pacientes en duelo me comentan cómo se sienten, entiendo lo que están viviendo y cómo se pueden sentir; recuerdo cómo me sentía viviendo el duelo de mi padre y se mueven otra vez emociones y sentimientos, aunque con una intensidad menor.

Mi proceso de terapia psicológica fue clave en la resolución de mi implicación personal. Yo pensaba que el duelo por la muerte de mi padre había sido resuelto mucho tiempo antes de estudiar el diplomado, y me di cuenta durante las horas de prácticas en el hospital que no había sido cerrado completamente.

El ver el dolor de los otros por el duelo de sus seres queridos removi6 en mí sentimientos; reviví muchas situaciones que formaban parte del duelo que no estaba completamente cerrado, todo esto era parte de mis procesos internos inconclusos.

Para eficientar el proceso de atención de los pacientes y de sus familiares en los abordajes tanatológicos, debe surgir en el tanal6gico cl6nico la conciencia de lo que le ocurre interna y externamente para que trabaje con su implicación personal; por tal motivo, al estudiar el campo del Desarrollo Humano, me doy cuenta que desde este

campo se pueden proporcionar herramientas que pueden facilitar la conclusión de los procesos no cerrados, fomentar el autocuidado y promover el manejo eficiente de emociones.

Así mismo, la propuesta de Rogers y de Maslow, se pueden aplicar para desarrollar el concepto de ser persona plena en el tanatólogo clínico, ya que puede avanzar en el camino de su plenitud y autorealización desde su labor cuando se voltea a ver, se atiende y se da la oportunidad de arriesgarse a la vida, como bien lo menciona Rogers.

Esta es una problemática novedosa y también es importante considerar que vamos en camino a la interdisciplinaridad en todos los campos, con miras a la mejor atención del ser humano en todos los sentidos posibles.

La tanatología es una ciencia relativamente joven, hay muchos aspectos que aún no han sido considerados. Proponer una mejora desde el Desarrollo Humano implica demostrar la amplitud en su aplicación para todos los escenarios en que el ser humano esté involucrado y me parece que es un tema pertinente para mi TOG.

5. JUSTIFICACIÓN.

5.1 Pertinencia del tema-problema desde el Desarrollo Humano

En los últimos tiempos se habla constantemente sobre la interdisciplinariedad en la atención a los pacientes en las instituciones hospitalarias, sobre todo en lo que se refiere a los pacientes considerados en la etapa terminal de la enfermedad; de ahí surge el cuidado al enfermo en su cuerpo pero también se le ha empezado a dar importancia a su cuidado integral, considerando que no solo estamos formados por una parte biológica sino también por una parte mental, emoción, psicológica y espiritual; en este sentido, el Desarrollo Humano tienen mucho por aportar.

Desde ésta premisa, han surgido nuevas ciencias, una de ellas es la Tanatología moderna, expuesta por Elisabeth Kübler Ross, quien realizó los primeros acercamientos al fenómeno de la muerte de una forma más sistematizada pero también más humana.

El dolor no solo es de quien padece la enfermedad y fallece, también se quedan sus familiares en la incertidumbre de la ausencia de su ser querido, ahí es donde surge el tanatólogo clínico, que es un profesional en el abordaje y acompañamiento al paciente y a sus familiares durante el proceso de duelo; pero este profesional también tiene una historia de vida, en la cual ha sufrido la pérdida de sus seres queridos y ha vivido sus duelos.

En la atención a los pacientes y a sus familiares, los tanatólogos clínicos se enfrentan al dolor de la enfermedad, la muerte, el sufrimiento, la ausencia, la tristeza; esto puede desencadenar el revivir las experiencias dolorosas del pasado que aún no han sanado o aún no se han cerrado del todo, implicarse de diversas formas con los pacientes o con sus familiares desde la solidaridad de la humanidad doliente y desde la propia historia personal.

Por ese motivo y como parte de ésta relación, es importante que el tanatólogo clínico identifique sus implicaciones personales en estos abordajes tanatológicos para poderlos resolver y que tenga la conciencia de identificar cómo se implica en el vínculo con sus pacientes para promover estrategias de autocuidado efectivas, para identificar de manera eficiente sus procesos internos, así como lo que sucede en su mundo emocional para poder trabajarlos y eficientar así el proceso de acompañar al otro en el duelo; aquí es donde interviene el Desarrollo Humano, en esta relación con los demás y consigo mismo desde la responsabilidad y el autocuidado personales.

El Desarrollo Humano tiene su aplicación en cualquier situación que involucre a las personas y las relaciones que tienen esas personas; si bien es cierto que es una relación que ha sido poco considerada para estudio: Tanatología - Desarrollo Humano, también lo es ya se han hecho varios trabajos al respecto sobre el duelo y las pérdidas, por lo tanto, este es un tema pertinente porque involucra a un grupo de profesionistas en específico y el trabajo con su implicación personal.

Al elaborar este trabajo se entrevistó a un experto en Desarrollo Humano y desde su punto de vista expone que considera el tema pertinente, sugiere abordar las propuestas que ya están escritas desde las aristas que existan desde autores de la Tanatología y desde el campo del Desarrollo Humano en cuanto a la relación, en cuanto a la comunicación y en cuanto a los procesos de acompañamiento y facilitación personal y grupal. El experto también propone realizar “hibridaciones”, esto para poder hacer enlaces desde los dos campos de conocimiento: Desarrollo Humano y Tanatología.

Es interesante la propuesta de considerar como importante trabajar desde la relación facilitadora grupal, que es una técnica tan importante del Desarrollo Humano, ya que llevar una facilitación individual tal vez implicaría mucho tiempo y sería difícil atender de uno en uno a los grupos de tanatólogos clínicos numerosos.

Considerar la facilitación grupal podría acotar el tiempo y tal vez, pueda desarrollarse una técnica efectiva desde las herramientas proporcionadas por el Desarrollo Humano

que promueva, primero que nada, la toma de conciencia del tanatólogo clínico sobre el cuidado de sí mismo, la identificación de su implicación personal y le abra un abanico de posibilidades para poder trabajar todas esas implicaciones surgidas de la relación con los pacientes y con sus familiares.

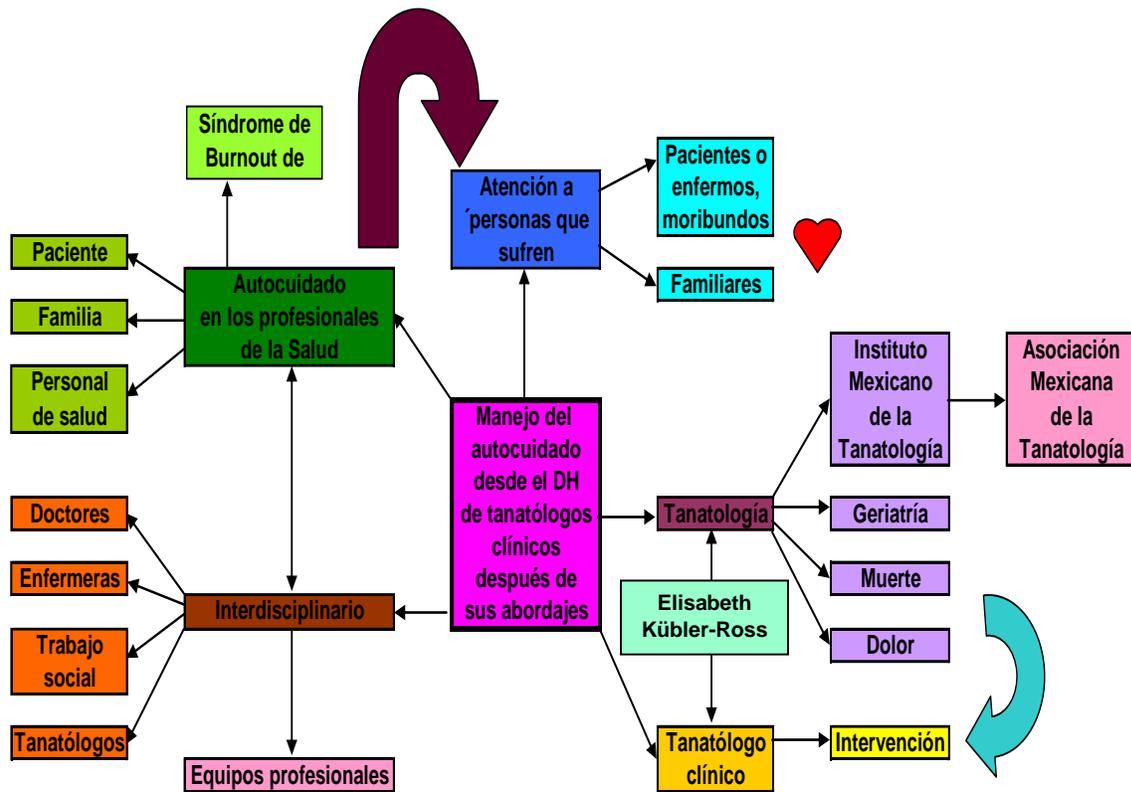
Así mismo, como parte de la propuesta rogeriana de la terapia Centrada en la Persona, la tendencia actualizante es importante en la atención a los enfermos y a sus familiares, ya que se podrían aportar elementos para el crecimiento personal y profesional de los tanatólogos, como parte de la capacitación desde el Desarrollo Humano, que le permitan tener mejor atención a sus pacientes en sus abordajes y le permitan eficientar la detección y el manejo adecuado de sus emociones.

De igual forma, el Desarrollo Humano tiene para aportar al tanatólogo, desde una propuesta individual, herramientas que clarifiquen su proceso de duelo y su implicación personal desde la conciencia, como oportunidad de descubrirse y de crecer, de convertirse en persona y de autorrealizarse al aportar también estrategias pertinentes de desarrollo y cuidado.

Es un tema novedoso, poco abordado o investigado, me parece que tiene mucho potencial. Considero que efectivamente, ahí donde hay seres humanos puede surgir el Desarrollo Humano. La tanatología clínica se desarrolla en un campo sensible pero el Desarrollo Humano también es sensible al ir hacia el otro en la relación interpersonal.

Y la interdisciplinariedad de las ciencias en éste momento histórico me permite tener la osadía de proponer una relación entre la Tanatología y el Desarrollo Humano que promueva una mejor calidad en el abordaje a los pacientes y sus seres queridos, con procesos de facilitación efectivos para los tanatólogos clínicos.

5.2 Objeto problema desde el Desarrollo Humano



Buscando en Google y en Google académico, me di cuenta de que no hay ninguna investigación relacionada con el tema – problema que me he propuesto desarrollar como Trabajo de Obtención de Grado; pude encontrar estudios e investigaciones sobre el autocuidado de los profesionales de la salud, que incluye a equipos de trabajo interdisciplinarios: médicos, enfermeras, profesionistas del trabajo social y tanatólogos.

Los servicios que estos equipos multidisciplinarios prestan son para el paciente que padece una enfermedad que puede tener cura o que puede ser crónica y llevarlo a la muerte; en este sentido de la atención a los enfermos en instituciones hospitalarias, se han hecho varios estudios referentes al Síndrome de Burnout, como una de las manifestaciones más evidentes de la falta de autocuidado en dichas instituciones para el personal que labora en ellas.

Es importante que los profesionales que conforman estos equipos interdisciplinarios, utilicen diferentes técnicas para su autocuidado, en vías a mejorar la calidad en la atención a los pacientes.

Para la tanatología no solo son importantes los moribundos, se encarga también del dolor por la pérdida de la salud y del dolor por la pérdida de un ser querido. En este sentido, los familiares o sobrevivientes del enfermo fallecido también son abordados por la ciencia tanatológica.

Como principal exponente de la tanatología encontramos los trabajos, las investigaciones y los libros realizados por Elisabeth Kübler Ross; ella realizó las primeras investigaciones sobre la vivencia de la muerte en pacientes moribundos y el dolor que les causaba y fue la primera en definir, a través de la escucha atenta de sus pacientes, las cinco etapas del duelo: negación, enojo, depresión, negociación y aceptación. Dejó por escrito los testimonios de muchos de sus pacientes sobre lo que veían en el proceso de muerte.

Relacionan bastante la tanatología con la geriatría, como si los adultos mayores fueran los únicos expuestos al dolor de la enfermedad crónica y a la cercanía de la muerte. Hay muchos estudios y casos relacionando la aplicación de la tanatología a la geriatría.

En este momento encontramos algunas instituciones ya organizadas y reconocidas que promueven la tanatología en todo el mundo. En México podemos mencionar el Instituto Mexicano de la Tanatología y la Asociación Mexicana de la Tanatología.

El objeto del Desarrollo Humano al que corresponde el tema abordado es el Autocuidado, dentro de la responsabilidad y el empoderamiento; así la responsabilidad es la capacidad para conducirse de una manera determinada y el empoderamiento son las capacidades para aumentar el bienestar en un ámbito; entonces el autocuidado es hacerse cargo del cuidado propio, tomando decisiones, siendo consciente, reflexivo, con capacidad de discernimiento y construyéndose cada día.

Algunos autores sobresalientes en este tema son: Soren Kierkegaard, Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre, Martin Buber, Carl Rogers, Irvin D. Yalom y Andrés Martín Mateo

No se encontró ninguna relación de la Tanatología con el Desarrollo Humano, motivo por el cual, considero que este trabajo es novedoso y revolucionario al juntar éstas dos materias que han adquirido mucha importancia en las últimas décadas.

6. PROBLEMATIZACIÓN

6.1 ¿Qué es problematizar?

Según el autor Mariño (2014), la definición de problematizar es la siguiente:

La problematización es una condición fundamental del aprendizaje activo, en el que los alumnos son actores principales, pues aprender es un proceso llevado a cabo, en primera persona, por el sujeto, mediante la acción sobre los objetos de aprendizaje y el concurso de diversas dimensiones del aprendiz. (p.1)

Es una serie de pasos que implica llevar un tema desde la implicación personal hacia la aplicación social, relacionando dos situaciones que pueden ser el problema y contextualizándolo, indagando sobre la evidencia documental.

Cuando se realizan intervenciones, problematizar es buscar modificaciones en la población con la cual se va a realizar, por lo tanto, desde el Desarrollo Humano implica identificar qué me pasa con el tema en lo personal (implicación personal), detectar las necesidades de la población y poner en práctica los aprendizajes.

El proceso consiste en:

1. Pasar de un tema personal a uno social.
2. Pensar en términos relacionales (causa-problema).
3. Contextualizar (tiempo, espacio, tamaño, cifras) e indagar documentos referentes al tema.
4. Surgen preguntas del tema.
5. Detección de necesidades al acercarse a la población.
6. Identificar la implicación personal.
7. Aplicar bases humanistas-existenciales.
8. Poner en práctica los aprendizajes para resolver las necesidades de la población.

6.2 Objeto – Problema desde el Desarrollo Humano

Cuando inicié con el planteamiento del problema, la primera interrogante en mi mente fue de qué forma el Desarrollo Humano se podía relacionar con la Tanatología y en qué forma podía contribuir a eficientar los procesos de los tanatólogos clínicos en los abordajes para tener una mejor calidad en la atención a los pacientes.

Era constante el testimonio de algunos de mis compañeros al realizar las prácticas del Diplomado de Tanatología en el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde sobre la implicación personal que tenían al trabajar con los pacientes y sus familiares por situaciones personales anteriores y la carga emocional generada por la cercanía con el dolor, la muerte, la enfermedad y el sufrimiento.

Empecé con la investigación previa del tema y me di cuenta de es muy poca, casi nula, la información documental existente sobre el tanatólogo clínico y su implicación personal y emocional en los abordajes, motivo por el cual, me interesó más el tema por la oportunidad de ser pionera y de contribuir con este trabajo a acrecentar el interés de otros.

Después elaboré un árbol problema que me ayudara a determinar las posibles causas y consecuencias del tema elegido y con esta información poder delimitar el problema de mi investigación.

Desde el principio sabía que mi tema iba dirigido a los tanatólogos que prestan sus servicios en instituciones de salud públicas y privadas, que fueran profesionistas en el área de la salud y que tuvieran experiencia en los abordajes con los pacientes y sus familiares; fue toda una empresa poder contactar con tanatólogos con estas características porque se atravesó la pandemia de Covid-19 y se cerraron todos estos servicios en las instituciones de salud por las condiciones de cuidado e higiene exigidas para evitar la propagación del virus y ante toda esta problemática, junto con la asesora de este trabajo, se decidió modificar algunas de las características de la población.

Después de analizar la información hasta ese momento recabada, pude determinar el tema de este trabajo que es la aportación del Desarrollo Humano para mejorar la vida y la labor de los tanatólogos clínicos mediante un equipo especializado a su disposición que les permita trabajar con su implicación personal y que facilite la conclusión de los procesos no cerrados, fomente el autocuidado y promueva el manejo eficiente de emociones.

Así mismo, desde el Desarrollo Humano se encuentra el gran reto de proporcionar una metodología de atención que sea pertinente y factible en las condiciones en que los tanatólogos desarrollan su práctica profesional atendiendo a los enfermos y sus familiares.

6.3 Población

Al iniciar el acercamiento a la población, se realizaron entrevistas y observaciones con el propósito de tener evidencias para conformar el problema de intervención y así poder delimitar a la población porque es difícil encontrar tanatólogos al no ser una profesión tan generalizada en este momento en nuestro país.

El tanatólogo clínico es el profesional que tiene el conocimiento y la experiencia suficientes para acompañar en el proceso de duelo, así como en cualquier tipo de pérdida significativa que las personas tengan durante el curso de su vida; por lo tanto, su función principal es procurar que el paciente o cualquier ser humano que sufra una pérdida sea tratado con respeto, cariño, compasión y que conserve su dignidad; así mismo, la meta última del tanatólogo es orientar al enfermo o doliente hacia la aceptación de su realidad, aceptación que se traduce en esperanza sobre la situación real, esto incluye una mejor calidad de vida, y en su caso, una muerte digna y en paz, aunque no solo acompaña al moribundo, también acompaña a los familiares que sobreviven.

Se determinó como población para desarrollar la investigación de este trabajo a tanatólogos clínicos que tuvieran las siguientes características:

1. Tanatólogos clínicos diplomados.
2. Profesionistas con licenciatura: psicólogos, médicos, trabajadores sociales, enfermeras.
3. Tener por lo menos 1 año de experiencia como tanatólogo clínico.
4. Estar ejerciendo la tanatología actualmente.
5. Ejercer la tanatología en una institución hospitalaria.

Solo la primera y la tercera características fueron las que se pudieron cumplir con motivo de las medidas de higiene y los protocolos impuestos por la Secretaría de Salud (SSA) en México y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel internacional, ya que, en las instituciones hospitalarias, tanto públicas como privadas, solo se permite el acceso al personal de salud y a los pacientes que tienen necesidad de estar en el hospital internados o que asisten a consultas. Por tal motivo, los tanatólogos clínicos, por cuestiones de salud propia y de los pacientes, no tienen acceso en este momento a los hospitales.

Para la segunda característica, se encontró que la población de tanatólogos investigada y a la cual se tuvo acceso, no tenían licenciaturas relacionadas con las ciencias de la salud o no tenían estudios profesionales (Alma: licenciada en mercadotecnia, Esperanza: química fármaco-bióloga y Consuelo: técnica en cuidados geriátricos).

Para la cuarta y quinta características, aunque sí tenían más de un año de estar ejerciendo la tanatología en una institución hospitalaria, la pandemia había detenido la oportunidad de seguir prestando sus servicios tanatológicos en cualquier institución de salud por los protocolos de ingreso e higiene.

Esta pandemia no solo afectó el conseguir tanatólogos con las características solicitadas para la población, sino que complicó la investigación misma. Las entrevistas se hicieron en línea mediante la plataforma de Zoom con todos los inconvenientes que esto tenía: desconexiones y fallas del internet, interrupciones locales, cortes parciales de la energía eléctrica, dificultad de acceso a la plataforma virtual utilizada, fallas en el sonido y la cámara, pausas en la transmisión, por mencionar las principales.

A pesar de todas las complicaciones e inconvenientes, se pudo realizar y concluir este trabajo en tiempo y forma; reconociendo la participación de los tanatólogos, sus esfuerzos y su disposición para hacer que la Tanatología rebase las fronteras que aún tiene actualmente y para que todo aquel que requiera el acompañamiento de un tanatólogo, tenga acceso a sus servicios.

6.4 Árbol problema

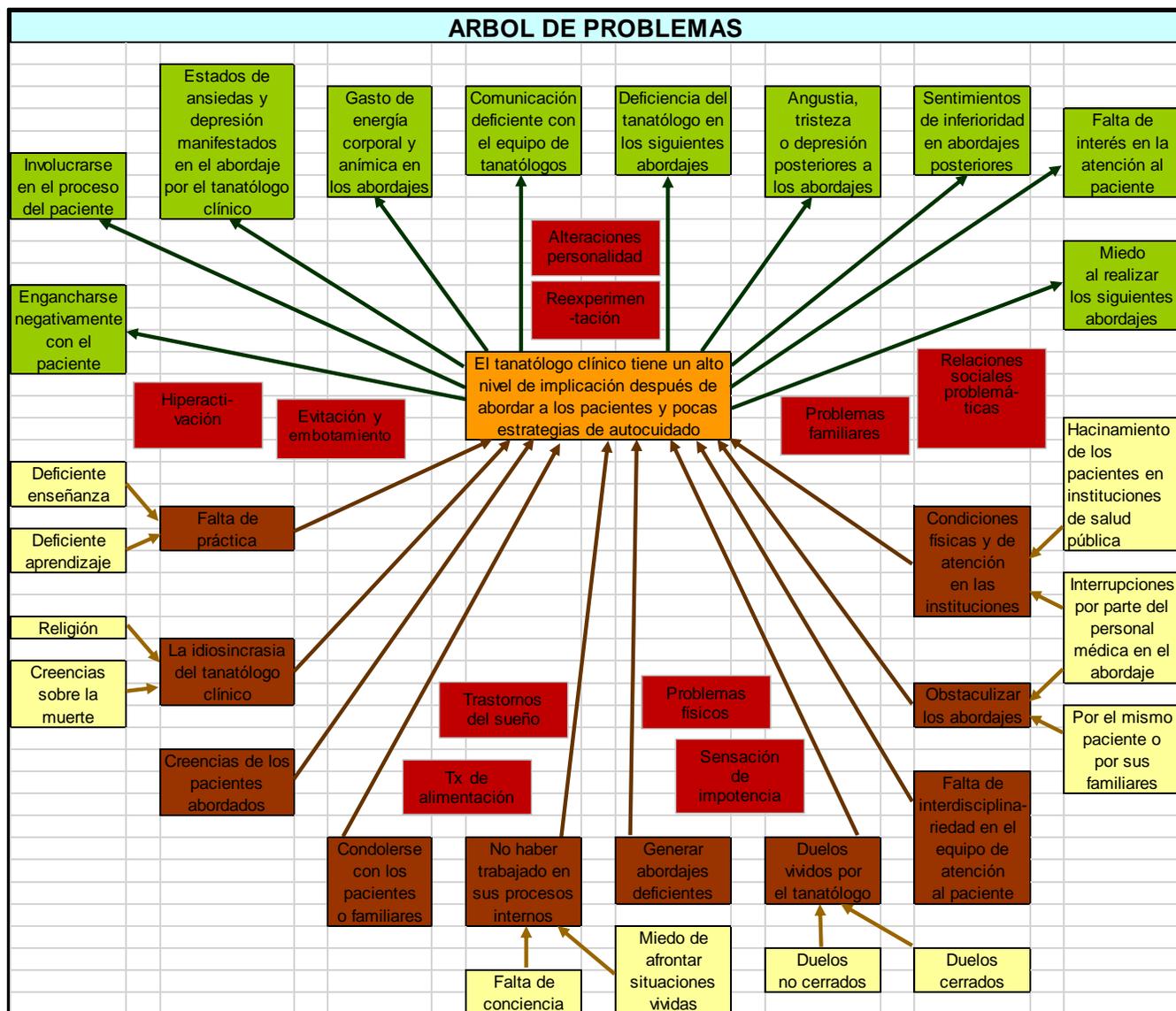
El árbol problema se elaboró al plasmar las observaciones efectuadas durante las prácticas del Diplomado de Tanatología de la Asociación Humanizar para Sanar, A.C., realizadas en el OPD Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, también se integra por la experiencia personal como participante en esas prácticas y los comentarios hechos por los compañeros del diplomado a una servidora durante las prácticas y el diplomado.

Esto con la finalidad de que sea más sencillo ubicar visualmente la problemática, las causas, los efectos y sus manifestaciones.

Consiste en identificar el problema de los tanatólogos clínicos y posicionarlo en el centro para de ahí partir a identificar las causas que lo originan, representando las raíces. Estas posibles causas se identificaron desde la experiencia y la observación personal de los tanatólogos que hacían las prácticas en el hospital civil, identificando las vivencias personales constantes y los comentarios reiterados de los compañeros practicantes.

Las manifestaciones fueron tomadas de la teoría revisada durante el diplomado como parte del material académico electrónico del X Diplomado de Tanatología clínica de la Asociación Humanizar para Sanar, A.C. 2019. Guadalajara, Jalisco, sobre todo de la presentación “Duelo personal de salud y fatiga por compasión”, expuesta por Isaac González.

Los efectos fueron deducciones de la vivencia y la observación personal de los tanatólogos durante el diplomado, identificando también vivencias personales constantes y los comentarios de los diplomantes.



Después de analizar esta información se pudo determinar que el problema principal es que el tanatólogo clínico tiene un alto nivel de implicación después de abordar a los pacientes y pocas estrategias de autocuidado.

6.5 Detección de necesidades

Los tanatólogos clínicos acompañan a los pacientes en sus procesos de duelo por enfermedad o muerte, en este acompañamiento revive las pérdidas de personas importantes y significativas en su vida.

Muchas veces el tanatólogo no reconoce, negando o evadiendo la implicación personal y tampoco tiene herramientas para enfrentarla; esta implicación personal surge de la vinculación con su paciente, durante el abordaje y no se le forma para dar seguimiento a su implicación personal ni para promover el autocuidado, solo se le enseña a llenar formatos sugeridos en el hospital al término de cada abordaje para concentrar la información, que si bien es cierto que le dan la oportunidad de tomar consciencia de algunos aspectos emocionales, también es cierto que solo se queda en el papel la identificación de las emociones y de que es una solicitud de ayuda para resolverlo.

Este formato es el medio por el cual el tanatólogo clínico puede identificar las principales emociones vividas en cada abordaje; el formato consiste en una hoja tamaño carta a doble cara, se divide en 4 partes: la primera parte que es en anverso de la hoja se refiere a los datos generales del paciente que se aborda (nombre, área, número de cama, nombre del cuidador, situación emocional en que se encuentra al paciente, primera observación, un breve genograma e identificación del tipo de duelo); la segunda parte, que está en el reverso de la hoja, consiste en detectar en un listado de emociones las que se manifestaron en el tanatólogo clínico durante el abordaje y subrayarlas, anotando posterior los sentimientos detectados en el tanatólogo clínico y tiene también un apartado sobre el aprendizaje que se identifica en ese abordaje; la tercera parte está conformada por una serie de preguntas para poder reflexionar sobre la autoevaluación y la última parte consiste en la evaluación del facilitador del equipo.

Por lo tanto, algunos tanatólogos utilizan estrategias que desarrollan de forma empírica como la meditación, los ejercicios de respiración, el hablar con otros compañeros, las técnicas de imaginación, etc., pero no tienen herramientas identificadas y aprendidas para trabajar con su implicación personal, aparte de que el ritmo de actividades y la propia vida, exigen regresar a la cotidianidad lo más rápido posible sin que tengan el tiempo adecuado ni los espacios físicos suficientes para poder hacerlo dentro de las instituciones en que prestan sus servicios tanatológicos.

El autocuidado incluye aspectos como:

1. La implicación personal que consiste en tomar conciencia de lo que le pasa, identificarlo y resolverlo.
2. Tener herramientas formales que le faciliten el afrontamiento de su proceso personal.
3. La aceptación de la propia vulnerabilidad porque, como otros profesionales de la salud, pareciera que no tiene el derecho a mostrarse vulnerable.

6.6 Esquema de Categorías

NUMERO	CATEGORÍAS
1	Falta de disponibilidad de tiempo y de espacio físico adecuado para trabajar la implicación personal del tanatólogo clínico después de los abordajes.
2	Conferir poca importancia a la implicación personal por la prisa de regresar a la vida cotidiana, que repercute en la evasión.
3	No existe en el tanatólogo la concepción de trabajar lo que deja abierto en los abordajes.
4	Procedimientos muy estructurados y generalizados para afrontar la implicación personal.
5	Poca aceptación de la propia vulnerabilidad.

6.7 Texto de las categorías.

PRIMERA CATEGORÍA
Falta disponibilidad de tiempo y de espacio físico adecuado para trabajar la implicación personal del tanatólogo clínico después de los abordajes.
En el sector salud, la tanatología ha adquirido gran auge en las últimas dos décadas en nuestro país ya que la atención al paciente en equipos multidisciplinares ha

permitido que el tanatólogo clínico gane terreno en el acompañamiento del enfermo como parte de los servicios proporcionados por las instituciones de salud, tanto públicas como privadas.

Poder acompañar al paciente en su proceso de duelo por enfermedad no es una tarea fácil, acompañar a los familiares que cuidan al enfermo tampoco es fácil; acompañar en el dolor de la muerte afecta de diversas formas en el acompañamiento a quien lo realiza porque quien atiende tiene una historia personal, tiene creencias y tiene una formación particular, aparte de condolerse con el paciente que sufre desde la solidaridad de ser humanos.

Y en la vorágine de la vida diaria, el tanatólogo clínico tiene que seguir adelante con sus actividades del día a día, atendiendo a su familia, siendo hijo o hija, hermano o hermana, amigo o amiga, colaborador en una empresa, dueño de un negocio, en fin, debe cumplir con todos sus roles. Como Lina bien lo manifestó después de elaborarle la pregunta ¿Cuánto tiempo dedicas para trabajar en ti después de los abordajes?: “Solo lo que dura el ejercicio de cierre, alrededor de 10 minutos, después tengo que atender a mis hijos, a mi esposo y a mis papás que están enfermos”. Tal pareciera que no hay tiempo que perder para atender la implicación que tiene al abordar y facilitar el acompañamiento a los pacientes y sus familiares; tal pareciera que puede dejar para después la toma de conciencia y el trabajo de verse afectado de diversas formas por el proceso del doliente que acompaña; tal pareciera que su autocuidado lo pudiera aplazar.

Y también es cierto que las instituciones de salud, ya sean públicas o privadas, tampoco disponen de espacios adecuados destinados a que estos profesionales en el acompañamiento del dolor de la muerte y la enfermedad, puedan recogerse un momento a trabajar el sentir que les provoca ver al doliente o a sus familiares pasando por este proceso, tal como lo dice Arenas: “Las instituciones de salud carecen de políticas, programas, reglamentaciones y espacios que promuevan el autocuidado en los trabajadores que laboran en ellas” (2004, p. 326).

Cuando el tanatólogo clínico realiza un abordaje, quiera o no quiera, lo detecte o no en ese momento o en un futuro, hay una vinculación emocional entre él y el paciente que atiende, ya que ha vivido un cúmulo de experiencias que lo han determinado de diversas formas y en diversos sentidos, entonces cuando se enfrenta al dolor del otro no puede quedar indiferente, porque como el experto Néstor Velázquez lo menciona en la entrevista: "Cuando pones un ambiente de trabajo y de encuentro entre personas, las personas hablan y se escuchan y se encuentran con hallazgos que les ayudan a su desarrollo personal, al grado de que hablamos de alguna significación".

Es necesario tomar conciencia de la implicación personal y eso no se puede hacer en unos minutos, implica la toma de conciencia y la identificación de lo que pasa al tanatólogo clínico. Tal como lo comenta Mati al cuestionarle ¿Cuánto tiempo dedicas para trabajar en ti después de los abordajes que realizas?: "Casi nada. De media hora a una hora cuando mucho". Y también lo menciona Ana: "Me doy entre cada consulta de 15 a 30 minutos para despejarme y hacer algún ejercicio en caso de que me sintiera movida por algún aspecto del trabajo de mi paciente".

Los tanatólogos entrevistados manifestaron en general poco tiempo dedicado al trabajo de la implicación personal y que no hay espacios físicos adecuados en las instituciones de salud públicas o privadas ni programas ya establecidos que los promuevan, motivo por el cual, el tanatólogo clínico tiene que hacerlo a su manera y con los recursos que tenga.

Así se puede concluir que los abordajes realizados a los pacientes enfermos o moribundos, modifican el mundo interno del tanatólogo clínico, que se implica personalmente, aunque no quiera o no lo haga consciente ya que su historia de vida, así como las experiencias dolorosas vividas influyen directamente de la forma en que se implica en los abordajes. Identificar esas implicaciones lleva tiempo, tiempo que el tanatólogo normalmente no se puede dar por las condiciones de su propia vida y los roles que cumple en sus actividades.

Otro factor determinante es que en las instituciones de salud públicas o privadas, no hay espacios asignados para este trabajo de introspección que debería realizar un tanatólogo clínico al terminar cada abordaje; así que tiempo disponible y espacios adecuados es el mínimo requerimiento del tanatólogo clínico para trabajar con su implicación personal.

SEGUNDA CATEGORÍA

Conferir poca importancia a la implicación personal por la prisa de regresar a la vida cotidiana, que repercute en la evasión.

En el sector salud se ha incursionado en la formación de equipos de trabajo interdisciplinarios para la mejor atención a los pacientes y el tanatólogo clínico, como parte importante de estos equipos, ha jugado su papel en los últimos años acompañando el dolor a los enfermos en etapa terminal y a sus familiares al perder a su ser querido.

No es fácil realizar el acompañamiento tanatológico, hay implicaciones personales, se forma un vínculo pero a veces existen “duelos desautorizados que son aquellos en los que el doliente no es socialmente reconocido y su dolor no puede ser públicamente expresado,... no se valora socialmente como significativo” (González, s/f).

El tanatólogo después de estar en contacto directo con el dolor, con la enfermedad, con la muerte, con el sufrimiento, tiene que volver a su realidad, a su vida cotidiana; tal vez por esta premura, en muchas ocasiones evade su vinculación, como lo manifiesta Cuca al cuestionarle sobre cómo trabaja su implicación personal después de los abordajes: “Que no me lastime. Que no le de importancia. Estar en la misma situación y que no me afecte” y como lo menciona también Ana: “Pensando que son situaciones de mi paciente y que es capaz de salir del duelo”. O bien, no se le presta la importancia debida a la implicación personal generada en el vínculo significativo de la atención a los dolientes, tal como lo expresa Lina: “Después tengo que atender a mis hijos, a mi

esposo y a mis papás que están enfermos”. El tanatólogo clínico no está reconociendo las partes internas que se mueven en sí mismo al realizar los abordajes.

Y cuando el tanatólogo clínico no puede reconocer lo que le ocurre al vincularse con su con su paciente, al no expresar sus emociones, al no validar su dolor, al no brindarse apoyo y viviendo su duelo en soledad, las consecuencias son que se genera un estrés constante, no se le asigna significado a la pérdida, el sufrimiento se encapsula y se produce un trauma acumulativo o pérdida secundaria (González, s/f).

Este autocuidado se refiere no solo a las situaciones físicas, sino que abarca la integridad del ser humano: lo biológico, lo mental, lo psicológico, lo emocional, lo espiritual, entonces el tanatólogo debe tomar conciencia y reconocer la importancia de su implicación personal en los abordajes para poder trabajarla y resolverla porque en la medida en que el tanatólogo se mantenga equilibrado, podrá realizar mejores abordajes a sus pacientes.

“La belleza de acompañar en su sufrimiento a otro ser humano nos puede volver uno en su dolor y lastimarnos, tanto que pensemos en dejar de hacer tan noble labor... Por lo que aprender a manejar el estrés, las emociones, las pérdidas y nuestros propios esfuerzos es una labor indispensable si queremos ayudar bien. No basta con querer ayudar, hay que hacerlo bien...” (González, s/f).

Como lo manifiestan también Naranjo: “El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud” (2017, p.1) y Oltra (2013) expone el autocuidado desde la ética, cuando llama a “ser conscientes de la responsabilidad de nuestras acciones y de sus consecuencias” (p.85).

Después de todo esto, se puede concluir que es responsabilidad directa del tanatólogo clínico, partiendo de su ética profesional, cuidar de sí mismo, tomando conciencia de su implicación personal en el vínculo con su paciente.

Estar expuestos al dolor de forma constante, a procesos de duelo, de enfermedad y muerte le genera consecuencias al tanatólogo clínico, que tiende a evadir o a minimizar por la exigencia constante del entorno, y tal vez de sí mismo, de seguir funcional en las otras áreas de su vida y sus actividades cotidianas.

Los efectos de esta exposición pueden provocar que el tanatólogo clínico se enganche negativamente con el paciente al vivir su duelo como si fuera el propio; se involucre con el paciente tratando de solucionar algo que no le corresponde; se viva en estados de ansiedad y depresión manifestados en el abordaje por el tanatólogo clínico; gaste en exceso su energía corporal y anímica en los abordajes; promueva una comunicación deficiente con el equipo de tanatólogos que le dificulte darse cuenta de su estado interno para trabajarlo; que tenga deficiencias en los siguientes abordajes o que los viva desde la angustia, tristeza o depresión, cargando todo esto incluso después de los abordajes; que tenga sentimientos de inferioridad en abordajes posteriores por no resolver sus asuntos internos al sentirse insuficiente o no preparado en los siguientes abordajes; que manifieste falta de interés en la atención al paciente o incluso miedo al realizar los siguientes abordajes.

Esta situación que se evade regresando a lo cotidiano, tiene manifestaciones diversas en el tanatólogo clínico ya que puede experimentar alteraciones en la personalidad como cambios de humor sin motivo aparente, irritabilidad, sarcasmo, cinismo, indiferencia al dolor ajeno, aplanamiento emocional; la reexperimentación que consiste en revivir momentos dolorosos o desagradables, incluso las emociones; problemas con su familia y con las personas que se relaciona; problemas físicos como dolores corporales, mareos, náuseas, cansancio crónico; tener sensación de impotencia; padecer trastornos del sueño y de la alimentación, incluso puede consumir sustancias con abuso; la hiperactivación que consiste en un estado de alerta permanente, tensión y reactividad inmediata; y también evitación y embotamiento por el distanciamiento afectivo y retraimiento social.

Por lo tanto, es válido experimentar dolor por los pacientes porque las pérdidas son significativas y reales para el tanatólogo clínico, la clave está en expresarlo y trabajar la implicación personal desde la ética, la consciencia y el autocuidado.

TERCERA CATEGORÍA

No existe en el tanatólogo la concepción de trabajar lo que deja abierto en los abordajes.

El tanatólogo clínico es un profesional en el acompañamiento del dolor, ¿cómo no sentir dolor por los pacientes a quienes acompaña en su proceso de enfermedad o en su proceso hacia la muerte? Esto es una pérdida, que es significativa y real para el tanatólogo.

Pero muchas veces no es consciente de su necesidad de trabajar lo que ha dejado abierto, lo que se ha movido internamente al realizar los abordajes y todo esto puede empezar a repercutir en su persona, en su familia, en su trabajo, en sus relaciones, en su salud.

No puede quedarse inmóvil e indiferente ante la situación de dolor de los pacientes, la propia historia de vida nos va acercando a los duelos en diferentes momentos porque se evocan los momentos de dolor al ser solidario con el dolor del otro, se conmueve ante el sufrimiento del ser humano.

Cuando un tanatólogo acompaña a su paciente y realiza un abordaje, hay sufrimiento, como refiere Ana “Cuando acompañas como tanatólogo a otra persona que vive un duelo, se mueven tus propios duelos, aún aunque estén cerrados”. La compasión del dolor del otro, el ver cómo en su paciente va empeorando la salud, enterarse de que no tiene recursos, saber que no tiene redes de apoyo, que sufre injusticias o abusos, la misma muerte del paciente, el dejar de verlo (González, s/f). Los tanatólogos al realizar los abordajes dentro de una institución, se deben adherir a las condiciones y reglas de la misma, motivo por el cual no puede resolver los problemas personales del paciente en lo emocional, lo familiar, lo económico o lo material porque no está

autorizado, lo único que está permitido es seguir los protocolos y procesos institucionales, proporcionando solo esa información a los pacientes. Esto también influye en el tanatólogo al vivirlo desde la impotencia de generar soluciones de apoyo personales para el paciente atendido, situaciones que pueden quedar abiertas al término de los abordajes.

“En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales” (Naranjo, 2017, p.1). Y aunque el tanatólogo clínico puede tener instrumentos que le permitan identificar que algo quedó abierto, como lo menciona Mati al preguntarle cómo lo identifica: “Y luego viene otro apartado en el que puedo solicitar apoyo al equipo principal en caso de que no pueda manejar por mí misma lo que siento... Se mueven otra vez emociones y sentimientos, aunque con una intensidad menor”.

Lo que el tanatólogo clínico no trabaja puede causarle síntomas como revivir los momentos del acompañamiento, reexperimentar las emociones, distanciamiento afectivo hacia otros, miedo o rechazo a atender pacientes, estado de alerta permanente, tensión y reactividad automática, irritabilidad, sarcasmo, cinismo, indiferencia, dolores corporales, mareos, náuseas, problemas para dormir, cansancio crónico, sensación de impotencia, abuso de alimentos o sustancias, entre otros (González, s/f).

Y cuando quedan abiertas estas situaciones internas y no se trabajan o se solucionan de alguna forma, vienen las repercusiones y las consecuencias. González (s/f) expone que las repercusiones posteriores son las siguientes: “disminuye la calidad de vida, disminuye el compromiso y la empatía, disminuye el rendimiento laboral, puede desencadenar otros trastornos mentales, puede llevar a la claudicación de la labor, puede llevar a padecer problemas de salud.

Se puede concluir de toda esta información que el tanatólogo clínico al acompañar en el proceso de enfermedad o de muerte, se ve influido de diversas formas por lo que

comparte y vive con sus pacientes, no puede quedarse inmóvil ni indiferente ante el ser humano que sufre frente a él.

No identificar qué le pasa, no tomar conciencia y no tomar acciones de autocuidado, dejando abierto el proceso de implicación con su paciente, puede llevarlo a padecer síntomas específicos que empiecen a afectar su rendimiento biológico, psicológico, mental, emocional y social.

Mientras que identificar qué es lo que le pasa internamente, desde la consciencia, manejarlo y trabajarlo es indispensable para que continúe con su labor de acompañamiento.

No basta con querer ayudar, hay que hacerlo bien. En la medida en que el tanatólogo solucione su implicación personal y cierre la afectación que le genera el vínculo con su paciente, podrá brindar mejor ayuda.

CUARTA CATEGORÍA

Procedimientos muy estructurados y generalizados para afrontar la implicación personal.

No importa la fecha ni importa el lugar, todos los días en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, hay pacientes internados viviendo una enfermedad crónica que los llevará a la muerte; en este proceso de ir muriendo se manifiesta la tristeza, el dolor, el miedo y todo lo que el paciente experimenta de diferentes formas: llanto, tristeza, silencio, dolor, desesperanza, desánimo, porque es un doliente que lleva una gran carga difícil de llevar y que ya no puede dejar aunque lo deseé; así es como surge la figura tanatólogo clínico, con una preparación específica para acompañar a estos pacientes y gracias a su formación teórica y práctica determina el éxito en su acompañamiento.

Pero también es importante la formación del profesional de la tanatología en el autocuidado, tal como lo expone Hernández: “Se considera que la formación

profesional recibida por el personal de salud, puede ser un elemento que influya de manera decisiva en el tipo de autocuidado que este grupo se prodiga” (2003, p. 31).

Tal vez una realidad no vista para los tanatólogos es que no cuentan con procedimientos estructurados para enfrentar su implicación personal, aunque se preparen en la teoría y ejerzan la tanatología encontramos testimonios diversos de entrevistas elaboradas a estos especialistas que permiten vislumbrar esta carencia de herramientas para realizar y resolver el afrontamiento interno, tal como lo menciona. Mati: “Elaboro un análisis del abordaje por escrito... Es hacer el análisis y soltar. Soltar es dejar ir los pensamientos a través de la técnica de la respiración y limpiar la mente, imaginando que se van los pensamientos referentes a la situación del paciente. Empiezo a tomar respiraciones profundas y me imagino, al soltar la respiración, que el pensamiento sale de mi mente y se va”.

Al respecto encontramos procedimientos diversos, algunos más estructurados sin considerarse sistemáticos y otros haciendo uso de lo que tiene a su alcance como terapias alternativas e incluso utilizando lo espiritual aplicando la religión, Ana menciona lo siguiente: “Aplico técnicas de respiración y visualización, incluso me apoyo en la meditación... Cuando me detecto con ansiedad tomo Homeopatía o flores de Bach”; por su parte, Cuca manifiesta sus propias tácticas de afrontamiento: También escucho música y me pongo a leer, eso me ayuda”. Mientras que Fito compartió que su técnica es hacerlo “Con oración continua y la gratitud a Dios”. Cada uno lo hace de acuerdo con sus creencias y a su historia personal, cada uno busca los recursos que mejor le acomodan y que percibe le dan mejores resultados, aunque no tengan un respaldo teórico o no estén estructurados.

Una de las facilitadoras del Diplomado de Tanatología de la Asociación Humanizar para Sanar, A.C., Lina, expone lo siguiente: “Si hay algo que atender, lo atendemos en el momento todos juntos, si no hay nada que atender nos vamos al siguiente abordaje... Llenamos la hoja del reporte y hacemos un pequeño cierre. Hacemos un círculo en el que cada uno platica cómo le fue en su abordaje y con qué se queda. Escuchamos lo

que cada uno comparte, cómo se siente durante el abordaje y cómo se siente en ese momento”. Es como si se tratara borrar lo que está ocurriendo, como si quisieran dejarlo de lado o quitarlo sin afrontarlo, sin trabajarlo.

Cada uno lo hace de la forma que puede y con las herramientas que ha adquirido o que ha tenido a su alcance y es que tal parece que al tanatólogo clínico le hace falta aprender técnicas que lo lleven primero a tomar conciencia y luego a enfrentar su implicación personal porque necesita atención de sus propios duelos, porque desarrolla afecto por su paciente, por la confrontación continua con la muerte de otros, por reconocer su propia vulnerabilidad, y también, sobre todo, porque la exposición a estos factores es constante en su labor tanatológica.

Concluyendo después de esto que el autocuidado que el tanatólogo clínico se provee es importante para sí mismo y para sus pacientes. Primero porque implica reconocer lo que le ocurre y cómo se involucra en los abordajes, manteniendo una salud emocional e interna constante; segundo, porque esto le va a permitir mayor fortaleza interna para promover una mejor relación de ayuda con sus pacientes.

Esto lo logrará aplicando instrumentos o técnicas específicos que le permitan desde la toma de consciencia de su implicación personal, atenderse a sí mismo, prodigándose los cuidados necesarios para continuar con su trabajo personal porque su trabajo tanatológico continúa y en cada abordaje se sigue implicando, aunque trate de evitarlo porque cada paciente le recuerda la pequeña línea que existe entre la vida y la muerte, entre su vida y su muerte y eso, no es nada fácil.

Por tal situación, el tanatólogo clínico debería tener formatos preestablecidos y técnicas estructuradas que siguieran procesos concretos, que resulten funcionales para afrontar su implicación personal y pueda realizar mejor sus abordajes.

QUINTA CATEGORÍA

Poca aceptación de la propia vulnerabilidad.

La vorágine de las actividades del día a día en el sector salud no permite a quienes son participantes directos en sus labores detenerse ni un momento, vemos a los médicos, a las enfermeras, a los trabajadores sociales, a los administrativos, a todos estos profesionistas involucrados agilizando los procesos institucionales, las actividades, la atención, los cuidados porque los enfermos requieren una rápida y eficaz atención.

Para lograr la efectividad y la eficacia en la atención a los pacientes se han conformado equipos interdisciplinarios de médicos, enfermeras, trabajadores sociales y últimamente se ha incluido en estos equipos a los tanatólogos clínicos, acompañantes en el proceso doloroso del enfermo que se va desprendiendo de este mundo.

La exposición a la fragilidad de la vida, a las obligaciones profesionales, a las experiencias de limitación e impotencia requieren una “actitud de cuidado” que depende de la sensibilidad ante el sufrimiento o la necesidad de otro ser humano y surge del mutuo reconocimiento como seres vulnerables (Oltra, 2013, p. 89).

Estos profesionales que tienen en sus manos la atención directa del enfermo tienen hábitos propios el ambiente hospitalario y de su misma profesión.

El hábito profesional, como una forma de relacionarse con el mundo porque cualquier profesión u oficio conduce a que se conforme un habitus propio de la profesión y que dicho habitus está constituido por un conjunto de técnicas, referencias, creencias que se constituyen en estructuras y esquemas mentales que llevan a que las personas tengan determinadas prácticas (Arenas, 2004, p. 327).

El enfrentarse a la muerte continuamente nos debería recordar, como seres humanos nuestra condición frágil y limitada porque nacemos, crecemos, nos reproducimos y morimos, esa es nuestra realidad biológica, pero hay un mundo interno que le da

significado y sentido a la existencia y tal pareciera que quienes están trabajando tan de cerca con la muerte se pudieran pensar como inmortales, tal vez como una evasión a la fragilidad de la vida.

Tal como lo dice Arenas: “La práctica médica conduce a un acercamiento constante y reiterado con la enfermedad y la muerte de los demás... esta vulnerabilidad es un recordatorio persistente de nuestra mortalidad” (2004, p. 330).

El tanatólogo clínico se centra en el bienestar del paciente durante su abordaje, no aceptando que es vulnerable, es como si no tuviera derecho de sentirse así; no acepta su propia vulnerabilidad porque al pensar en su vulnerabilidad piensa también en la muerte de su paciente, en la muerte de sus seres queridos y en su propia muerte.

La relación clínica es una relación entre personas; el paciente, su familia y el personal de salud. El paciente espera del profesional su experticia técnica, pero además su disposición humana. En tanto el profesional, en su deseo de satisfacer esta demanda, puede verse sobreexigido emocionalmente frente al dolor y las expectativas de su paciente, exponiéndolo al riesgo de desarrollar importantes niveles de estrés y desgaste asociado a esta demanda de ayuda, lo que atentaría directamente contra la posibilidad de procurar una relación clínica de calidad (Oltra, 2013, p. 85).

Entonces se puede concluir que el tanatólogo clínico, quien es un participante directo en el cuidado y la atención a los enfermos en los equipos interdisciplinarios de las instituciones de salud, se contagia de este hábito de no sentirse vulnerable ante la exposición constante a la muerte y la enfermedad en el acompañamiento a sus pacientes y evaden enfrentarlo, como lo expresa Cuca: “Es como sentirme satisfecha porque me dan las gracias los pacientes. Siento padre, siento que contribuí a que la persona se sintiera mucho mejor”, poniendo la atención en el agradecimiento y no en el tener contacto con el dolor, la enfermedad y la muerte. O como lo evade Fito al preguntar sobre su cuidado después de los abordajes: “Ninguno”.

Es cierto que nadie se escapa de la muerte, pero convivir con ella en el día a día nos muestra lo vulnerables que somos y lo frágil que es nuestra existencia. Eso es un hecho que no podemos negar.

El término vulnerabilidad, como lo expone Lydia Feito (2007), hace referencia a la posibilidad del daño, a la finitud y a la condición mortal del ser humano, encerrando la complejidad por tener una dimensión individual entendida como una condición de fragilidad propia e intrínseca al ser humano, por su ser biológico y psíquico y una dimensión socio-política, entendida como la que se deriva de la pertenencia a un grupo, género, localidad, medio, condición socio-económica, cultura o ambiente que convierte en vulnerables a los individuos y desde la vulnerabilidad individual, la bioética se centra en el ser humano enfermo, donde esa condición de vulnerabilidad es aún más evidente y desde la vulnerabilidad social la vulnerabilidad de la población de enfermos que tienen acceso a la asistencia sanitaria.

La vulnerabilidad tiene que ver, pues, con la posibilidad de sufrir, con la enfermedad, con el dolor, con la fragilidad, con la limitación, con la finitud y con la muerte. Principalmente con esta última, tanto en sentido literal como metafórico. Es la posibilidad de nuestra extinción, biológica o biográfica, lo que nos amenaza y, por tanto, lo que nos hace frágiles (Feito, 2007, p.1)

Entonces son manifestaciones de la finitud: la muerte, la enfermedad y el sufrimiento porque nos muestran el breve suspiro que es la vida, ya que la muerte propia y la ajena nos hacen conscientes de la pérdida, de la amenaza constante de morir como un elemento de la vida, entonces vale la pena morir porque valió la pena vivir, en ese sentido de trascendencia del ser humano.

6.8 Primeras conclusiones

Después de realizar el acercamiento a la población con el propósito de indagar qué le pasa, cómo se siente y qué hace el tanatólogo clínico después de realizar un abordaje, se puede concluir lo siguiente:

1. La primera necesidad es la falta de tiempo suficiente y la falta del espacio físico para trabajar con su implicación personal por la premura de regresar a sus actividades cotidianas y porque las instituciones de salud no destinan los espacios adecuados para estas prácticas.
2. La segunda necesidad de esta población es que por los hábitos de los profesionales de la salud y de las propias actividades de las instituciones de salud públicas y privadas, el tanatólogo no confiere importancia a la implicación personal al realizar los abordajes por la prisa de regresar a la vida cotidiana, que repercute en la evasión de su implicación personal generada por la vinculación con los pacientes.
3. Entonces también hay necesidad de trabajar lo que deja abierto en los abordajes como parte del autocuidado porque el tratar de cerca con el dolor, la enfermedad, la muerte, el llanto, la tristeza, la desesperación, implica que suceda algo en el interior del tanatólogo, que se manifiesten emociones, sentimientos, deseos, creencias, necesidades, vínculos, representaciones, etc. Cuando no cierra estos procesos los sigue cargando y se van acumulando, provocando síntomas físicos, psicológicos, mentales, emocionales, conductuales y espirituales que trastocan su equilibrio.
4. Todo esto ocurre por la falta de procedimientos estructurados para enfrentar la implicación personal. Conforme pasa el tiempo y el tanatólogo necesita trabajar lo que en su mundo interno está alterado, se hace llegar de forma empírica procedimientos o herramientas que le ayudan a paliar los síntomas que se manifiesta por la implicación personal.

5. Y como última, pero no menos importante necesidad, el tanatólogo clínico al preocuparse por el bienestar de sus pacientes, como parte de los hábitos de los profesionales del sector salud y como forma de protección, pareciera que no tiene derecho a sentirse vulnerable como evasión al trato directo que tiene con la enfermedad, el dolor y la muerte. Como si mostrarse vulnerable lo hiciera débil o incapaz de seguir enfrentando los abordajes.

7. PROPÓSITOS, OBJETO DEL DH Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

7.1 Propósito

En primera instancia, el propósito es indagar qué le pasa, cómo se siente y qué hace el tanatólogo clínico después de realizar un abordaje.

7.2 Objeto del Desarrollo Humano

El objeto del Desarrollo Humano al que corresponde el tema abordado es el Autocuidado, dentro de la responsabilidad y el empoderamiento.

1. Autocuidado: es hacerse cargo del cuidado propio, tomando decisiones, siendo consciente, reflexivo, con capacidad de discernimiento y construyéndose cada día.
2. Responsabilidad: es la capacidad para conducirse de una manera determinada
3. Empoderamiento: son las capacidades para aumentar el bienestar en un ámbito.

7.3 Preguntas de investigación.

¿Cómo se cuida el tanatólogo clínico al estar en contacto constante con el dolor, el sufrimiento y la muerte?

¿Detecta el tanatólogo lo que le ocurre interna y externamente al realizar los abordajes?

¿Qué implicaciones personales puede tener al vivir tan de cerca el proceso de sus pacientes y de sus familiares?

¿Cuenta con herramientas suficientes o métodos para enfrentar la implicación personal y emocional que el ocasiona el atender a los dolientes?

¿Cuáles son las herramientas y cómo las aplica?

8. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

8.1 Introducción al marco teórico

La ciencia no se detiene, sigue su curso de descubrimientos en todos los ámbitos y estos nuevos conocimientos tienen sus bases en conocimientos previos que se han ido acumulando como parte del acervo que los investigadores y estudiosos han aportado a cada ciencia.

Mientras que las ciencias exactas aplican el método científico a su investigación generando teorías universales y generales, las ciencias sociales y humanidades que estudian el comportamiento del hombre y la forma como se organiza dan validez a sus descubrimientos y aportaciones teorizando, es decir, aplicando la teoría como un hilo conductor desde el inicio del problema de intervención, pasando por cada una de sus etapas hasta las conclusiones.

Estos teóricos y académicos que producen investigación e intervención social, exponen de esta forma artículos y textos científicos que tienen validez en la comunidad científica, entretejiendo la teoría que conforma el marco teórico referencial para lograr sentar en bases sólidas estas aportaciones novedosas que van surgiendo a veces comparando, a veces discrepando, otras rechazando y otras aplicando las teorías a la observación del fenómeno en la realidad.

Karolyn Valdizón (2015) propone que el objetivo de la teorización es integrar en los resultados de la investigación un todo de forma coherente y lógica, mejorando lo realizado con lo investigado por los diversos conceptos de autores con los que se integró el marco teórico referencial, esto permite manipular categorías, sus relaciones, sus comparaciones, sus nexos, sus relaciones para poder ordenar y al final especular.

Zavala (2011) expone no solo tomar en cuenta la teoría como varios conceptos, modelos o hipótesis, ya que también es el resultado del pensamiento personal y social que es realizar la teorización o proponer teorizaciones que pueden ser de diversa índole: análisis, críticas, modelos, categorías, nuevos conceptos combinaciones, fundamentos, entre otros, que provienen de varias teorías o corrientes.

Las investigaciones sociales se caracterizan por ser cualitativas y siguen etapas bien establecidas, el marco teórico referencial es una de ellas, se le considera referencial sienta un antecedente y también porque se va modificando y enriqueciendo durante toda la investigación. Como lo expone Rolando Quispe (2020):

El marco teórico es emergente, es decir evoluciona a la par con la investigación, de ahí que se le considere como referencial, pues en lugar de encasillar a los investigadores en teorías preestablecidas, sirve como medio de información respecto a investigaciones y teorías sobre el tema de investigación. (Quispe, 2020, p. 139)

Es también llamado marco de antecedentes porque “está constituido por el conjunto de conocimientos que otros estudiosos han logrado sobre el tema o el problema”. (Rodríguez y Miravet, s/f, p. 4).

Los maestros y doctores para poder producir material científico en sus materias de estudio requieren manejar en forma adecuada el texto científico con todas sus características, integrando el marco conceptual que “es una elaboración conceptual del contexto en el cual se considera el problema. Por tanto, se requiere entonces, utilizar los métodos para el desarrollo de párrafos que contribuyen a lograr una parte importante de

la investigación, porque se retoman conceptos” (Idem) y también se construyen nuevos conceptos.

Teniendo este marco conceptual listo es posible entonces teorizar para dar lugar a constructos, paradigmas, conceptos y enunciados que pretenden comprender y estudiar la realidad, que también buscan mediante “la observación y un proceso de estructuración determinar los elementos más importantes del fenómeno. La teoría es una guía que permite organizar el conocimiento y a la vez abre el camino para generar nuevo conocimiento siguiendo una metodología establecida.” (Juárez, s/f, p.1).

Por lo tanto, el sostén de una intervención social es la teoría y la forma en que se va entrelazando con la investigación social para darle sentido y validez porque va “aportándole ideas, planteándole dudas, sugiriendo hipótesis y preguntas que eventualmente constituirán el objetivo de investigación” (Sautu, 2001, p. 3). Entonces la teoría es reinterpretada y reconstruida a partir de la misma investigación social para generar nuevo conocimiento científico que sienta las bases también para intervenciones posteriores.

Una investigación sin teoría no tiene interés académico ni validez en la comunidad científica y académica, como lo asegura Ruth Sautu (2001) “Los datos sin teoría, cualquiera sea la manera como fueron recogidos, no tienen interés académico... [...]...concebimos a la teoría como el hilo conductor, el andamiaje sobre el que se construye una investigación, desde los supuestos sobre los que se apoya” (p.6). Entonces la teoría define, da rumbo y aporta el soporte y la estructura a la intervención e investigación social.

Para identificar la teoría previa sobre el tema de esta intervención que es “La tramitación emocional como estrategia de autocuidado en el tanatólogo clínico”, se buscó el tema completo en trabajos de obtención de grado tanto de maestría como de doctorado en el repositorio del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente ITESO, así mismo, se realizó búsqueda documental en los libros, revistas y artículos con que cuenta

el mismo repositorio de diversos autores del área de la psicología considerando el tema de intervención completo y considerando el tema de tramitación emocional en el personal de salud. Se buscó en la red mediante el buscador de Google talleres realizados bajo este mismo tema. Son sumamente escasas las investigaciones y la información que se enfocan en el quehacer del tanatólogo clínico en las instituciones hospitalarias.

El siguiente paso fue indagar en bases de datos como Ebsco, Redalyc, SCielo, Springer y Base sobre las categorías identificadas en el tema de investigación que son las siguientes:

1. Falta disponibilidad de tiempo y de espacio físico adecuado para trabajar la implicación personal del tanatólogo clínico después de los abordajes.
2. Conferir poca importancia a la implicación personal por la prisa de regresar a la vida cotidiana, que repercute en la evasión.
3. No existe en el tanatólogo la concepción de trabajar lo que deja abierto en los abordajes.
4. Procedimientos muy estructurados y generalizados para afrontar la implicación personal.
5. Poca aceptación de la propia vulnerabilidad.

Fueron consultados 26 documentos entre libros, revistas, intervenciones, tesis, tesinas e investigaciones que aborden estas categorías. Sobre todo aquellos que involucran temas concernientes a los equipos de salud o profesionales de la salud en instituciones hospitalarias públicas y privadas.

Después de realizar la consulta de información y de elaborar las fichas de lectura correspondientes, se estructuró el marco teórico en 8 categorías principales para el desarrollo de los temas, dividiendo cada tema en subtemas pertinentes para armar la información de forma adecuada y secuencial.

En este trabajo se proponen las siguientes categorías como parte del marco teórico:

PROPUESTA DE CATEGORÍAS PARA EL MARCO TEÓRICO DEL TOG							
1	2	3	4	5	6	7	8
LA MUERTE	EL DUELO	LA TANATOLOGÍA	LA IMPLICACIÓN PERSONAL	EMOCIONES	LAS INSTITUCIONES DE SALUD	AUTOCUIDADO	SÍNDROME DE BURNOUT
Consideraciones históricas sobre la muerte	Concepción emocional	Una nueva disciplina encargada de la muerte y los moribundos	¿Qué es la implicación personal?	Emociones ante la vivencia de la muerte	Postura de las instituciones de salud ante el fenómeno de la muerte	Atención de las necesidades personales	Síndrome de Burnout: manifestaciones
Vivencia de la muerte	Concepción terapéutica	El tanatólogo clínico	Importancia de la implicación personal	Evasión de las emociones y sus consecuencias	Problemática actual	El Desarrollo Humano como promotor del autocuidado	El Síndrome de Burnout en el personal de salud
Actitud o reacción del personal de salud ante la muerte		Los abordajes tanatológicos	Afrontamiento de la implicación personal		Equipos Interdisciplinarios		
			Procedimientos para la afrontar la implicación personal				

8.2 Marco Teórico

8.2.1 LA MUERTE

“Diferentes en la vida, los hombres son iguales en la muerte”
(Lao-Tsé)

Zoraida Carmona y Cira Bracho definen que “la muerte es la pérdida total de las funciones vitales (2008, p. 15) y Estancanti (1995) define la muerte como “la conclusión de la existencia terrena e histórica del hombre, símbolo de la finitud del ser, que sufrida de forma impotente y pasiva no está en manos del hombre poder evitarla. Con ella terminan los procesos biológicos fundamentales, pero también las relaciones sociales del hombre” (Citado en Carmona y Bracho, 2008, p. 15).

Elisabeth Kübler Ross (2005) define lo siguiente “La muerte, es el acontecimiento universal por excelencia que, en cierta forma, le confiere intensidad y valor a la vida”

(citada en Carmona y Bracho, 2008, p. 15). Mientras que Irvin D. Yalom nos expone que la muerte “es incomparable, es la condición que nos permite vivir la vida de manera auténtica” (1980, p. 49), afirmando también que “cuando se excluye la muerte, cuando se pierden de vista los riesgos, la vida se empobrece” (p. 50).

8.2.1.1 Consideraciones históricas sobre la muerte

Cada ser humano, cada pueblo y cada cultura han tenido en su momento diferentes concepciones sobre la muerte, concepciones que se han manifestado en ritos, rituales, costumbres, vivencias y pensamientos que se exteriorizan en el diario vivir, considerando la muerte como parte del proceso de la vida.

Los diferentes pueblos y culturas que se han asentado en la tierra, cada uno en su época, han rendido culto a la muerte y a sus muertos de diversas formas. Carmona y Bracho (2008) exponen que “la muerte siempre ha sido y será un tema del que pocos quieren hablar, sin embargo, desde tiempo inmemorial el hombre ha rendido culto a sus muertos y esto se ha reflejado en los diferentes rituales y formas de entierro (p. 15). Así mismo, Orozco y cols. (2012) manifiestan que la muerte ha sido “estudiada desde los orígenes de la humanidad, la muerte ha sido interpretada y valorada con diferentes concepciones” (p. 8).

Ya en sus tiempos Kübler Ross (2013) nos exponía que “las numerosas enfermedades que causaban un impresionante número de víctimas entre personas jóvenes y de media edad han sido dominadas. Cada vez hay más viejos, y por lo tanto, cada vez hay más personas con enfermedades malignas y crónicas que se asocian con la vejez” (p. 14). Pero la muerte no es un fenómeno que solo se presenta en los adultos de la tercera edad, se presenta en todas las edades y por diferentes motivos, pero tal parece que resulta a estas nuevas generaciones muy difícil verla cara a cara., ya que, tal como lo propone Olga Lorenzo Flores (2010), “nos encontramos viviendo en una sociedad que, siendo mortal, rechaza la muerte. Ésta se convierte en un personaje incómodo al que se desea olvidar” (p. 2).

Todos vamos a morir, eso es algo inevitable y ya desde el siglo pasado se ha cambiado la experiencia de la muerte en el hogar por la muerte en las instituciones hospitalarias, como lo enuncia Olga Lorenzo Flores (2010):

La muerte nos concierne a todos, pues nacimos para morir, es parte del ciclo vital, ésta es una característica que marca nuestra condición de ser vivo, sin embargo se tiende a negar tal realidad. La muerte en la actualidad, en la mayor parte de los casos, ya no sucede en los hogares como sucedía anteriormente, sino que se ha desplazado hacia los hospitales. Desde fines del siglo pasado se ha otorgado al médico el hacerse cargo de ese momento tan singular en la vida de todo hombre: la muerte. Lo cual es debido en parte al contacto que existe entre el médico con el paciente, a partir del cambio de los paradigmas vida-muerte, salud-enfermedad, así como también es resultado de una serie de adelantos tecnológicos que han puesto al proceso de morir como un motivo claro de atención médica. (p. 2)

La concepción sobre la muerte ha evolucionado de tal forma que ya no se considera solo la muerte corporal donde residía el alma, sino que ahora encontramos términos como “muerte cerebral, muerte biológica, muerte celular, entre otros. Ahora el que el corazón ya no lata y cese la respiración ya no basta pues se ven complementadas por el electroencefalograma y el electrocardiograma” (Kubler, E., 2006, p. 21). En la actualidad de las instituciones hospitalarias el paciente muere solo, “es decir, es algo solitario, mecánico y deshumanizado; a veces, hasta es difícil determinar técnicamente en qué momento se ha producido la muerte” (Idem).

En nuestra era digital, con el mundo globalizado en que vivimos, aunque la muerte sigue siendo una realidad, nos dificulta la experiencia de la finitud porque existe la falsa ilusión de que viviremos por muchos años y esto provoca que la mayoría neguemos que vamos a morir (Carmona y Bracho, 2008).

Ahora bien, en nuestros tiempos modernos, “el tiempo de la muerte se ha alargado, el médico no puede suprimir la muerte, pero puede regular su duración, de algunas horas que era en otro tiempo, a algunos días y hasta años, gracias a los adelantos tecnológicos, volviéndose posible demorar el momento fatal y cayendo en el encarnizamiento

terapéutico. (Lorenzo, 2010, p. 5). Garduño (2007) también expone que existe “un empecinamiento en curar lo incurable, de no reconocer la finitud de la vida y de la medicina y de negarse a admitir que la muerte es también un proceso natural, como cuando se nace, y de ninguna manera sinónimo de fracaso médico” (p. 16). Esto de mantener la vida, si aún se le puede llamar vida, a cualquier precio y ante cualquier circunstancia se ha convertido en inhumano y entonces “la muerte pasa a ser de un proceso natural y un acuerdo entre la familia-hospital-justicia, a una decisión del médico” (Lorenzo, 2010, p. 5).

Así pues, desde que el hombre existe sobre la tierra se ha encargado de manifestar su concepción ante el fenómeno de la muerte. Es de llamar la atención que, en nuestra era moderna y digital, con tantos adelantos tecnológicos en el área de la medicina, tal pareciera que el hombre ha llegado a pensar que puede dominar el tiempo en que un ser humano va a morir y aplazar la muerte manteniéndolo “vivo”, aún con medicamentos, aún conectado a aparatos o aún con tratamientos experimentales. Esta concepción se ha venido manifestando desde el siglo pasado, ahora no hay unidad en la espera del momento de dejar partir al ser querido, se deja morir en soledad al hombre en un hospital, es como si se rechazara el hecho inevitable de morir como parte del ciclo vital, es como si no se quisiera ver la muerte cara a cara.

8.2.1.2 Vivencia de la muerte

**“La sociedad ha contribuido a la negación de la muerte”
(Kübler, 1969, p. 31)**

Irvin D. Yalom (1980) se cuestiona sobre la reacción ante la muerte al ser un hecho de la vida con la siguiente pregunta: “¿Por qué preocuparnos por la realidad más amarga e inmutable? (p. 47). En las instituciones de salud es muy común que el personal médico, las enfermeras, el personal administrativo, el personal de trabajo social y los tanatólogos clínicos presentan este fenómeno de evasión o incredulidad en su actividad diaria. Según Elisabeth Kübler Ross (2013), expone con relación a esto:

Para nuestro inconsciente, es concebible imaginar un verdadero final de nuestra vida aquí en la tierra, y si esta vida nuestra tiene que acabar, el final siempre se atribuye a una intervención del mal que viene de afuera. En términos más simples, en nuestro inconsciente sólo podemos ser matados; nos es inconcebible morir de una forma natural o por vejez. Por lo tanto, la muerte de por sí va asociada a un acto de maldad, es un acontecimiento aterrador, algo que exige pena y castigo. (p. 15).

Si bien es cierto que la medicina ha avanzado y los nuevos procedimientos y medicamento extienden el promedio de vida de los humanos, como bien asegura Kübler Ross (2013, p. 14): “cada vez hay más viejos, y por lo tanto, cada vez hay más personas con enfermedades malignas y crónicas que se asocian con la vejez”. Pero a pesar de estos adelantos y de la longevidad la realidad de que todos llegamos al límite de la vida, todos morimos o moriremos en algún momento y esto se vive en las instituciones de salud públicas y privadas.

“La muerte siempre ha sido desagradable para el hombre y probablemente siempre lo será” (Kübler, 2013, p. 15), Yalom (1980) afirma que la muerte es considerada “como un mal tan inmisericorde, que cualquier opinión contraria parece incluso de mal gusto” (p. 49). El dolor de ver al paciente moribundo y el dolor en que se quedan los familiares repercute en todo el personal que los atiende de forma directa e indirecta y el tanatólogo clínico también está incluido. Gómez (2007, p. 36) también manifiesta que “la muerte a nivel social sigue siendo un tema evadido y en los hospitales a pesar de ser un hecho común, se niega a enfrentarla” (citado en Allende, 2019, p. 7). Orozco et al. (2012) también define a la muerte como una experiencia fuerte en la vida de las personas:

La muerte, aún y cuando se le conceptualiza como un fenómeno natural, no deja de ser una experiencia impactante cuya realidad no siempre es aceptada en su totalidad, dado que no ha dejado de ser un hecho temido por la mayor parte de las personas. (p. 12)

En este sentido, también López (2008) afirma que la muerte genera emociones de diversa intensidad en aquellos que la viven de forma cercana:

La muerte es un suceso real tanto biológico como psicosocial, el cual se va presentando de manera gradual y al mismo tiempo en forma silenciosa a la simple observación, generando en las personas una variedad de emociones tanto en intensidad como en manifestación. (Citado en Allende, 2019, p. 5)

Así también cuando crecemos y sabemos que no somos omnipotentes y que vamos a morir, el miedo aflora por la propia muerte o por la muerte de nuestros seres queridos (Kübler, 2013). También Lorenzo (2010) afirma que “el hombre huye de la muerte... [...]... tiene la necesidad de huir de esa realidad porque le es dolorosa” (p. 2).

Ver el dolor del otro y sentir el propio siempre nos enoja, como lo menciona Kübler (2013): “El proceso del dolor siempre lleva consigo algo de ira. Como a ninguno de nosotros le gusta admitir su cólera respecto a una persona muerta, estas emociones a menudo son disfrazadas o reprimidas y prolongan el periodo de dolor o se manifiestan de otras maneras” (p. 17). Entonces también el tanatólogo clínico vive esa ira por la partida de su paciente moribundo. El ver morir a uno que es semejante a nosotros, nos recuerda que algún día también moriremos. Afortunadamente ha cambiado la forma de confrontar a la muerte, “lo que ha cambiado es nuestra manera de hacer frente a la muerte, al hecho de morir y a nuestros pacientes moribundos” (Ibidem, p. 18).

Kübler Ross continúa afirmando que el hombre ante el fenómeno de la muerte se sigue sacudiendo, se sigue angustiando y sigue temblando:

Doy estos ejemplos para poner de relieve que el hombre no ha cambiado básicamente. La muerte es todavía un acontecimiento terrible y aterrador, y el miedo a la muerte es un miedo universal aunque creamos que lo hemos dominado en muchos niveles. (Kübler, 2013, p. 18)

El abordaje personalista que propone Orozco y colaboradores (2012), que es el que realiza el tanatólogo clínico en las instituciones de salud públicas y privadas es el que “se interesa en conocer el sentido de la experiencia de la muerte desde el punto de vista de los individuos” (p. 9).

El tanatólogo clínico está más en contacto con la muerte que, “como ningún otro evento de la vida, es capaz de suscitar en los seres humanos, más pensamientos y reacciones provocados por este suceso, sea en el individuo que está muriendo como en aquellos que están a su alrededor”. (Da Silva et al., 2006 citado en Orozco et al., 2012, p. 9) y entonces también se ve afectado por el fenómeno que ocurre a sus semejantes, tal como propone Orozco y cols. (2012), “la afectación física y emocional que conlleva el fenómeno del dolor ante la pérdida de un ser humano no sólo afecta a quien lo vive sino a quien lo vivencia” (p. 12).

Es muy común que en las instituciones hospitalarias no permitan que los familiares estén en todo momento con el paciente moribundo, se hace respetar las horas de visita y si los médicos realizan procedimientos difíciles solicitan a los familiares que abandonen el lugar para. La realidad es que nadie habla de la muerte, nadie acompaña a los familiares, nadie acompaña al enfermo, como afirma Velázquez (2018):

Qué falta nos hizo alguien que en lugar de sacarnos a empujones del cuarto de hospital para no verla, nos hablara un poco de lo que estaba pasando, nos dijera unas palabras de consuelo, nos permitiera llorar y nos hiciera saber lo que seguía, con naturalidad, como es la muerte... simplemente con el tacto de la atención y compasión humana. (p. 41)

Kübler Ross también enuncia que “hoy en día morir es más horrible en muchos aspectos, es decir, es algo solitario, mecánico y deshumanizado; a veces, hasta es difícil determinar técnicamente en qué momento se ha producido la muerte” (Kubler, E., 2006, p. 21 citada en Lorenzo, 2010, p. 5). Es verdadero también que manifieste que “la muerte es todavía un acontecimiento terrible y aterrador, y el miedo a la muerte es un miedo universal aunque creamos que lo hemos dominado en muchos niveles” (Kübler, 2013, p. 18).

Lorenzo declara que la muerte es un acontecimiento de cambio para cualquier persona y el paciente hospitalario necesitará el apoyo de otros para enfrentarla, con todas las pérdidas que la misma enfermedad y el conocimiento de la muerte inminente conlleva:

La muerte hospitalaria supone un cambio radical para un ser humano, quien previamente necesitará gran ayuda para enfrentar su hospitalización y todo lo que ésta conlleva, incluidas las pérdidas de todo tipo a las que se enfrenta por la enfermedad y por su hospitalización. (Lorenzo, 2010, p. 8)

Allende (2019) cita en su estudio algunas manifestaciones físicas de las emociones en la vivencia de la muerte como dispepsia, sueño, cefalea, cansancio, temblor de cuerpo, tensión muscular, opresión en el pecho, taquicardia, calosfrío, llanto, colon irritable y dolor de brazos. La ira o enojo fue la primera reacción en intensidad ante la muerte por ser un suceso que no puede controlarse y que es difícil de enfrentar, incluso se presentó ante el fenómeno de accidentes laborales hospitalarios o negligencias médicas por errores u omisiones del personal de salud que dañaron al paciente o a sus familiares. Mientras que Orozco (2012) afirma que la muerte conceptualizada como un fenómeno natural sigue siendo impactante y no se acepta totalmente, es temida por la mayoría de las personas.

La muerte es un acontecimiento difícil para cualquier ser humano, genera miedo, angustia, dolor, incertidumbre, incluso horror y soledad, tanto para quien está en el proceso de su propia muerte como para quienes están cercanos a ese proceso.

8.2.1.3 Actitud o reacción del personal de salud ante la muerte

**“Todo profesional del área de la salud debería estar preparado anímica y profesionalmente para afrontar las variadas situaciones posibles en torno a la muerte de un paciente”
(Orozco et al., 2012, p. 9).**

Yalom afirma que “la muerte es una fuente primordial de angustia” (1980, p. 47) porque perder algo o a alguien nos produce temor, también Carmona y Bracho (2008) exponen que la muerte es angustiosa por la pérdida y que los profesionales de la salud, aunque quieren brindar su apoyo a los pacientes, enfrentarse a la muerte los limita:

La angustia de la muerte ha sido considerada como la angustia más profunda del hombre. La mayoría de los profesionales de la salud elegimos esta profesión para beneficiar a las personas que nos solicitan ayuda, pero cuando esa ayuda tiene que ver con la experiencia de la muerte y el duelo, hay algo que limita nuestra capacidad para ayudar. Todos los que trabajamos en el área de la salud, hemos sufrido diversas pérdidas a lo largo de nuestra propia vida, y sentimos temores con respecto a pérdidas futuras, por ejemplo la de nuestros padres, nuestros hijos o nuestra pareja. Como seres humanos, los miembros del equipo de salud, debemos reconocernos vulnerables para poder comprender que las situaciones de duelo y muerte en nuestros pacientes nos van a afectar. (p. 15)

Según Elisabeth Kübler Ross “en nuestro inconsciente, la muerte nunca es posible con respecto a nosotros mismos” (2013, p. 15). En las instituciones de salud es muy común que el personal médico, las enfermeras, el personal administrativo, el personal de trabajo social y los tanatólogos clínicos presentan este fenómeno de evasión o incredulidad en su actividad diaria. Esta autora expone que el personal de salud piensa constantemente en la muerte y le teme:

De pronto un día me vino algo a la cabeza: la muerte. Todos los enfermos y médicos pensaban en ella. La mayoría la temían. Tarde o temprano, todos tendrían que enfrentarse a ella; eso era algo que médicos y enfermos tenían en común, y era probablemente el mayor misterio de la medicina. Y el mayor tabú también. (Kübler, 2005, p. 51).

Como consecuencia, Aguilar et al. (2010) menciona que el personal de salud evade el enfrentamiento con la muerte de diversas formas:

El mecanismo psicológico más común de defensa del profesional de la salud es el “no sufrir”, adoptar la actitud de “no pasa nada”, es decir, adoptar la indiferencia como escudo. No perder la “profesionalidad” controlando los sentimientos generados por el fenómeno. Como regla de oro se reconoce el “no involucrarse con el paciente”, “guardar distancia”. Así, se identifica que dos pueden ser las respuestas extremas ante la muerte: 1) angustia, estrés, sufrimiento, que puede llevar a un desgaste emocional y frustración; 2) actitud de indiferencia, pensar que es otro paciente más, una estadística más. (citado en Orozco et al., 2012, p. 9)

Esta indiferencia ante la muerte de los pacientes es enseñada en las instituciones de educación y entrenamiento médico, así como por el personal que labora en las instituciones de salud, como expone Orozco et al. (2012):

Se generan actitudes de indiferencia ante el fenómeno, aspecto dado igualmente porque durante la formación universitaria, no se cuenta con la preparación necesaria para el manejo de las emociones y sensaciones que la primera experiencia (y posteriores), con la muerte suscita. (p. 10)

Incluso esta indiferencia es percibida por los pacientes, que desde los tiempos de Kübler Ross (2005) lo vienen manifestando:

Expresaban sin temor su insatisfacción respecto a la atención médica, y no se referían a la falta de cuidados materiales sino a la falta de compasión, simpatía y comprensión. A los médicos experimentados les molestaba oírse retratar como personas insensibles, asustadas e incapaces. (p. 58)

Tal como enuncia Orozco et al. (2012), el fenómeno de la muerte, a pesar de que se haya vivido la experiencia previa, genera en quienes han visto morir a sus pacientes sentimientos de dualidad como la fortaleza o debilidad, pero a veces ni siquiera pueden verbalizar los sentimientos experimentados o ya no sienten el dolor porque se acostumbran a tratar a diario con la muerte. Se pueden detectar algunas emociones en el personal de salud como enojo, miedo, tristeza y culpa que surgen por motivos tales como no poder evitar la muerte del paciente al sentirse derrotados, por temer la propia muerte o de algún familiar o por la responsabilidad legal; sin embargo, las reacciones emocionales son poco comunes en el personal de salud, las viven sin siquiera darse cuenta por la dificultad para interpretarlas. Elisabeth Kübler Ross (2005) señala que “para la mente del médico la muerte significaba otra cosa: un fracaso (p. 56) porque, aunque “eran muy duchos en prolongar la vida, no entendían que la muerte forma parte de ella” (Ididem, p. 56). Y es que la muerte, tal como propone Orozco et al, seguirá siendo impactante para el personal de salud, aunque la viva en su labor del día a día:

En el caso del personal de salud, la convivencia profesional con la experiencia de la muerte y su proceso se encuentra reconocida como una de las vivencias más impactantes para la mayor parte de sus practicantes, siendo uno de los retos más grandes que deben afrontar tanto los profesionales como los estudiantes, ya que generalmente se les educa para considerar mucho más los aspectos biológicos que los psicológicos o espirituales de las personas. (Orozco et al., 2012, p. 9)

En definitiva, la muerte no implica solo el acto biológico de que cesen las constantes vitales y los cuidados post mortem del personal hospitalario, sino que involucra el duelo del paciente, de sus familiares y del personal de salud que lo atiende, desde el momento en que se conoce la noticia de que va a morir (Orozco et al., 2012).

Lo peor es que incluso socialmente, se solicita al personal de salud que luche contra la muerte porque la misma sociedad la rechaza y los responsabiliza si no le dan batalla encarnizada, por ese motivo ¿cómo se debe proceder entonces en la atención a la muerte del paciente? Aunque ha habido cambios con el paso de los años y la experiencia en la atención a los enfermos, sobre todo los terminales, ha provocado la iniciativa de un cambio de actitud por parte del personal de la salud (Lorenzo, 2010).

Desde que nacemos, cada día que vivimos nos acerca más a la muerte y es que “la muerte en la actualidad, en la mayor parte de los casos, ya no sucede en los hogares como sucedía anteriormente, sino que se ha desplazado hacia los hospitales” (Lorenzo, 2010, p. 2), cambiando los procesos de atención a la salud y de atención a la persona; mientras que el personal de salud se encarga de la salud y la enfermedad del paciente, el tanatólogo clínico se encarga de su acompañamiento emocional y espiritual, todas cuestiones importantes en el proceso del bien morir.

Ante el dolor y la muerte de los pacientes es difícil tener equilibrio y compostura en todo momento, porque estos acontecimientos nos hacen sentirnos vulnerables ante el propio miedo a la enfermedad y la muerte.

En el ambiente hospitalario, el personal de salud que atiende directamente al paciente no se detiene para atender la parte o dimensión psicológica, emocional, cognitiva, familiar o

espiritual porque están encargándose de su salud y su bienestar biológico midiendo, verificando, revisando, controlando pero, “para que el paciente pueda morir preparado, hecho que actualmente tiene más trascendencia porque antes el dolor y la muerte eran aceptados y, sin embargo, hoy en día se olvida que la muerte está ahí” (Lorenzo, 2010, p. 10).

En la actitud o reacción del personal de salud ante la muerte es muy importante el concepto de la vulnerabilidad. Allende (2019) afirma que el nivel de vulnerabilidad que se presenta ante las situaciones hospitalarias de muerte de los pacientes va en relación directa con el tiempo de experiencia en la vivencia cercana del fenómeno al llegar a concebirla como algo natural, mientras que quienes tienen menos años en servicio se ven afectados emocionalmente.

Carl Rogers (2007) señala el concepto de vulnerabilidad como “la separación entre el yo y la experiencia es lo que denominaremos vulnerabilidad (citado en García, 2016, p. 55) y entonces García (2016) explica esto de que “reconocernos como vulnerables nos permitirá entonces sabernos en camino de la transformación hacia una mejor persona.” (p. 55). Y también afirma lo siguiente:

La vulnerabilidad, partiendo de las condiciones básicas de Rogers, donde un estado vulnerable se considera como una posibilidad para el crecimiento, la abordo como un principio de desarrollo y no como una condición atemorizante. (García, 2016, p. 55)

Pero, aunque Rogers lo exponga, desde el Enfoque Centrado en la persona como una oportunidad para ser mejores desde la Tendencia Actualizante que todos los seres humanos tenemos, también es cierto que hay afectaciones psicológicas en la relación de ayuda como labor cotidiana (Nava, 2018) y como se menciona en el estudio de Carmona y Bracho (2008):

La muerte de un paciente me recuerda lo vulnerable que es mi vida”. “Para mí la muerte es un hecho terrible”. “Nunca estamos preparados para la muerte”. En los informantes emergen sentimientos de negación, sufrimiento, falta de preparación

para enfrentar situaciones de duelo y muerte, ansiedad, vulnerabilidad de la vida y el espejo de la propia muerte. (p. 14)

Estos autores continúan afirmando que nos hace vulnerables que “el hecho de no ser libres para determinar la muerte, aceptarla, integrarla y vivir con ella, por su carácter de irreversibilidad, dificulta poder asimilarla a otras experiencias de la vida y por lo tanto comprenderla” (Carmona y Bracho, 2008, p. 15). Lorenzo (2010) también expone que desde la falta de preparación para enfrentar el duelo o la muerte de los pacientes porque “el enfrentarse a sus propios miedos y/o realidad, el no haber elaborado sus propios duelos” (p. 14), genera también vulnerabilidad, porque:

Para nuestro inconsciente, es concebible imaginar un verdadero final de nuestra vida aquí en la tierra, y si esta vida nuestra tiene que acabar, el final siempre se atribuye a una intervención del mal que viene de afuera. En términos más simples, en nuestro inconsciente sólo podemos ser matados; nos es inconcebible morir de una forma natural o por vejez. (Kübler, 2013, p. 15)

Cuando nos hacemos mayores y empezamos a darnos cuenta de que nuestra omnipotencia en realidad no existe, de que nuestros deseos más intensos no son tan poderosos como para hacer posible lo imposible, el miedo de haber contribuido a la muerte de un ser querido disminuye, y con él la sensación de culpabilidad. Sin embargo, el miedo se mantiene atenuado sólo mientras no se le provoque con demasiada fuerza. Sus vestigios pueden verse a diario en los pasillos de un hospital, en las personas relacionadas con el difunto. (Kübler, 2013, p. 16)

La razón de este comportamiento cada vez más mecánico y despersonalizado, ¿no será un sentimiento de autodefensa? ¿No será esta actitud nuestra la manera de hacer frente y reprimir la angustia que un moribundo o un paciente en estado crítico despierta en nosotros? Nuestra concentración en el equipo médico, en la presión sanguínea, ¿no es un intento desesperado de negar la muerte inminente que es tan terrible y molesta para nosotros, que hemos trasladado todo nuestro conocimiento a las máquinas, porque nos son menos próximas que la cara de sufrimiento de otro ser humano que nos recordaría una vez más nuestra falta de omnipotencia, nuestros propios límites y fracasos, y en el último aunque muy importante lugar, nuestra propia mortalidad?” (Kübler, 2013, p. 24).

El miedo y el dolor de ver morir al otro nos hacen vulnerables por el miedo de que en algún momento también nosotros vamos a morir, si es amenazante para cualquier persona el pensamiento de la propia muerte, con mayor intensidad experimenta la vulnerabilidad el personal de salud al estar expuesto al fenómeno de la muerte en su labor cotidiana.

8.2.2 EL DUELO

**“Dado que no servía de nada negar la pérdida,
la acepté. ¿Qué otra cosa podía hacer?”
(Kübler, 2005, p. 5)**

Carmona y Bracho (2008) nos presentan algunas definiciones sobre la palabra duelo:

El duelo (del latín dolus, dolor), según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española son las demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien, expresadas con dolor, lástima, aflicción o pesar. (p. 16)

Galindo (2004) define el duelo como una reacción psicósomática de dolor ante situaciones de pérdida de algo o de alguien significativo para nosotros. Plantea también, que el duelo es en el fondo un sufrimiento moral causado por el despojo interno y desgarrador ocasionado por una pérdida significativa que alimentaba la autoestima de una persona y trae deterioro de su dignidad humana. (Citado en Carmona y Bracho, 2008, p. 17).

Estos autores exponen en su investigación también una definición de sufrimiento, concepto que va íntimamente ligado al duelo:

El sufrimiento, según Sadrin (2002), es la respuesta emotivo/afectiva negativa, desagradable, generada en los más altos centros nerviosos por el dolor y por otras situaciones que psicológicamente se le asemejen, como pérdidas de personas queridas o de objetos de amor importantes, con la consiguiente depresión, estrés,

ansiedad y frustración que suele acompañarlo. (Citado en Carmona y Bracho, 2008, p. 15)

Tenemos también otra definición de sufrimiento de Fonnegra (2001, p. 116):

El sufrimiento puede ser definido como el estado de malestar severo asociado a eventos que amenazan la integridad de una persona; es subjetivo, personal, tiene relación con el pasado de la persona, con sus vínculos afectivos, su cultura, sus roles, sus necesidades, su cuerpo, sus emociones, su vida secreta, sus fantasías y su futuro. Todas estas áreas son susceptibles de ser lesionadas, de sufrir pérdidas y de ocasionar sufrimiento. (Citado en Lorenzo, 2010, p. 11)

8.2.2.1 Concepción emocional

Cuando la persona pierde a un ser querido o experimenta una separación o la pérdida de algún bien material o condición personal, se puede experimentar un duelo de forma única pero con reacciones que todas las personas tienen, afectándose todas sus dimensiones, según los autores Carmona y Bracho (2008):

En tal sentido podemos decir que el duelo es la respuesta normal y natural a una pérdida humana o separación. Es también, una respuesta a cualquier tipo de pérdida, no sólo a la muerte de una persona. Es algo personal y único y cada persona lo experimenta a su modo y manera, sin embargo produce reacciones humanas comunes. El duelo es una experiencia global, que afecta a la persona en su totalidad: en sus aspectos psicológicos, emotivos, afectivos, mentales, sociales, físicos y espirituales.

El duelo es una experiencia global, que afecta a la persona en su totalidad: en sus aspectos psicológicos, emotivos, afectivos, mentales, sociales, físicos y espirituales. Sin embargo, aún cuando todo ser humano debe enfrentarse al sufrimiento que genera la separación transitoria o definitiva de un ser querido, la pérdida de un órgano, la pérdida de una función, las pérdidas de tareas propias de cada etapa de crecimiento y desarrollo que se van dejando atrás; son pocas las oportunidades de aprendizaje que se tienen acerca de cómo manejar el duelo que producen las pérdidas significativas a lo largo de la vida humana. (p. 17)

Como afirma Elisabeth Kübler Ross (2013), el proceso de duelo genera emociones que reprimen y es importante identificarlas y conocer qué significan:

El proceso del dolor siempre lleva consigo algo de ira. Como a ninguno de nosotros le gusta admitir su cólera respecto a una persona muerta, estas emociones a menudo son disfrazadas o reprimidas y prolongan el periodo de dolor o se manifiestan de otras maneras. Conviene recordar que no nos corresponde juzgar aquí estos sentimientos, calificándolos de malos o vergonzosos, sino llegar a entender su verdadero significado y origen como manifestaciones de conducta humana. (p. 17)

8.2.2.2 Concepción terapéutica

Velázquez (2008) expone que para trabajar el duelo es necesario saber la etapa en la que el doliente se encuentra porque “Trabajar el duelo es identificar las fases o estados emocionales por las que el doliente está pasando, que por lo general son: el shock, la negación, la tristeza profunda, la ira o enojo, la negociación y por último la aceptación” (p. 28).

Ripoll (2007 citado en Carmona y Bracho, 2008, p. 18) “describe cuatro grupos de factores que afectan de manera importante al duelo por la muerte de otro; factores psicológicos, recursos personales, circunstancias específicas de la muerte y apoyos externos”.

En su libro *La Rueda de la Vida*, Elisabeth Kübler Ross (2005) identifica y explica 5 etapas por la que pasan todas las personas que viven la muerte de un ser querido. Estas etapas del duelo son: negación, ira, depresión, negociación y aceptación. Las etapas son reconocidas y manejadas en todo el mundo porque esta médica y psiquiatra fue quien sentó las bases para la disciplina de la Tanatología con sus investigaciones sobre el proceso de la muerte y sobre la experiencia de los moribundos viviendo este proceso.

Según Kübler Ross estas etapas contribuyen a aceptar la pérdida y apoyan para conocer lo que se va sintiendo, pero “no son paradas en ningún proceso de duelo lineal. No todo el mundo atraviesa todas ni lo hace en un orden prescrito” (Kübler y Kessler, 2006, p. 23).

El duelo comienza con la etapa de la negación, desde la perspectiva del paciente que muere “la negación puede parecer incredulidad. La persona puede seguir viviendo y negar de hecho la existencia de una enfermedad terminal. Para alguien que ha perdido a un ser querido, no obstante, la negación es más simbólica que literal” (Kübler y Kessler, 2006, p. 24).

En la etapa de negación, como la realidad de la muerte de un ser querido es excesiva para la psique, nos protegemos porque sentir todo puede ser abrumador y es que “al principio podemos quedarnos paralizados o refugiarnos en la insensibilidad. La negación no es aún la negación de la muerte propiamente dicha, aunque alguien pueda decir: «No puedo creer que esté muerto»” (Kübler y Kessler, 2006, p. 24).

La negación contribuye a sobrevivir tras la muerte de la persona, como menciona Kübler Ross:

Esta primera etapa del duelo nos ayuda a sobrevivir a la pérdida. En ella, el mundo se torna absurdo y opresivo. La vida no tiene sentido. Estamos conmocionados y negamos los hechos. Nos volvemos insensibles. Nos preguntamos cómo podemos seguir adelante, si podemos seguir adelante, por qué deberíamos seguir adelante. Intentamos hallar una forma de ir pasando los días sin más. La negación y la conmoción nos ayudan a afrontar la situación y a sobrevivir. La negación nos ayuda a dosificar el dolor de la pérdida. Hay alivio en ella. Es la forma que tiene la naturaleza de dejar entrar únicamente lo que somos capaces de soportar. (Kübler y Kessler, 2006, p. 24).

Conforme va pasando la negación y se acepta la realidad, se inicia el proceso de curación por la fortaleza que se gana, pero empiezan a aflorar otros sentimientos (Kübler y Kessler, 2006). El primer sentimiento que surge es la ira porque:

Es importante recordar que la ira sólo aflora cuando nos sentimos lo bastante seguros como para saber que probablemente sobreviviremos, pase lo que pase. Al principio, el hecho de haber sobrevivido a la pérdida nos resulta sorprendente. Luego afloran más sentimientos y la ira suele situarse la primera de la cola conforme nos van invadiendo también la tristeza, el pánico, el dolor y la soledad, con más intensidad que nunca. Estos sentimientos a menudo desconciertan a

nuestros seres queridos y amigos, porque afloran justo cuando comenzábamos a funcionar otra vez a un nivel básico.

La ira es una etapa necesaria del proceso curativo. Tienes que estar dispuesto a sentir la ira, aunque pueda parecerse infinita. Cuanto más auténticamente la sientas, antes comenzará a disiparse y antes te curarás. Hay muchas otras emociones bajo la ira, y las abordarás a su debido tiempo, pero la ira es la emoción con la que estamos más habituados a tratar. A menudo la elegimos para evitar los sentimientos más hondos hasta estar preparados para afrontarlos. Puede parecer absorbente, pero mientras no te consuma durante un largo período de tiempo, forma parte de tu repertorio emocional. Es una emoción útil hasta que dejas atrás sus primeros embates. Entonces, estarás listo para ahondar más. Mientras realices el duelo, la ira volverá a visitarte muchas veces en sus múltiples formas. (Kübler y Kessler, 2006, p. 27)

Cuando se presiona para que la persona supere su enojo rápido lo único que se promueve es su alejamiento, es importante dejar que sientan la emoción que están viviendo porque atrás de la ira hay dolor, hay sensación de desamparo y abandono, sin embargo, se empieza a estructurar el vacío de la pérdida sintiendo una conexión de ira hacia otras personas. Después viene la culpabilidad, que es la ira hacia nosotros mismos por no poder cambiar lo que ha sucedido. Entre más ira hay, más sentimientos se encuentran atrás de ella, sobre todo el dolor (Kübler y Kessler, 2006).

Luego viene la etapa de la negociación, según Kübler y Kessler (2006):

En otros casos, la negociación puede permitir a la mente pasar de un estado de pérdida a otro. Puede ser una estación intermedia que procura a nuestra psique el tiempo que necesita para adaptarse. La negociación puede llenar las lagunas que generalmente dominan nuestras emociones fuertes, lo cual a menudo mantiene el sufrimiento a raya. Nos permite creer que podemos restaurar el orden en el caos que nos rodea. La negociación cambia con el tiempo. Podemos comenzar pactando para que la persona querida se salve. Más adelante, podemos incluso pactar para morir en su lugar. (p. 34).

Cuando atravesamos la etapa de negociación, la mente modifica los acontecimientos pasados mientras explora todo lo que se podría haber hecho y no se hizo. Lamentablemente, la mente siempre llega a la misma conclusión...: la trágica realidad es que el ser querido se ha ido realmente. (p. 35).

La siguiente etapa en el proceso del duelo, es la depresión:

“Tras la negociación, nuestra atención se dirige al presente. Aparece la sensación de vacío, y el duelo entra en nuestra vida a un nivel más profundo, mucho más de lo que nos hubiéramos imaginado. Nos parece que esta etapa depresiva va a durar para siempre. Es importante comprender que esta depresión no es un síntoma de enfermedad mental, sino la respuesta adecuada ante una gran pérdida. Nos apeamos del tren de la vida, permanecemos entre una niebla de intensa tristeza y nos preguntamos si tiene sentido seguir adelante solos. ¿Por qué tengo que seguir adelante? (Kübler y Kessler, 2006, p. 35)

Por muy difícil que sea de aceptar, la depresión posee elementos que pueden ser útiles en el duelo. Nos obliga a ir más lentos y nos permite evaluar de forma real la pérdida. Nos obliga a reconstruirnos de nuevo desde la nada. Limpia el camino para crecer. Nos lleva a un lugar en lo más hondo del alma que no exploraríamos en circunstancias normales. (Kübler y Kessler, 2006, p. 38)

La siguiente etapa es la negociación y por último la aceptación:

La aceptación suele confundirse con la noción de que nos sentimos bien o estamos de acuerdo con lo que ha pasado. No es eso. La mayoría de la gente no se siente bien o de acuerdo con la pérdida de un ser querido. En esta etapa, se acepta la realidad de que nuestro ser querido se ha ido físicamente y se reconoce que dicha realidad es la realidad permanente. Nunca nos gustará esta realidad ni estaremos de acuerdo con ella pero, al final, la aceptamos. Aprendemos a vivir con ella. Es la nueva norma con la que debemos aprender a vivir. Ahora es cuando nuestra readaptación y curación final pueden afianzarse con firmeza, a pesar de que, a menudo, vemos y sentimos la curación como algo inalcanzable. (Kübler y Kessler, 2006, p. 38)

A medida que nos curamos, aprendemos quiénes somos y quién era nuestro ser querido en vida. De una extraña forma, a medida que avanzamos en el duelo, la curación nos acerca a la persona que amábamos. Comienza una nueva relación. Aprendemos a vivir con el ser querido que hemos perdido. Empezamos el proceso de reintegración, en el que intentamos recomponer las piezas que se han fragmentado. (Kübler y Kessler, 2006, p. 40)

Cada persona tiene su tiempo y su momento para concluir su proceso de duelo. Cada una de las etapas enunciadas por Elisabeth Kübler Ross es importante para el mantenimiento de la psique porque el dolor al perder a un ser querido es abrumador.

8.2.3 TANATOLOGÍA

**“Lo que ha cambiado es nuestra manera de hacer frente a la muerte, al hecho de morir y a nuestros pacientes moribundos”
(Kübler, 2013, p. 18).**

Elizabeth Kübler Ross define “la tanatología, o estudio de la muerte” (2005, p. 57). Mientras que la tanatología es definida por Velázquez (2018) de la siguiente forma:

La palabra “tanatología” proviene del griego thanatos, nombre que se le daba a la diosa de la muerte en la mitología griega, y logos que significa: palabra, estudio, tratado o sentido. En este caso podemos darle el significado de sentido ya que se ha definido como: “La disciplina encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte”. (p. 25)

El Dr. Alfonso Reyes Zubiría, fundador de la Asociación Mexicana de Tanatología, A.C., propone una definición que se toma como oficial: “La Tanatología es la disciplina que estudia la muerte y el apoyo al individuo enfermo, así como a sus familiares en los últimos momentos de su vida con el fin de aliviar y comprender el sufrimiento, principalmente emocional” (Velázquez, 2018, p. 27).

Dentro de esta disciplina de la Tanatología, encontramos un concepto que va muy de la mano con la enfermedad y la muerte, este concepto es el de cuidado paliativo:

El Cuidado Paliativo, se brinda cuando la enfermedad ya no responde a la medicina, ni al tratamiento curativo, es entonces que el equipo médico y de enfermería mantiene el control de los síntomas, el dolor, el estrés, la alimentación, entre otros cuidados y servicios físicos. (Velázquez, 2018, p. 29)

8.2.3.1 Una nueva disciplina encargada de la muerte y los moribundos

Lorenzo (2010) nos presenta una breve cronología sobre el surgimiento de la tanatología, refiere las primeras incursiones en el tema de la muerte y los moribundos:

Feifel en 1959 fue quien inicialmente quiso interrogar a los moribundos sobre ellos mismos, lo cual causó indignación en las autoridades hospitalarias, quienes hacían alusión a que era algo cruel y traumático; él editó un libro colectivo llamado *The Meaning of Death*. Posteriormente la Dra. Elisabeth Kubler Ross, en 1965, comenzó su trabajo con moribundos, lo cual no fue nada fácil, pues inicialmente los mismos jefes de servicio le negaban la existencia de los mismos (no podía haberlos en un servicio bien organizado), sin embargo esta resistencia del medio hospitalario no consiguió detener el interés de la doctora convirtiéndose en una gran pionera de la Tanatología y de los estudios en moribundos, plasmando su ideología en varios libros: *Sobre la muerte y los moribundos*, *La Rueda de la vida*, *La muerte: un amanecer*, entre otros. Así la nueva corriente de opinión hacia el moribundo, se orienta hacia la manera de morir, devolviendo al moribundo su dignidad descuidada en épocas previas. (p. 3)

Encontramos la disciplina tanatológica como parte del enfoque Humanista de la psicología, tal como expone Velázquez (2018) que “la Tanatología es una disciplina de la Psicología Humanista, actualmente ya es conocida en muchos países del mundo. En México se da a conocer por el Dr. Alfonso Reyes Zubiría hace casi tres décadas, más tarde, él funda la Asociación Mexicana de Tanatología” (p. 26).

Mena (2010) enuncia los beneficios de la Tanatología, que son los siguientes:

1. El Tanatólogo ayuda a aliviar el dolor y la desesperanza que produce la inminencia de la muerte. Apoya a enfermos terminales y a familiares.
2. Permite a las personas expresar sus sentimientos y emociones cuando sufren la pérdida de un ser querido. La Tanatología brinda la oportunidad de compartir experiencias de duelo y de esta forma ir superando la muerte de una persona.
3. Esta disciplina ayuda a morir con dignidad, plena aceptación y total paz.
4. Mejora el proceso de duelo que tiene como intención reconocer el dolor que produce la pérdida. Contribuye a aceptar las ausencias, la muerte, a manifestar dolor y a reincorporarse a las actividades diarias.

5. Esta disciplina trabaja con el espíritu, con la parte más profunda del ser. Lo profundo tiene que ver con el origen y destino. Ha emergido de la necesidad de integrar la sabiduría antigua y la ciencia moderna para entender el proceso de la muerte. (Citado en Altamirano, 2015, p. 18)

Kübler Ross (2005) expone que los aprendizajes tanatológicos que le regalaron sus pacientes, daban esperanzas de vida a quienes se mantienen vivos:

Las lecciones enseñadas por cada una de estas personas se resumían en el mismo mensaje: Vive de tal forma que al mirar hacia atrás no lamente haber desperdiciado la existencia. Vive de tal forma que no lamente las cosas que has hecho ni desees haber actuado de otra manera. Vive con sinceridad y plenamente. Vive.

Hablar de la muerte y la forma de morir nos enseñaba que los verdaderos interrogantes que se planteaban la mayoría de los moribundos tenían más que ver con la vida que con la muerte. (p. 59)

Mis pacientes moribundos me enseñaron mucho más que lo que es morir. Me dieron lecciones sobre lo que podrían haber hecho, lo que deberían haber hecho y lo que no hicieron hasta cuando fue demasiado tarde, hasta que estaban demasiado enfermos o débiles, hasta que ya eran viudos o viudas. Contemplaban su vida pasada y me enseñaban las cosas que tenían verdadero sentido, no sobre cómo morir, sino sobre cómo vivir. (p. 67)

Ahora se ha extendido el concepto de la Tanatología, no solo a acompañamiento de los pacientes moribundos y sus familiares, sino que, como enuncia Lorenzo (2010), ahora también se habla de otro tipo de pérdidas y duelos en esta disciplina:

Habrá que tener presente que la muerte no solo debe de asociarse a una enfermedad Terminal, la muerte también se hace presente de forma simbólica en otro tipo de pérdidas: la pérdida de la salud, amputaciones, traumatismos, violencia, diagnóstico de enfermedades crónicas e invalidantes, discapacidades diversas, abortos, malformaciones congénitas, así como también en duelos relacionales que experimenta el paciente y que finalmente intervienen en su salud: procesos de separación, divorcio, migraciones, cesantía, cambios de estatus socioeconómico. (p. 6)

La Tanatología como nueva disciplina, dentro del enfoque Humanista de la psicología, ha

conseguido posicionarse desde hace tres décadas, en un lugar muy importante en la atención de los pacientes moribundos y sus familiares en las instituciones hospitalarias, pero también se ha extendido a todos los ámbitos en que la persona puede experimentar una pérdida y vivir un duelo.

8.2.3.2 El tanatólogo clínico

Bravo y Cols. (2006) manifiesta una definición de quién es el tanatólogo:

El Tanatólogo es el profesional capacitado para ayudar en el proceso de duelo, así como en cualquier tipo de pérdidas significativas, relacionadas tanto con la persona que muere, como con aquellas que la rodean. Parte fundamental de sus funciones es lograr que tanto a los pacientes como a sus familiares se les trate con dignidad y respeto. (Citado en Altamirano, 2015, p. 24)

El tanatólogo es la persona que acompaña al moribundo en su proceso de muerte y a sus familiares. Velázquez enuncia lo siguiente sobre el tanatólogo:

En sentido metafórico, podríamos entender el duelo como un camino cuesta arriba, una ruta complicada de emociones en revuelta, preguntas sin respuesta. Es cuando surge la persona del tanatólogo, no como un súper héroe o un salvador, pero sí como un oído atento, un corazón dispuesto a vivir empáticamente el reacomodo de la vida y un abrazo a esa existencia que sufre y añora la paz. (Velázquez, 2018, p. 27-28)

Para el tanatólogo, tal como lo menciona Velázquez, “no sólo se requiere el conocimiento teórico, sino también tener desarrolladas ciertas habilidades, recursos y fortalezas, cubrir un perfil humano” (2018, p. 43). Según Altamirano (2015): “En este sentido el Tanatólogo debe de tener la capacidad para actuar con cordialidad, sencillez y empatía, a la vez que ofrece al paciente los apoyos que requiere de acuerdo a sus circunstancias” (p. 24).

Como mencionan Zhon y Moreno (2008), en esta relación de ayuda que provee el tanatólogo a sus pacientes, la forma en que promueve la relación permite tener buenos resultados, considerando también los conocimientos y técnicas especializados, considerando también que son dos los aspectos que importan: el problema o situación y

las personas que lo viven, así como las actitudes y el afecto que se dan como parte del proceso de ayuda.

El tanatólogo debe tener disposición de atender a los pacientes en el momento en que el mismo paciente lo requiere o lo solicita porque, como Kübler (2005) declara, “no hay que hacer caso omiso de los deseos de un moribundo. Cuando desean hablar, no quieren decir mañana, quieren decir de inmediato” (p. 44).

Es necesario que, como cuidador y como profesional, comprenda que la persona se vive desde distintas dimensiones: valores, sentimientos, necesidades, roles, motivaciones, mecanismos de defensa, y desde distintos ámbitos: físico, biológico, corporal, psicológico, espiritual, social, afectivo, intelectual, esto le permitirá ayudar tanto al paciente moribundo como a sus familiares (Carmona y Bracho, 2008).

Reconocer que el otro sufre es acompañar desde la empatía, uniéndose a su sufrimiento como condición propia de ser humano porque es importante preparar al paciente de cara a una sociedad que no acepta el dolor y la muerte (Lorenzo, 2010).

El tanatólogo es el profesional que acompaña a las personas en sus procesos de pérdidas y duelos. Es importante su capacitación en los conocimientos teóricos y las herramientas prácticas para cumplir con su labor de acompañamiento desde la empatía.

8.2.3.3 Los abordajes tanatológicos

Como parte de la tanatología y del quehacer del tanatólogo, encontramos que, como menciona Velázquez es necesario “tener un plan de intervención, saber qué es lo que se necesita trabajar, y cómo hacerlo, así como la práctica continua y las experiencias adquiridas” (2018, p. 43).

Los acompañamientos tanatológicos implican conocimientos y compromiso por parte del tanatólogo porque, como enuncia Velázquez (2018):

La tarea del acompañamiento es compleja, implica un compromiso profundo con el bienestar personal y el del afligido; el respeto a sus emociones y expresiones de dolor. No es fácil acercarse a alguien que se siente herido y lastimado, confundido y roto; habrá que tocar con mucho cuidado su espíritu maltrecho y cobijarlo con lo mejor de nuestra esencia. (p. 43)

Es un acto de amor y de valor, en el que hay que tener la capacidad de brindar un acompañamiento a otra persona, incluso en los momentos al final de la vida, pudiendo ser una habilidad innata, pero también es algo que se estudia, se aprende y se vuelve una pasión. (p. 45)

Así pues, como parte de estos abordajes y según lo formulado por Altamirano (2015):

Por lo anterior, el Tanatólogo tendría que ser responsable de potenciar sus capacidades psicoemocionales y sociales ya que todo proceso de acompañamiento implica escucha, aceptación, respeto y si el Tanatólogo no ha logrado sanarse a sí mismo puede caer en momentos de desesperanza, tristeza, confusión y sufrimiento empático. (p. 24)

Desde que empezó Kübler Ross (2005) a ejercer los abordajes y el acompañamiento tanatológico, manifestaba la forma en que los realizaba:

Durante mis visitas a los enfermos me sentaba en las camas, les cogía las manos y hablaba durante horas con ellos. Así aprendí que no existe ni un solo moribundo que no anhele cariño, contacto o comunicación. Los moribundos no desean ese distancia-miento sin riesgos que practican los médicos. Ansían sinceridad. (p. 47)

Los observaba debatirse para aceptar su destino; los oía arremeter contra Dios; no sabía qué decir cuando gritaban "¿por qué yo?", y los escuchaba hacer las paces con Él. Me di cuenta de que sí había otro ser humano que se preocupara por ellos, llegaban a aceptar su destino. A ese proceso lo llamaría yo después las diferentes fases del morir, aunque puede aplicarse a la forma como enfrentamos cualquier tipo de pérdida. Escuchando, llegué a saber que todos los moribundos saben que se están muriendo. (p. 48)

Todas aquellas visitas introductorias seguían el mismo protocolo. Vestida con mi bata blanca, en la cual aparecía mi nombre y mi cargo, "Enlace psiquiátrico", les pedía permiso para hacerles preguntas delante de mis alumnos acerca de su enfermedad, de su estancia en el hospital y cualquier problema que tuvieran. Jamás empleaba las palabras "muerte" ni "morir" mientras ellos no sacaran el tema. Les daba a entender que sólo me interesaban sus nombres, edad y

diagnóstico. Generalmente a los pocos minutos el paciente aceptaba. De hecho, no recuerdo que ninguno se haya negado nunca.

Al final de las entrevistas los pacientes se sentían aliviados. Muchos que habían abandonado toda esperanza y se sentían inútiles disfrutaban de su nuevo papel de profesores. Aunque iban a morir, comprendían que era posible que su vida aún tuviera una finalidad, que tenían un motivo para vivir hasta el último aliento. Podían seguir creciendo espiritualmente y contribuir al crecimiento de quienes los escuchaban. (p. 58)

El acompañamiento al paciente moribundo y a sus familiares implica planear una intervención adecuada para conseguir el objetivo de estar con las personas en el momento del dolor, en el momento de tener tan cercana a la muerte para cerrar ciclos y pasar por el proceso de la mejor forma posible.

8.2.4 LA IMPLICACIÓN PERSONAL

**“Es con mi tejido, con lo que soy, que puedo
hacerme un camino propio y único”
(Cohen, 2013, p.8)**

8.2.4.1 ¿Qué es la implicación personal?

Cuando hablamos de implicación personal no podemos mencionar que es un concepto, sería mejor denominarla como una noción por la dificultad para precisar el término. Se refiere a la vinculación que tenemos con una situación o un campo determinado ante un objeto específico. Y es que como menciona Federico Suárez Gayo (2011, p. 1) “la implicación se presenta como una situación a descubrir, a investigar, a analizar, ya que lo que nos “sitúa” ante el otro, es todo ese conjunto de pertenencias: las reconocidas y asumidas, pero también las ocultadas y las inconscientes”.

La implicación personal se relaciona directamente con las vivencias que cada persona ha tenido en las etapas de su vida anteriores y que han dejado heridas que no se han podido cerrar o concluir de una forma total y adecuada. De acuerdo con los que enuncia

Lise Bourbeau (2006 citado en Altamirano, 2015, p. 7):

Estas heridas se producen en la niñez cuando se dan situaciones emocionales que afectan a los menores, conllevan un impacto importante en la vida adulta ya que por su edad son dependientes de los cuidados y apoyo de los adultos los cuales siempre, sin darse cuenta, generan una o varias heridas emocionales que impactan negativamente su autoestima. Es frecuente que si no se tienen los apoyos necesarios para superar las heridas, estos menores desarrollen patrones de conducta de víctimas y actúen como tales.

Altamirano (2012) nos propone tres tipos de heridas experimentadas durante la infancia que se reflejan en la edad adulta, manifestándose en la implicación personal:

Introyectos. Son mensajes explícitos o implícitos con respecto a la persona misma, la vida y los demás. Son ideas verbales y no verbales que la persona se “tragó sin masticar”, generalmente buscando la aceptación de aquellos que le eran significativos, ya que estas ideas no tienen fundamento en la propia experiencia y se asumen para buscar aprobación y afecto. Por esto mismo, se convierten en creencias que se viven como si fueran propias -aunque en algún momento generan conflictos internos cuando la experiencia de la persona prueba que dichas creencias no le eran propias- y se produce una crisis en donde hay confusión e indecisión con respecto a lo que realmente se quiere. Generalmente la mayoría de nuestros introyectos los incorporamos en la niñez temprana, pero podemos seguir introyectando toda la vida. (Muñoz, 2012, p. 28)

Experiencia obsoleta Es una conducta, una actitud o una postura existencial que fue útil en otra época, pero que se quedó como un patrón rígido de respuesta. Está fundamentada en la propia experiencia pero quedó descontextualizada al pasar del tiempo, manteniéndose como una respuesta rígida y automática. (Muñoz, 2012, p. 29)

Asuntos inconclusos Son asuntos o situaciones relacionales que tienen que ver con una necesidad que se quedó pendiente. En sentido estricto, han quedado fijas y rígidas la necesidad y el satisfactor. Interfieren en las relaciones actuales, porque se va al encuentro de los recuerdos en las relaciones, más que hacia ellas tal y como son ahora. La persona con asuntos inconclusos se relaciona con la nueva situación con base en relaciones anteriores. Cualquiera de estas tres fuentes de bloqueos puede generar obsesiones, anhelos, perfeccionismo, devaluación y, en general, reacciones emocionales desproporcionadas. (Muñoz, 2012, p. 29)

Cohen (2013) también expone que son las enseñanzas de las personas significativas en los primeros años de vida las determinantes de los conceptos que se viven también en la edad adulta, sin modificaciones porque se sigue en la misma cuadratura y sin optar por transformar la propia existencia porque se le hace más caso a las necesidades introyectadas que a las auténticas deteniendo su desarrollo. Al tanatólogo clínico también le sucede esto, tiene introyectadas las enseñanzas de su infancia arrastrándolas hasta la adultez y anteponiéndolas a sus necesidades auténticas.

Tal parece que en el mundo complejo en que vivimos, con todo tipo de problemáticas en el día a día no nos han enseñado a voltear a ver los procesos psicológicos y emocionales, al contrario, como expone Orozco (2012), “se observa a una sociedad a menudo carente de elementos familiares y personales, que los puedan llevar a enfrentar situaciones estresantes o problemáticas diversas de una manera eficaz. Tal es el caso del fenómeno de la muerte” (p. 8).

El tanatólogo clínico está más en contacto con la muerte que, “como ningún otro evento de la vida, es capaz de suscitar en los seres humanos, más pensamientos y reacciones provocados por este suceso, sea en el individuo que está muriendo como en aquellos que están a su alrededor”. (Da Silva et al., 2006 citado en Orozco et al., 2012, p. 9) y entonces también se ve afectado por el fenómeno que ocurre a sus semejantes. Tal como propone Orozco y cols. (2012) “La afectación física y emocional que conlleva el fenómeno del dolor ante la pérdida de un ser humano no sólo afecta a quien lo vive sino a quien lo vivencia” (p. 12). El tanatólogo clínico está expuesto constantemente a este proceso y es un hecho que se generan y se manifiestan estas afectaciones de formas diversas.

Quienes se dedican a la Tanatología deben considerar y revisar algunas situaciones personales e internas que Altamirano (2015) propone:

Actitudes, pensamientos, sentimientos, emociones, ubicar el propio dolor, sus experiencias, desafíos y los diversos aprendizajes vividos, preguntar cómo es la interacción consigo mismo, con la familia y la sociedad a través de la aceptación de sus vivencias pasadas de lo que ya fue y su presente tal como es. (p. 6).

Y esto le permitirá realizar abordajes más efectivos porque está reconociendo lo que pasa en sí mismo, identificando sus heridas emocionales, mostrando en esta introspección, respeto hacia sus pacientes porque hay que sanar las propias emociones, incluso solicitando apoyo, para mejorar en todos sentidos y contribuir a una mejor calidad de vida en todos los ámbitos.

El tanatólogo clínico tiene una historia de vida, seguramente con problemas y con situaciones agradables incluidas, ha tenido experiencias de muertes cercanas con sus familiares y amigos, ha experimentado la vivencia cercana del dolor de la muerte de otros seres humanos en los abordajes y es importante que, como mencionan Zhon y Moreno (2008, p. 5), sea “útil invitar a un reconocimiento y toma de conciencia respecto de cómo nuestra historia de vida y características personales se hacen presentes en los modos como entablamos las relaciones de ayuda con quienes trabajamos”. Porque no es válido para el tanatólogo clínico llorar su duelo no concluido por la muerte de un ser querido delante del dolor del paciente moribundo o de sus familiares, no es válido estar pensando en los problemas personales cuando está acompañando al paciente en su último trance de esta vida hacia la muerte.

Entonces se puede concluir que la implicación personal consiste en la forma en que un adulto reacciona cuando proporciona una relación de ayuda ante las situaciones que van surgiendo como parte de la misma relación y que le recuerdan consciente o inconscientemente las heridas de la niñez, esas heridas que continúan causando estragos en su vida porque no han sido descubiertas aún o todavía no han sido resueltas.

8.2.4.2 Importancia de la implicación personal

Es importante que el tanatólogo clínico identifique su vivencia, así como las emociones y sentimientos que le genera la relación de ayuda de sus abordajes porque como refieren Zhon y Moreno que “la afectividad la referimos a los modos como el profesional que ayuda vive, reconoce y expresa sus sentimientos, y a cómo se siente y reacciona ante los sentimientos de sus consultantes” (2008, p. 8). Si no hay toma de conciencia y si no

identifica sus necesidades entonces corre el peligro de trasladarlas a sus pacientes en sus abordajes posteriores o, incluso, de llevarse consigo todo eso a su vida cotidiana con su familia y su entorno. Porque en sentido real Mac Devitt (1988 citado en García, 2016, p. 39) refiere que las personas que ayudan “no son preparados para atender las propias emociones y como su implicación con los pacientes los sorprende afectando inminentemente su estado emocional”.

Porque “la tarea del acompañamiento es compleja, implica un compromiso profundo con el bienestar personal y el del afligido” (Velázquez, 2018, p. 43). Efectivamente, el primer compromiso es con el bienestar del propio tanatólogo porque así será capaz de reconocerse en sus procesos internos y externos, así como de reconocer el dolor del paciente que acompaña porque “habrá que tocar con mucho cuidado su espíritu maltrecho y cobijarlo con lo mejor de nuestra esencia” (Ibidem, p. 44).

Las relaciones de ayuda se pueden visualizar desde dos aspectos muy diferentes, el primero es el asunto principal y el segundo aspecto es la forma en que viven ese asunto las personas que están involucradas de alguna forma (Madrid, 2005, Pérez et. al. 2002, citados en Zhon y Moreno, 2008), entonces desde esta premisa en los abordajes podremos distinguir el primer aspecto como la situación de muerte de un ser humano, ya sea que esté en el proceso de morir o que ya haya fallecido y el segundo aspecto es cómo vive la muerte el paciente, sus familiares el personal médico que lo atiende directamente, el personal administrativo hospitalario que tiene contacto con los trámites y el tanatólogo clínico que realiza el abordaje al paciente o a sus familiares, porque como lo exponen Zhon y Moreno (2008): “estos dos aspectos mencionados también cuentan y están presentes para quienes desde su profesión están ahí para ayudar” (p.5).

Así como el paciente deja una huella en el tanatólogo clínico, también este último tiene influencia en el paciente a quien aborda porque la forma en que vive y cómo se vive impactan directamente en la relación de ayuda, tal como lo refieren Zhon y Moreno (2008): “la relación que un profesional establece con las personas a las que ayuda también tiene un impacto significativo en los efectos que se generan en la interacción” (p.

5). Y es que el tanatólogo clínico no puede quedar indiferente ante el dolor del ser humano que está dejando este mundo, no puede dejar de sentir, no puede dejar de pensar, no puede dejar de vivir el hecho que es la muerte misma tan cercana y tan real.

8.2.4.3 Afrontamiento de la implicación personal

Como lo expone María Elena Velázquez Sotomayor (2015, p. 28): “surge la persona del tanatólogo, no como un súper héroe o un salvador, pero sí como un oído atento, un corazón dispuesto a vivir empáticamente el reacomodo de la vida y un abrazo a esa existencia que sufre”. Trabajar con el paciente en duelo genera un sinfín de emociones que van y vienen en el tanatólogo, desde duelos que ya se han pasado hasta la empatía con el dolor del paciente. Y continúa Velázquez con su historia de vida:

Tuve que pasar muchas cosas y resolverlas como podía, pero no fue sino hasta que por fin yo experimenté la impotencia ante mi propio dolor, así como el sufrimiento personal ante una pérdida de expectativas laborales, donde tuve que transitar y vivir un comportamiento que casi me llevó a la depresión, para poder aceptar que necesitaba ayuda profesional. (p.42)

El tanatólogo clínico siente por estar implicado con sus pacientes y los abordajes que realiza porque le interesa tanto la persona enferma como lo que hace, además de que también está involucrado en el mismo proceso que el paciente al acompañarlo, valora su acción, la vivencia del paciente y también a las personas involucradas en el proceso porque “en ese sentido, nuestras sensaciones y nuestros sentimientos, en general, nos hablan de lo que nos importa tanto en sentido positivo como en sentido negativo”. (Muñoz, 2012, p. 10).

Es necesario que el tanatólogo clínico entienda lo que le ocurre organísmicamente en los abordajes y también su situación emocional interna porque “todo aquello que nos causa interés nos involucra emocionalmente. Comprender lo que sentimos y necesitamos es fundamental para una vida satisfactoria” (Muñoz, 2012, p. 10). Y es que al salir del hospital y dejar la actividad tanatológica para la siguiente jornada, el tanatólogo clínico sale a su mundo, con su familia, con sus amigos, con sus actividades cotidianas, a

convivir de diferentes formas con el propósito de vivir satisfactoriamente en todos estos ámbitos en que se desenvuelve, siendo necesario que comprenda qué siente y qué le pasa en esos encuentros con el dolor y la muerte de los pacientes hospitalizados porque en la medida que lo haga y lo resuelva, será más funcional. “Nada está garantizado en la vida, fuera de que todo el mundo tiene que enfrentarse a dificultades. Así es como aprendemos” (Kübler, 2005, p. 66) y eso ocurre al tanatólogo clínico en cada abordaje, aprende de su paciente y tiene que enfrentar sus propias dificultades.

De acuerdo con lo que expone Muñoz (2012) el ambiente hospitalario y todas las personas involucradas en los abordajes (el paciente y sus familiares) influyen en la experiencia emocional del tanatólogo clínico, así como sus experiencias anteriores para convertirnos en co-creadores y corresponsables de las experiencias emocionales experimentadas por cada uno, tanto en el plano individual como en el plano colectivo.

Por supuesto que esto no quita responsabilidad, sino que nos hace conscientes de la importancia de la relación con el otro en nuestro vivir cotidiano. Siempre está puesto lo mío pero también siempre está puesto lo del otro en lo que estoy sintiendo. (Muñoz, 2012, p. 11)

Esto significa que tanto el paciente doliente influye en las emociones del tanatólogo clínico como éste último influye en las emociones de su paciente. El paciente deja este mundo, pero el tanatólogo clínico sigue su vida con esas emociones experimentadas.

Y es que la emoción no es un estorbo y no hay que mostrarse desde la frialdad con el enfermo doliente, bastante tiene el paciente con su propio dolor y el proceso de morir en que está inmerso como para que el tanatólogo clínico se distancie emocionalmente de lo que le está ocurriendo tanto a sí mismo como al paciente en ese preciso momento.

“El ser humano tiene, de manera innata, una tendencia a lo constructivo, a buscar lo que percibe como adecuado y como mejor. Dicha tendencia es la que Carl Rogers llama “tendencia actualizante”, que se manifiesta en una parte importante, a través de nuestras sensaciones y nuestros sentimientos” (Muñoz, 2012, p. 12). El tanatólogo clínico

manifiesta su tendencia actualizante al conocer, identificar y manifestar sus sensaciones, emociones y sentimientos.

Entre mejor información tenga el tanatólogo clínico sobre lo que le sucede internamente e identifique separadamente las emociones y los sentimientos, porque son diferentes, podrá identificar, nombrar, reconocer y trabajar mejor para sí mismo y para sus pacientes. Y es que la mayoría de los profesionales de la salud atienden, cuidan y contribuyen al proceso de recuperación de los pacientes, haciendo extensivas estas características a sus propias familias (Escobar, 2002).

Como menciona Nava (2018): “¿Quién ve por el psicólogo clínico y su estado anímico, por su salud integral para el buen desempeño de su labor?” (p. 6). De igual forma debe suceder al tanatólogo clínico, ¿quién se preocupa por su estado de salud física, mental y psicológica cuando está expuesto a un medio hostil hospitalario y al dolor de los pacientes en proceso de enfermedad o moribundos? Porque Nava también expone que “las afectaciones no solo se presentan en la salud sino en el individuo en general, específicamente afectaciones psicológicas” (Nava, 2018, p. 7).

Y es que es en la vivencia personal, en la identificación de la pena y el dolor por la muerte de sus seres queridos y en sobreponerse al dolor desde la fortaleza, como cada uno tiene lo que necesita para seguir con la vida sin evadirlo, como refiere Kübler Ross (2005, p. 44) cuando tuvo el aborto espontáneo: “Hasta ese momento no me había dado cuenta de lo profunda que era mi pena. Pero en ello había también otra importante lección posible que no obtengamos lo que deseamos, pero Dios siempre nos da lo que necesitamos”.

“Como seres humanos, nos construimos en la historia personal y familiar, en los contextos socioculturales en los que hemos vivido. Ahí vamos descubriendo y dando un sentido a nuestra vida. Desde ahí también construimos una visión del mundo y de los demás” (Zhon y Moreno, 2008, p. 9). Desde esta afirmación se podría argumentar que ciertamente el tanatólogo clínico tiene una historia de vida influenciada por sí mismo, su familia y su

contexto pero también lo influye entonces la forma de vida y de confrontación de la muerte del ambiente hospitalario, donde el personal de salud está tan expuesto al fallecimiento de los pacientes que mejor lo dejan de ver para poner atención, tal vez, a los pacientes a los que pueden salvar para no confrontarse a la realidad de que constantemente la muerte les arrebatara la vida, dándose cuenta de que no son infalibles.

Considerando todo esto, entonces, ¿qué tan capaz es el tanatólogo clínico de resolver esos asuntos que surgen de los abordajes a sus pacientes?, ¿es capaz de cuidar de sí mismo identificando las emociones que surgen en los abordajes? La muerte de un ser humano duele de alguna forma, aunque sea alguien lejano o desconocido, si bien es cierto que el tanatólogo clínico está preparado con los conocimientos y herramientas necesarios para acompañar a los pacientes que aborda y acompaña en el proceso de su muerte, también lo es que, como todo hombre, se enfrenta a la realidad del dolor de otro ser humano y a la devastadora finitud de la vida.

Puede que, como los médicos, el tanatólogo clínico experimente angustia por la situación del paciente, porque como expone Lorenzo (2010): “Ante diagnósticos como cáncer, SIDA, u otras enfermedades terminales, la ansiedad en el médico ocupa un papel muy importante y por ello tienden a esconder el diagnóstico, aun a pesar de que el paciente haya pedido la verdad” (p. 9). Ante el dolor y la muerte de los pacientes es difícil tener equilibrio y compostura en todo momento, porque estos acontecimientos nos hacen sentirnos vulnerables ante el propio miedo a la enfermedad y la muerte. El tanatólogo clínico que acompaña a pacientes en su proceso de muerte debería ser capaz de identificar sus vivencias personales para no proyectarla en sus abordajes a los pacientes mediante un trabajo de toma de conciencia previo y/o posterior a su labor de acompañamiento, así como haber elaborado y resuelto sus propios duelos y analizado sus creencias. Así lo menciona Rogers (2014) en su libro de la Teoría de la Terapia que es una de las seis condiciones del terapeuta la congruencia, es decir, saber e identificar qué está pasado consigo mismo en el momento de la relación terapéutica.

Es importante que el tanatólogo clínico considere lo que afirma sobre el personal médico Lorenzo (2010, p. 17) “No hay que olvidar que para que el médico pueda escuchar al paciente, él debe tener a otro que le escuche a su vez (profesional de la salud mental)” para poder tomar conciencia de las situaciones que vive en el exterior y desde su interior al realizar los abordajes y enfrentarse directamente con el dolor de la muerte y la pérdida de la vida de sus pacientes.

Y es que es deber del tanatólogo clínico acompañar a bien morir al paciente doliente y a sus familiares, tal como lo expone Naranjo (1995, p. 71 citado en Cohen, 2013, p.4): “Los “debieras”... [...]... constituyen una actividad psicológica de estar en pugna con una realidad que no puede ser otra que la que es” porque como bien afirma Cohen (2013) se dejan de lado los deseos personales hasta el punto de ya no distinguirlos porque cuando se hace lo aprendido de la familia a la literalidad, esperas que te vaya bien. Y la mayoría de las veces esos aprendizajes no son funcionales con el paso del tiempo porque empiezas con otras vivencias que tendrán otras formas de proceder para solucionarlas. Y es que el enfrentamiento cara a cara con la muerte no es nada fácil y la mayoría de las veces no te lo enseñan en el seno familiar, lo tienes que aprender mientras te formas como tanatólogo.

No hay necesidad de que el tanatólogo evada, niegue o minimice sus sentimientos o emociones, tal como afirma Cohen (2013): “Los hilos los entretejo con amor, miedo, alegría, tristeza y enojo. Los blancos de proyección desaparecen, no hay culpables ni víctimas. La araña existiendo, creándose continuamente, ampliando su campo, su conciencia” (p. 9), solo es necesario que tome conciencia de su proceso y lo trabaje. Porque “encontrar una nueva forma de relacionarnos con nosotros mismos requiere un proceso físico, emocional y espiritual benévolo, amable y nutriente” (Cohen, 2013, p. 10).

Es cierto que en ese preciso momento no puede ponerse a llorar o a gritar ni salirse de control con el paciente porque “este tipo de expresión lleva a un desahogo y a una disminución de la tensión, pero generalmente es indeseable, sobre todo en los adultos. Esto se debe a que durante la expresión incontrolada de sus sentimientos, la persona

está fuera de contacto con la realidad, por lo que puede dañar a otras personas física o emocionalmente y en algunos casos traicionar valores importantes” (Larios y Macías, 2010, p. 29), debe entonces mostrar temple y serenidad en el acompañamiento y en sus abordajes pero después del control del momento y de posponer la expresión de sus emociones se debe permitir hacerlo en otro momento que sea conveniente porque “la supresión emocional no debe ser prolongada puesto que afecta la salud, física y emocional” (Ibidem, p. 30).

Y no se trata de que el tanatólogo clínico deje de sentir el dolor, el sufrimiento, la angustia, la tristeza, la desesperación de ver agonizar o morir a un ser humano porque lo estaría negando o se estaría engañando, no se trata de que los reprima porque es seguro que empezará a sentirse ansioso, se trata de que una “personalidad sana acepta que es capaz de experimentar cualquier sentimiento, aún los más terribles, y como dijimos anteriormente, su integridad moral no depende de lo que siente sino de lo que expresa y actúa. La represión no es sana porque el sentimiento reprimido no desaparece y puede llegar a volverse incontrolable” (Larios y Macías, 2010, p. 30). Porque cuando un sentimiento se ignora, se va ocultando en otros sentimientos hasta que no se puede identificar.

Lo primero que se tiene que hacer para manejar de forma adecuada los sentimientos es aceptarlos porque como mencionan Larios y Macías (2010) “Los sentimientos no son buenos ni son malos; simplemente son... [...]...Su responsabilidad moral no consiste en sentir o dejar de sentir, sino en cómo expresa y cómo vive sus sentimientos” (p. 31). Aceptar que en el interior está sucediendo algo al ver al paciente enfermo, agonizando y muriendo, porque como también afirman estas autoras “Lo que siento, lo siento. Y lo que me ayudará o estorbará es la actitud que asuma ante lo que siento. Por eso es muy importante pasar por el conocimiento, reconocimiento y aceptación de nuestros sentimientos para poder manejarlos” (Ibidem, p. 32). Y es que si el tanatólogo clínico no reconoce lo que le ocurre durante los abordajes o después de realizarlos, entonces tampoco podrá aceptarlo.

8.2.4.4 Procedimientos para afrontar la implicación personal

Enfrentarse día a día con el fenómeno de la muerte genera efectos en todos los involucrados y "es indispensable establecer mecanismos de intervención con el propósito de brindar apoyo psicológico para minimizar el impacto emocional que este tipo de sucesos ocasiona". (Orozco et al., 2012, p. 12) porque no es una situación fácil de aceptar. También Fernández (2010 citado en Orozco et al., 2012, p. 10) expone que hay que redefinir las situaciones que se generan previa y posteriormente a la muerte".

Hay diferentes propuestas para que el tanatólogo clínico pueda hacer frente a la convivencia diaria con la muerte:

Como primera propuesta, Velázquez expone que se puede hacer a través de la actitud positiva y que "esto se logra mediante la práctica frecuente de la introspección, acción de auto observación, mirar hacia el interior, reflexionar y decidir actuar" (2018, p. 60). Esta "introspección significa: mirar nuestro interior, observarse uno mismo, detenernos, tomar una pausa y autoanalizar la conciencia y los propios sentimientos" (Ibidem, p. 78). Porque una buena actitud asegura poder enfrentar los acontecimientos cotidianos que van surgiendo conforme va pasando la vida, pero no hay que dejar de reconocer la "sombra" personal que nos permite ser menos perfeccionistas, ser más condescendientes y estar más satisfechos. Nos hacemos fuertes internamente porque tenemos la voluntad de hacerlo, lo deseamos y esto contribuye a mantenernos firmes y no caer en la relación de ayuda para poder apoyar y acompañar al paciente (Velázquez 2018).

"La tarea del acompañamiento es compleja, implica un compromiso profundo con el bienestar personal y el del afligido" (Velázquez, 2018, p. 43). Efectivamente, el primer compromiso es con el bienestar del propio tanatólogo porque así será capaz de reconocerse en sus procesos internos y externos, así como de reconocer el dolor del paciente que acompaña porque "habrá que tocar con mucho cuidado su espíritu maltrecho y cobijarlo con lo mejor de nuestra esencia" (Velázquez, 2018, p. 44).

Velázquez (2018) asemeja a los tanatólogos clínicos con la tierra:

... antes hay que prepararnos, limpiarnos y remover lo que estorba, también crujimos o renegamos cuando la semilla del cambio se está sembrando en nosotros y al igual que la tierra, necesitamos de la pausa de tiempo y silencio para que esa semilla fecunde y pueda dar el fruto que esperamos. (p. 112)

El tanatólogo requiere de tiempo para identificar los procesos internos generados en el acompañamiento del paciente, ponerles nombre y trabajarlos, aunque también sea dolorosos o desagradables. Porque cada persona tiene sus Estilos de Afrontamiento, Deví y Ruiz (2002) los definen como los “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (citado en Nava, 2018, p. 64).

El segundo procedimiento para afrontar la implicación personal es la propuesta de María Dolores Altamirano Rivera (2015) que consiste en “la aceptación en el proceso de sanación. Dentro de la propuesta que se realiza en el presente trabajo se refiere que es básico el aceptar que hemos sido heridos, pero también que se ha causado sufrimiento alguna vez a uno mismo, a la familia o al entorno social, el reconocimiento de ello es fundamental para crear las bases de una reconciliación tanto interna como externa” (p. 19) porque es primordial el perdón hacía uno mismo y reconocer que los sufrimientos y dolores son parte de la vida y del crecimiento mediante el aprendizaje, dejando atrás el pasado y siendo responsables del presente porque “es importante desarrollar un equilibrio dinámico en las diferentes áreas de la vida ya que para el Tanatólogo (a), el acompañar a una persona que está sufriendo generalmente no es fácil” (Ibidem, p. 29).

Desde hacer cambios y desde el discernimiento es como el tanatólogo clínico puede, como lo expone Robert Burney (2008 citado en Altamirano, 2015, p. 7), “transformar la relación del individuo con respecto de sí mismo y su entorno. Se requiere ser proactivo en el propio proceso para dejar de ser la víctima de las viejas grabaciones y comenzar a apropiarse del poder personal que lleva a la persona a construir su vida en una forma sana”. Darse cuenta de sí mismo, de sus procesos, de sus creencias, de sus

aprendizajes, de sus programaciones hará que se transforme poco a poco en un ser humano en proceso de sanación y desde ese “estar sano” poder ir al otro para acompañarlo en el proceso doloroso de la muerte.

Y es que nos defendemos del entorno y de nosotros mismos poniéndonos máscaras para ocultarnos y para no dejar que los demás vean lo que nos está ocurriendo (Altamirano, 2015), entonces le sucede lo mismo al tanatólogo clínico, enmascara lo que le pasa internamente, no lo quiere ver, tal como lo propone Bourbeau (2006 citada en Altamirano, 2015).

El proceso de acompañamiento en la muerte provoca un desgaste natural en el tanatólogo clínico por toda la serie de emociones y sentimiento que se mueven dentro de sí mismo al ver el sufrimiento, el dolor y la partida de otro ser humano doliente “que es conveniente sanear periódicamente a través de los conductos pertinentes” (Altamirano, 2015, p. 17).

Altamirano (2015) nos expone que el tanatólogo clínico podrá “lograr acompañar a las personas de una manera más auténtica y congruente con la filosofía de su vida” (p. 23), reconociendo las heridas que ha ido acumulando durante su vida, pero también reconociendo las heridas que ha hecho o provocado en los demás a su alrededor. En este sentido se identifica con el Desarrollo Humano desde las premisas rogerianas propuestas en la Teoría de la Terapia nos propone una teoría condicional. En la cual, si se cumplen ciertas condiciones, entonces se producirá un proceso que incluye ciertos elementos. Primero se tienen que dar las condiciones que son seis: 1) Que exista una relación entre dos personas, 2) Que el cliente esté en un estado de incongruencia, vulnerabilidad o angustia, 3) La congruencia del terapeuta en relación con el cliente, 4) Que el terapeuta tenga consideración positiva incondicional hacia su cliente, 5) Que el terapeuta tenga comprensión empática y 6) que el cliente perciba esa consideración positiva incondicional y la comprensión empática. (Rogers, 2007). Durante el proceso el cliente identifica sus sentimientos, simboliza su experiencia del yo, de los otros y del mundo de una mejor manera, se hace consciente del estado de incongruencia y de sus

sentimientos, disminuye los mecanismos de defensa, la consideración positiva incondicional la percibe en el terapeuta, pero también la tiene para sí mismo y se comienza a valorar e identifica su experiencia orgánica. Y el resultado es que el cliente se viva con mayor congruencia, menos defensivo, con más realismo y objetividad, con más eficacia para resolver problemas, es mejor su adaptación psicológica, cambia la estructura del yo, la vulnerabilidad disminuye, hay congruencia entre el yo ideal y el yo real, disminuye su angustia, tiene consideración positiva de sí mismo, se valora, se siente más seguro y autónomo, hay modificaciones en su conducta, tienen más control y es en más social. Esto es el Enfoque Centrado en la Persona.

El término desarrollo dinámico expuesto por Altamirano (2015) propone que el tanatólogo clínico encuentre esa homeostasis necesaria en todos los aspectos de su vida, situación que requiere tiempo y paciencia en la medida que va haciendo sus propios descubrimientos personales, los va trabajando y los va resolviendo.

Es importante que los profesionales de la salud que viven la muerte de sus pacientes desarrollen estrategias de afrontamiento adecuado y de autocuidado para ser capaces de seguir siendo funcionales en sus actividades del día a día y en su vida cotidiana sin desplegar los mecanismos de defensa que solo aplazan la confrontación con la parte interna desequilibrada porque subyacen sentimientos de frustración, fracaso, culpa, dolor, incompetencia y negación de la muerte.

En tercera instancia Zhon y Moreno (2008) proponen una pregunta central para análisis personal como parte de relación de ayuda: “¿Considero que es importante compartir con otros profesionales algunas preocupaciones sobre mi labor al atender a una determinada persona, o siento que esto me dejaría demasiado vulnerable o perdería imagen ante ellos?” (p. 9). Esta propuesta considera que el tanatólogo tome la oportunidad de exponer las situaciones personales generadas por su labor de acompañamiento ante la muerte y el duelo con profesionales de las áreas de la salud, que también están expuestos al dolor, la vulnerabilidad, el sufrimiento y la muerte de los pacientes desde la empatía, o bien, hacerlo con otros profesionales como tanatólogos o psicólogos para que lo acompañen

en su proceso de trabajo interno, dejando de lado el verse expuesto o vulnerable por compartir lo que le está sucediendo internamente.

Como cuarta propuesta tenemos a García (2016, p. 51) exponiendo la realización de un taller de reconocimiento corporal como parte de reconocer lo que sucede orgánicamente para la expresión mediante el cuerpo porque esto permite “acercarlos a la experiencia más consciente mediante actividades que puedan ser detonadoras de la experiencia en el momento y que esto les permita adquirir la habilidad, que posteriormente dotarán de sentido al atender esta sabiduría orgánica” y Moreno (2009, p.164) asegura que “de esta forma podemos también aprender a expresarnos desde el cuerpo, a hablar desde nuestras sensaciones-sentidas” (citado en García, 2016, p. 51).

En este taller, con las actividades de reconocimiento del cuerpo se pretendió que disminuyera la distancia entre el yo real y el yo ideal desde lo que el cuerpo iba manifestando, según la teoría Rogeriana en un clima de seguridad donde se pueda conseguir la libertad de expresión y se disminuyan las defensas. La pretensión de García es ir “integrando el cuerpo a la experiencia cotidiana, en busca de permitir personas más integradas, reconocer esos procesos corporales, eso que momento a momento se está construyendo y construye a la persona en una vivencia más fiel” (2016, p. 52). Y es que, generando una nueva experiencia de la realidad a través de cuerpo en un clima de confianza y libertad, realizando una autoexploración adecuada, se tendrá mayor conciencia que permita reordenar las prioridades:

Cuando la persona es capaz de darse cuenta de falsas interpretaciones de la realidad y las limitaciones que esto ocasiona en su día a día, le permite nacer un sentimiento de libertad, de volver a buscar donde se aferraba a afirmar que no había nada. Lo anterior genera un cambio en la historia personal y en la forma de vivirse en lo futuro, como si la incertidumbre tomara valor y sentido de posibilidad, en lugar de infundir temor y, por ende, juicios pronto incompletos. La persona se abre a la búsqueda continua, puesto que ya ha visto modificar sus propias interpretaciones. (García, 2016, p. 52)

Cuando una persona que ayuda está dividida, atribulada y con infinitas auto prohibiciones pueden confundir el acercamiento más fiel con el paciente. El tanatólogo clínico tiene la tarea de ayudar a bien morir a sus pacientes, pero no puede hacerlo de forma efectiva y adecuada en un estado de insatisfacción o desagrado.

Y luego tenemos la quinta propuesta que es la Rogeriana de la vida plena. Como menciona Carl Rogers (1961) que “la vida plena es un *proceso*, no una situación estática. Es una orientación, no un destino.” (p. 167). El tanatólogo clínico en su profesión de acompañar al paciente moribundo que es una persona también debe descubrirse y poder convertirse en persona tendiendo una vida plena que es precisamente el “proceso de movimiento en una dirección que el organismo humano elige cuando interiormente es libre de moverse en cualquier sentido” (Ibidem, p. 168) porque para empezar el sentido de su acompañamiento mediante los abordajes es moverse hacia la realidad de la muerte pero también hacia la realidad de la vida, su propia vida; porque tiene que volver a sus actividades personales, familia, sociales y laborales de forma funcional porque como continúa el autor afirmando que “la orientación que constituye una vida plena es elegida por el organismo en su totalidad siempre que disfrute de una libertad psicológica que le permita moverse en *cualquier* dirección” (Idem).

Porque cuando el ser humano se enfrenta a la experiencia de la muerte se presenta un conflicto interno tan fuerte como lo es que experimenta la finitud de la vida, el dolor de partir de este mundo, los apegos a los seres queridos que se dejan, entonces el tanatólogo clínico, tal como menciona Rogers, está en “la lucha de personas conflictuadas y empeñadas en lograr la vida plena que anhelan” (1961, p. 166) porque estar conviviendo con la vida y con la muerte despierta un sinnúmero de reflexiones y confrontamientos personales sobre el sentido y el anhelo de la plenitud.

El tanatólogo clínico en el acompañamiento a sus pacientes a través de los abordajes le permite abrirse a sí mismo abrirse a la experiencia de la muerte ajena, le permite sentir el dolor y la desesperación de otro ser humano en la experiencia del proceso de partida de este mundo y tal como lo recomienda Rogers (1961), tener apertura a la experiencia,

es decir, vivirla desde toda la conciencia es abandonar los mecanismos de defensa que nublan la vivencia, las emociones y las reacciones y es que se toma “la defensa como la respuesta del organismo a experiencias que se perciben o anticipan como amenazadoras, incoherentes con la imagen que el individuo tiene de sí mismo o de su relación con el mundo” (p. 168) y es que mientras se distorsione el evento por percibirlo amenazador no se tomará conciencia de sí mismo porque “en realidad es muy difícil ver con exactitud las propias experiencias, sentimientos y reacciones que discrepan significativamente con la imagen que uno tiene de sí mismo” (Idem). Y entonces sería un proceso de descubrimiento por parte del tanatólogo clínico lo que está experimentando internamente en percepciones, emociones, sentimientos, pensamientos, actitudes, intenciones y reacciones que antes no se había permitido identificar ni reconocer.

Cuando el tanatólogo clínico se da cuenta de lo que le pasa interna y externamente podrá ver la realidad de sí mismo aunque las experiencias vividas sean amenazantes, como lo es el enfrentarse tan cercanamente a la muerte día a día, porque como expone Carl Rogers (1961): “Si una persona pudiera abrirse por completo a su experiencia, todos los estímulos –endógenos o exógenos– se difundirían libremente a través del sistema nervioso sin sufrir las distorsiones impuestas por los mecanismos de defensa, y no sería necesario el mecanismo de “subcepción” por el cual el organismo es alentado acerca de las experiencias amenazadoras para el sí mismo. Por el contrario, la persona “vivirá” el estímulo, que sería totalmente accesible a la conciencia, tratándose del impacto de una configuración de forma, color o sonido ambiental sobre los sensitivos, una huella mnémica del pasado o una sensación visceral del miedo, placer o repugnancia” (169).

Es precisamente esta apertura a la experiencia en el conocimiento de sí mismo lo que le puede permitir al tanatólogo clínico adentrarse y continuar en el proceso para tener una vida plena porque tendrá mayor capacidad de saber lo que ocurre en su interior e identificar los sentimientos que experimenta en los abordajes de sus pacientes y en la confrontación continua con la muerte, se permitirá identificar lo que ocurre en su mundo interior desde la conciencia y no desde la defensa de la evasión de la vivencia (Rogers, 1961).

A mi juicio una segunda característica del proceso de una vida plena consiste en una mayor tendencia a vivir íntegramente cada momento. Este pensamiento puede ser malinterpretado con suma facilidad y quizá yo tampoco lo comprenda con claridad. Intentaré explicar lo que esto significa. (Rogers, 1961, p. 169)

Cuando la persona está en el proceso de una vida plena, “esta persona deberá reconocer que “lo que yo sea y haga en el momento siguiente dependerá de ese momento y ni yo ni los demás podemos predecirlo de antemano”” (Rogers, 1961, p. 169), porque cada persona se enfrenta a sus propias experiencias desde su trinchera, desde su historia, desde sus aprendizajes porque “una manera de expresar la fluidez de este vivir existencial es decir que el sí mismo y la personalidad emergen *de* la experiencia, que ahora no debe ser distorsionada o moldeada para ajustarse a determinada estructura preconcebida del sí mismo” (Idem) esto es que el tanatólogo es capaz de analizar y vivir la experiencia de sus abordajes desde la realidad sin modificarlos o distorsionarlos porque se adapta, descubre, se organiza, cambia, es parte del proceso de vivir la vida plena y esto le permite estar más satisfecho con su proceder su experiencia.

El proceso de una vida plena le va a permitir al tanatólogo clínico como menciona Rogers (1961) experimentar con menos temor sus sentimientos, vivirse auténtico en ese momento y conocerse a sí mismo desde la realidad y la conciencia, aunque la experiencia de la muerte y el dolor tan cercanos sean impactantes y amenazantes.

El tanatólogo clínico “es *libre* de convertirse en sí mismo u ocultarse tras un disfraz, de progresar o regresar, de comportarse de maneras destructivas para él y los demás o bien de maneras que aumenten su valor; en fin, es libre de vivir o morir, tanto en el sentido fisiológico como psicológico de estos términos” (Rogers, 1961, p. 173) porque trabajar con el dolor y la muerte pueden en algún momento amenazar la vida interna y externa del tanatólogo cuando no se permite vivirlo desde la realidad de conocer lo que experimenta en cada abordaje.

Cuando el tanatólogo clínico se permite vivir una vida plena, la vive desde el equilibrio y desde la satisfacción de todas sus necesidades, como lo menciona Rogers (1961): “Pero

en la persona que vive el proceso de una vida plena, la cantidad de barreras defensivas disminuye, y eso le permite participar en los diseños de su organismo. El único control sobre los impulsos que parecería existir –o que sería necesario– es un equilibrio natural e interno entre las distintas necesidades y la adopción de conductas que sigan el vector más próximo a la satisfacción de todas ellas” (p. 174).

El tanatólogo clínico es una valiente que día a día se enfrenta a la muerte y al dolor en el acompañamiento de sus pacientes moribundos y cuando elige vivir plenamente, tanto en su labor tanatológica como en su vida cotidiana, lo puede lograr, tal como afirma Rogers: “Estoy convencido de que este proceso de la vida plena no es para cobardes, ya que convertirse en las propias potencialidades significa crecer, e implica el coraje de ser y sumergirse de lleno en el torrente de la vida. A pesar de esto, resulta profundamente estimulante ver que cuando el ser humano disfruta de libertad interior, elige como la vida más satisfactoria este proceso de llegar a ser” (1961, p. 175).

Y tenemos como sexta propuesta la de Gloria Mercedes Escobar Velásquez (2002) con la reorganización, reingeniería o proceso de solución de problemas aplicados para el crecimiento personal al cuestionar cómo se puede lograr el cambio. Y propone una serie de pasos muy específicos:

- 1- Tomar contacto personal con cada uno de los eventos y situaciones de la vida diaria.
- 2- Participar en grupos de autoayuda o de sicoterapia para el crecimiento personal.
- 3- Desarrollar actividades, gustos o hobbies diferentes al trabajo con el fin de nutrir otras partes del yo.
- 4- Asistir a actividades socio-culturales con colegas, amigos, familiares además, pareja e hijos.
- 5- Elaborar procesos de duelo y completar procesos inconclusos para darle más calidad a la vida. (Escobar, 2002, p. 8)

Tal como lo cuestiona Escobar (2002): “¿Quién ayuda a los que ayudan? es decir, ¿Quién lo ayuda a usted a estar en buenas condiciones personales para poder ayudar al otro?”

(p. 3). Y es que el tanatólogo clínico en su acompañamiento a sus pacientes en el proceso de muerte se ve afectado por el trauma que produce la misma muerte de un ser humano y el dolor que se manifiesta en el suceso tanto de quien lo vive en su propia persona como de quienes son observadores directo y en las instituciones de salud públicas o privadas no hay personal que atienda a quienes ayudan a los pacientes.

Es decisión del tanatólogo asumir la responsabilidad de sí mismo y de sus acciones porque sus pacientes no deben ser quienes vivan sus crisis o frustraciones personales ya que están preocupados por sus últimos momentos de vida y es que “la dificultad de asumir la responsabilidad de la propia vida y vaciarla en los demás hace también que se proyecte en el paciente, la familia y el personal todas las insatisfacciones” (Escobar, 2002, p. 4).

“Es importante despojarnos de la máscara o la armadura que tenemos y que nos involucremos física y emocionalmente en nuestras labores diarias, dejándonos impactar cada día por lo que sucede para poder sentir la necesidad de apoyo y revitalización. En la medida en que nos comprometemos orgánicamente en nuestras vivencias, nuestro trabajo, entonces entenderemos minuto a minuto nuestra vida y le daremos más calidad a ésta en cuanto va a ser mejor vivida, en cuanto va a ser más sensible, más intensa y más auténtica” (Escobar, 2002, p. 7). Es importante lo que manifiesta Escobar sobre el compromiso orgánico porque el tanatólogo al conocer qué le ocurre en las vivencias del día a día en su labor de acompañar al paciente en sus últimos momentos de vida ofrecerá una atención más auténtica y efectiva, más congruente. Pero también será más auténtico, efectivo y congruente en su vida diaria con su familia, con sus amigos, con su comunidad y con su medio.

La última propuesta expuesta en este apartado es la de concepto de auto-realización como lo propone Abraham Maslow (1968) que implica que es un desarrollo de la personalidad y en ese desarrollo, el tanatólogo clínico desde el momento en que se enfrenta cara a cara con la muerte de su paciente, que son los problemas del día a día en el ambiente hospitalario le permite, como afirma este autor, “enfrentarse, soportar y

batallar con los problemas “reales” de la vida (los problemas intrínseca y básicamente humanos, lo inevitable, los problemas existenciales para los que no existe ninguna solución perfecta)” (Maslow, 1968, p. 153). Y es que la muerte no tiene solución, es el fin último del hombre, motivo por el cual, el tanatólogo clínico desde esta perspectiva es un sujeto que se está auto-realizando al detectar los problemas reales como lo es acompañar al moribundo en el lecho de muerte porque el humano por naturaleza es finito y va a morir porque el “comprender y aceptar la situación intrínseca humana”, es decir, enfrentándose y aceptando valientemente, gozando incluso, disfrutando con las “deficiencias” de la naturaleza humana, en vez de intentar negarlas” es lo que implica la auto-realización” (Idem).

Y es que como expone Maslow (1968, p. 153): “Estos problemas reales a los que ese enfrentan incluso (quizás especialmente) los seres humanos más maduros” les permiten contactar con todas sus emociones y sentimientos como “el sentimiento de culpa real, la tristeza real, la soledad real, el egoísmo sano, el valor y responsabilidad hacia los otros, etc.” (Idem, p. 154). El tanatólogo clínico al enfrentar el problema real que es la muerte de los pacientes en los hospitales también le permiten contactar consigo mismo para identificar sus vivencias existenciales reales.

Por esto, tratar tan directamente con la muerte convierte al tanatólogo clínico en un individuo desarrollado es a lo que Abraham Maslow (1968) llamaría “Las personalidades muy desarrolladas poseen también mayor número de experiencias-cumbre, que parecen también al mismo tiempo más profundas... [...]... Es decir, ser más plenamente humano significa la permanencia de problemas y dolores” (p. 154). Y es que no solo hay dolor en el ambiente hospitalario con la muerte, también se tiene que regresar a los problemas y dolores de la vida cotidiana haciendo que estas experiencias-cumbre se sigan desarrollando profundamente desde la conciencia de su vivencia, reconociéndolas también en su labor de acompañamiento a los moribundos cuando se tiene la oportunidad de vivir momentos sumamente profundos, luminosos, a pesar del dolor y de la partida de este mundo.

Desde la propuesta de Maslow “Las personas que se auto-realizan son más capaces que el promedio de la población en general, en cuanto al tipo especial de conocimiento que he denominado conocimiento-S” (1968, p. 154) porque se conocen a sí mismos desde su esencia de acuerdo con sus potencialidades, hacia esto debería perfilarse el tanatólogo clínico.

El tanatólogo clínico necesita tanto el conocimiento-S para poder observar pasivamente y dejar ser al otro que está muriendo, como el conocimiento-D pero también aplicarse a la acción y al movimiento en el presente y en el futuro (Maslow, 1968). Y desde la postura de este autor “El mayor peligro radica, pues, en que el conocimiento-S es de momento incompatible con la acción. Pero, dado que vivimos –la mayor parte del tiempo– en-el-mundo, *la acción es necesaria*” (Maslow, 1968, p. 156). Antes los enfermos morían en sus hogares rodeados de sus seres queridos y cumpliendo sus últimos deseos y voluntades, hoy en día atenderlos en el hospital genera soledad y despersonalización para el ser humano que parte de este mundo porque los médicos y personal de salud se dedica a atenderlos y a no a acompañarlos en el final de su vida, por eso se necesita la acción del tanatólogo tanto para los pacientes como para sí mismo y no ser solo observador pasivo de su persona y de su interno sino aplicar acciones para conseguir en algún momento la auto-realización porque como propone Maslow: “Por lo tanto, la auto-realización exige no solo el conocimiento-S sino también el conocimiento-D como parte integrante propia. Esto significa que el concepto de auto-realización implica conflicto y decisión o elección prácticas. También significa que la lucha, el esfuerzo, la tensión incertidumbre, sentimiento de culpa, pesar, deben ser “epi-fenómenos” necesarios de la auto-realización. Significa por fin, que la auto-realización implica *necesariamente ambas cosas*: contemplación y acción” (1968, p. 156).

“La auto-realización debe ser egoísta y, al mismo tiempo altruista; y por esto debe haber elección, conflicto y posibilidad de remordimiento” (Maslow, 1968, p. 159). El tanatólogo clínico debe ir hacia sus pacientes moribundos en el altruismo, pero también hacia sí mismo en el egoísmo. Y es que sale del hospital a un mundo lleno de problemas por vivir y resolver porque esa es su realidad.

8.2.5 EMOCIONES

**“Si el Tanatólogo no ha logrado sanarse a sí mismo puede caer en momentos de desesperanza, tristeza, confusión y sufrimiento empático”
(Altamirano, 2015, p. 24).**

Todos los seres humanos experimentamos emociones, Larios y Macías (2010) definen a la emoción como “el conjunto de sensaciones experimentadas. En el momento en que una persona le pone nombre a eso que siente, cuando le da un significado, hablamos de un sentimiento. Las emociones conectan el cuerpo con la mente instantáneamente.” (Larios y Macías, 2010, p. 29).

Otra definición es que “los sentimientos son una respuesta emocional o afectiva a los datos sensibles recibidos y al significado que se les asignó. Generalmente los sentimientos van acompañados de una sensación que se produce en ese momento en alguna parte del cuerpo” (Pruneda y Carretero, 2020, p.12).

8.2.5.1 Emociones ante la vivencia de la muerte

Ver morir a una persona no es fácil y mucho menos acompañarlo en ese proceso de morir y es que como manifiesta López (2008):

La muerte es un suceso real tanto biológico como psicosocial, el cual se va presentando de manera gradual y al mismo tiempo en forma silenciosa a la simple observación, generando en las personas una variedad de emociones tanto en intensidad como en manifestación. (citado en Allende, 2019, p. 5)

El tanatólogo clínico está expuesto constantemente a este proceso y es un hecho que se generan y se manifiestan sus emociones de formas diversas.

Estas emociones que se generan, Allende (2019) las define de la siguiente forma: “Las emociones son reacciones que los seres humanos experimentan, entre las más comunes se encuentran: la alegría, tristeza, miedo e ira. Cuando no se tiene un manejo adecuado de las emociones estas pueden desencadenar un bloqueo o incluso una enfermedad” (p. 3).

Muñoz (2012, p. 15) describe también qué son las emociones de la siguiente forma:

Emoción.

Es la reacción más primaria y espontánea ante lo que ocurre en el entorno. Genéticamente venimos equipados con ellas, es la reacción psicológica más elemental que busca la supervivencia por encima de todo. En este sentido compartimos las mismas emociones con los demás mamíferos de este planeta.

Las emociones son estructuras funcionales netamente diferenciadas, dan información sobre el estado de la relación organismo-entorno.

La emoción es una reacción espontánea del organismo, por lo mismo es amoral. No podemos dejar de sentir lo que sentimos, ni de necesitar lo que necesitamos. Lo que si podemos hacer es ejercer nuestra libertad en la elección de lo que queremos hacer con ello.

Es también la evaluación de la situación por parte del organismo, que sirve de fundamento para los mecanismos básicos de la regulación de la vida, y que está fundamentalmente al servicio de la supervivencia.

Continúa describiendo las principales características de la emoción:

Las características más importantes de la emoción son:

1. Precede al sentimiento y depende de las sensaciones y las percepciones.
2. Es la parte del sentir del proceso emocional, que se hace pública en acciones o movimientos y se pueden ver en conductas específicas de tipo no verbal.
3. Suele ser intensa pero corta en duración.
4. Es el resultado de la evaluación de la situación por parte del organismo.
5. Está al servicio de la supervivencia.

6. Cada una de las emociones primarias tiene un objetivo específico de supervivencia. (Muñoz, 2012, p. 16)

Hay cinco emociones en que la mayoría de autores coincide: miedo, enojo, tristeza, alegría y afecto por ser innatas y servir para la supervivencia del ser humano. (Muñoz, 2012).

Y es que, para el personal de salud, en general, se desarrolla una carga emocional negativa mientras tratan a sus pacientes, según el estudio realizado por Allende (2019) realizado en el área de enfermería y también expone la importancia de su identificación. En este estudio se manifiestan emociones muy claras: dolor en el alma, soledad, tristeza/depresión, impotencia/frustración, enojo/ira, miedo/angustia y culpas, siendo la ira la emoción más intensa. En otro estudio realizado por Carmona y Bracho (2008) manifestaron como parte de sus resultados que “los médicos y enfermeras entrevistados verbalizaron, sus sentimientos, aun presentes, de impotencia, angustia, frustración, fracaso, culpa, amenaza, tristeza, el espejo de la propia muerte, entre otros (p. 21).

El tanatólogo clínico, como parte del personal que labora en las instituciones hospitalarias públicas y privadas, puede vivir lo mismo que propone Laura Allende Villaseñor (2019, p. 2) del profesionista de la enfermería: “teme involucrarse con las emociones del paciente y las propias”. A pesar de estar preparado para acompañar en el proceso de la muerte y del duelo, tal vez al tanatólogo lo que le sucede es que teme involucrarse con sus propias emociones, pero es importante que las identifique con la intención de mejorar sus abordajes.

Como menciona María Dolores Altamirano Rivera (2015) el tanatólogo clínico necesita profundizar en sí mismo y revisar qué pasa consigo mismo y con su entorno, aceptando sus vivencias anteriores y lo que está viviendo actualmente para poder acompañar a sus pacientes desde el respeto, el amor y la superación personal. Sanar las propias emociones va a mejorar su vida en todos los sentidos: su desempeño personal y mental, familiar y social. Porque “si el Tanatólogo no ha logrado sanarse a sí mismo puede caer

en momentos de desesperanza, tristeza, confusión y sufrimiento empático” (Altamirano, 2015, p. 24).

Lise Bourbeau (2006 citada en Altamirano, 2015, p. 7) expone que en nuestra edad adulta cargamos con las heridas emocionales que los adultos alrededor generaron en la autoestima del menor aún sin darse cuenta, provocando que en la edad adulta se vivan como víctimas. Y el tanatólogo clínico no es la excepción porque carga también con sus heridas emocionales desde la infancia, heridas que se pueden remover o disparar en alguno de los abordajes que realiza por la carga emocional contenida en el mismo abordaje desde la identificación con el ser humano doliente que es su paciente.

Las heridas emocionales son las siguientes:

Herida de Rechazo. El diccionario nos proporciona varias definiciones de la palabra “rechazo”: resistir, contradecir, no admitir, denegar, mostrar oposición o desprecio. Rechazar a alguien significa rehusarlo, no desear tenerlo cerca o no desear tenerla en la vida utiliza la expresión “No quiero”. El rechazo es una herida muy profunda, ya que quien la sufre se siente rechazado en su interior y, sobre todo, siente rechazo con respecto a su derecho de existir, ésta herida es la primera que se manifiesta, está presente desde muy temprana edad. (Lise Bourbeau, 2006 citada en Altamirano, 2015, p. 10)

Herida de Abandono. Abandonar a alguien es apartarse de él, dejarlo, no desear más tener que ver con él. Muchas personas que sufren la herida de abandono experimentaron de pequeñas una profunda falta de comunicación con el progenitor del sexo opuesto. Quienes sufren abandono consideran que no son queridos. La ausencia de alimentación física también puede originar la herida de abandono, la cual suele comenzar antes de los dos años de edad. La máscara que se crea el humano para intentar ocultar su herida es la del dependiente y ésta determina la profundidad de la máscara. El dependiente cree que nunca recibe suficiente atención y dramatiza mucho, le gusta desempeñar el papel de salvador, teme a la soledad, necesita sentirse apoyado, cuando recibe apoyo se siente ayudado y amado. (Lise Bourbeau, 2006 citada en Altamirano, 2015, p. 11)

Herida de Humillación. Se define como herir el amor propio o la dignidad de alguien, sentirse rebajado, o rebajarse, sumisión, degradación. Esta herida comienza a manifestarse entre el primero y tercer año de edad. Surge en el momento en que se desarrollan las funciones del cuerpo físico, cuando el niño aprende a comer solo, a comportarse con propiedad, a ir al baño solo, a hablar, a

escuchar y a comprender lo que los adultos le dicen. El niño siente que uno de sus padres se avergüenza de él o teme que se avergüence de él cuando está sucio, o mal vestido. La herida de humillación suele experimentarse con la madre, aunque también puede vivirse con el padre cuando es él quien ejerce el control y desempeña el papel de madre, al mostrar al niño cómo comportarse, será necesario resolver la herida con ambos padres. El niño que sufre humillación se crea la máscara de masoquista. El masoquismo es el comportamiento de una persona que encuentra satisfacción, e incluso placer, sufriendo. Aun cuando lo haga inconscientemente, busca el dolor y la humillación la mayor parte de las veces. Se las ingenia para hacerse daño o castigarse antes de que alguien más lo haga. (Lise Bourbeau, 2006 citada en Altamirano, 2015, p. 12)

Herida de Traición. Es posible traicionar a alguien o sufrir una traición de distintas maneras. Según el diccionario, una de las acepciones de traicionar es: “Violar la fidelidad a alguien o a una causa, abandonar o denunciar a alguien”. El término más importante que se relaciona con la traición es el de fidelidad, que es lo contrario a la traición. Ser fiel es cumplir compromisos, ser leal y devoto, cuando se pierde la confianza se sufre de traición. Esta herida surge entre los dos y los cuatro años de edad, cuando se desarrolla la energía sexual. Esta herida se vive con el progenitor del sexo opuesto. El niño se siente traicionado por el padre del sexo opuesto. Cada niño, sobre todo entre los dos y seis años de edad se “enamora”, por así decirlo, del progenitor del sexo opuesto o de la persona que desempeña este papel, ya que se encuentra en la edad en que se desarrolla su energía sexual. Es natural que el bebe se fusione desde el nacimiento con su madre y que tenga gran necesidad de atraer su atención y sus cuidados. Cuando el niño comienza a vivir experiencias de traición se crea una máscara para protegerse, al igual que hace en el caso de las demás heridas. Esta máscara es la de controlador desarrolla ésta conducta para asegurarse de que mantendrá sus compromisos, para ser fiel y responsable. (Lise Bourbeau, 2006 citada en Altamirano, 2015, p. 13)

Herida de Injusticia. La justicia es la apreciación, el reconocimiento y el respeto de los derechos y el mérito de cada uno. Como sinónimos de la palabra “justicia” tenemos: ecuanimidad, rectitud, equidad, imparcialidad, honradez, neutralidad, honestidad y objetividad. La persona que sufre de injusticia es, por consiguiente es la que no se siente apreciada o respetada en su justo valor o que cree no recibir lo que se merece. También se puede sufrir de injusticia cuando se recibe más de lo que se cree merecer. Esta herida despierta en el momento en que se desarrolla la individualidad del niño, es decir entre los tres y los cinco años de edad, cuando el pequeño toma conciencia de que es un ser individual y una entidad completamente aparte, con sus diferencias. El niño le parece injusto no poder integrar bien su individualidad y no poder expresarse y ser el mismo, vive ésta herida, sobre todo con el progenitor del mismo sexo. Sufre frialdad de este progenitor, padece la incapacidad de éste de sentir y expresarse así lo percibe el

niño, quien sufre del autoritarismo de dicho padre, de sus críticas frecuentes, su severidad su intolerancia o su conformismo. La reacción ante la injusticia consiste en deslindarse de lo que se siente con la idea de protegerse. ((Lise Bourbeau, 2006 citada en Altamirano, 2015, p. 15)

Elisabeth Kübler Ross, quien sentó las bases de la Tanatología, refiere que una de las emociones que sana en todos los sentidos es el amor y lo refiere de la siguiente manera: “Creo que la medicina moderna se ha convertido en una especie de profeta que ofrece una vida sin dolor. Eso es una tontería. Lo único que a mi juicio sana verdaderamente es el amor incondicional” (Kübler, 2005, p. 3). Erich Fromm (1959) también aborda la emoción del amor como una virtud, el amor hacia uno mismo y hacia al prójimo por ser seres humanos, por ser hombres porque “implica que el respeto por la propia integridad y unicidad, el amor y la comprensión del propio sí mismo, no pueden separarse del respeto, el amor y la comprensión del otro individuo” (p. 63). Solo en ese amor se puede ir al acompañamiento del moribundo. Por tal motivo, el acompañar en el lecho de muerte al paciente moribundo como manifestación del amor filial al ser humano le implica al tanatólogo clínico también manifestar el amor para su persona cuidándose en su proceso de vida en la congruencia del cuidado del otro en su proceso de muerte.

García (2016) enuncia que culturalmente en Occidente, no practicamos la vivencia de las emociones por los prejuicios sociales, al grado de ser un mundo nuevo porque forma parte de nuestra parte oscura por descubrir para después decidir qué hacer con ese descubrimiento. En cuanto a esto Larios y Macías (2010) afirman que “si no les ponemos nombre, somos víctimas de ellas y vivimos algo así como una tormenta emocional. Pero una vez que sabemos lo que sentimos, estamos listos para buscarle un significado” (p. 29).

De igual forma Muñoz (2012, p. 12) manifiesta que a veces las emociones estorban de acuerdo con lo siguiente:

Me parece que durante mucho tiempo la emoción fue vista como un estorbo y como algo que había que reducir o quitar para responder más adecuadamente, más fríamente. Esta visión era un reflejo de la idea tan fragmentada y desconfiada

que se tenía sobre el ser humano, que fue cuestionada con el surgimiento de distintas corrientes de pensamiento y que, en el ámbito de la psicología, surge con la aparición de la Psicología Humanista.

Larios y Macías (2010) proponen que cuando la emoción no se controla, la persona está fuera de la realidad y en este estado es capaz de hacer daño a otras personas en el aspecto físico y en el emocional. El control emocional es deseable para expresar la emoción vivida de una forma adecuada en un determinado momento. Cuando la expresión de la emoción se suprime y se prolonga en el tiempo, puede que la persona vuelva crónica esta conducta. Sin embargo, cuando se expresa adecuadamente y se libera asegura la salud física y emocional conservando el autorespeto y eso es tener una personalidad sana.

Es importante el significado que le damos a las emociones porque provienen del entorno en que nos desarrollamos, estos entornos son:

Cultural. La cultura que nos rodea imprime en nosotros un sello claro de lo que se permite y de lo que no se permite. Cada cultura tiene valores y tradiciones diferentes.

Social. La ubicación de la sociedad va a determinar una serie de significados.

Económico. El nivel socioeconómico también es determinante en el significado que le atribuimos a las emociones. (Larios y Macías, 2010, p. 32)

Mi historia personal. Cada familia maneja una serie de creencias y valores diferentes a las demás. Unas son estrictas y muy perfeccionistas; otras, de pocos valores o sin mayor interés por llevar una vida socialmente ordenada... [...]... la manera en que entiendo el mundo va a depender mucho de mi historia personal y voy a tener diferentes creencias.

Mis experiencias. Estas le van a atribuir un significado distinto a mis emociones.

Mi estado de ánimo. Afectará fuertemente lo que viva en el día o en un momento determinado. Si estoy de buenas todo será bueno, pero si estoy de malas los sentimientos menos agradables me seguirán en ese día. (Larios y Macías, 2010, p. 33)

Y también lo expone Muñoz: “Sentimos al relacionarnos con el entorno, no existe ninguna emoción que no esté en relación con el ambiente. En este sentido la vivencia emocional es siempre una co-creación entre el entorno y la persona” (2012, p. 11).

Toda experiencia humana involucra a las emociones: en el aspecto biológico afectan a todo el cuerpo manifestándose en diversos padecimientos, en el aspecto intelectual afectan la concentración y la atención, en la fuerza de voluntad y en el aspecto espiritual. (Larios y Macías, 2010).

Y como parte importante de la emoción tenemos los sentimientos. Según Larios y Macías “los sentimientos son una fuente informativa muy importante acerca de lo que está sucediendo a nuestro alrededor; se podría decir que los sentimientos son como fusibles que nos van indicando que algo está mal y que necesitamos hacer algo” (Larios y Macías, 2010, p. 31). Los sentimientos simplemente son, no son buenos ni malos, su forma de expresión y la vivencia es lo que importa, cada persona los experimenta de diferente forma, algunos pueden reconocerse y otros no, algunos más intensos y otros más difíciles. (Larios y Macías, 2010). Muñoz (2012) enuncia que los seres humanos significamos las emociones y las simbolizamos mediante la palabra y así convertimos las emociones en sentimientos.

Muñoz (2012) define los sentimientos de la siguiente forma:

Sentimientos Es la elaboración y representación cognitiva de cualquiera de las siguientes experiencias: la sensación, la emoción, las percepciones, los recuerdos y los pensamientos.

Los sentimientos son una elaboración humana que se ha hecho para facilitar el descubrimiento de necesidades psicológicas y necesidades de trascendencia. Promueven el desarrollo, implican un proceso más sofisticado que la emoción. (p. 20).

Sentimientos Exagerados Se manifiestan desproporcionados al estímulo que los provocó y aparecen con una frecuencia muy constante sin mucha relación con las circunstancias. Normalmente son aquellos que nos son fáciles de sentir y expresa.

Sentimientos disminuidos Son aquellos que preferimos sentir menos frecuente e intensamente. Son poco sentidos y en circunstancias donde corresponderían casi nunca aparecen; se sienten poco o nada y se evaden permanentemente, debido a que por nuestra historia nos parecen amenazantes o impropios. Aparecen de forma velada en reacciones desproporcionadas de otros sentimientos o como somatización. (p. 25)

Sentimientos proporcionados Se sienten con libertad y su expresión es proporcional al estímulo que los generó, van de acuerdo con la percepción que tiene la persona de las circunstancias. (p. 26)

Según Muñoz (2012, p. 21) lo que se enuncia a continuación es lo que caracteriza a los sentimientos:

1. Ocurre posteriormente a las sensaciones y a la emoción.
2. Es la parte del sentir del proceso emocional que se hace privada.
3. Contribuye a la regulación de la vida, está más al servicio del desarrollo que de la supervivencia.
4. Es una elaboración más compleja, de tipo cognitivo, con la cuál significamos la experiencia emocional.
5. Suele ser poco intensa, pero de una duración mayor que la emoción.

El tanatólogo clínico al estar en contacto tan de cerca en el acompañamiento de sus pacientes moribundos y de sus familiares dolientes, de seguro experimenta en el momento de los abordajes y con posterioridad, emociones y sentimientos porque ¿cómo no dolerse del dolor de su paciente? ¿Cómo no sentir tristeza por el dolor del otro? ¿Cómo no sentir compasión por el enfermo condenado a muerte? ¿Cómo ver la ansiedad o desesperación del moribundo sin sentir algo, aunque sea mínimo, en su interior? Y como proponen Rosa Larios y Amelia Macías en su libro “Corazón de piedra... ¿yo? que “es tarea de cada ser humano ponerle nombre a sus emociones para ser dueño de ellas... [...]...Nombrarlas es requisito indispensable para tener poderío sobre las emociones. Si no les ponemos nombre, somos víctimas de ellas y vivimos algo así como una tormenta emocional. Pero una vez que sabemos lo que sentimos, estamos listos para buscarle un significado” (2010, p. 29). El tanatólogo clínico debe conocer y nombrar qué le está

pasando interiormente en sus abordajes, cuáles sentimientos y emociones toca internamente cuando atiende a los pacientes, viendo el dolor y la muerte tan cercanos.

Es cierto que en ese preciso momento no puede ponerse a llorar o a gritar ni salirse de control con el paciente porque “este tipo de expresión lleva a un desahogo y a una disminución de la tensión, pero generalmente es indeseable, sobre todo en los adultos. Esto se debe a que durante la expresión incontrolada de sus sentimientos, la persona está fuera de contacto con la realidad, por lo que puede dañar a otras personas física o emocionalmente y en algunos casos traicionar valores importantes” (Larios y Macías, 2010, p. 29), debe entonces mostrar temple y serenidad en el acompañamiento y en sus abordajes pero después del control del momento y de posponer la expresión de sus emociones se debe permitir hacerlo en otro momento que sea conveniente porque “la supresión emocional no debe ser prolongada puesto que afecta la salud, física y emocional” (Ibidem, p. 30).

Y no se trata de que el tanatólogo clínico deje de sentir el dolor, el sufrimiento, la angustia, la tristeza, la desesperación de ver agonizar o morir a un ser humano porque lo estaría negando o se estaría engañando, no se trata de que los reprima porque es seguro que empezará a sentirse ansioso, se trata de que una “personalidad sana acepta que es capaz de experimentar cualquier sentimiento, aún los más terribles, y como dijimos anteriormente, su integridad moral no depende de lo que siente sino de lo que expresa y actúa.

“Los seres humanos somos susceptibles de todos los sentimientos; algunos son más intensos, otros más difíciles de aceptar” (Larios y Macías, 2010, p. 39). El tanatólogo clínico se enfrenta a sentimientos intensos y difíciles de aceptar como la angustia, la tristeza, la desesperanza, el dolor, la apatía, el abandono, la desesperación, que son sentimientos muy “normales” en el ambiente hospitalario.

Las principales funciones de las emociones y de los sentimientos, de acuerdo con lo manifestado por Muñoz (2012) son las siguientes:

1. Informan sobre el estado del campo organismo/entorno. Nos señalan cómo está siendo vivenciada la relación entre el individuo y su entorno. Son evaluaciones, automáticas o reflexivas, sobre el significado de las situaciones con respecto a nuestro bienestar.

2. Proveen orientación en el campo. Nos permiten saber, con más o menos buen criterio, cómo responder a los acontecimientos, a las situaciones que estamos experimentando. Este criterio va siendo más certero conforme la persona tiene un mejor nivel de madurez y de experiencia. Nos informan tanto de lo amenazante, tóxico y destructivo, como de lo que es atractivo, nutritivo y constructivo.

3. Nos señalan la presencia de una necesidad. Así, cuando surge el miedo, nos está avisando que debemos protegernos; cuando emerge el enojo nos dice que hay que defendernos; cuando se trata de sentimientos más complejos nos están avisando de necesidades también más complejas.

4. Nos informan de aquello que nos es significativo, de aquello que nos interesa.

5. Nos organizan para la acción. Nos capacitan para responder con rapidez ante hechos que nos parecen importantes y que tienen que ver con nuestra supervivencia -como cuando escuchamos un estruendo, en forma rápida buscamos alejarnos y protegernos-. Pero aun en sentimientos que no requieren de una respuesta tan rápida nos permiten encaminarnos a acciones consecuentes con ellos. Por ejemplo, sentirnos amorosos nos facilita la colaboración y el acercamiento.

6. Nos motivan. Las sensaciones, las emociones y los sentimientos nos mueven, nos disponen a hacer cosas con respecto a lo que sentimos. Nos esforzamos constantemente para sentirnos mejor o para alargar los estados placenteros. Nos impulsan a ir hacia aquello que nos hace sentir bien y alejarnos de lo que nos hace sentir mal.

7. Comunican. Especialmente a través de la expresión no verbal. Es así como otros pueden captarnos y cómo podemos captar a otros sin palabras. Nos permiten percibir inconsistencias entre lo verbal y lo no verbal. Las emociones son terriblemente indiscretas para bien y para mal, ya que nos comunican lo que realmente nos importa. (p. 13).

8. Le dan sabor a la vida. Si no fuera por la posibilidad de sentir no habría sufrimiento ni dicha, no existiría deseo, no habría la tragedia ni la gloria de la condición humana. Sentir es el proceso de estar siendo.

9. Clarifican al pensamiento y la toma de decisiones. La cognición pura, sin la ayuda de lo emocional, frecuentemente no es capaz de dar soluciones adecuadas a los problemas. A menudo, a través de las emociones, se perciben mucho más

perspicazmente ciertos detalles de la situación como lo haríamos de otra manera. Los sentimientos son grandes sintetizadores de la experiencia.

10. Son generadores de comportamientos éticos. Si no fuese por sentimientos tales como el arrepentimiento, el afecto, la solidaridad, la compasión, la simpatía, etc. la vida social armónica sería imposible. No habría altruismo, ni bondad, ni censura. Parece que los sentimientos fueron el cimiento necesario para los comportamientos éticos mucho antes de que los seres humanos empezaran la construcción deliberada de normas inteligentes de conducta social, que pudo haber comenzado como parte de un programa global de biorregulación. (p. 14)

Para terminar este apartado, emociones y sentimientos son característicos de los humanos, el ambiente nos determina la forma en que las vivimos y las manifestamos, nos permiten relacionarnos de mejor forma y conocer lo que sucede en nuestra vida interna.

8.2.5.2 Evasión de las emociones y sus consecuencias

Allende (2019) declara que recurrimos a máscaras para ocultarnos y ocultar las heridas que nos han hecho y, según su estudio, el personal de salud solo otorga a los pacientes cuidado asistencial, temiendo involucrarse personalmente. Los resultados obtenidos es que se evaden las emociones y los sentimientos porque no saben cómo verbalizarlos, no tienen preparación para enfrentar la muerte del paciente o se comportan indiferentes ante el moribundo, guardan la distancia para protegerse.

Desde la época de Elisabeth Kübler Ross (2005) se vivía la evasión de las emociones, ella refiere en su autobiografía lo siguiente:

Mi sinceridad no estaba en consonancia con la forma como se ejercía la medicina en los hospitales. Pasados unos meses observé que muchos médicos evitaban rutinariamente referirse a cualquier cosa que tuviera que ver con la muerte. A los enfermos moribundos se los trataba tan mal como a mis pacientes psiquiátricos del hospital estatal. Se los rechazaba y maltrataba. Nadie era sincero con ellos. Si un enfermo de cáncer preguntaba "¿Me voy a morir?", el médico le contestaba "¡Oh, no! no diga tonterías". Yo no podía comportarme así. (p. 47)

Según mi experiencia, la mayoría, de los médicos se mostraban demasiado distanciados en su trato con los pacientes. Les hacía mucha falta enfrentarse a los

sentimientos, temores y defensas normales que sentían las personas al entrar en el hospital. Necesitaban tratar a los pacientes como a seres humanos iguales que ellos. (p. 51)

Larios y Macías (2010) afirman que cuando no se sienten las emociones, entonces las están reprimiendo, se pueden alejar del estímulo que les provoca la emoción o negarse a pensarlo, una forma de evadir la emoción es negándola. Esta represión es inconsciente y automática porque no quieren sentir la ansiedad que se genera al emocionarse o sienten su integridad amenazada. La represión puede provocar enfermedades físicas porque el sentimiento que se reprime no desaparece, al contrario, llegará un momento en que no se controle, esto no es sano. Además, se van generando capas que cubren el sentimiento original y entonces el que se manifiesta no es el real. La represión de los sentimientos se experimenta cuando no se reconocen o no se expresan, se hace de la misma manera porque así se aprendió a hacerlo. No hay nada peor que negar lo que se siente y lo que se necesita porque el costo puede ser a nivel físico y psicológico, pero irse al extremo de una emocionalidad desbordada es igual de dañino y de esta forma también se manifiesta la negación y la represión.

Muñoz (2012) expone que el bloqueo emocional detiene el comportamiento ético porque entonces no nos permite conocer que el otro existe porque la emoción nos indica lo que pasa en el entorno, dejaríamos de ser humanos, expresándolo de la siguiente forma:

Quando algo me interesa poco, siento muy poco; cuando algo no me interesa en absoluto, estoy indiferente. En síntesis, mientras mayor sea el grado de concentración requerido en el proceso de solución de un problema, el sentimiento surgido se retira más al fondo. Cuando se presenta una emergencia soy menos consciente de lo que siento y, en general, durante la percepción, los sentimientos permanecen en el fondo. (p. 10)

Quando no se contacta bien con la emoción y se deja de sentir se corre riesgo de perder el objetivo de la supervivencia porque es una de las principales funciones de las emociones. ¿Cómo se cuida la persona si no sabe lo que siente? “Antes que profesionales somos personas sensibles, vulnerables al dolor, al miedo, a la tristeza, al

rechazo y a muchos sentimientos más. Es la máscara dura puesta ante los demás lo que genera en enfermeros, crisis situacionales en relación con eventos de la asistencia o de la vida laboral” (Escobar, 2002, p. 3).

8.2.6 LAS INSTITUCIONES DE SALUD

**“En el hospital los médicos le dijeron que no había nada que hacer, por lo que él insistió en que lo llevaran a casa para morir allí.”
(Kübler, 2005, p. 13).**

8.2.6.1 Postura de las instituciones de salud ante el fenómeno de la muerte

Tanto el tanatólogo clínico como el médico, y todo el personal de salud que labora en las instituciones hospitalarias, se viven cerca de la muerte en el día a día y como menciona Olga Lorenzo Flores (2010, p. 2): “Nos encontramos viviendo en una sociedad que, siendo mortal, rechaza la muerte. Ésta se convierte en un personaje incómodo al que se desea olvidar, lo cual también ocurre dentro del personal médico”. Y es desde que nacemos, cada día que vivimos nos acerca más a la muerte y es que “la muerte en la actualidad, en la mayor parte de los casos, ya no sucede en los hogares como sucedía anteriormente, sino que se ha desplazado hacia los hospitales” (Idem) cambiando los procesos de atención a la salud y de atención a la persona. El médico y el personal que labora en los hospitales se encargan de la salud y la enfermedad del paciente, mientras que el tanatólogo clínico se encarga de su acompañamiento emocional y espiritual, todas cuestiones importantes en el proceso del bien morir.

Por lo consiguiente, los paradigmas en los hospitales han cambiado, como afirma Lorenzo (2010):

Lo cual es debido en parte al contacto que existe entre el médico con el paciente, a partir del cambio de los paradigmas vida-muerte, salud-enfermedad, así como

también es resultado de una serie de adelantos tecnológicos que han puesto al proceso de morir como un motivo claro de atención médica. (p. 2)

Es una realidad que ahora ya no mueren los enfermos en sus casas acompañados de sus seres queridos, mueren en hospitales públicos o privados donde la mayoría de las veces, por la gravedad del caso y por las maniobras del personal médico y enfermeros, mueren sintiéndose solos en medio de personas que no les significan para una partida tranquila y digna porque “Hoy en día morir es más horrible en muchos aspectos, es decir, es algo solitario, mecánico y deshumanizado; a veces, hasta es difícil determinar técnicamente en qué momento se ha producido la muerte” (Kubler, E., 2006, p. 21 citada en Lorenzo, 2010, p. 3).

Y es que el tanatólogo clínico está inmerso en el ambiente hospitalario y “el área de la salud se vuelve un ámbito que enciende un foco rojo para ser revisado y estudiado a detalle” (Nava, 2018, p. 7), así mismo el alto nivel de involucramiento con los pacientes y sus familiares implica afectaciones tanto para el tanatólogo como para el centro hospitalario, tal como lo menciona Nava (2018) y entonces nos encontramos que esto también se convierte en un tema psicosocial, entonces se amplía la perspectiva del fenómeno porque no solo están las implicaciones del personal de salud y del tanatólogo clínico sino también las implicaciones de la institución hospitalaria en la que presta sus servicios tanatológicos, mostrando su interés para “revisar, atender y centrarse no únicamente en los pacientes” (Nava, 2018, p. 8) sino también en todo el personal que labora en la institución y que tiene contacto con el paciente moribundo.

No existen estudios que manifiesten las afectaciones del tanatólogo clínico, tal pareciera que aparte de que es un área a la que se le ha dado importancia en las instituciones de salud públicas y privadas hasta la última década, también la historia de la tanatología es reciente en comparación a otras ciencias y disciplinas que involucran al ser humano; como menciona Nava (2018) en el área de la psicología clínica, que tiene ya más de un siglo consolidada como ciencia, también existe escasez de estudios sobre las afectaciones de los psicólogos clínicos. Es como si solo el interés del bienestar se

centrara en el paciente y se olvidara al profesional que lo está acompañando en el proceso, sea de la salud, psicológico o sea tanatológico.

8.2.6.2 Problemática actual

Como bien menciona Nava (2018), en las instituciones de salud, no hay preocupación por el psicólogo en su labor ni por su estado anímico ni por su salud. De igual forma debe suceder al tanatólogo clínico, ¿quién se preocupa por el estado de salud física, mental y psicológica del tanatólogo clínico cuando está expuesto a un medio hostil hospitalario y al dolor de los pacientes en proceso de enfermedad o moribundos?

Tal pareciera que en las instituciones de salud públicas y privadas no hay preocupación ni se le da importancia a las afectaciones psicológicas y emocionales de los profesionales que laboran en ellas y tampoco se pone atención en su autoidad, tal como lo expone Werner (2010):

Dicho estudio concluyó en que las fuentes más relevantes de Burnout encontradas fueron las asociadas al clima laboral conflictivo y a la demanda de los pacientes, asimismo la institución misma fue también considerada en sí un factor de riesgo por sus múltiples exigencias y superficial preocupación en relación al autocuidado. (citado en Nava, 2018, p. 11)

Es importante la consideración de que las instituciones hospitalarias no destinan espacios adecuados que promueva condiciones de introspección y de trabajo personal interno por el mismo ambiente y necesidades institucionales porque los espacios son justos y ruidosos, hay hacinamiento de pacientes y el trabajo no se puede detener ante las circunstancias del entorno y los tratamientos a los pacientes, esto puede generar estrés negativo para el personal de salud (Nava, 2018).

Por lo consiguiente, como exponen Carmona y Bracho (2008) sobre las implicaciones de los duelos en el personal de salud:

Lamentablemente, en nuestro medio, el equipo de salud ha sido formado para promover la salud, prolongar la vida, controlar riesgos, curar y rehabilitar enfermos,

aliviar el dolor físico; pero no para comprender que en ocasiones su intervención profesional está dirigida a ayudar al enfermo y a su familia a enfrentar dignamente la muerte y el duelo y apoyarlos en sus decisiones, lo cual implica enfrentar no solo problemas profesionales y técnicos, sino también emocionales y espirituales. (p. 20)

El personal de salud también ha vivido la muerte de sus seres queridos y la vulnerabilidad ante el temor de las pérdidas futuras no solo de los seres queridos sino también de los pacientes (Camacho y Bracho, 2008). Y es que también viven esta situación al ser parte de los equipos de salud en las instituciones hospitalarias públicas y privadas porque como refiere Kübler (2005 citada en Carmona y Bracho, 2008, p. 15) “la muerte, es el acontecimiento universal por excelencia” aunque tengamos la ilusión de que seremos longevos “porque en la era del mundo globalizado se fomenta la ilusión de que vamos a vivir muchos años y se alimenta la negación de la realidad de la muerte” (Carmona y Bracho, 2008, p. 16).

El duelo que genera la pérdida afecta la totalidad del individuo y esa afectación debe ser atendida, según la Organización Panamericana de la Salud (1992) “esta atención debe tener una visión integral, global, basada en la interconexión e interdependencia de todos los sistemas” (citada en Carmona y Bracho, 2008, p. 19) y como lo exponen Carmona y Bracho (2008, p. 19):

Los miembros del equipo de salud están en contacto diario con situaciones de duelo y muerte en los centros asistenciales, por lo tanto, para poder responder a los miedos, angustia y sufrimiento de los pacientes ante la muerte, es necesario enfrentarse consigo mismo y tener en cuenta la visión holística al realizar esa introspección.

Esto también lo debe procurar el tanatólogo clínico, el enfrentamiento consigo mismo y lo que le está sucediendo durante los abordajes de sus pacientes, promoviendo el autocuidado.

“El duelo es una experiencia global, que afecta a la persona en su totalidad: en sus aspectos psicológicos, emotivos, afectivos, mentales, sociales, físicos y espirituales (Carmona y Bracho, 2008, p. 17). Así como se busca atender al paciente en forma integral en los centros hospitalarios también el personal de salud debe atenderse en su totalidad por la exposición a la muerte de forma permanente y la vivencia de los duelos por sus pacientes.

Se puede observar la falta de preparación y de herramientas internas para que el personal de salud pueda enfrentar el fenómeno de la muerte en las instituciones hospitalarias porque como menciona Altamirano, la figura del tanatólogo clínico va cobrando cada vez más fuerza:

A través de mi experiencia personal, se detecta que es necesario que se implemente un departamento de Tanatología en todos los hospitales del país y lugares que así lo demanden ya que el sufrimiento emocional de las personas es tan importante como el físico, se necesitan espacios para esta actividad siendo imprescindible que se encuentre la propuesta dentro de las políticas de atención de las Instituciones, lo que contribuiría al bienestar de la población. (2015, p. 30)

Así la realidad actual es que las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, están todavía muy lejos de lograr una atención integral a sus pacientes y más lejos aún de reconocer la importancia y de promover el tiempo suficiente y los espacios físicos adecuados para el trabajo interno y emocional del personal de salud a su cargo.

Dentro de la parte laboral en las instituciones hospitalarias han surgido conceptos que se han ido aplicando a la forma de realizar las labores y que cada día adquieren mayor importancia para considerarse e implementarse en las organizaciones de salud en cuando a la atención y cuidado del personal:

Factores Organizacionales: La organización o empresa en la que una persona pasa su tiempo, se vuelve un lugar importante en el que el clima (estructura, cultura, roles y salud) dentro de la misma, así como todo lo que involucre a la misma, tienen afectaciones directas en los individuos por lo que tomar en cuenta

esto es de suma importancia para el individuo así como para la organización. (Nava, 2018, p. 25)

Clima Organizacional: Es definido como un conjunto de percepciones compartidas de políticas organizacionales, prácticas y procedimientos formales e informales. (Uribe, 2015 p.41-98 citado en Nava, 2018, p. 25)

Tipos de clima organizacional: “Rousseau en 1988 (Citado en Furnham, 2011, pp. 607) comenta que existen cuatro tipos de clima: el psicológico el cual consiste en la percepción individual no agregada el ambiente de las persona, es decir como cada uno de los empleados percibe el ambiente pero en base a su personalidad, su estilo de pensamiento, sus procesos cognitivos. Después está el clima agregado que consiste en percepciones individuales de algún nivel formal jerárquico por ejemplo el equipo de trabajo, en departamento en particular, las áreas en que se divide la organización. Luego se encuentra el clima colectivo que implica el consenso entre individuos respecto a su percepción de los contextos del comportamiento y el organizacional, como situaciones, interacciones, etc. Finalmente, el clima organizacional, que a diferencia de estructura organizacional, el clima refleja las orientaciones de los miembros de la organización (interior) a diferencia de las categorías analíticas de quienes no pertenecen a la misma (exterior), el clima organizacional puede considerarse como un descriptor de los atributos organizacionales o de sus deficiencias, expresados en términos que caracterizan las experiencias individuales con la organización. (Citado en Nava, 2018, p. 30)

Estructura organizacional: La estructura organizacional es una disposición intencional de roles, en la que cada persona asume un papel en particular, que se espera que cumpla con el mayor rendimiento posible. (Gestiopolis, 2002 citado en Nava, 2018, p. 31)

Cultura Organizacional: Es un grupo complejo de “valores, tradiciones, políticas, supuestos, comportamientos y creencias esenciales que se manifiesta en los símbolos, los mitos, el lenguaje y los comportamientos” (TPM, 2007, p.1) y constituye un marco de referencia compartido para todo lo que se hace y se piensa en una organización. Por ser un marco de referencia, no atiende cuestiones puntuales, sino que establece las prioridades y preferencias acerca de lo que es esperable por parte de los individuos que la conforman. (Citado en Nava, 2018, p. 37)

Motivación: “La motivación es la fuerza que opera en el interior de una persona y que provoca que se comporte de cierta manera en particular en dirección a sus metas. (Nava, 2018, p. 40)

Satisfacción laboral: Es una valoración global que el individuo hace, incluyendo los aspectos tangibles obtenidos a lo largo de ella, el equilibrio relativo entre aspectos positivos y negativos, comparaciones con un criterio y la elaboración de un juicio

sobre su nivel de satisfacción. (Ramírez & Zurita, 2010 citado en Nava, 2018, p. 59)

Estrés laboral: Estado psicológico negativo con componentes cognitivos y emocionales, y sobre sus efectos sobre la salud tanto de los trabajadores como de sus organizaciones. (Nava, 2018, p. 61)

Aunque todos estos conceptos ya se están haciendo realidad en la práctica de la vida laboral de las empresas y organizaciones, incluyendo a las instituciones de salud, y ya no se ve al colaborador como un objeto más en las organizaciones, sino que se le da importancia a su persona, a su bienestar, a su desarrollo y a su crecimiento, aportando los elementos institucionales necesarios para que suceda, la realidad es que aún falta mucho para que cada colaborador en un hospital tenga todos elementos que le favorezcan su labor, incluido el tanatólogo clínico.

8.2.6.3 Equipos interdisciplinarios

El ser humano es complejo, tiene varias dimensiones: biológica, mental, psicológica, emocional, espiritual y social. Todas y cada una son importantes. La atención de los equipos de salud no solo debería enfocarse en la salud biológica porque entonces deja de lado las otras dimensiones en las que también necesita atención el paciente. Es por eso también la importancia de que los equipos de salud se conformen de forma interdisciplinaria o multidisciplinaria.

En el medio hospitalario, tanto público como privado, se están formando equipos de trabajo interdisciplinarios, por eso el tanatólogo clínico ha tenido en los últimos tiempos relevancia en su trabajo de acompañar a los pacientes enfermos y moribundos, porque en la actualidad hay un “manejo interdisciplinario al paciente” (Lorenzo, 2010, p. 9), que considera importante todas las partes que conforman a la persona: biológica, mental, emocional, psicológica, social; dentro de cada equipo de trabajo habrá profesionales dedicados a atender cada una de estas partes del paciente para poder realizar una atención integral.

Sin embargo, el personal de salud que atiende directamente al paciente no se detiene

para atender la parte o dimensión psicológica, emocional, cognitiva, familiar o espiritual porque están encargándose de su salud y su bienestar biológico midiendo, verificando, revisando, controlando pero el tanatólogo clínico se encarga de acompañar al paciente en todos estos aspectos tan importantes que el personal de salud deja de lado por priorizar la atención a la parte biológica solamente cuando al paciente también le importa todo lo demás que está viviendo, que está sintiendo y que le está ocurriendo.

Así, Carmona y Bracho proponen la siguiente definición de Equipo Interdisciplinario:

Se puede definir al equipo interdisciplinario de salud como aquel que está integrado por un grupo de profesionales, de dos o más disciplinas, con elementos conceptuales que los califican para brindar cuidados de calidad, con eficacia y eficiencia a las personas que lo requieran. Así mismo, estas personas, tendrán características especiales tales como sensibilidad y amor ante el dolor ajeno, respeto por sí mismo y por los otros y responsabilidad en el cuidado de sí y de sus semejantes. (2008, p. 19)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) también expone una definición de equipo interdisciplinario:

Define al equipo interdisciplinario de salud como un conjunto de individuos de diferentes disciplinas que interactúan, cambiando el foco de la atención centrado en la disciplina misma (consulta médica, consulta psicológica, evaluación nutricional), a la entrega de servicios centrados en la necesidad o problema, y que no tiene límites disciplinarios. (Carmona y Bracho, 2008, p. 19)

Estos equipos interdisciplinarios de salud deberían estar apoyados por las instituciones hospitalarias públicas y privadas, porque como lo refiere la Organización Mundial de la Salud (2013):

El equipo interdisciplinario de salud solo podrá enfrentar y aceptar adecuadamente la muerte (los sentimientos y la angustia que se viven en relación con ésta), si dispone de fuentes de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y si posee una adecuada capacidad para tolerar el estrés. (Citada en Carmona y Bracho, 2008, p. 20)

Así mismo, podemos concluir que el conjunto de profesionales de la salud a cargo de la atención integral del paciente podrá lograr una mejor calidad en los servicios de acompañamiento en los procesos de enfermedad y de muerte.

8.2.7 AUTOCUIDADO

**“No es el no tener heridas lo que nos permite ayudar a otros a sanar las suyas, sino el haberlas sanado y cuidar continuamente del bienestar propio”
(Zhon y Moreno, 2008, p. 4).**

8.2.7.1 Atención de las necesidades personales

Es decisión del tanatólogo clínico tomar la mejor forma para procurar su propio cuidado después de estar conviviendo tan cercanamente con la enfermedad, la muerte, el dolor de los pacientes y el de sus familiares porque como expone Elisabeth Kübler Ross: “El mayor regalo que nos ha hecho Dios es el libre albedrío, que coloca sobre nuestros hombros la responsabilidad de adoptar las mejores resoluciones posibles” (2005, p. 5). Mientras que Heidegger (citado en Yalom, 1980) afirma que “hay dos maneras fundamentales de existir en el mundo: 1) un estado de descuido de uno mismo y 2) otro de cuidado de uno mismo” (p. 48) desde la responsabilidad, que es el modo ontológico.

Cuando el tanatólogo clínico acompaña a sus pacientes desde los abordajes se puede olvidar de sí mismo y de su cuidado, perderse en el tiempo de la atención del otro, pero también perderse en el tiempo de su atención, tal como refiere Kübler Ross (2005) que le ocurrió cuando empezó a atender a los niños refugiados de la guerra:

Eso continuó sin parar durante tres semanas. Yo me absorbí totalmente en el trabajo y me olvidé de mi bienestar, cuando otros estaban tan mal. De pronto caía en la cuenta de que tenía que comer. ¿Dormir? ¿Quién tenía tiempo? Llegaba a

casa pasada la medianoche y al día siguiente volvía a salir al alba. Estaba tan concentrada en los niños sufrientes y asustados, tan alejada de las actividades normales diarias, tan inmersa en responsabilidades. (p. 20)

En tal sentido Heidegger referido por Vattimo, plantea que cada uno tiene responsabilidad sobre su vida al asumir la propia muerte, en tal sentido hay que realizar un análisis personal de la dimensiones, emociones y sentimientos de la propia muerte para poder apoyar a los moribundos (Vattimo citado en Carmona y Bracho, 2008). Las “experiencias urgentes” referidas por Heidegger o “experiencias límite” referidas por Yalom (ambos citados en Yalom, 1980) son “condiciones inalterables e irremediables” (p. 49) que nos enfrentan sin remedio a nuestra existencia cotidiana para llevarnos a una superior. Es importante que los profesionales de la salud que viven la muerte de sus pacientes, como una experiencia urgente, desarrollen estrategias de afrontamiento adecuado y de autocuidado para ser capaces de seguir siendo funcionales en sus actividades del día a día y en su vida cotidiana sin desplegar los mecanismos de defensa que solo aplazan la confrontación con la parte interna desequilibrada porque subyacen sentimientos de frustración, fracaso, culpa, dolor, incompetencia y negación de la muerte.

La propuesta de María Dolores Altamirano Rivera (2015) es que el tanatólogo clínico cuide su salud emocional para poder acompañar a sus pacientes con calidad y equidad. Y continúa exponiendo: “Sería relevante que las y los Tanatólogos fueran la punta de lanza de una nueva cultura del autocuidado de la salud... La condición de lo anterior es que la salud integral de las y los especialistas en Tanatología esté garantizada” (Altamirano, 2015, p. 30). El tanatólogo clínico necesita profundizar en sí mismo y revisar qué pasa consigo mismo y con su entorno, aceptando sus vivencias anteriores y lo que está viviendo actualmente para poder acompañar a sus pacientes desde el respeto, el amor y la superación personal. Sanar las propias emociones va a mejorar su vida en todos los sentidos: su desempeño personal y mental, familiar y social.

En este sentido Altamirano (2015) propone las siguientes acciones para el autocuidado de los tanatólogos clínicos:

Desde lo personal:

- Sanar los propios duelos.
- Aprender a expresar y liberar sus emociones.
- Aprender cuando es momento de callar y cuando es momento de hablar.
- Cuidar su cuerpo: hacer ejercicio, tomar agua, alimentación saludable, descanso, recreación, control médico preventivo.
- Aprender a centrarse en lo positivo de la vida.
- Tener un proyecto personal de vida.
- Tener un plan de felicidad.

Desde lo profesional:

- Estar bajo proceso terapéutico constante.
- Unirse a un grupo de apoyo.
- Respetar la competencia profesional (No manejar grupos, terapias si no se está capacitado).
- Actualizarse en todos los sentidos. (p. 24)

Desde hacer cambios y desde el discernimiento es como el tanatólogo clínico puede, como lo expone Robert Burney (2008 citado en Altamirano, 2015, p. 7), “transformar la relación del individuo con respecto de sí mismo y su entorno. Se requiere ser proactivo en el propio proceso para dejar de ser la víctima de las viejas grabaciones y comenzar a apropiarse del poder personal que lleva a la persona a construir su vida en una forma sana”. Darse cuenta de sí mismo, de sus procesos, de sus creencias, de sus aprendizajes, de sus programaciones hará que se transforme poco a poco en un ser humano en proceso de sanación y desde ese “estar sano” poder ir al otro para acompañarlo en el proceso doloroso de la muerte.

El proceso de acompañamiento en la muerte provoca un desgaste natural en el tanatólogo clínico por toda la serie de emociones y sentimiento que se mueven dentro de sí mismo al ver el sufrimiento, el dolor y la partida de otro ser humano doliente “que es

conveniente sanear periódicamente a través de los conductos pertinentes” (Altamirano, 2015, p. 17).

Como exponen Zhon y Moreno (2008) hay actividades, como las que se realizan en los hospitales, que generan tensión y ansiedad y la exposición constante a estas vivencias sin el autocuidado por parte del profesional lo puede llevar a tener afectaciones biológicas, mentales, psicológicas y sociales. El tanatólogo clínico, como parte de los profesionales que atienden a los pacientes en instituciones de salud públicas y privadas también está expuesto a esas afectaciones sin el autocuidado adecuado.

García (2016) afirma que la sociedad actual no nos permite buscar como primordial el autocuidado al referir que “el reflejo de la sociedad que hoy por hoy somos, donde el autocuidado y bienestar personal aparecen solo como permisiones ocasionales o de segunda” (p. 39).

Cohen (2013, p. 4) nos expone cómo la autoexigencia trastorna el autocuidado: “La autoexigencia puede convertirse en una fuente de poder que dicte de manera sentenciosa mensajes absolutos y arbitrarios, que niegan la posibilidad de errar, permanecer en la media, disfrutar o específicamente ser”. Y esto le puede suceder al tanatólogo clínico, exigirse de tal forma el no equivocarse y en hacer siempre perfecto el abordaje por las condiciones de la actividad y más considerando que son los últimos momentos de la vida del paciente. Y continúa “Por más aplausos o reconocimientos que este individuo obtiene, su sensación no es de plenitud ni satisfacción” (Cohen, 2013, p. 5). Es que “cuando el ser humano se relaciona consigo mismo a través de la autoexigencia, un juego terrible de autotortura emerge. La persona vive para alcanzar la perfección, sin embargo, cada vez se aleja más de ella. La sensación primordial que lo invade es la de “NUNCA ES SUFICIENTE”” (Cohen, 2013, p. 6). Al respecto, la sensación no solo es durante los acompañamientos porque también hay que regresar a la vida cotidiana y seguir siendo funcional. Y es que “el hombre, en su destino de hacerse “mejor” se enfrenta con una parte interna que lo rinde, lo come y aniquila. Lo que una parte

“intencionada” hace, otra lo anula”” (Ibidem, p. 7). Es terrible la relación consigo mismo desde la autoexigencia y o desde el autocuidado.

Cohen (2013, p.7) afirma que autoexigirse provoca angustia y cuando se vive en alto y constantes niveles “el hombre sufre una transformación biológica, mental y emocional. El cuerpo se manifiesta y grita a través de sus órganos. Las palpitaciones, la sensación de ahogo, desvanecimiento e inestabilidad emergen sin aviso ni tiempo. El miedo aparece tan repentinamente que el ser se congela”. El tanatólogo clínico está expuesto a vivir la angustia de su actividad. Y lo confirma también Escobar (2002, p.1 citado en García, 2016, p. 41) al exponer que:

La energía invertida en los procesos de ayuda cada vez es mayor y menos la que se dedica a sí mismo, generando desgaste, cansancio, síndrome de estrés, que al no ser identificado como tal y por supuesto no recibir atención, desencadena en problemas y enfermedades físicas y mentales, bien reconocidas hoy en la medicina y en la enfermería.

Solo mediante la aceptación (Cohen, 2013) el tanatólogo clínico puede vivir el aquí y el ahora desde la responsabilidad de sí mismo porque como menciona Jenny Cohen: “Los introyectos los convierto en ideas propias, el vacío estéril en vacío fértil, y el sentido de mi vida en una causa más profunda. Me convierto en la autora de mi propia obra” (p. 9).

En este sentido Hernández nos propone la importancia del autoconocimiento como piedra angular para el autocuidado porque al reconocer quienes somos en cada momento de la vida podremos conocer también nuestras necesidades en el aquí y en el ahora:

El autoconocimiento es la capacidad de tener consciencia de nuestra historia personal para articularla con nuestro presente. Es el darnos cuenta lo que ha pasado en cada momento de nuestra vida y de qué manera nos ha configurado (...) de lo que se trata es de simplemente reconocer y nombrar para aprender a vivir con lo que somos y tenemos desde lo que habita en nosotros y no desde la carencia. (Hernández, 2014, p.30 citado en García, 2016, p. 47)

García (2016) aborda el autoconocimiento, desde la disponibilidad de la conciencia para generar cambios, como el reconocer no solo lo que siente la persona sino también lo que va siendo, tomando sus partes separadas, fundidas y confusas al mismo tiempo para reconstruirse. Y también expone: “Puedo decir entonces que el Autoconocimiento se entenderá como la integración más amplia de la experiencia de la persona, misma que se reconoce como ser en construcción y no acabado” (García, 2016, p. 52).

No hay necesidad de que el tanatólogo evada, niegue o minimice sus sentimientos o emociones, tal como afirma Cohen (2013): “Los hilos los entretrejo con amor, miedo, alegría, tristeza y enojo. Los blancos de proyección desaparecen, no hay culpables ni víctimas. La araña existiendo, creándose continuamente, ampliando su campo, su conciencia” (p. 9), solo es necesario que tome conciencia de su proceso y lo trabaje. Porque “encontrar una nueva forma de relacionarnos con nosotros mismos requiere un proceso físico, emocional y espiritual benévolo, amable y nutriente” (Cohen, 2013, p. 10).

Así como el tanatólogo clínico ve al ser humano que se está muriendo como una persona con necesidades, así debe reconocerse a sí mismo como persona con necesidades, reconocerlas y darles un nombre. El enfrentamiento constante con la muerte y el dolor desgasta en todos los sentidos: biológico, psicológico, emocional, mental, espiritual y social. Detectar las necesidades que se van generando, reconocerlas y luego trabajarlas permitirá al tanatólogo clínico el autocuidado adecuado. Porque como afirma García (2016):

Me parece sobresaliente la importancia de conocerse y atender a sus emociones y necesidades personales, para poder estar en mejores condiciones para el otro y entender lo que pasa en los otros. Si se aprende a autocuidarse se podrá cuidar realmente a los demás, si hay abandono de la propia persona, se corre el riesgo de abandonar elementos sensibles del enfermo. (p. 44)

Muñoz afirma también en este sentido del conocimiento de sí mismo y de la forma en que se podrían dar los cambios desde el Desarrollo Humano en el tanatólogo clínico:

El ser humano tiene, de manera innata, una tendencia a lo constructivo, a buscar lo que percibe como adecuado y como mejor. Dicha tendencia es la que Carl Rogers llama “tendencia actualizante”, que se manifiesta en una parte importante, a través de nuestras sensaciones y nuestros sentimientos. (Muñoz, 2012, p. 12)

Es mediante el autocuidado como el tanatólogo clínico puede promover una mejor calidad de vida para sí mismo reconociendo lo que le sucede y tomando cartas en el asunto, para así poder tener un mejor cuidado de sus pacientes dolientes.

8.2.7.2 El Desarrollo Humano como promotor del cuidado

El Desarrollo Humano, como parte de la psicología humanista, enfoque que pone en el centro al ser humano y sus capacidades de desarrollo, propone el autocuidado desde la perspectiva de diversos autores.

Enunciamos primero a Maslow con el concepto de la autorrealización como parte primordial del autocuidado. Para Abraham Maslow (1968, p.154):

Las personalidades muy desarrolladas poseen también mayor número de experiencias-cumbre, que parecen también al mismo tiempo más profundas (aun cuando esto pueda resultar menos exacto aplicado al tipo de experiencia-cumbre “obsesivo” o apolíneo) Es decir, ser más plenamente humano significa la permanencia de problemas y dolores (aunque de naturaleza “más elevada”) y, sin embargo, sigue siendo cierto que estos problemas son cuantitativamente menos numerosos y que los placeres son cuantitativa y cualitativamente mayores. En una palabra, el sujeto se encuentra individualmente en una mejor situación tras haber alcanzado un nivel elevado de desarrollo personal.

El concepto de auto-realización como lo propone Abraham Maslow (1968) implica que es un desarrollo de la personalidad, entonces el tanatólogo clínico desde el momento en que se enfrenta cara a cara con la muerte de su paciente, que son los problemas del día a día en el ambiente hospitalario le permite, como afirma este autor, “enfrentarse, soportar y batallar con los problemas “reales” de la vida (los problemas intrínseca y básicamente humanos, lo inevitable, los problemas existenciales para los que no existe ninguna solución perfecta)” (Maslow, 1968, p. 153). Y es que la muerte no tiene solución, es el fin

último del hombre, motivo por el cual, el tanatólogo clínico desde esta perspectiva es un sujeto que se está auto-realizando al detectar los problemas reales como lo es acompañar al moribundo en el lecho de muerte porque el humano por naturaleza es finito y va a morir porque el “comprender y aceptar la situación intrínseca humana”, es decir, enfrentándose y aceptando valientemente, gozando incluso, disfrutando con las “deficiencias” de la naturaleza humana, en vez de intentar negarlas” es lo que implica la auto-realización” (Idem).

Aun cuando el tanatólogo clínico se enfrente de forma cercana con el dolor del paciente agonizante, se enfrente con el dolor de los familiares que están viendo el sufrimiento de su ser querido y que aparte viven su propio sufrimiento y se enfrente a la misma muerte, si llega a conocerse internamente, sabe lo que le pasa, le pone un nombre y lo exterioriza, será capaz de cuidarse a sí mismo y de conocer su verdadero potencial porque como lo expone Maslow (1968) “cuanto más aprendamos acerca de las tendencias del hombre más sencillo resultará decirle cómo ser bueno, feliz, provechoso, cómo respetarse a sí mismo, cómo amar, cómo realizar sus más elevadas potencialidades” (p. 27). Tal pareciera que ese contacto con su interior no solo lo conecta consigo mismo sino que lo catapulta también hacia los otros y entonces “la tarea a realizar parece ser la de investigar cómo es uno realmente en su interior, en el fondo, en cuanto miembro de la especie humana y en cuanto a individuo particular” (Idem), porque el tanatólogo se desenvuelve en el medio hospitalario donde las pérdidas y los duelos son constantes y es que “la naturaleza interna de cada persona es en parte privativa suya y en parte común a la especie” (Ibidem, p. 25).

Maslow (1968) propone que la naturaleza interna es buena y fuerte al atender las necesidades y emociones básicas, así como las potencialidades humanas porque de esta forma la persona tiene un mejor desarrollo, fortaleciendo el ego, el autorrespeto y la autoconfianza. “Puesto que esta naturaleza interna es buena o neutra y no mala, es mucho más conveniente sacarla a la luz y cultivarla que intentar ahogarla. Si se le permite que actúe como principal rector de nuestra vida, nos desarrollaremos saludable, provechosa y felizmente” (Maslow, 1968, p. 26). Porque cuando se niega o se evita

provocará enfermedades con síntomas evidentes o imperceptibles al corto o al largo plazo. Y es que el hombre con el conjunto de claros y oscuros que vive internamente es el que potencializa lo que experimenta y es el único que puede descubrir y ponerle nombre a lo que pasa en su interior para después satisfacer las necesidades que identifica como consecuencia de sus experiencias.

Y es que ante la muerte el tanatólogo clínico se enfrenta a la “privación, frustración, dolor y tragedia. Estas experiencias resultan convenientes en la medida que revelan y actualizan nuestra naturaleza interior” (Maslow, 1968, p. 26). Entonces es indispensable identificarlas para la salud interior porque “quien no ha conseguido, resistido y superado, sigue dudando de su propia capacidad de hacerlo. Esto resulta cierto no sólo si lo aplicamos a los peligros que vienen desde fuera; lo es también en cuanto a la capacidad de control y dilación de los propios impulsos y, por tanto, de serenidad ante ellos” (Ibidem, p. 27). Y es que de ésta forma, la “naturaleza interior se manifiesta libremente en vez de resultar doblegada, oprimida o negada” (Idem). Naturaleza interior doblegada por las políticas, acciones y creencias hospitalarias, oprimida por una sociedad temerosa del fenómeno de la muerte o negada por el propio tanatólogo clínico.

Maslow expone lo siguiente: “Digámoslo de otra manera: existe la posibilidad real de fomentar el desarrollo individual, mientras que, por el contrario, resulta mucho más difícil la cura de síntomas neuróticos verdaderos sin una ayuda procedente del exterior. Es relativamente fácil intentar deliberadamente convertirse en un hombre más honesto; es muy difícil intentar curar las propias compulsiones y obsesiones” (1968, p. 28). Entonces, así como el tanatólogo clínico es una ayuda procedente del exterior para acompañar y ayudar al paciente enfermo en su proceso de muerte, lo es también que requiere de ayuda exterior para afrontar las “esquirlas de guerra” que quedan clavadas en su interior cuando realiza los abordajes.

El siguiente concepto enunciado para conseguir un autocuidado adecuado, desde la perspectiva de Erich Fromm, es el amor porque, como afirma el autor: “Se supone que

en la medida que me amo a mí mismo, no amo a los demás, que amor a sí mismo es lo mismo que egoísmo” (Fromm, 1959, p. 62).

En el acompañamiento de los abordajes el tanatólogo clínico manifiesta el amor que tiene por el prójimo, por esos seres humanos dolientes en el lecho de muerte que agonizan y a quienes se les escapa la vida de las manos. Se prepara académicamente y practica las herramientas necesarias para acompañar a sus pacientes de una forma efectiva y adecuada y tal como lo dice Fromm (1959, p. 63): “Si es una virtud amar al prójimo como a uno mismo, debe serlo también –y no un vicio– que me ame a mí mismo, puesto que también yo soy un ser humano. No hay ningún concepto de hombre en que el que yo no esté incluido” y es que el amor a uno mismo “implica que el respeto por la propia integridad y unicidad, el amor y la comprensión del propio sí mismo, no pueden separarse del respeto, el amor y la comprensión del otro individuo. El amor a sí mismo está inseparablemente ligado al amor a cualquier otro ser” (Idem). Por tal motivo, el acompañar en el lecho de muerte al paciente moribundo como manifestación del amor filial al ser humano le implica al tanatólogo clínico también manifestar el amor para su persona cuidándose en su proceso de vida en la congruencia del cuidado del otro en su proceso de muerte,

Cuando el tanatólogo clínico se cuida, identificando sus emociones, sentimientos, aciertos, fracasos y luchas en los abordajes de sus pacientes, como lo menciona Fromm “eso significa: el amor hacia los demás y el amor a nosotros mismos no son alternativas. Por el contrario, de todo individuo capaz de amar a los demás se encontrará una actitud de amor a sí mismo. El amor, en principio, es indivisible en lo que atañe a la conexión entre los “objetos” y el propio ser” (1959, p. 64), esto permite un camino seguro hacia el crecimiento y también hacia la felicidad.

Tal como lo expone Fromm: “De ello se deduce que mi propia persona debe ser un objeto de mi amor al igual que lo es la otra persona. La afirmación de la vida, felicidad, crecimiento y libertad propios, está arraigada en la propia capacidad de amar, esto es, en el cuidado, el respeto, la responsabilidad y el conocimiento.” (1959, p. 64). En la

medida en que el tanatólogo clínico promueve su autocuidado físico, emocional, mental, psicológico, espiritual y social se estará acercando a su crecimiento interno y externo, estará desarrollando su capacidad de atención efectiva a sus pacientes y se sentirá satisfecho de su labor tanatológica.

Y tenemos también el autocuidado relacionado con el concepto rogeriano de la vida plena. Rogers (1961, p. 167) afirma que “La vida plena es un proceso, no una situación estática. Es una orientación, no un destino”.

El tanatólogo clínico en su profesión de acompañar al paciente moribundo que es una persona también debe descubrirse y poder convertirse en persona tendiendo una vida plena que es precisamente el “proceso de movimiento en una dirección que el organismo humano elige cuando interiormente es libre de moverse en cualquier sentido” (Rogers, 1961, p. 168) porque para empezar el sentido de su acompañamiento mediante los abordajes es moverse hacia la realidad de la muerte pero también hacia la realidad de la vida, su propia vida; porque tiene que volver a sus actividades personales, familia, sociales y laborales de forma funcional porque como continúa el autor afirmando que “la orientación que constituye una vida plena es elegida por el organismo en su totalidad siempre que disfrute de una libertad psicológica que le permita moverse en cualquier dirección” (Idem).

Porque cuando el ser humano se enfrenta a la experiencia de la muerte se presenta un conflicto interno tan fuerte como lo es que experimenta la finitud de la vida, el dolor de partir de este mundo, los apegos a los seres queridos que se dejan, entonces el tanatólogo clínico, tal como menciona Rogers, está en “la lucha de personas conflictuadas y empeñadas en lograr la vida plena que anhelan” (1961, p. 166) porque estar conviviendo con la vida y con la muerte despierta un sinnúmero de reflexiones y confrontamientos personales sobre el sentido y el anhelo de la plenitud.

El tanatólogo clínico en el acompañamiento a sus pacientes a través de los abordajes le permite abrirse a sí mismo, abrirse a la experiencia de la muerte ajena, le permite sentir

el dolor y la desesperación de otro ser humano en la experiencia del proceso de partida de este mundo y tal como lo recomienda Rogers (1961), tener apertura a la experiencia, es decir, vivirla desde toda la conciencia es abandonar los mecanismos de defensa que nublan la vivencia, las emociones y las reacciones y es que se toma “la defensa como la respuesta del organismo a experiencias que se perciben o anticipan como amenazadoras, incoherentes con la imagen que el individuo tiene de sí mismo o de su relación con el mundo” (p. 168) y es que mientras se distorsione el evento por percibirlo amenazador no se tomará conciencia de sí mismo porque “en realidad es muy difícil ver con exactitud las propias experiencias, sentimientos y reacciones que discrepan significativamente con la imagen que uno tiene de sí mismo” (Idem). Y entonces sería un proceso de descubrimiento por parte del tanatólogo clínico lo que está experimentando internamente en percepciones, emociones, sentimientos, pensamientos, actitudes, intenciones y reacciones que antes no se había permitido identificar ni reconocer.

Cuando se da cuenta de lo que le pasa interna y externamente podrá ver la realidad de sí mismo aunque las experiencias vividas sean amenazantes, como lo es el enfrentarse tan cercanamente a la muerte día a día, porque como expone Carl Rogers (1961): “Si una persona pudiera abrirse por completo a su experiencia, todos los estímulos – endógenos o exógenos– se difundirían libremente a través del sistema nervioso sin sufrir las distorsiones impuestas por los mecanismos de defensa, y no sería necesario el mecanismo de “subcepción” por el cual el organismo es alentado acerca de las experiencias amenazadoras para el sí mismo. Por el contrario, la persona “vivirá” el estímulo, que sería totalmente accesible a la conciencia, tratándose del impacto de una configuración de forma, color o sonido ambiental sobre los sensitivos, una huella mnémica del pasado o una sensación visceral del miedo, placer o repugnancia” (169).

Es precisamente esta apertura a la experiencia en el conocimiento de sí mismo lo que le puede permitir adentrarse y continuar en el proceso para tener una vida plena porque tendrá mayor capacidad de saber lo que ocurre en su interior e identificar los sentimientos que experimenta en los abordajes de sus pacientes y en la confrontación continua con la

muerte, se permitirá identificar lo que ocurre en su mundo interior desde la conciencia y no desde la defensa de la evasión de la vivencia (Rogers, 1961).

A mi juicio una segunda característica del proceso de una vida plena consiste en una mayor tendencia a vivir íntegramente cada momento. Este pensamiento puede ser malinterpretado con suma facilidad y quizá yo tampoco lo comprenda con claridad. Intentaré explicar lo que esto significa. (p. 169)

Cuando la persona está en el proceso de una vida plena, “esta persona deberá reconocer que “lo que yo sea y haga en el momento siguiente dependerá de ese momento y ni yo ni los demás podemos predecirlo de antemano”” (Rogers, 1961, p. 169), porque cada persona se enfrenta a sus propias experiencias desde su trinchera, desde su historia, desde sus aprendizajes porque “una manera de expresar la fluidez de este vivir existencial es decir que el sí mismo y la personalidad emergen de la experiencia, que ahora no debe ser distorsionada o moldeada para ajustarse a determinada estructura preconcebida del sí mismo” (Idem) esto es que el tanatólogo es capaz de analizar y vivir la experiencia de sus abordajes desde la realidad sin modificarlos o distorsionarlos porque se adapta, descubre, se organiza, cambia, es parte del proceso de vivir la vida plena y esto le permite estar más satisfecho con su proceder su experiencia.

Al tanatólogo clínico le sucede que tiene que ajustarse a las normas de la institución de salud en que se encuentra, a la forma en que se vive laboralmente el persona de salud, así como las costumbres y señalamientos de la misma institución, todo esto influye en su proceder porque como bien expone Rogers: “Al elegir el rumbo que adoptarán en una situación determinada, muchas personas se apoyan en ciertos principios por los que se guían, en el sistema normativo de algún grupo o institución, en el juicio de los otros (desde esposa y amigos hasta un “Correo sentimental”) o en su propia conducta en una situación similar del pasado” (1961, p. 170).

El tanatólogo clínico cuando está abierto a la experiencia de sus abordajes considera todos los datos y eventos complejos relacionados con su vivencia, evaluando su importancia, esto permitirá que su reacción sea confiable y que demuestre lo que

verdaderamente está experimentando desde la congruencia de una conducta exitosa y satisfactoria a la situación (Rogers, 1961).

El proceso de una vida plena le va a permitir, como menciona Rogers (1961), experimentar con menos temor sus sentimientos, vivirse auténtico en ese momento y conocerse a sí mismo desde la realidad y la conciencia, aunque la experiencia de la muerte y el dolor tan cercanos sean impactantes y amenazantes.

El tanatólogo clínico “es libre de convertirse en sí mismo u ocultarse tras un disfraz, de progresar o regresar, de comportarse de maneras destructivas para él y los demás o bien de maneras que aumenten su valor; en fin, es libre de vivir o morir, tanto en el sentido fisiológico como psicológico de estos términos” (Rogers, 1961, p. 173) porque trabajar con el dolor y la muerte pueden en algún momento amenazar la vida interna y externa cuando no se permite vivirlo desde la realidad de conocer lo que experimenta en cada abordaje.

Cuando el tanatólogo clínico se da la oportunidad de satisfacer sus necesidades internas, esas necesidades que identifica cuando toma conciencia de lo que experimenta en sus abordajes puede llevar una vida constructiva, original y creativa, tal como lo expone Rogers: “Pero en cualquier momento y en cualquier cultura, lleva una vida constructiva, en la medida en que una satisfacción adecuada de sus necesidades le permita armonizar con el medio. En algunas situaciones culturales, tal vez este individuo puede sentirse desgraciado en ciertos aspectos, pero, sin duda, seguirá avanzando hasta ser él mismo y comportarse de una manera que le permita satisfacer por completo sus necesidades más profundas” (Rogers, 1961, p. 173) porque ¿cómo no tener necesidades profundas cuando acompañas a un ser humano en el proceso de muerte?

“Es evidente que otra implicación del enfoque que he presentado es que la naturaleza del ser humano es constructiva y digna de confianza, cuando funciona libremente... [...]... Cuando logramos liberar al individuo de sus actitudes defensivas y lo ayudamos a abrirse a la amplia gama de sus propias necesidades, así como también a las diversas

necesidades ambientales y sociales, podemos confiar en que sus reacciones serán positivas, progresistas y constructivas” (Rogers, 1961, p. 174). Porque cuando el tanatólogo clínico detecta sus necesidades internas, detecta las necesidades de sus pacientes, las necesidades del personal de la institución y las necesidades de la misma institución hospitalaria podrá tomar acciones y reacciones novedosas, diferentes, creativas desde su libre albedrío e intención, que mejoren su calidad de vida y la calidad de vida de quienes están alrededor.

Cuando el tanatólogo clínico se permite vivir una vida plena, la vive desde el equilibrio y desde la satisfacción de todas sus necesidades, como lo menciona Rogers (1961): “Pero en la persona que vive el proceso de una vida plena, la cantidad de barreras defensivas disminuye, y eso le permite participar en los designios de su organismo. El único control sobre los impulsos que parecería existir –o que sería necesario– es un equilibrio natural e interno entre las distintas necesidades y la adopción de conductas que sigan el vector más próximo a la satisfacción de todas ellas” (p. 174).

El tanatólogo clínico es una valiente que día a día se enfrenta a la muerte y al dolor en el acompañamiento de sus pacientes moribundos y cuando elige vivir plenamente, tanto en su labor tanatológica como en su vida cotidiana, lo puede lograr, tal como afirma Rogers: “Estoy convencido de que este proceso de la vida plena no es para cobardes, ya que convertirse en las propias potencialidades significa crecer, e implica el coraje de ser y sumergirse de lleno en el torrente de la vida. A pesar de esto, resulta profundamente estimulante ver que cuando el ser humano disfruta de libertad interior, elige como la vida más satisfactoria este proceso de llegar a ser” (1961, p. 175).

El término desarrollo dinámico expuesto por Altamirano (2015) desde la visión rogeriana del Enfoque Centrado en la Persona, propone que el tanatólogo clínico encuentre esa homeostasis necesaria en todos los aspectos de su vida, situación que requiere tiempo y paciencia en la medida que va haciendo sus propios descubrimientos personales, los va trabajando y los va resolviendo.

Altamirano (2015) nos expone que el tanatólogo clínico podrá “lograr acompañar a las personas de una manera más auténtica y congruente con la filosofía de su vida” (p. 23), reconociendo las heridas que ha ido acumulando durante su vida pero también reconociendo las heridas que ha hecho o provocado en los demás a su alrededor. En este sentido se identifica con el Desarrollo Humano desde las premisas rogerianas propuestas en la Teoría de la Terapia nos propone una teoría condicional. En la cual, si se cumplen ciertas condiciones, entonces se producirá un proceso que incluye ciertos elementos.

Primero se tienen que dar las condiciones que son seis:

- 1) Que exista una relación entre dos personas,
- 2) Que el cliente esté en un estado de incongruencia, vulnerabilidad o angustia,
- 3) La congruencia del terapeuta,
- 4) Que el terapeuta tenga consideración positiva incondicional,
- 5) Que el terapeuta tenga comprensión empática y
- 6) que el cliente perciba esa consideración positiva incondicional y la comprensión empática. (Rogers, 2007).

Durante el proceso el cliente identifica sus sentimientos, simboliza su experiencia del yo, de los otros y del mundo de una mejor manera, se hace consciente del estado de incongruencia y de sus sentimientos, disminuye los mecanismos de defensa, la consideración positiva incondicional la percibe en el terapeuta pero también la tiene para sí mismo y se comienza a valorar e identifica su experiencia orgánica. Y el resultado es que el cliente se viva con mayor congruencia, menos defensivo, con más realismo y objetividad, con más eficacia para resolver problemas, es mejor su adaptación psicológica, cambia la estructura del yo, la vulnerabilidad disminuye, hay congruencia entre el yo ideal y el yo real, disminuye su angustia, tiene consideración positiva de sí mismo, se valora, se siente más seguro y autónomo, hay modificaciones en su conducta, tienen más control y es en más social. Esto es el Enfoque Centrado en la Persona.

El autocuidado visto desde la visión de estos autores expuestos: Maslow, Fromm y Rogers permite que la persona se viva en este proceso de ser mejor desde el conocimiento de sí mismo, detectando sus necesidades en medio de las necesidades de los otros y de los problemas cotidianos, haciéndolo surgir como un ser humano en proceso de cambio constante, en proceso de mejorarse para sí mismo y para los demás.

8.2.8 EL SÍNDROME DE BURNOUT

Este Síndrome de Burnout o Síndrome del Quemado ha sido protagonista de innumerables estudios en el personal de la salud pero aún no tiene una definición precisa, sin embargo, se pueden mencionar generalidades sobre él, tal como Gil-Monte y Peiró (citados en Carlin & Garcés, p.171) mencionan que el Síndrome de Burnout (síndrome del quemado) es “una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos cogniciones y actitudes, implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución”.

8.2.8.1 Síndrome de Burnout: manifestaciones.

Se describen varios síntomas que son característicos del síndrome, según Nava (2018):

- a) Predominan los síntomas disfóricos y sobre todo el agotamiento emocional, b) destacan las alteraciones de conducta o despersonalización de la relación con el cliente, c) suelen dar síntomas físicos de estrés psico-fisiológico como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, ansiedad y deterioro de la calidad de vida, d) se trata de un síndrome clínico laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo aunque se dé en individuos considerados presuntamente “normales” y e) se manifiesta por un menor rendimiento laboral y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional. (p. 20)

Rogers (2004) refiere los síntomas del Síndrome de Burnout afirmando lo siguiente:

Sin conciencia de su self, el voluntario probablemente presentará los síntomas del síndrome de burn-out como miedo de la muerte y de contagio, sentimientos de

impotencia, pesadillas, fatiga física y emocional, menos interés en las actividades personales y profesionales, devaluación a las personas que atiende y sentir antipatía hacia la organización de voluntarios donde ofrece sus servicios, por ejemplo, un hospital. (p. 21 citado en García, 2016, p. 43)

Al ser un síndrome se puede acotar sobre la generalidad de los síntomas, pero cada persona tiene manifestaciones diferentes.

8.2.8.2 Síndrome de Burnout en el personal de salud

En el área de la salud, el trato con los pacientes, el mantenerlos con vida, los tratamientos acertados para sus enfermedades y padecimientos, el mismo medio hospitalario y el ambiente laboral, han provocado que los profesionales que laboran en las instituciones de salud públicas y privadas vivan en constante estrés, generándose un fenómeno particular que ha sido objeto de estudio entre el personal de esta área, el Síndrome de Burnout o Síndrome del Quemado.

Médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, administrativos y también el tanatólogo clínico, viven expuestos a este Síndrome como parte de su quehacer laboral. ¿Quién ve por el tanatólogo clínico y por todo el personal que labora en los hospitales?, ¿quién se preocupa por su estado de salud física, mental y psicológica cuando están expuestos a un medio hostil hospitalario y al dolor de los pacientes en proceso de enfermedad o moribundos? Porque Nava expone que “las afectaciones no solo se presentan en la salud sino en el individuo en general, específicamente afectaciones psicológicas” (Nava, 2018, p. 7); tal como lo menciona esta autora, el Síndrome de Burnout se ha vuelto un tema interesante para quienes trabajan en el ámbito de la salud.

Tal pareciera que en las instituciones de salud públicas y privadas no hay preocupación ni se le da importancia a las afectaciones psicológicas y emocionales de los profesionales que laboran en ellas y tampoco se pone atención en su autocuidado, tal como lo expone Werner (2010) citado en Nava, 2018, p. 11:

Dicho estudio concluyó en que las fuentes más relevantes de Burnout encontradas

fueron las asociadas al clima laboral conflictivo y a la demanda de los pacientes, asimismo la institución misma fue también considerada en sí un factor de riesgo por sus múltiples exigencias y superficial preocupación en relación al autocuidado.

El tanatólogo clínico, como parte de los equipos multidisciplinarios en las instituciones hospitalarias está expuesto también al Síndrome de Burnout, como afirma Altamirano (2015):

Así mismo en este contexto es imprescindible mencionar el síndrome de Burnout, ya que la despersonalización y el agotamiento emocional puede incidir en el quehacer del Tanatólogo y se requiere de su estudio para prevenir y/o establecer un protocolo de actuación en donde se establezcan principios para su salud mental y emocional. (p. 27)

Este Síndrome de Burnout que ha tomado gran importancia en la última década, aunque se ha estudiado ampliamente en médicos y personal del área de enfermería, no ha sido abordado desde el quehacer hospitalario del tanatólogo clínico y sería interesante conocer sus efectos en estudios posteriores.

8.3 PRIMERAS CONCLUSIONES DE LA FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En la literatura se encontraron autores que abordan el tema de la tanatología desde lo que ocurre al paciente moribundo, al cuidador principal, a los familiares, incluso lo que ocurre a los médicos y al personal de enfermería que los atiende y los cuidados que todos estos involucrados requieren; sin embargo, nadie ha puesto sus ojos en el tanatólogo clínico como participante importante en el proceso de bien morir de un paciente ni como afectado por el fenómeno de la muerte en las diferentes dimensiones de su persona: biológica, mental, emocional, psicológica, espiritual y social.

No se puede abordar el tema de la tanatología sin hacer mención del tema de la muerte por la relación directa que tiene como “estudio de la muerte” y de las cuestiones del bien morir; pero ya no se abarca solamente como parte de la tanatología el fenómeno de la

muerte y el duelo por el familiar que se va de este mundo, sino que ahora también abarca todos los procesos de duelo por pérdidas que puede sufrir una persona durante la vida.

Socialmente, la muerte se sigue considerando como un acontecimiento catastrófico que impacta a todos los involucrados, desde el mismo paciente que está en el proceso de morir, pasando por sus familiares, hasta el personal de salud que conforma el hospital en su totalidad, al tanatólogo mismo e incluso a la sociedad.

Y es que tampoco se puede separar la implicación personal del tanatólogo sin hablar del encuentro que tiene con la muerte, con los duelos, con las pérdidas de otros y con sus propias pérdidas, porque es un hecho que como seres humanos nos conmovemos del dolor del otro que también es un ser humano, nos conmovemos con el llanto del doliente, nos reflejamos en el miedo, en la experiencia de finitud y la vulnerabilidad del que se está yendo de este mundo.

La dimensión emocional es importante como una de las más impactadas por este fenómeno y que desencadena perturbaciones en las otras dimensiones: biológica al somatizar, mental, psicológica y espiritual; por lo tanto, reconocer la implicación personal facilitará el trabajo interno para recuperarse del impacto emocional de vivir de forma tan cercana la finitud de la vida, de reconocer la propia vulnerabilidad, porque una vez que nacemos lo único que tenemos seguro es que algún día vamos a morir.

Es importante para el tanatólogo no evadir el proceso de duelo ni lo que mueve dentro de sí porque es una oportunidad de descubrimiento y de crecimiento, ya que al momento en que toma conciencia de lo que ocurre en su emocionalidad puede reconocerlo, ponerle nombre y desplegar las estrategias de autocuidado necesarias para seguir enfrentándose con el dolor que provoca la muerte y salir airoso de la batalla para continuar con sus actividades del día a día sin tener las afectaciones del abandono de su emocionalidad.

Desde el siglo anterior, con los avances tecnológicos y los adelantos en el área de la medicina se ha extendido el periodo de vida de las personas, va en aumento la población

de adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas que requieren atención hospitalaria; ya no mueren las personas en sus casas, ahora mueren en los hospitales y ante estas circunstancias, las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, han promovido la atención integral a los pacientes formando equipos interdisciplinarios que colmen todas las necesidades que pudiera tener el enfermo. Es por esto que la figura del tanatólogo clínico también ha tomado importancia y ha ganado terreno en la atención a los enfermos, a los moribundos y a los familiares.

Es importante en este sentido, que las instituciones de salud promuevan espacios adecuados y tiempo de calidad para el trabajo interno, no solo del tanatólogo sino de todo el personal que labora en los hospitales que se encuentran impactados por el fenómeno de la muerte en el día a día, con el fin de fomentar el bienestar emocional y el autocuidado.

9. METODOLOGÍA

9.1 La investigación cualitativa

Si teorizar es importante porque las teorías elaboradas con antelación por otros autores acompañan el trabajo de investigación propio desde el inicio hasta las conclusiones, tal como lo afirma Gómez (2002, p. 45) “la teoría no se localiza en un solo momento del trabajo, acompaña a la investigación durante todo el recorrido”; no menos importante es el hecho de aplicar una metodología adecuada en el proceso de investigación para darle validez. Aurelio Díaz y Lina Valdés (2017, p.1) proponen que:

La concepción teórico-metodológica se interpreta como proceso de toma de posición, selección y ubicación teórico-práctica coherente, para estudiar el fenómeno objeto de estudio, mediante la integración de saber (teoría) y el saber hacer (metodología), ambos como elementos básicos para enrumbar el hecho educativo desde las ciencias sociales con posicionamientos científicamente documentados.

Por lo tanto, no es suficiente armar un buen marco teórico, hay que proponer una metodología pertinente, es decir, tener herramientas adecuadas para aplicar en cada parte del proceso de investigación, de acuerdo con las características que la propia investigación requiere.

Desde esta premisa, toda vez que el Desarrollo Humano propone y promueve que las personas mejoren su vida, viviéndola desde la libertad, el descubrimiento y crecimiento personal, la dignidad, la congruencia, la responsabilidad, el empoderamiento positivo y la conciencia de sí mismo y de los demás, el tema de esta investigación es: La tramitación emocional como estrategia de autocuidado en el tanatólogo clínico.

Cada persona es un conjunto multidimensional: su biología, su psique, su mente, su espíritu y su relación con los otros, por lo tanto, se pueden medir algunos niveles corporales con diferentes aparatos o métodos: baumanómetros, básculas, oxímetros, termómetros, análisis clínicos, radiografías, ultrasonidos, tomografías, que nos dan cifras exactas de control para determinar el estado de salud pero ¿cómo se puede aplicar una medición exacta de la subjetividad en las emociones, en el crecimiento personal, en la responsabilidad, en el autocuidado?

Y entonces, como se trata de dar cuenta de las personas, sus procesos internos, de la manera en que significan, de su dimensión emocional y de toda su subjetividad, la tradición metodológica que mejor permite hacer este trabajo es la de corte cualitativo, ya que la investigación cualitativa, que tal y como lo propone la Dra. Elba Noemí Gómez Gómez (2002, p.45), es una:

Propuesta metodológica flexible, es decir, que se acabe de concretar en el acercamiento a la realidad por investigar y al propio estilo de construcción del conocimiento del investigador. En este proceso se conjugan por un lado, el sujeto investigador y, por otro, el fenómeno por abordar, y en medio de los dos se ubica una estructura metodológica tendida como puente que favorezca el encuentro entre las dos realidades: la objetiva y la subjetiva.

Y debe tener la característica de la flexibilidad para poder adaptarse a los requerimientos de la individualidad de cada persona frente al problema estudiado. Ya que, para dar validez a la investigación, en vez de utilizar pasos estandarizados y fijos para realizar el trabajo, como los del método científico, “se cambia la exactitud por el rigor metodológico” (Gómez, 2002, p. 45), manteniendo en equilibrio lo objetivo y lo subjetivo tanto del facilitador, como de la persona participante en la investigación y del espacio de encuentro, porque “se le confiere especial importancia a la subjetividad tanto del investigador como del investigado. El investigador es partícipe como evidencia del proceso, pero también es constructor asiduo del conocimiento y del caminar” (Idem). Y continua la autora reconociendo la importancia de las condiciones en las que se presenta el fenómeno al “advertir las condiciones naturales y concretas en que se presenta la problemática por indagar” (Idem).

En el desarrollo humano, como enfoque de la psicología que se engloba en las ciencias sociales, es conveniente aplicar la investigación cualitativa porque, tal y como lo proponen Lincoln y Denzi (1994, citados en Rodríguez, Gil & García, 1999, p. 31):

La investigación cualitativa es un campo interdisciplinar, transdisciplinar y en muchos casos contradisciplinar. Atraviesa las humanidades, las ciencias sociales y las físicas. La investigación cualitativa es muchas cosas al mismo tiempo. Es multiparadigmática en su enfoque. Los que la practican son sensibles al valor del enfoque multimetódico. Están sometidos a la perspectiva naturalista y a la comprensión interpretativa de la experiencia humana.

La propuesta de Rodríguez, Gil & García (1999) es que se tiene que ir a la vida cotidiana de la persona, en el ambiente en que se desenvuelve, con las características de su entorno y/o de su actividad, hay que acercarse a los sucesos y al fenómeno, para poder conocer el sentido e interpretar el significado de la realidad de la vivencia o incluso del problema lo más fielmente posible. Y es que “la investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales-entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos- que describen la rutina, las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas” (Rodríguez, Gil & García, 1999, p. 32). Esto es avalado también por John Van

Maanen (1983 citado en Ruiz, 2018, p. 21) que define estas técnicas “en términos de un conjunto de principios o postulados cuasi-axiomáticos más bien que de prácticas técnicas, por cuanto que, si algo caracteriza a la investigación cualitativa, es la insistencia en utilizar múltiples fuentes de datos más que su dependencia de una sola fuente”.

Y si bien es cierto, al estar en el encuentro con el otro, propuesta básica del Desarrollo Humano, “el método interpretativo es un intento de combinar un análisis intenso de detalles finos de la conducta y su significado, en la interacción social de cada día, con análisis del contexto social más amplio (el campo de las influencias sociales) dentro del cual ocurre la interacción personal” (Erikson, 1986 citado en Ruiz, 2018, p. 21). Flick argumenta también en este sentido que “la investigación cualitativa tiene relevancia específica para el estudio de las relaciones sociales” (2018, p. 15).

Por lo tanto, delimitar el tema y las preguntas de investigación tienen que ver con la implicación personal del investigador y su historia personal relacionada con el tema, tal como lo plantean Rodríguez, Gil & García (1999, p. 33):

Identificar un tópico o pregunta de investigación supone elegir desde qué claves o coordenadas de pensamiento se desea afrontar la comprensión de determinada realidad educativa; en la selección de las preguntas se encuentra, sin duda, la preferencia por un tipo particular de respuestas. En cualquier caso, las duras exigencias bajo las que se desarrolla una investigación educativa precisa de un tipo de tópicos o preguntas que mantengan el interés del investigador a lo largo del tiempo y hagan posible la implicación de éste en un proceso de autorreflexión y autocrítica”

En este sentido, al enfocar esta investigación desde la metodología cualitativa, surge la siguiente pregunta:

¿Cómo gestiona sus emociones el tanatólogo clínico al enfrentarse cada día al dolor de la muerte de sus pacientes desde su implicación personal y su cosmovisión para promover su autocuidado?

Es importante delimitar también el objetivo y la población de la investigación, ya que como exponen Rodríguez, Gil & García (1999, p. 35):

Los primeros pasos del investigador son un intento constante por definir el objeto de estudio o, dicho de otra forma, cuál es su caso, cuál es su fenómeno, suceso, individuo, comunidad, rol u organización sobre el que, dentro de un contexto limitado, se va a centrar el estudio.

Tomando lo anterior como referencia, el objetivo de esta investigación cualitativa será dar cuenta de la manera en que el tanatólogo clínico gestiona y enfrenta las emociones en relación con el acompañamiento a sus pacientes mediante una entrevista fenomenológica con preguntas abiertas utilizada como instrumento metodológico para recabar la información.

Así también, la población a quienes va dirigida esta investigación es muy específica por lo novedosa que es la tanatología, ya que el tanatólogo clínico es el profesional que tiene el conocimiento y la experiencia suficientes para acompañar en el proceso de duelo, así como en cualquier tipo de pérdida significativa que se tenga en la vida, su función principal es procurar que el paciente o cualquier ser humano que sufra una pérdida y esté viviendo un duelo, sea tratado con respeto, cariño, compasión y que conserve su dignidad.

La meta última del tanatólogo es acompañar al enfermo o doliente hacia la aceptación de la realidad de la enfermedad o de su muerte, esto incluye una mejor calidad de vida y, en su caso, una muerte digna y en paz, rodeado de sus seres queridos, a quienes también puede acompañar el tanatólogo mientras dure el proceso del duelo.

De lo anteriormente expuesto se puede concluir, entre otras cosas, que la teoría es tan importante como la metodología para realizar una investigación cualitativa de calidad y que cumpla con el rigor metodológico, es decir, que cuente con las herramientas pertinentes para el enfoque y la población elegidos. En segunda instancia, es importante considerar la implicación personal y la cosmovisión del investigador porque será determinante para la elección del tema y la propuesta, así como la aplicación, de los

recursos metodológicos. En tercera instancia, la flexibilidad permite hacer este trabajo con un corte cualitativo, que se extienda como un puente entre la realidad objetiva y subjetiva del investigador y del fenómeno.

9.2 Introducción a la metodología

En este trabajo se incluyen los análisis del proceso de investigación realizados para el Trabajo de Obtención de Grado (TOG) en las materias de Investigación, Desarrollo e Innovación, así como los conocimientos académicos y la práctica desarrollada en la materia de Supervisión de la Intervención.

Se integraron en este apartado de metodología los aprendizajes de las materias para realizar un análisis de las entrevistas metodológicas realizadas a la población elegida sobre el tema investigado, en este caso “LA TRAMITACIÓN EMOCIONAL COMO ESTRATEGIA DE AUTOCUIDADO EN EL TANATÓLOGO CLÍNICO”, con el propósito de indagar qué le pasa, cómo se siente y qué hace el tanatólogo clínico después de realizar un abordaje, con motivo de que se había considerado que tenía un alto nivel de implicación después de abordar a los pacientes y pocas estrategias de autocuidado.

Durante el transcurso del semestre de Primavera 2021, se realizaron las entrevistas para investigar con los tanatólogos la información que respondiera a la hipótesis inicial de que debe surgir la conciencia en el tanatólogo clínico de lo que le ocurre interna y externamente para que trabaje con su implicación personal desde el Desarrollo Humano que facilite la conclusión de los procesos no cerrados, fomente el autocuidado y promueva el manejo eficiente de emociones.

Estas entrevistas fueron realizadas en línea a través de la plataforma de Zoom por la pandemia de Covid-19; así, con la información obtenida de cada entrevista y la observación en línea de las tres tanatólogas entrevistadas, se elaboraron bitácoras mediante las cuales se identificó la información principal para responder al problema de la investigación y también fue identificada otra información importante que aporta riqueza a este trabajo y da lugar a que surjan nuevas hipótesis.

Se analizó la información contenida en las bitácoras, se comparó, se empezó a relacionar con el marco teórico y se vislumbraron las primeras conclusiones sobre esta comparación de la información obtenida de las entrevistas fenomenológicas, fundamentando también contra la teoría revisada.

9.3 Desarrollo de la metodología

9.3.1 Relato natural

Primero se determinaron las características de la población, considerándose para la búsqueda de candidatos:

- Estar diplomado en tanatología clínica.
- Ser profesionalista en el área de la psicología, medicina, trabajo social, enfermería.
- Tener experiencia de 1 año como tanatólogo clínico.
- Estar ejerciendo la tanatología actualmente.
- Ejercer la tanatología en una institución hospitalaria.

De acuerdo con el problema de la investigación y a la pregunta que se quería contestar, fueron redactadas las preguntas para las entrevistas. Se redactaron las preguntas y se mandaron para revisión de la asesora. Una vez que fueron comentadas y validadas, se hicieron las correcciones respectivas.

En las materias cursadas en este semestre de Primavera 2021, solicité apoyo para identificar posibles candidatos. Mi asesora de tesis me recomendó con otra maestra que es tanatóloga y cuando me comuniqué me contestó que no podía porque un familiar a su cuidado estaba enfermo y no disponía de tiempo para hacer las entrevistas.

Una compañera de la maestría que estudió el diplomado de Tanatología en Centro San Camilo, A.C. mandó mensajes a sus compañeros solicitando apoyo para mi investigación y me pasaron los datos de un especialista en Tanatología y terapeuta que quería cobrar

el tiempo de las entrevistas como si fuera una consulta y que si lo iba a mencionar en el trabajo le diera todos los créditos correspondientes como profesionista y señalara sus intervenciones literales y de su autoría. Le agradecí por su tiempo y le dije que mi asesora me comentó que no era conveniente.

Contacté con otra Tanatóloga que es facilitadora de uno de los equipos del Diplomado de Tanatología de Humanizar para Sanar, A.C. que es enfermera jubilada, que aceptó las entrevistas y se enfermó de Covid-19 con síntomas graves, así que tampoco me pudo dar la entrevista.

Me contactaron con una tanatóloga que cursó el Diplomado de Tanatología de la Asociación Humanizar para Sanar, A.C., la Tanatóloga 1, a la cual identifiqué como **Alma** (para los efectos de la confidencialidad de la información) y aceptó hacer las entrevistas, nos pusimos de acuerdo por llamada telefónica, le expliqué todo el procedimiento y en el lapso de una semana hicimos las 2 entrevistas.

Contacté por teléfono con una de las organizadoras de los diplomados de tanatología de la Asociación Humanizar para Sanar, A.C., la Tanatóloga 2, a la cual identifiqué como **Esperanza** (para los efectos de la confidencialidad de la información) y aceptó hacer las entrevistas, pero me dio cita hasta 2 semanas después del primer contacto porque estaba convaleciente. Cuando fue la semana de esas entrevistas yo tuve Covid-19, fue muy pesado hacerlas, pero si no se realizaban en esos días, ella ya no tendría oportunidad por cuestiones laborales.

Contacté por teléfono con otra tanatóloga que es una de las facilitadoras de equipo del Diplomado de Tanatología en la Asociación Humanizar para Sanar, A.C. que también labora como enfermera en el Hospital Civil Fran Antonio Alcalde y me dio cita para la primera semana regresando de vacaciones de Semana Santa y Pascua porque habían autorizado sus vacaciones e iba a salir de la ciudad. En la fecha que me indicó la volví a contactar, pero me dijo que esa semana no podía por exceso de trabajo. Y yo ya tenía el tiempo al límite para terminar las entrevistas.

Contacté por teléfono a otra tanatóloga que cursó el Diplomado de Tanatología en la Asociación Humanizar para Sanar, A.C., que es la Tanatóloga 3, a la cual identifiqué como **Consuelo** (para los efectos de la confidencialidad de la información) y que aceptó apoyarme con la investigación. Realizamos las 2 entrevistas en el lapso de una semana.

Conforme se iban haciendo las entrevistas, se hacía la transcripción de cada una, se hicieron las bitácoras de cada entrevista y se enviaban para su revisión a la asesora de este trabajo y a la maestra de la materia Supervisión de la Intervención. Durante las revisiones de las bitácoras y las sesiones de Intervención, se agregaron preguntas a la entrevista que fueron pertinentes para obtener información importante sobre el tema investigado, sugeridas por mis compañeros de grupo, por la asesora y por la maestra.

9.3.2 Guías de las Entrevistas.

Las preguntas efectuadas en las entrevistas para esta investigación fueron 50 en total, se realizaron en dos bloques de 25 preguntas abiertas cada uno. Las preguntas en **color morado**, se agregaron después de realizar la primera y segunda entrevista como sugerencia de los comentarios efectuados por el grupo de supervisión.

Guía de entrevista No. 1

PRIMERA SESIÓN	
OBJETIVO DE LA SESIÓN	
Crear un clima de confianza, libertad y empatía mediante el rapport, donde el entrevistado comparta su contexto, su formación académica y su experiencia profesional en tanatología.	
DURACIÓN DE LA SESIÓN	90 minutos
PLATAFORMA VIRTUAL	Zoom
INICIO	Hola, buen día.

	<p>Ya habíamos estado en contacto previo pero me presento de nuevo, soy la Psic. Marcela Machain, te agradezco tu participación y apoyo en este proyecto.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo estás? 2. ¿Cómo has vivido esta pandemia? <p>En primera instancia quisiera preguntarte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. ¿Cuál es tu nombre completo? 4. ¿Qué edad tienes?
<p>DATOS PROFESIONALES</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. ¿Por qué estudiaste Tanatología? 6. ¿Qué te gusta de la Tanatología? 7. ¿Quién influyó para que estudiaras Tanatología? 8. ¿Cuál es tu formación profesional? 9. ¿Cuándo estudiaste el diplomado de Tanatología? 10. ¿Hace una diferencia ser terapeuta o no serlo en la Tanatología? 11. ¿Has seguido preparándote después del diplomado de tanatología? 12. ¿Qué has estudiado? <p>En este momento,</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. ¿Cómo te va con los pacientes? <p>Dependiendo de lo que conteste, se puede hacer la siguiente pregunta para completar la información:</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. ¿Cuántos pacientes por semana atiendes desde la Tanatología? 15. ¿Ha aumentado la cantidad de pacientes por la situación de la pandemia de Covid-19?

	16. ¿Cómo se presenta el duelo de los familiares con las condiciones actuales de pandemia al fallecer sus enfermos?
EXPERIENCIA CERCANA A LA MUERTE EN LA FAMILIA	<p>17. ¿Has vivido de forma cercana la muerte de algún familiar por Covid-19?</p> <p>18. ¿Ha fallecido algún miembro de tu familia cercana o nuclear... papás, hermanos, tíos, primos, etc.?</p> <p>19. ¿Qué pasó contigo en ese momento en que falleció tu familiar?</p> <p>20. ¿Ha habido otra persona cuya muerte ha hecho una diferencia en ti?</p> <p>21. ¿Cómo influyó eso en ti para que hayas estudiado tanatología?</p> <p>22. ¿Ha cambiado tu perspectiva de la vida y de la muerte al estudiar la Tanatología?</p> <p>23. ¿Qué piensas ahora sobre eso?</p> <p>24. ¿Cómo era el manejo de emociones en tu familia?</p>
DESPEDIDA	<p>Después de esto que comentamos...</p> <p>25. ¿Cómo te quedas?</p> <p>Muchas gracias por la información que compartiste en este espacio, fue interesante conocer sobre tu formación profesional y la forma en que la Tanatología te cautivó.</p>

Guía de entrevista No. 2

SEGUNDA SESIÓN
OBJETIVO DE LA SESIÓN

Conocer la vivencia y experiencia del entrevistado en cuanto a la forma en que vive los abordajes con sus pacientes, la experiencia de sus emociones y la forma en que las gestiona.	
DURACIÓN DE LA SESIÓN	90 minutos
PLATAFORMA VIRTUAL	Zoom
INICIO	<p>Hola, buen día.</p> <p>Mucho gusto de volver a estar juntos, agradezco de nueva cuenta tu participación y apoyo en este proyecto.</p> <p>1. ¿Cómo estás hoy?</p>
HISTORIA DE LOS ABORDAJES	<p>2. ¿Tienes experiencia en abordajes clínicos?</p> <p>3. ¿Dónde los has hecho?</p> <p>4. ¿Cuáles pacientes son más difíciles para ti?</p> <p>5. ¿Cuáles son más fáciles?</p> <p>6. ¿Cuál es tu estilo al realizar los abordajes?</p> <p>7. ¿Qué tipo de pacientes te mueven más?</p> <p>8. ¿Qué es lo mejor que tienes para dar como tanatóloga?</p> <p>9. ¿Me podrías relatar la experiencia con algún paciente que te haya impactado o que marcó una diferencia en tu camino por la Tanatología?</p> <p>10. ¿Cómo te quedas movido después de atender a tus pacientes?</p> <p>11. ¿Qué emociones son las que más identificas en ti durante los abordajes?</p> <p>12. ¿Cómo te sientes antes de recibir a un paciente?</p> <p>13. ¿Cómo te sientes antes de recibir a un paciente nuevo?</p> <p>14. ¿Cómo te sientes después, al terminar el abordaje?</p>
AL FINAL	<p>15. ¿Qué es la Tanatología para ti?</p> <p>16. ¿Quién es el tanatólogo desde tu perspectiva?</p>

	<p>17. ¿Cómo debe trabajar un tanatólogo?</p> <p>18. ¿Crees que es importante que el tanatólogo exprese las emociones que se manifiestan en él cuando realiza sus abordajes?</p> <p>19. ¿Cómo debe manejar sus emociones un tanatólogo?</p> <p>20. ¿Qué técnicas debería aplicar el tanatólogo para gestionar sus emociones?</p> <p>21. El diplomado te dio herramientas de trabajo tanatológico, ¿te dio herramientas para la elaboración de las emociones?</p> <p>22. ¿Cuáles son esas herramientas?</p> <p>23. ¿Qué observas en el trato hospitalario a los pacientes?</p> <p>24. ¿Qué futuro le ves a la tanatología?</p>
CIERRE	<p>25. ¿Cómo te quedas después de lo que compartimos?</p> <p>Agradezco todo lo que has compartido, así como tu disposición y tu tiempo.</p>

9.3.3 Consideraciones éticas

1. Confidencialidad: Las personas que fueron entrevistadas en el proceso de la elaboración de este trabajo de investigación, fueron informadas de la garantía de que la información personal será protegida.

2. Consentimiento informado: Se elaboró un formato de consentimiento informado, el cual se entregó para la lectura y firma de las tanatólogas entrevistadas, el formato fue firmado por cada una de ellas y estos formatos quedan a resguardo del facilitador.

3. Anonimato: Se han cambiado los nombres de las personas que participan en este trabajo y se han omitido datos personales e información mediante la cual se pudiera identificar a los entrevistados, con el fin de resguardar y cuidar su persona e integridad.

9.3.4 Participantes

Tanatóloga 1: ALMA

Mujer con profesión en el área de la administración, tanatóloga egresada del Diplomado de Tanatología de la Asociación Humanizar para Sanar, A.C., quien ha realizado prácticas en instituciones de salud públicas y también en consulta particular.

Tanatóloga 2: ESPERANZA

Mujer con profesión en el área de las ciencias exactas, tanatóloga egresada del Diplomado de Tanatología de la Asociación Humanizar para Sanar, A.C., quien ha realizado prácticas de tanatología en instituciones de salud públicas y también en consulta particular.

Tanatóloga 3: CONSUELO

Mujer con profesión en el área de la salud, tanatóloga egresada del Diplomado de Tanatología de la Asociación Humanizar para Sanar, A.C., quien ha realizado prácticas de tanatología en instituciones de salud públicas y también en consulta particular.

9.3.5 ¿Qué tanto contacto fenomenológico se pudo hacer durante la investigación?

A pesar de la virtualidad al estar conectadas por la plataforma de Zoom con motivo de la pandemia de Covid-19 y de estarnos viendo por la pantalla, se pudo percibir como parte de la fenomenología las manifestaciones de emociones en las entrevistadas al evocar situaciones vividas desde su experiencia personal y desde su experiencia profesional como tanatólogas. Las manifestaciones observadas fueron las siguientes:

ALMA	ESPERANZA	CONSUELO
<p>Su cuerpo se iba hacia atrás cuando platicaba temas dolorosos o tristes como la muerte de su mamá, la violencia de su papá o los abordajes difíciles a sus pacientes.</p> <p>Incluso se le escuchó con la voz cortada cuando compartió el evento de la muerte de su mamá y muy discretamente se limpió la lágrima.</p> <p>Incluso se rió durante la entrevista.</p>	<p>Se le salieron algunas lágrimas en el momento que compartió su proceso de cáncer y la muerte de su nieto.</p> <p>Se rió en algunas ocasiones como cuando comentó la situación del paciente al que ya no encontró y cuando la plataforma me sacó de la sesión y regresé.</p>	<p>Mostró una cara seria y triste mientras compartía el evento de la separación con su esposo, la muerte de su mamá y la muerte de su suegra.</p> <p>Se rió en algunas ocasiones como cuando refiere en broma que tiene nervio “de que me vaya a batear” el paciente al rechazarla.</p>

9.3.6 D.E.A.S.:

DIFICULTADES	
Sesión 1	<p>La situación de que la entrevistada, a pesar de que se conectó puntual, tuvo problemas con el acceso a la plataforma y la cámara. En la primera ocasión se tardó mucho en conectarse, como si la plataforma zoom no le diera acceso inmediato ni al audio ni al video, no se veía su imagen y volvió a entrar. Nos comunicamos por Whatsapp y me dijo que tenía problemas con la Tablet. Entró otra vez a la sesión de zoom y el audio se escuchaba, pero no se veía su imagen, la estaban auxiliando sus hijos y su esposo para resolver el inconveniente, consultamos páginas en internet de soporte de zoom para solucionarlo. Se desconectó otras 3 veces porque persistía el problema del video. Intentó conectarse por</p>

	<p>su celular, pero tampoco se pudo por insuficiencia de memoria para instalar el programa de zoom. Hubo momentos en la entrevista que no se entiende el audio por problemas de la conexión a internet, se quedaba la imagen congelada, preguntábamos una y la otra si estábamos escuchando o hacíamos el comentario de que estaba la imagen congelada.</p>
Sesión 2	<p>Hubo momentos de la entrevista en que no se entiende el audio por problemas de la conexión a Internet, se quedaba la imagen congelada, preguntábamos una y la otra si estábamos escuchando o hacíamos el comentario de que estaba la imagen congelada.</p>
Sesión 3	<p>Hubo momentos de la entrevista en que no se entiende el audio por problemas de la conexión a Internet, se quedaba la imagen congelada, preguntábamos una y la otra si estábamos escuchando o hacíamos el comentario de que estaba la imagen congelada.</p>
Sesión 4	<p>Hubo momentos de la entrevista en que no se entiende el audio por problemas de la conexión a Internet, se quedaba la imagen congelada, preguntábamos una y la otra si estábamos escuchando o hacíamos el comentario de que estaba la imagen congelada. Después del minuto 17 tocaron a la puerta de la entrevistada y me solicitó detener la entrevista unos minutos en lo que atendía. En el minuto 46:21 de grabación tuve dificultad con la plataforma de Zoom porque me desconectó completamente y tardé algunos minutos en reconectarme, esto provocó pérdida de concentración en la entrevistadora y del ritmo que llevaba la entrevista.</p>
Sesión 5	<p>Hubo momentos de la entrevista en que no se entiende el audio por problemas de la conexión a Internet, se quedaba la imagen congelada, no se alcanzaba a escuchar el comentario de alguna o la pregunta.</p>
Sesión 6	<p>La entrevistada avisó por mensaje unos minutos después de la hora acordada que tenía problemas para conectarse por la plataforma de zoom. Su hija la estaba auxiliando y aunque hicimos el intento de salir y volver a entrar, conectar con audio y con video, no se pudo lograr que</p>

funcionara el audio. Se me ocurrió hacer videollamada por Whatsapp y grabarla pero al investigar en Google se necesitaba una aplicación especial para grabar la llamada y no había tiempo para hacerlo ni soy tan hábil tecnológicamente como para hacerlo en ese momento.

Hubo momentos de la entrevista en que no se entiende el audio por problemas de la conexión a Internet y porque estábamos en dispositivos diferentes, tuvimos problemas de conexión en la llamada en dos ocasiones, se quedaba la imagen congelada, preguntábamos una y la otra si estábamos escuchando o hacíamos el comentario de que estaba la imagen congelada.

Cabe mencionar que la dificultad más grande que se tuvo en cada una de las entrevistas realizadas tiene que ver con las deficiencias en la conexión de Internet.

ERRORES

Sesión 1

Cuando elaboraba las preguntas, me descubrí preguntando en plural... "Nos podrías decir..." cuando solo era yo la que estaba con ella en la sesión.

Cuando la entrevistada comentó lo siguiente: "Y este... y pues en general, sí hemos tenido pérdidas, falleció una... una cuñada de COVID, y sí, la verdad sí estamos con muchos altibajos. A veces bien, queriéndole poner todas las ganas, pero sí con... pues con ciertos temores, con cuidados más que todo, con muchos cuidados".

No le pregunté sobre cómo se sentía por la muerte de su cuñada ni sobre los altibajos no de los temores, me fui a hacer clarificación sobre lo de cuidado: "esta parte del cuidado es importante, ¿verdad?". No le di la importancia esa información cuando era importante pero también recordé lo que Noemí nos comentó ante esta pregunta, que

	recibiéramos lo que nos quisieran compartir sin ahondar más para no salirnos del tema. Aunque ahora reflexiono que el tema es sobre muerte y duelos, era información importante.
Sesión 2	En esta entrevista sólo en una ocasión me percaté de que inicié una pregunta en plural pero la reformulé en ese mismo momento de forma individual.
Sesión 4	Me perdí después de la reconexión, sobre todo en las preguntas, me desconcentré completamente, aparte de que fue en días en los que tenía Covid y de por sí no me sentía al 100% ni en lo biológico ni en lo mental porque uno de los síntomas que presenté fue excesivo cansancio físico y mental, así que con esta situación se complicó más.
Sesión 6	Me di cuenta de que en esta entrevista utilizo mucho la palabra "ok" como muletilla, sobre todo al inicio de mis intervenciones.

ACIERTOS	
Sesiones 1 a 5	Estar en comunicación por whatsapp, tener todo listo de mi parte puntual: computadora conectada, celular con carga completa, preguntas por escrito. Hacer la grabación de voz en el celular, ir tachando las preguntas que iba contestando y modificar el orden, hacer más preguntas fuera de la guía para aclarar los temas y la información que me pareció importante.
Sesión 6	Estar en comunicación por Whatsapp, tener todo listo de mi parte puntual: computadora conectada, celular con carga completa, preguntas por escrito. Hacer la videollamada por Whatsapp y hacer la grabación por Zoom de mi imagen y de la voz de la entrevistada. Revisar las preguntas con anterioridad e incluir las que me parecieron importantes para complementar la información de la entrevista. Tener mis notas de la sesión anterior a la mano, ir tachando las preguntas que iba contestando y modificar el orden, hacer más preguntas fuera de la guía para aclarar los temas y la información que me pareció importante,

	sobre todo para conocer la forma en que aplica la herramientas para gestionar sus emociones.
--	--

SUGERENCIAS	
Sesión 1	Tener preparadas las preguntas suficientes y que aporten al tema para cubrir el tiempo solicitado en la entrevista aunque si bien es cierto que no puede haber precisión absoluta, en esta entrevista no llevaba ni una hora cuando ya las preguntas de la guía estaban agotadas.
Sesiones 2, 4 y 6	Tener preparadas las preguntas suficientes, que aporten al tema para cubrir el tiempo solicitado en la entrevista aunque sé que no puede haber precisión absoluta.
Sesión 3	Tener un cuadro preparado con el formato general del Genograma para llenarlo más rápido.
Sesión 5	Dejarme fluir más en la siguiente entrevista. El no sentirme preocupada y tomar la recomendación de mis compañeros de la materia de Supervisión de la Intervención sobre soltarme y fluir en la entrevista con mi entrevistada fue bueno para mí y para la entrevistada. En la siguiente ocasión seguiré esta recomendación de dejarme llevar por el ritmo de la entrevistada, tomando en cuenta las preguntas pero también permitiendo fluidez en la interacción.
Sesión 6	Tener vistas otras formas de conexión rápidas para poder grabar, previas a la entrevista y tener las aplicaciones listas en caso de que no se pueda conectar por zoom la entrevistada.

9.3.7 Ideas para tomar en cuenta en futuras entrevistas:

1. Considerar 20 minutos más para la entrevista por las fallas de conexión que puede haber en el inicio.

9.3.8 Diario de campo

Las sesiones 1 y 2 (entrevistas 1 y 2) se realizaron a la tanatóloga Alma.

Las sesiones 3 y 4 (entrevistas 3 y 4) se realizaron a la tanatóloga Espezanza.

Las sesiones 5 y 6 (entrevistas 5 y 6) se realizaron a la tanatóloga Consuelo.

a) Relato descriptivo	
Sesión 1	La entrevistada se mostró consistente al responder las preguntas, congruente entre lo expuesto y lo vivido, compartió situaciones personales y familiares dolorosas como la muerte de su madre, cómo ocurrió, la forma en que lo vivió de forma personal y cómo lo vivieron de diferente forma sus 9 hermanos, cómo vivió también el duelo posterior recordando y conectando con la emoción y dejándola fluir, incluso se le escuchó con la voz cortada cuando compartió este evento y muy discretamente se limpió la lágrima, incluso descubrió aspectos como que siempre ha estado para los demás, incluso en el duelo de la muerte de su mamá sufrió en silencio para que sus hijas y su esposo no la vieran llorar. Compartió también su formación profesional como Licenciada en Mercadotecnia y como Tanatóloga. Compartió también la forma en que su familia de origen vivía las emociones, la forma en que su papá los trataba y como ella vivía con miedo por la violencia de su papá pero a la vez queriéndolo y acercándose desde el amor a abrazarlo para estar cercana y sentirlo cercano. Refirió la forma en que la tanatología ha cambiado su vida, así como su sentido sobre la vida y la muerte, respondiendo a preguntas sobre lo que hay más allá de la vida que surgieron por la pérdida de su mamá, la forma de vivir el dolor, el aprendizaje de vida y la resignificación del dolor y el sufrimiento.
Sesión 2	La entrevistada se mostró consistente al responder las preguntas, congruente entre lo expuesto y lo vivido, compartió situaciones personales y de su labor como tanatóloga difíciles y dolorosas como enfrentar el dolor de los enfermos a quienes abordó. Compartió también experiencias en su labor tanatológica tanto directas y personales con pacientes y cuidadores de los enfermos como de los grupos de ayuda mutua (GAM) en que también participó. Refirió los conceptos que tiene

	<p>de la tanatología y el tanatólogo conjuntando su experiencia personal y su experiencia profesional en esta área. Compartió también el caso de una paciente en que tuvo implicación personal por el duelo de su mamá, hizo el cierre con la paciente como le hubiera gustado despedir a su mamá. Mencionó que la tanatología le ha permitido también dar servicio en su comunidad, un servicio en que las personas necesitan ser acompañadas en el dolor de la pérdida de su ser querido. Descubre que sus pacientes abordados han sido grandes maestros para ella porque le han enseñado a ver la vida de otra manera y lo vive desde el agradecimiento.</p>
Sesión 3	<p>La entrevistada se mostró consistente al responder las preguntas, congruente entre lo expuesto y lo vivido, compartió la situación de su enfermedad actual y cómo lo ha vivido desde el duelo de la pérdida de su salud y de su pecho, compartió también situaciones personales y familiares, situaciones que ha vivido desde su labor como tanatóloga difíciles y dolorosas como enfrentar el dolor de los enfermos a quienes abordó, así como la experiencia de formar parte desde el inicio de la Institución Humanizar para Sanar, S.C. y cómo ha sido el progreso tanto de la asociación como de las funciones que tiene en ella. Compartió también experiencias en su labor tanatológica tanto directas y personales con pacientes y cuidadores de los enfermos. Refirió su experiencia personal y su experiencia profesional en el área de la tanatología. Compartió también el caso de pacientes con los que tuvo implicación personal por el duelo de su papá y por el duelo de su esposo, compartiendo el proceso de enfermedad y duelo de su esposo. Mencionó que la tanatología le ha permitido dar servicio a su comunidad, un servicio en que las personas necesitan ser acompañadas en el dolor de la pérdida de su ser querido.</p>
Sesión 4	<p>La entrevistada se mostró consistente al responder las preguntas, congruente entre lo expuesto y lo vivido, compartió la situación de su experiencia en los abordajes a los pacientes y a sus familiares como</p>

	<p>tanatóloga como cuando apoyó a su hijo y a su nuera cuando perdieron al bebé, así como la forma en que los hace. Compartió también algunos abordajes que han sido significativos para ella por las condiciones de los pacientes y sus necesidades. Compartió también la implicación personal con pacientes que padecen insuficiencia renal por la enfermedad de su esposo y posterior fallecimiento. Refirió su deseo de estar apoyando en el área de atención en crisis, observándolo como un área de oportunidad. Refirió las técnicas que utiliza tanto antes de realizar los abordajes como cuando se queda con alguna emoción después de hacerlos como hacer el cierre con el paciente dentro del abordaje, como abrazar un árbol, comentarlo con su tanatólogo terapeuta, caminar sobre el pasto. Compartió que las sesiones para trabajar un duelo deben ser entre 12 y 14. Compartió que estuvo enojada 6 años después de que falleció su mamá porque se había ido y lo trabajó en terapia psicológica. También habló de la necesidad de las personas que pierden a sus familiares de ser acompañados por tanatólogos en estos tiempos de Covid y las afectaciones que tienen los familiares al no seguir ritos en su duelo como duelos más largos y sufrimiento.</p>
Sesión 5	<p>La entrevistada se mostró consistente al responder las preguntas, congruente entre lo expuesto y lo vivido, compartió la situación de su forma de practicar la tanatología actualmente, del duelo por la separación con su esposo, del duelo por la muerte de su mamá y de los otros fallecimientos significativos de seres queridos: sus suegros, su mejor amiga, su hijo, su abuela, también situaciones personales y familiares, situaciones que ha vivido desde su labor como tanatóloga en el Grupo de Ayuda Mutua (GAM). Refirió su experiencia personal y su experiencia profesional en el área de la tanatología. Mencionó que la tanatología le ha permitido servir desde la escucha, un servicio en que las personas necesitan ser acompañadas en el dolor de la pérdida de</p>

	su ser querido desde el entendimiento del dolor del otro a través del dolor de las pérdidas personales.
Sesión 6	La entrevistada se mostró consistente al responder las preguntas, congruente entre lo expuesto y lo vivido, compartió la situación de su experiencia en los abordajes a los pacientes y a sus familiares como tanatóloga, así como la forma en que los hace. Compartió la forma en que trabaja en Grupo de Ayuda Mutua (GAM) y también algunos abordajes que han sido significativos para ella por las condiciones de los pacientes y sus necesidades. Compartió también la implicación personal con pacientes a quienes han realizado mutilaciones por la forma violenta y agresiva de recibirla al realizar los abordajes. Refirió su deseo de seguir apoyando a sus pacientes y seguirse preparando para hacerlo de mejor forma cada vez. Refirió las técnicas que utiliza mientras realiza los abordajes y después de hacerlos cuando se queda con alguna emoción: como cierre con el paciente dentro del abordaje, la escritura, el espejo, el círculo, la silla vacía, la lectura de libros de superación personal, la autobiografía, apoyarse en otros tanatólogos para compartir cómo se siente, bañarse después de un abordaje como señal de limpieza y claridad, abrazar árboles y estar en contacto con la naturaleza. También habló de la necesidad de tanatólogos en tiempos de Covid y las afectaciones que tienen los familiares al no seguir ritos en su duelo, así como de la apertura que están teniendo las instituciones de salud como el IMSS para permitir el servicio de acompañamiento del tanatólogo a los pacientes internados.

b) Emociones vividas		
Sesión	Entrevistadora	Entrevistada
Sesión 1	Preocupación previa por la posibilidad de apagones por los cortes de energía eléctrica	Apenada y preocupada por no poder entrar y por los problemas técnicos, pero también confiada en

	<p>anunciados para ese día y también al inicio por la posibilidad de no tener sesión por los problemas técnicos y de conexión de la entrevistada, preocupación por el tiempo porque se acababan las preguntas y era muy poco el tiempo que llevaba de la entrevista. Tristeza mientras la entrevistada compartía la forma en que falleció su mamá y su periodo de duelo.</p>	<p>que de alguna forma se iban a resolver, esto lo refirió antes del inicio de la entrevista y quedó anotado en mi hoja de observaciones. Se observó la tristeza al recordar y relatar la muerte de su madre al grado de que se le cortó la voz y se limpió la lágrima.</p>
Sesión 2	<p>Contenta por la información escuchada del tema. Preocupada por los problemas de conexión de Internet.</p>	<p>Emocionada, reflexiva, pensativa y con tristeza al recordar algunos de los casos que ha trabajado desde la tanatología con sus pacientes en el hospital. Animada y apasionada al hablar sobre el tema de la tanatología. Agradecida al identificar el aprendizaje que ha tenido con sus pacientes.</p>
Sesión 3	<p>Contenta por la información escuchada del tema. Conmovida por lo compartido de su enfermedad la entrevistada y los duelos que ha pasado con seres queridos tan importantes: ella misma al perder el pecho, papá, mamá, esposo, nieto. Admirada por la forma en que ha salido delante de sus pérdidas y duelos.</p>	<p>Reflexiva, pensativa y con tristeza al recordar el proceso de enfermedad que ha enfrentado, la muerte de su papá cuando ella tenía 3 años de edad, la muerte repentina de su mamá y el proceso de enfermedad y muerte de su esposo, la pérdida por aborto de su nieto, así como algunos de los casos que ha trabajado desde la</p>

		<p>tanatología con sus pacientes en el hospital. Animada y apasionada al hablar sobre el tema de la tanatología y su labor como parte importante de la Asociación Humanizar para Sanar, A.C. Tranquila, con fe y esperanza de que la pandemia va a terminar. Satisfecha al ayudar a sus pacientes con el dolor de la enfermedad y las pérdidas.</p>
Sesión 4	<p>Angustia por la interrupción y los problemas de conexión con la plataforma, por mis cuestiones de salud porque me sentía muy cansada y fuera de todo en la entrevista. Admirada por la mujer que me estaba compartiendo tantas experiencias como ser humano y como tanatóloga.</p>	<p>Satisfacción, empatía y solidaridad en su trabajo como tanatóloga por el servicio que presta a los pacientes y a sus familiares al realizar los abordajes.</p>
Sesión 5	<p>Contenta por la información escuchada del tema y por la forma en que fluyó la entrevista. Conmovida por lo compartido de sus duelos y pérdidas con sus seres queridos, admirada por la resiliencia que manifiesta al salir de cada situación difícil de su vida. Tranquila y satisfecha porque me permití fluir con la entrevistada y</p>	<p>Reflexiva, pensativa, con tristeza al recordar los duelos que ha vivido, nostálgica al recordar la situación de muerte de su mamá, animada por sus logros como tanatóloga al poder pertenecer al Grupo de Ayuda Mutua (GAM) y el camino de formación profesional que ha seguido a pesar de las situaciones difíciles de vida. Animada y apasionada al hablar sobre el tema</p>

	con la misma entrevista sin tratar de controlarlo todo.	de la tanatología y su labor como tanatóloga. Satisfecha y contenta al ayudar a sus pacientes con el dolor de la enfermedad y las pérdidas. Enojada por lo que le hicieron en un principio sus compañeras del GAM.
Sesión 6	Angustia y preocupación porque no se podía conectar al principio de la sesión y sorprendida porque no se conectaba, pasaba por mi mente el “qué voy a hacer si ya tengo el tiempo encima, tiene que quedar hoy, no tengo más tiempo”. Preocupada por no saber qué hacer para grabar la entrevista. Admirada por la mujer que me estaba compartiendo tantas experiencias como ser humano y como tanatóloga. Empática y nostálgica al recordar mis prácticas de tanatología en el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. Animada a querer estar en un voluntariado apoyando a los pacientes desde la tanatología por su forma tan humana y cálida de servicio y entrega.	Angustia y preocupación por no poderse conectar por Zoom. Satisfacción, orgullo, empatía y solidaridad en su trabajo como tanatóloga por el servicio que presta a los pacientes y a sus familiares al realizar los abordajes. Tristeza al exponer los casos de sus pacientes.

La entrevistadora en la mayor parte de las entrevistas se sintió contenta por la información proporcionada por las tanatólogas entrevistadas, así como preocupada y angustiada por

todas las situaciones que se presentaron en cuanto a las fallas de conexión a internet, la plataforma de zoom y las interrupciones diversas.

c) Principales reflexiones	
Sesión 1	<p>Las respuestas de Alma se escucharon congruentes y fueron vastas no limitativas, se tomaba su tiempo para contestar, incluso su mirada se iba hacia arriba a la evocación, al pensamiento, a la concentración. Comentó sobre temas profundos como la forma en que la tanatología ha cambiado su vida, el sentido de vida, la finitud de la existencia, la forma en que vivió los duelos de sus otros familiares y sobre todo, la muerte y el duelo de su mamá:</p> <p>Alma: “Siempre he sido espiritual, pero era más que lo espiritual, Facilitadora, era como... el pensar: Exactamente qué hay. “Cuando las personas mueren, empiezan a perder el oído a tantas horas”, decía, y todo eso, yo trataba de... de vivir como cada... cada momento, o checar qué espacio tenía mi mamá, en dónde estaba, después de que pasó un mes, después que... todo, todo el tiempo”.</p> <p>“Hasta que empecé a estudiar lo de Tanatología, le vi así como el sentido, el... la lógica, digamos, desmenucé todo. Sí.</p> <p>Las preguntas y comentarios del entrevistador fueron pensados y planeados, tal vez algunas preguntas demasiado pensadas para no cometer errores”.</p>
Sesión 2	<p>Las respuestas de Alma se escucharon congruentes y fueron vastas no limitativas, se tomaba su tiempo para contestar, incluso se mirada se iba hacia arriba a la evocación, al pensamiento, a la concentración.</p> <p>Comentó sobre temas tristes como las experiencias ha tenido en los abordajes a sus pacientes:</p>

	<p>Alma: "A veces sí, ya cuando terminaba los abordajes, en ciertos lugares... porque a veces son situaciones de vida... crueles, muy muy crueles... me venía con mucha tristeza.</p> <p>Pero también con esperanza de que puede hacer una diferencia en el dolor del otro con ese acompañamiento:</p> <p>Me sentaba a veces en.... en pediatría, por ejemplo, en.... la camita de los niños "¿Te cuento un cuento?" decía, con el cuento. Y a veces pasaba mucho tiempo, Marce, en el que decían: "Oh, mira, casi siempre a esta hora me da dolor, y ahora no. Ahora me ha retardado tantito, yo creo porque estás tú platicándonos, y porque el cuento estuvo bonito.</p> <p>Entonces, a tratar de darles esa como... momento de esperanza, esa... esa gotita Facilitadora, que pueda uno dar extra, y ya... de verdad que cambiará su... hasta su forma, su cara, no sé. Aún con el dolor, con todo eso, ya no era un sufrimiento. Sí era un dolor, pero el sufrimiento era... como más llevadero".</p>
Sesión 3	<p>Las respuestas de Esperanza se escucharon congruentes, fluidas y vastas no limitativas, se tomaba su tiempo para contestar, incluso se miraba se iba hacia arriba a la evocación, al pensamiento, a la concentración. Hacía sus pausas y se le observaba como si estuviera recordando y armando sus ideas para contestar.</p> <p>Comentó sobre temas tristes como las experiencias ha tenido acerca de la vivencia del cáncer de mama y todo el proceso por el que ha pasado, la muerte de su papá cuando ella era pequeña y todo lo que le hizo falta, la muerte repentina de su mamá, la experiencia de la vivencia del proceso de enfermedad y muerte de su esposo, así como la pérdida por aborto de su nieto.</p>

	<p>Pero también con esperanza de que puede hacer una diferencia en el dolor del otro con ese acompañamiento y de prestar un servicio efectivo desde la formalidad de una organización y feliz de estar viva:</p> <p>Facilitadora: “Muchas gracias, muchas gracias, Esperanza. Pues un placer tenerte y agradecerte esta oportunidad y este espacio. Muy bien, pues, ya platicábamos previo, ¿verdad?, ¿cómo estás?”</p> <p>Esperanza: “Estoy en este momento... este... feliz de todavía estar viva”.</p>
Sesión 4	<p>Las respuestas de Esperanza se escucharon congruentes, fluidas y vastas no limitativas, se tomaba su tiempo para contestar.</p> <p>Comentó sobre temas tristes como las experiencias ha tenido acerca de la vivencia del cáncer de mama y cómo ha afectado su práctica de la tanatología, pero desde la congruencia de no sentirse bien para atenderlos, recordó la muerte de su mamá y la forma en que lo trabajó. Refiere de sus limitaciones en la ayuda a los pacientes fuera de la tanatología pero que los remite a las áreas correspondientes del hospital para que los apoyen de la forma adecuada, es decir, no se queda cruzada de brazos solo viendo la necesidad de sus pacientes pasar frente a ella.</p> <p>Facilitadora: “Entonces, Esperanza, ¿cerrar tus duelos o seguir descubriendo esto que pasa contigo te facilita también los abordajes?”</p> <p>Esperanza: “Claro, mientras más sana estés de tus duelos, de que ya estén trabajados, de que ya los hayas cerrado, puedes darles una mejor atención a las personas. Cuando estás con un duelo abierto, no..., no se puede, no se puede. Era lo que te platicaba la semana pasada, de</p>

	<p>septiembre que me operaron para acá, yo he visto solamente a un paciente, porque no podía, no me sentía bien.</p> <p>Dije (Esperanza): “No, no voy a poder ayudarlo en este momento”, si yo no me sentía ayudada, si yo no me sentía bien, no podía trasmitirle eso a la otra persona”.</p> <p>Facilitadora: “Congruente completamente”.</p> <p>Esperanza: “Así es, así es, necesito estar sana física y mentalmente para poder ayudar a otra persona”.</p>
<p>Sesión 5</p>	<p>Las respuestas de Consuelo se escucharon congruentes, fluidas y vastas no limitativas, se tomaba su tiempo para contestar. Hacía sus pausas y se le observaba como si estuviera recordando y armando sus ideas para contestar.</p> <p>Comentó sobre temas que le han dado orgullo como entrar al Grupo de Ayuda Mutua (GAM) y a pesar de los desprecios de sus compañeras, seguir adelante y demostrarles que sí sabe y que sí puede. El seguir con su preparación personal y profesional a pesar que dejó la carrera trunca de enfermería en cuarto semestre, estudiando el diplomado en tanatología y el diplomado de enfermería geriátrica.</p> <p>Consuelo: “Entonces formamos un grupo muy bonito, ya estoy integrada así 100%, ya no me siento “el patito feo” del grupo, ya no me siento que no tengo esa experiencia porque como yo digo en mi grupo, cada quien tiene una experiencia diferente y lo padre del grupo es compartir esa experiencia, no quedarte con esa información que a lo mejor yo no sé pero tú me la puedes brindar y si yo sé algo pues yo te lo comparto, entonces es como un círculo que gira y todas estamos como a la par precisamente en tanatología.”</p>

Evocó también experiencias y situaciones de vida tristes como la muerte de su mamá a los 11 años y cómo separaron a los hermanos que vivían juntos, la muerte de su suegra, a quien me dio la impresión que veía como a su mamá, la pérdida de su bebé y de su abuela, la separación con su esposo y el dejar trunca la carrera. Refiriendo también la resiliencia que ha tenido viendo al final el lado positivo a pesar del dolor.

Consuelo: “Pues en primer lugar la de mi madre. La de mi madre, mi madre muere cuando yo tengo 11 años, pues en ese... en esos once años no te das cuenta de la magnitud de... pues de esa pérdida, hasta que ya creces, cuando ya... te das cuenta que sí la necesitas, o que sí la... ocupas por muchas situaciones y circunstancias.

Dicen que, afortunadamente, murió cuando yo era chica, que cuando... si hubiera estado más grande pues la hubiera sentido más; pero, no sé por qué siempre tienden a minimizar ese de: “Ay, porque eres niño no te duele”, o “Porque eres grande...”

Facilitadora: “Te duele más”.

Consuelo: “Yo creo que no..., una pérdida es... es una pérdida. Y pues la muerte de una madre, o la pérdida de una madre sí te desbalancea, te desbalancea porque cambia todo tu mundo. Cambia todo tu entorno; en mi persona, pues, cambio de ciudad, cambio de... casa, cambio de familia; porque yo no me crío con mi familia, entonces fue: pérdida de mamá, cambio de ciudad, cambio de casa, este... rechazo de familiares.

Entonces pues... a lo mejor sí, afortunadamente no lo vi tan... tan así. O me logré adaptar, precisamente por... por estar pequeña. Entonces es un... viví un proceso de adaptación de: "Pues esto es lo que hay, pues

	<p>con estoy me conformo, con esto estoy bien". No fue así como de... como tan palpable mi... mi pérdida, o mis pérdidas en ese... porque no nada más fue... una, fueron varias en ese... podríamos decir, cuatro meses".</p> <p>Pero también con esperanza de que puede hacer una diferencia en el dolor del otro con ese acompañamiento y de prestar un servicio efectivo, aún desde el dolor y el trabajo de duelo de la experiencia personal para comprender a las personas que sufren por la pérdida de sus seres queridos:</p> <p>Consuelo: "Porque nuestro objetivo son nuestros pacientes, nuestros abordados y el servir, ese es el objetivo".</p>
<p>Sesión 6</p>	<p>Las respuestas de Consuelo se escucharon congruentes, fluidas y vastas no limitativas, se tomaba su tiempo para contestar. Me gustó que mediante la entrevista se pudo dar cuenta de algunos descubrimientos que hizo y lo expresó, en lo referente al valor de su labor como tanatóloga, al alcance de la tanatología y a sus proyectos futuros.</p> <p>Facilitadora: "Consuelo, ¿Cómo te quedas después de todo esto que hemos compartido?"</p> <p>Consuelo: "Ay, muy contenta, muy contenta porque me haces ver cosas que ahí están, y que a veces no las ves. A veces no te das cuenta exactamente de cuan valioso es tu trabajo, de cuan valioso es todo esto que trabajamos".</p> <p>Facilitadora: "O sea, te das cuenta de eso, qué valioso es tu trabajo".</p> <p>Consuelo: "Sí, bastante".</p> <p>Facilitadora: "¿De qué más te das cuenta?"</p>

	<p>Consuelo: “Aunque ya lo sientas como que esto te da como... como que sí, que sí es muy valioso”.</p> <p>Facilitadora: “Ok, ¿De qué más te das cuenta?”</p> <p>Consuelo: “Pues de que tengo muchos proyectos por realizar, muchas... como te decía, yo espero que la tanatología a la vuelta de la esquina ya todo el mundo sepa qué es un tanatólogo y a qué se dedica, y que tengamos mucho, mucho trabajo”.</p>
--	--

9.3.9 El papel como Facilitadora

a) A partir de lo experimentado en esta asignatura y lo que dicen los autores:

a. ¿Cuáles son las habilidades y actitudes que se lograron desarrollar y poner en práctica?	
Ser genuino	<p>Una de las habilidades que la facilitadora logró desarrollar durante las entrevistas es ser genuina, tal como lo menciona Lietaer (1997) al vivirse desde sí mismo durante el encuentro de la entrevista, dejando fluir mis sentimientos y actitudes desde la conciencia y la vivencia para comunicarlos a la entrevistada porque el encuentro es entre dos personas.</p> <p>Lietaer (1997) define la genuinidad del terapeuta de la siguiente forma:</p> <p style="padding-left: 40px;">La genuinidad en terapia significa que el terapeuta es su self actual durante su encuentro con el cliente. Sin fachadas, abiertamente tiene los sentimientos y las actitudes que le fluyen en el momento. Esto implica darse cuenta de uno mismo; o sea, los sentimientos del terapeuta le son accesibles -a su conciencia- y es capaz de vivirlos, experimentarlos en la relación, y comunicarlos</p>

si persisten. El terapeuta se encuentra con su cliente directamente, persona a persona. Él es él mismo, sin negarse a sí mismo” (Lietaer, 1997, p. 26).

La forma en que el terapeuta es genuino tiene una cara interna, en la que el terapeuta es consciente y receptivo de lo que le ocurre en ese preciso momento de la terapia; y también tiene una cara externa, que es la transparencia del terapeuta para comunicar sus percepciones, actitudes y sentimientos (Lietaer, 1997).

Esto se identificó cuanto comenté con Esperanza la primera situación que vivió en el hospital con el enfermo al que después no encontró, me pareció impresionante porque era como si me lo fuera imaginando cuando yo estaba en las prácticas y se lo comenté:

Esperanza: “Pues me tardé más de media hora en buscarlo, y este... ya... fui... ya lo encontré, regresamos al lugar, la cama estaba sola. En media hora, no se podía haber dado de alta, ni... y menos en las condiciones en que yo lo vi. Lo buscamos en todas las salas de hombres, lo buscamos en las salas de mujeres, hablamos con la trabajadora social para que nos dijera qué había pasado con él.

No estaba en las listas de ninguna sala. Ya cuando subimos, porque subíamos a decirle a Sor Jose cómo nos había ido, y qué había pasado. Cuando le platicamos volteó bien tranquila y me vio, me dice: “¿Revistaste si tenía pies?”, le digo: “No, no me fijé en eso”, “Pues era un alma que necesita de tus oraciones”. Pero así, como que... no puede ser, en los primeros días de prácticas, así, así, eso fue lo que nos pasó”.

Facilitadora: ¡Ay qué impresión Esperanza! Mira, me dices y hasta se me pone la piel chinita [Risas].

También cuando la Esperanza comentó su proceso de enfermedad del cáncer, cómo se despidió de su pecho antes de la operación, la forma en que aplicó las herramientas que aprendió en la tanatología; la facilitadora se identificó desde la parte de ser mujer, de imaginar perder una parte de sí, pero también como tanatóloga y psicóloga, aplicando las herramientas que se van aprendiendo en el camino.

Facilitadora: “Ay Esperanza, me dejas con la boca abierta, me dejas con la boca abierta. O sea, te escucho... te escucho como tanatóloga, pero también te escucho como... como abierta también a recibir la tanatología y aplicarla para ti”.

Esperanza: “Sí, sí, así es. Me he tenido que agarrar de esos pedacitos, a ver: “Si yo estoy con un paciente y me dice lo que yo estoy sintiendo, ¿qué voy a hacer?, ¿qué le digo?”. Y tengo amigos maravillosos, Facilitadora, que han servido muchísimo y que me han estado acompañando en mi proceso, y a quienes se los agradezco muchísimo, que han estado al pendiente, y que ellos también me preguntan: "Pero ¿cómo te sientes?, ¿qué es lo que sientes?", para que yo pueda tener la oportunidad de verbalizarlo. Y tú sabes que mientras más lo verbalicemos, más pronto lo sanamos”.

Y es que “el terapeuta se encuentra con su cliente directamente, persona a persona. Él es él mismo, sin negarse a sí mismo” (Lietaer, 1997, p. 26).

Presencia personal (a pesar de la virtualidad)

Se dio también la presencia personal, que tal como Lietaer (1997, p.27) propone que Rogers “Diseñó una terapia de tipo “cara-a-cara”, en la que el terapeuta se implica en gran medida con el mundo experiencial del cliente, y en la que él, consecuentemente, muestra poco de sí mismo”.

Esto sucedió cuando la entrevistada refería la muerte y el duelo de su mamá, ya que hubo identificación por parte de la facilitadora con la muerte de su propio padre, pero no se tuvo oportunidad de comentarle nada en ese momento para no generar una interrupción y cortar el comentario, pero también hubo movimiento interno, al recordar el momento de su muerte, la forma en que se sentía en los siguientes días, muy similar a lo que Alma pasó cuando comenta:

Alma: “Este... te digo, porque yo estaba muy esperanzada en que iba a sanar, no fue así. Eh... pues no me la creía, así como tú dices, estaba en shock, pero yo no lo sabía. Caí de rodillas, no sabía, o sea, caí de rodillas y solo dije: "Hágase tu voluntad señor". Pero con todo el dolor y las lágrimas, y la tristeza, que es propio de la muerte de alguien que uno ama tanto”.

El facilitador “Aunque sí muestra su implicación de una forma abierta y directa, sin esconder sus sentimientos reales tras una fachada profesional. Intenta ser el mismo sin artificialidad ni confusión” (Idem). Esto sucedió cuando Inmediatamente recordó el momento antes de que les avisaran del fallecimiento de su papá, también cayó de rodillas en la rampa de la torre de especialidades del IMSS y se lo entregó a Dios, con las mismas palabras, siendo muy significativa la similitud. Y así como ella, el shock de los siguientes días. Y se permitió vivirlo en ese momento

	<p>junto con ella. Esto aparte de congruencia, es también empatía porque se usó el propio referente mientras la escuchaba porque en palabras de Vanershot “Desde el punto de vista del terapeuta, la empatía se describe como una actitud de escucha interior específica, una forma especial de ser que se caracteriza por funcionar a modo de proceso” (1997, p. 47) y es que “Rogers gradualmente llegó a considerar la congruencia del terapeuta como un factor crucial en el establecimiento de la confianza, y enfatizó la idea de que la aceptación y la empatía solo son efectivas cuando se perciben de forma genuina” (Lietaer, 1997, p.27).</p> <p>Más adelante la facilitadora hizo el siguiente comentario:</p> <p>Facilitadora: Y es que también, bueno, no sé... como tú lo dices, cada quien lo vive de diferente manera, ¿verdad? A mí me tocó vivir un duelo muy fuerte, y fue una bomba, o sea, para mí fue una bomba. Entonces, me... o sea, haciendo, así como... como una semejanza, alguna similitud, pues sí, o sea, esta bomba activó quién sabe qué, ¿no?</p> <p>Y es que como bien expone Vanershot, “este ‘centrarse en el cliente’ se consigue mediante la comparación de señales procedentes del cliente y de las que el mismo terapeuta tiene referentes” (1997, p. 48).</p>
<p>Funcionamiento de las relaciones interpersonales</p>	<p>Vivir el acompañamiento grupal en la materia de Supervisión de la Intervención permitió al facilitador “observar la forma propia de funcionar en las relaciones interpersonales, aspecto que es esencial para la labor terapéutica” (Lietaer, 1997, p. 32).</p>

Al ser un grupo nutricional se promovieron entre los integrantes el que cada uno realizara sus descubrimientos personales, identificando de forma consciente y personal, desde el aprecio y la valoración de quienes conforman el grupo, lo que les ocurre, sienten, experimentan, descubren y modifican para crecer. Abrirse a los otros implica nuevas formas de poder relacionarse desde la intimidad, bajando las defensas que impiden la relación sincera y abierta.

La retroalimentación realizada por los compañeros del grupo al presentar parte del trabajo personal en las entrevistas permitió enriquecer la información obtenida para aplicar en las entrevistas posteriores al agregar preguntas sugeridas para enriquecer la información, esto permitió darme cuenta de las fortalezas personales como facilitadora al crear un clima de confianza durante la entrevista que permitió la obtención de información necesaria para la investigación, así como información sobre las áreas de oportunidad del facilitador dentro del control y perfeccionismo personal prevalente pero también con la mirada en poner atención a la forma en que se desarrollaba la relación con los entrevistados, atendiendo a su discurso y a las necesidades de escucha en ese momento de la persona.

Porque tal como lo propone Lietaer (1997) en cuanto a estar abiertos al grupo:

Lo importante es aprender a no evitar estos problemas, decidirse a desenmarañarlos, estar abiertos al feedback crítico, aprender a ver como las propias dificultades interfieren con el propio trabajo terapéutico y a hacer lo que sea necesario para remediar esa situación. También es muy importante llegar a conocer y aceptar con indulgencia nuestros propios límites: no tenemos que ser capaces de trabajar bien con todo tipo de clientes.

	Podemos intentar cambiar nuestros límites pero aprender a conocerlos y aceptarlos no es algo irrelevante durante la formación ni después. (p. 34).
Identificar sentimientos y emociones	Como parte de la facilitación, se tuvo la oportunidad de identificar los sentimientos y las emociones que los entrevistados estaban evocando porque “Cada terapeuta evoca diferentes sentimientos en su cliente y este hecho es quizás un elemento importante en el éxito o el fracaso de una terapia” (Lietaer, 1997, p. 35). Las emociones manifestadas por Esperanza fueron: reflexiva, pensativa y con tristeza al recordar el proceso de enfermedad que ha enfrentado, la muerte de su papá cuando ella tenía 3 años de edad, la muerte repentina de su mamá y el proceso de enfermedad y muerte de su esposo, la pérdida por aborto de su nieto, así como algunos de los casos que ha trabajado desde la tanatología con sus pacientes en el hospital. Animada y apasionada al hablar sobre el tema de la tanatología y su labor como parte importante de la Asociación Humanizar para Sanar, A.C. Tranquila, con fe y esperanza de que la pandemia va a terminar. Satisfecha al ayudar a sus pacientes con el dolor de la enfermedad y las pérdidas.

b. ¿Cuáles son las habilidades y actitudes que falta desarrollar?	
Incluir el Reflejo como pregunta de escucha	Una falla constante detectada por parte de la facilitadora durante el desarrollo de las entrevistas fue el manejo del Reflejo como pregunta de escucha. En todas las bitácoras fue la respuesta de escucha que más costó identificar e incluso elaborar durante las entrevistas por parte de la facilitadora, las otras respuestas de escucha (paráfrasis, clarificación, síntesis) fueron más fluidas dentro del mismo diálogo. En la bitácora No. 4 de la segunda entrevista realizada a la tanatóloga Esperanza, se expuso como reflejo lo siguiente:

El objetivo de la facilitadora fue identificar las emociones de los entrevistados al trabajar en los abordajes con sus pacientes.

Facilitadora: “¿Qué emociones son las que más identificas en ti en los abordajes?”

Esperanza: “Pues yo creo que... la empatía, este... la solidaridad, tristeza no, fíjate, no me da tristeza, aunque me cuenten cosas tristes, no llego yo a sentirme triste, como que... diferencio lo que está pasando la persona y lo que tengo yo. Pero tristeza no... no he sentido tristeza, he sentido... angustia sí, angustia sí he sentido, sobre todo en la... en los chicos que están muy angustiados porque no saben... cómo seguir adelante, o que tienen a veces este... principios suicidas. Entonces eso sí me genera angustia”.

Y este fue el comentario de retroalimentación en la bitácora “Te lo comentaba en la bitácora pasada, reflejo no es preguntar qué emociones vive la persona sino decirle las que observas, sobre todo las que ella no ha explicitado. A partir de lo que dice un reflejo sería: me imagino que también te asusta cuando te hablan de suicidio” (Dra. Laura Elena García García).

En la revisión de la bitácora 6 volvió a suceder y el comentario de la revisión fue en el mismo sentido: “Como te comenté en bitácoras pasadas, reflejo no es preguntar qué emociones vive la persona sino decirle las que observas, sobre todo las que ella no ha explicitado” (Dra. Laura Elena García García).

Se quiso indagar acerca de las emociones que se manifestaban cuando a la entrevistada le contestaban que no querían el abordaje los pacientes. Esta pregunta también es un reflejo.

Facilitadora: “¿Cómo te sientes antes de recibir a un paciente, o antes de llegar con el paciente?”

Consuelo: “Nerviosa, nerviosa, así como de... ”¿Y sí me aceptará?, ¿no me aceptará?”, pero sí, yo creo que es algo un poco nerviosa. Sí, sí me siento preparada, pero... no dejo de tener ese nervio, de que me vaya a batear [Risas], que me diga: “No, ahorita no”.

Facilitadora: “Consuelo, ¿Y qué pasa en esos casos?, cuando llegas y te dicen: "No"”.

Consuelo: “Pues nomás es: “Muchas gracias, en otro momento que esté disponible, que usted quiera, pues nada más pues... dígame a la enfermera que quiera hablar con la tanatóloga”, entonces pues ya, ya queda a su decisión”.

También hay un reflejo cuando la facilitadora la invita a pensar en la relación que hay entre las manifestaciones emocionales en su familia de origen que eran agresión, coraje y no abrazos y la dificultad para abordar pacientes amputados por su agresividad y enojo.

Facilitadora: “Oye, pues muy interesante toda esta información, muy muy interesante. Consuelo, me gustaría... preguntarte también otra cosa, me plicaste de estos pacientes que estaban

amputados, y que te costaba trabajo como... el abordaje con ellos, por la manifestación del enojo que tenían, ¿sí?”

Y esto también es un reflejo:

Facilitadora: “En la sesión anterior, me comentaste también que en tu familia era una de las emociones que se manifestaba, que se manifestaba con mucha facilidad, la agresión y el coraje, no darse abrazos, ¿sí? No sé si podría tener como alguna relación con esta parte”.

Consuelo: “Pues yo sí creo que... como que me cohibe eso de la agresión. Sí, sí he hecho abordajes, pero sí me cuestan trabajo cuando son... definitivamente muy agresivos, sí me cuesta mucho trabajo. Me cohiben.... me cohiben, no es que no los sepa cómo manejarlo, sino que sí como que... como cuando te gritan, y sí te paralizas un rato y dices: “Pues no, aquí el que tiene la batuta soy yo””.

Esto ha sido un límite personal para la facilitadora, pero también es un área de oportunidad y con esto “también es muy importante llegar a conocer y aceptar con indulgencia nuestros propios límites... Podemos intentar cambiar nuestros límites, pero aprender a conocerlos y aceptarlos no es algo irrelevante durante la formación ni después”. (Lietaer, 1997, p. 34). Es parte del proceso de aprendizaje y de oportunidad para mejorar.

c) Estilo de facilitación: describe el estilo de facilitación utilizado. ¿Qué retos como facilitador/a se identifican?

La formación de la facilitadora en psicología y su experiencia en consultas le permitió sentirse muy segura al momento de realizar las entrevistas, aunque también fue un reto

no meter la parte de la psicología en cuanto a las hipótesis de lo que ocurría a las entrevistadas; las sesiones fueron ricas en cuando a la información compartida. La facilitadora se considera a sí mismo como fuerte y contenedora, una terapeuta que promueve la confianza del entrevistado. Porque cada terapeuta tiene su estilo y su forma para facilitar, así como Lietaer (1997) lo expone él su obra, refiriéndose a Rogers: “Rogers enfatizó el respeto por el estilo personal de cada terapeuta” (p. 28).

Identificó también el reto de fluir más en las facilitaciones y dejar de lado la parte de la preocupación por las situaciones que no puede controlar. Una de las compañeras de la materia comentó que desde su propia experiencia se dejó fluir, es decir, se permitió seguir con la entrevista pasara lo que pasara, atenta en la relación con la otra persona, sin seguir el formato elaborado, sino siguiendo el diálogo con la persona y se experimentó disfrutando más su última entrevista. La facilitadora se permitió aplicar esta recomendación en las 2 últimas entrevistas y verdaderamente lo disfrutó.

9.3.10 Conclusión de la metodología aplicada

Desde el Desarrollo Humano se propone una relación de ayuda entre el facilitador y el cliente que Rogers define desde su Terapia Centrada en la Persona como “aquella (relación) en la que debería surgir en una o ambas partes un esfuerzo encaminado a obtener una mejor expresión y un considerable uso funcional de los recursos internos latentes del individuo.” (Rogers, 1986, p.81 citado en García y Carretero, 2017, p. 1), mientras que Lafarga (2005, p. 5) expone que “esta relación promueve el cambio de la persona en dirección de su desarrollo y la vivencia de valores como la apertura a la experiencia, al pensamiento divergente, la autoestima, el respeto a la autodeterminación individual, comunitaria y social” (citado en García y Carretero, 2017, p. 1). Esta relación de ayuda debe tener ciertas condiciones propuestas por Rogers (1985, citado en García y Carretero, 2017, p. 1):

1. “Que dos personas estén en contacto.

2. Que la primera persona, a la que denominaremos cliente, se encuentre en estado de vulnerabilidad o de angustia.
3. Que la segunda persona, a quien denominaremos terapeuta, sea congruente en la relación con el cliente.
4. Que el terapeuta experimente una consideración positiva incondicional hacia el cliente.
5. Que el terapeuta experimente una comprensión empática hacia el marco de referencia interno del cliente”.

El facilitador debe tener “tres actitudes que se consideran primordiales: congruencia, aceptación positiva incondicional y comprensión empática” (García y Carretero, 2017, p. 2).

Así, la supervisión consiste en replicar esta relación de ayuda entre el facilitador (terapeuta) y el supervisor, facilitando el desarrollo de la capacidad del terapeuta de estar abierto a su propia experiencia, siendo el supervisor testigo del cambio, aceptando al supervisado como persona en proceso y confiando en su potencial de crecimiento. En este sentido, el terapeuta se vive consciente de sí mismo, comprometido con el cliente, congruente, plenamente presente, íntegro y explora: sentimientos, bloqueos y dificultades y entonces aprende a ser desde la interacción con el supervisor, pero también con el cliente. Así, Martha Leticia Carretero Jiménez (2004) propone lo siguiente sobre la supervisión:

El trabajo de supervisión de la práctica de Desarrollo Humano es parte fundamental de una intervención. Su método implica un proceso de apertura a la propia experiencia de la facilitadora. El centro de los temas que se revisan son referidos al trabajo que realizan en sus grupos en sus grupos de crecimiento y la repercusión que tiene en sus personas. La facilitadora expresa ante el grupo de supervisión algún aspecto de su trabajo que requiere revisar, comprender mejor o integrar a su vida personal. El resto del grupo escucha, refleja y le ayuda a encontrar alternativas o a tener una mayor comprensión de su vivencia. El objetivo final es propiciar una mayor calidad en el trabajo de facilitación de sus grupos” (p. 5).

Esta precisamente es la experiencia con la que la facilitadora concluye en el proceso de supervisión de este trabajo de investigación: poder presentar la situación que se encontró como oportunidad de mejora en una de las entrevistas de investigación para mostrarla al grupo de supervisión y poder rescatar lo que compartieron los compañeros y la supervisora sobre la parte de la entrevista presentada. Se descubrió también sintiéndose apoyada y contenida por el grupo, reflexionando sobre los aspectos del control y del perfeccionismo prevalentes en su práctica profesional; los comentarios de los integrantes del grupo fueron positivos hacia el trabajo de haber creado un clima de confianza para que la entrevistada se expresara libremente y que la adecuada conducción de la entrevista había llevado a conseguir la información necesaria de la guía elaborada con anticipación.

En la intervención el facilitador tiene el papel de propiciar y modelar la comunicación y la relación de una determinada forma, que promueva la apertura y poder ganar de cada uno de los participantes porque ellos son el modelo del problema y del contexto en que están insertos (García y Carretero, 2017).

Esta experiencia de modelaje y de comunicación se presentó en el grupo de supervisión. La comunicación fluyó desde el respeto y la sinceridad, con apertura a la escucha y a promover cambios positivos personales y grupales. Cada integrante se vivió angustiado, triste, preocupado, contento, orgulloso, satisfecho mientras cada uno iba exponiendo para la supervisión la parte de su intervención o de su investigación difícil.

Así, se concluye que cuando se interviene o se investiga desde el Desarrollo Humano es importante llevar el trabajo a la supervisión para encontrar aciertos y áreas de oportunidad que promueven el crecimiento del facilitador para seguir creciendo como profesional y como persona desde nuevas miradas a las situaciones. Y esto contribuye directamente a la mejora de su relación de ayuda con los clientes, con los pacientes o con los grupos de crecimiento.

10. RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados obtenidos de esta investigación en el análisis de la información recabada en las entrevistas. Estos resultados se describen en tres categorías y sus subcategorías correspondientes, sustentadas y fundamentadas con teoría científica, los cuales están expuestos a continuación:

10.1 Cuadro de categorías y subcategorías

CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	
CATEGORÍA 1	EL BAILE DE LA EMOCIONES DE UN TANATÓLOGO CLÍNICO
1.1	Entrando al baile emocional
1.2	Vivencia del día a día
1.3	La pandemia de Covid-19 y las emociones desbordadas
1.4	Las emociones en la formación del tanatólogo clínico
1.5	Autocuidado y emocionalidad
CATEGORÍA 2	ANTE LA VULNERABILIDAD DEL OTRO Y LA PROPIA
2.1	El tanatólogo clínico y la vivencia de su vulnerabilidad
2.2	Acompañando al que se va de este mundo y a los que se quedan
2.3	Contacto con el dolor y el sufrimiento
2.4	El tanatólogo clínico sin respaldo institucional
CATEGORÍA 3	RELACIÓN ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE
3.1	Un oficio en medio de su propio duelo
3.2	El tanatólogo clínico: conexión entre los dos mundos
3.3	Resignificando la muerte
3.4	Del dolor de la muerte a la alegría de la vida

10.2 Categoría 1: El baile de las emociones de un tanatólogo clínico

El mundo en que vivimos, un mundo cada vez más acelerado, tecnológico, disperso y automatizado, un mundo complejo que no ha permitido que las personas adquieran

herramientas eficaces para convivir de forma directa con sus problemas, sobre todo con el que representa la muerte, tal como lo propone Orozco et. al (2012) en su artículo:

En un mundo tan complejo (con problemas económicos, sociales, medioambientales, políticos y con una tecnología cada vez más abundante), no se ha favorecido que los procesos emocionales y psicológicos de los individuos sean sencillos, por el contrario, se observa a una sociedad a menudo carente de elementos familiares y personales, que los puedan llevar a enfrentar situaciones estresantes o problemáticas diversas de una manera eficaz. Tal es el caso del fenómeno de la muerte. (p. 8)

Y es que la muerte en sí, es todo un tema poco comprendido, poco expresado y poco aceptado, sobre todo en la cultura occidental, “un suceso real tanto biológico como psicosocial, el cual se va presentando de manera gradual y al mismo tiempo en forma silenciosa a la simple observación, generando en las personas una variedad de emociones tanto en intensidad como en manifestación”. (López, 2008 citado en Allende, 2019, p. 5). Tanto así que “las reacciones emocionales ante la muerte son poco común en las personas (Allende, 2019, p. 1).

Mirar a la muerte de forma directa con todas sus secuelas, ha permitido el surgimiento de una nueva disciplina, la Tanatología. Según la Real Academia Española es el “conjunto de conocimientos médicos relativos a la muerte”, su raíz etimológica viene del griego *thanatos*, que significa muerte y de *logos*, que significa estudio o tratado, por lo tanto, es el estudio de la muerte. El Dr. Alfonso Reyes propone una definición que se toma como oficial aquí en México: “La Tanatología es la disciplina que estudia la muerte y el apoyo al individuo enfermo, así como a sus familiares en los últimos momentos de su vida con el fin de aliviar y comprender el sufrimiento, principalmente emocional” (Velázquez, 2018, p. 27).

Ante esta necesidad de apoyo a las personas ante el fenómeno de la muerte, surge la figura del tanatólogo clínico en las instituciones hospitalarias y también fuera de ellas, entonces:

El Tanatólogo es el profesional capacitado para ayudar en el proceso de duelo, así como en cualquier tipo de pérdidas significativas, relacionadas tanto con la persona que muere, como con aquellas que la rodean. Parte fundamental de sus funciones es lograr que tanto a los pacientes como a sus familiares se les trate con dignidad y respeto. (Bravo y Cols., 2006, citado en Altamirano, 2015, p. 24).

El tanatólogo es el especialista encargado de acompañar durante el duelo al enfermo o al moribundo y a sus familiares. “Trabajar el duelo es identificar las fases o estados emocionales por las que el doliente está pasando, que por lo general son: el shock, la negación, la tristeza profunda, la ira o enojo, la negociación y por último la aceptación” (Velázquez, 2018, p. 28). El acompañamiento se realiza mediante sesiones de abordaje a los pacientes o a los familiares del paciente. Se le llama clínico cuando se encuentra realizando su labor tanatológica en una institución de salud pública o privada.

La primera categoría de este trabajo de investigación, tiene por título: El baile de las emociones de un tanatólogo clínico. Es como si este profesional estuviera en un baile emocional, entrando y saliendo de la pista porque desde que va en camino para abordar al paciente como al momento de realizar sus abordajes, el tanatólogo experimenta emociones en el trato con los pacientes y sus familiares; emociones que trae a flor de piel al reflejarse y acompañar en el dolor del otro ser humano que sufre, al conocer los casos de vida y la posibilidad de muerte inminente de sus pacientes. El tanatólogo experimenta la tristeza, la angustia, el dolor, la esperanza, la alegría, la compasión, el amor, la solidaridad, el enojo, la indignación. Esas emociones que lo mueven y lo asemejan a los seres humanos con los que convive y que también lo hacen vivir como ser humano.

Esta emocionalidad también se manifiesta en su vida diaria, en sus vivencias, en su cotidianidad, porque el tanatólogo vive este baile emocional no sólo cuando está con sus pacientes, lo vive desde antes de atenderlos e incluso después, debe vibrar en un tono emocional para hacer un buen trabajo porque sin ese nivel de sensibilidad no puede ir a los otros, pero estar tan expuesto a la muerte y a las emociones lo lleva a la vulnerabilidad emocional.

Esta primera categoría está conformada por cinco subcategorías:

1. Entrando al baile emocional.
2. Vivencia del día a día.
3. La pandemia de Covid-19 y las emociones desbordadas.
4. Las emociones en la formación del tanatólogo.
5. Autocuidado y emocionalidad.

10.2.1 Subcategoría 1: Entrando al baile emocional

El tanatólogo vive un baile en sus emociones desde antes de atender a su paciente y a los familiares del paciente; esta batalla que vive su paciente no es fácil, convivir de forma tan cercana con la muerte y todas las emociones que esto desata en el mismo, en sus familiares y en el tanatólogo al recordar sus propios duelos y al salir a vivir su cotidianidad con sus problemas y la emocionalidad que esto desencadena, entonces el tanatólogo se da cuenta de cómo entra y sale de sus estados emocionales. Y es que como afirma Velázquez (2018, p. 43):

La tarea del acompañamiento es compleja, implica un compromiso profundo con el bienestar personal y el del afligido; el respeto a sus emociones y expresiones de dolor. No es fácil acercarse a alguien que se siente herido y lastimado, confundido y roto; habrá que tocar con mucho cuidado su espíritu maltrecho y cobijarlo con lo mejor de nuestra esencia.

La muerte impacta a las personas que la viven de forma cercana, a todas las personas implicadas en el proceso del cuidado del enfermo: médicos, enfermeros, trabajadores sociales, los familiares del paciente, el tanatólogo..., todos sufren afectaciones porque “la afectación física y emocional que conlleva el fenómeno del dolor ante la pérdida de un ser humano no sólo afecta a quien lo vive sino a quien lo vivencia” (Allende, 2019, p.5). Ver morir a un paciente genera emociones y sentimientos de inconformidad a pesar de tener experiencia de la vivencia de la muerte con otras personas, también sucede que el familiar está cansado, tanto en su persona, como del desgaste de su ser querido, al respecto menciona Alma:

Entonces la iban a operar para sacarle el riñón, y... a ponerla otra vez en lista de espera, Facilitadora, a ver a qué horas y cuándo le tocaba. El señor, cansado, me dijo: "Ya no quiero, yo ya no quiero que la pongan en lista de espera, ya quiero que mejor termine su vida, de mi niña", lloraba... así. O sea, sí había situaciones muy, muy tristes. Claro que siento que me mueve y digo: "Qué triste, qué coraje con esto que está pasando.

En el acompañamiento a su paciente, aunque se pierda la batalla de todas las formas posibles con la muerte, no puede derrumbarse emocionalmente en ese momento el tanatólogo clínico porque sigue, desde el amor, acompañando a otros pacientes en su partida de este mundo, pero eso no implica que no sienta y no se muevan diferentes emociones y sentimientos en su interior. Esperanza habla de caso vivido con un inicio doloroso y un final satisfactorio:

En una ocasión, fuimos a hacer un cierre, nos pidieron hacer un cierre en el Hospital Valentín Gómez Farías; era una señora que tenía 93 años. Hablaba muy poco, emitía sonidos guturales, estaba en agonía, tenía más de 10 días en agonía. Y le faltaba un hijo que fuera. Entonces ella nos pidió que buscáramos a su hijo porque quería hablar con él, necesitaba que le dijeran que todo iba a estar bien, que no iban a pelear, que no iban a discutir. Terminando el cierre, como a las dos horas llamaron para decirnos que ya había fallecido, que se había ido en paz, que se había ido muy tranquila. Entonces esa es una de las satisfacciones que te da el haber ayudado a una persona. No le resolví nada de sus traumas de infancia, no le resolví nada del matrimonio que haya tenido, solo la necesidad primaria que tenía de que fuera su hijo que faltaba, porque eso le dio mucha paz y le dio mucha tranquilidad.

Los tanatólogos están expuestos al fenómeno de la muerte y lo que les provoca, al dolor y a la emocionalidad de sus pacientes y a su propia emocionalidad suscitada por estas experiencias porque no es ajeno al dolor de los otros, pero tampoco es ajeno al amor y a la esperanza, como afirma Altamirano (2015, p. 17): "El proceso de acompañamiento en la muerte provoca un desgaste natural en el tanatólogo clínico por toda la serie de emociones y sentimiento que se mueven dentro de sí mismo al ver el sufrimiento, el dolor y la partida de otro ser humano doliente".

El tanatólogo bordea desde sus intervenciones con distintas apariciones de la muerte, distintas expresiones, como la ideación y el intento suicida, nos compartió Esperanza su vivencia de angustia frente a un paciente con ideación e intentos suicidas: “He sentido... angustia sí, angustia sí he sentido, sobre todo con los chicos que están muy angustiados porque no saben... cómo seguir adelante, o que tienen a veces principios suicidas. Entonces eso sí me genera angustia”.

Todos los entrevistados refirieron que el dolor de los pacientes y el dolor de los familiares influye en su emocionalidad. Y es que ¿cómo no conmoverse con la tristeza, con la necesidad, con el sufrimiento, con el llanto, con la angustia, con el enojo y con la preocupación de tener a la enfermedad y a la muerte como acompañantes en turno? Así lo refiere Alma: “Y después de esa plática se acercó el señor y lloraba... como un bebé; ya al platicar con él, pues ya ves su situación de vida, también difícil, su niñita que tenía síndrome Down, que fue abusada, estaba por dar a luz, y su bebé ya se había muerto”. Cierra su intervención diciendo que cómo no conmoverse con el dolor y la tristeza de un paciente. La misma entrevistada comentó también sobre los abordajes y el sufrimiento de los pacientes con quimioterapias: “...cuando entras a un cuarto, están muchas veces llorando, o con el dolor así al rojo vivo, pues. Y con... por ejemplo, los de quimioterapia, recibéndola y haciendo caras, o... con sufrimiento, con mucho sufrimiento”.

Siguiendo con el tema de que el tanatólogo vive inmerso en un mundo emocional de vaivenes y tiene que mantener un equilibrio entre ser sensible al dolor del otro y al mismo tiempo tener suficiente contención para poder servir de apoyo, así comparte su experiencia Alma cuando se le pregunta si no dejaría que se le saliera una lágrima con alguno de sus pacientes y contesta así:

Tal vez en alguna ocasión, por ejemplo, con el niño, se te puede salir una, pero, así como a la discre. Eres humano, eres humano y sí se te puede salir, pero en mi opinión, sí es como contenerte tantito para poder ayudar bien en este momento que necesita la persona (Alma).

Como dijo Consuelo al referirse al nerviosismo que experimenta previo al inicio de los abordajes con sus pacientes: "Nerviosa, nerviosa, así como de... "¿Y sí me aceptará?, ¿no me aceptará?", pero sí, yo creo que es algo un poco nerviosa. Sí, sí me siento preparada, pero... no dejo de tener ese nervio, de que me vaya a batear [Risas], que me diga: "No, ahorita no"

Refiere también que se mueve su emocionalidad cuando no le permite el paciente hacer el abordaje, ya que el profesional se prepara para la ayuda y poner en juego todos sus recursos, pero a veces su disponibilidad y su compromiso no son suficientes, siempre está a la expectativa de la aceptación del paciente:

Pues, al principio, me da tristeza, pero no por el hecho de no haber podido abordarlo, o sea, no por el ego, de que: "Ay, no me quiso a mí", no. Me da tristeza porque él no se permitió, precisamente, esos momentos, esos minutos de poder sacar lo que trae. Entonces cuando te batean es cuando sabes que sí lo necesitan más. Que esa persona nos necesita más, precisamente, nomás que no se da su permiso (Consuelo).

Pero también hay otras emociones y sentimientos en el ambiente del duelo como el amor, la empatía, la esperanza y la tranquilidad. Entonces el tanatólogo se vive en el medio de todas estas emociones y sentimientos, entrando y saliendo, en este baile sin fin. Por ejemplo, hizo notar Esperanza la especial empatía que tiene hacia las personas mayores, nos relata con detalle una de sus intervenciones y la manera en que contacta con su propia experiencia e historia:

Tengo mucha empatía con las personas mayores, Mi abuelita escuchaba una estación de radio: "Fórmula melódica", y no permitía que nadie le cambiara, entonces me aprendí muchísimas canciones. A veces, dentro del abordaje platicando con las personas de la tercera edad, les pregunto cuál era su artista favorito, quién le gustaba como cantante, me acuerdo de alguna canción, y empezamos... canto muy feo, dice Sor Josefina que canto feo y fuerte, pero... [Risas] O sea, que no disimulo nada, pero me sé las canciones y las personas empiezan a cantar junto conmigo, y eso se me hace tan bonito, que hay una real empatía con esa persona.

Este arte de contactar con las personas tiene que ver con la capacidad del tanatólogo de contactar con la propia experiencia para lograr la escucha empática, la comprensión

empática, parafraseando a Rogers, al determinar que la primera condición facilitadora es la empatía, mediante la cual, el facilitador penetra y se mueve en el mundo del otro de manera familiar al captarlo desde su propio marco de referencia y el otro percibe esa empatía (Barceló, 2012), sobre este tema, Consuelo expresa también cómo vive sus emociones cuando atiende a pacientes geriátricos: “Su proceso de enfermedad, y, a veces, aceptar pues que ya están desahuciados y que ya están en fase terminal. Te quedas asombrado de la tranquilidad que te... que te transmiten” y tal vez esa tranquilidad sea la de saber que está cercana la muerte y que todo está cumplido, para despedirse de este mundo en paz y todo esto también lo percibe el tanatólogo desde su marco de referencia.

Así, se mantiene en este baile, entrando y saliendo de la pista de las emociones y los sentimientos previo a los abordajes, en pleno “baile” del acompañamiento tanatológico e incluso después de concluido. Y es que no hay un botón con el que se puedan apagar y encender a elección la vivencia de las emociones y sentimientos en el tanatólogo, simplemente suceden en el contacto y en la interacción, son parte de las relaciones humanas.

10.2.2 Subcategoría 2: Vivencia del día a día

Para el tanatólogo clínico, la vivencia diaria es cercana a la muerte, al dolor, al sufrimiento, a la enfermedad, a la tragedia, porque no solo se desarrolla su vida en el hospital o en los espacios para las sesiones tanatológicas, también tiene una familia, tiene una vida aparte de la muerte y de la enfermedad.

La mayoría de los entrevistados expresó cómo la emocionalidad se manifiesta no sólo en los abordajes que realizan a sus pacientes y a los familiares en el hospital o en su consulta, sino también formando parte de su vida cotidiana, en el día a día de su familia y de su trabajo. No son dos personas distintas, es una sola persona que tiene que lidiar diariamente con los dos mundos.

Cada tanatólogo tiene una situación diferente, su estilo, su forma de vida y su familia, para Alma la etapa de la adolescencia de sus hijas ha sido complicada y así lo expone al preguntarle cómo estaba en el momento de la entrevista: “Híjole, con muchos altibajos. Porque la verdad, tener a las niñas aquí en la casa, queriendo salir, es complicado el decirles: “No, ahorita no se puede”; y ellas tienen que entenderlo de cierta forma. Son adolescentes, ahora sí me cuesta más” [Risa]. El tanatólogo, como integrante de una familia, va viviendo las diferentes etapas y se va adaptando a las necesidades imperantes en cada periodo.

En este sentido también Esperanza compartió la vivencia de su enfermedad actual y el proceso que ha tenido: “Mira, tengo bien claro todo mi proceso de oncología, lo tengo muy claro. Gracias a Dios no necesité ni radiaciones ni quimioterapias, me están dando quimioterapia tomada, una pastilla diaria por cinco años”. El cáncer es lo que está enfrentando en este preciso momento de su vida y lo está viviendo así, con todo lo que implica, día a día.

Continúa explicando que por más preparación y experiencia que tiene como tanatóloga, tiene necesidades emocionales y personales que identifica como parte de su proceso de enfermedad, así como la necesidad de cuidarse a sí misma y a su familia:

Por más tanatólogo que seas, por más preparación que tengas en el tema, de repente como que te brinca algo. Y eso que me brincó a mí, es la necesidad de abrazar a alguien. Amo ser tanatóloga, pero debo de tener una responsabilidad con mi vida y con las de mis hijos (Esperanza).

Las emociones están a flor de piel en el tanatólogo, no solo al estar acompañando a sus pacientes sino en su vida cotidiana, al enfrentar esas situaciones que son parte de su rutina, aunque no le agraden o no esté conforme, porque como afirma Létora (2010), “es necesario que los individuos posean cierta capacidad de enfrentar los “problemas de la vida” de manera coherente y lógica, de forma tal que se pueda tener una actitud digna y responsable ante dichos “problemas”(Citado en Orozco et al., 2012, p. 9). Al preguntarle a Esperanza cómo vivía su enfermedad en este momento respondió lo siguiente:

Temor, tengo temor, temor a enfermarme. Tengo tristeza, en ratitos me da tristeza, en ratitos me pongo a pensar: “¿Por qué a mí?, ¿por qué a mí?, o sea, como que ya había cumplido mi cuota de dolor, ¿no?”. Entonces sí me pongo a veces media rebelde con Dios, ¿por qué me está pasando todo esto?”. Ese es otro de los sentimientos que todavía tengo, que no me ha dado respuesta: “¿Por qué a mí?”.

Está viviendo el proceso de su enfermedad desde la capacidad de la toma de conciencia de sus necesidades físicas y emocionales, pero también desde la capacidad de enfrentar esta situación desagradable y preocupante de enfermedad.

Cuando el tanatólogo vive su vida, también recuerda las situaciones que lo han marcado en ese caminar, las lleva acompañándolo en su presente como parte del pasado, vivencias como las pérdidas de sus seres queridos, el estilo de vida de su familia, el dolor y el sufrimiento; sobre esto Esperanza comentó lo siguiente:

Perder a mi papá estando tan chiquita, tenía yo tres años cuando muere mi papá, sentía una infancia difícil, porque mi mamá nos la hizo lo menos difícil posible, ella trabajó muchísimo para sacarnos adelante, luego me cuando me caso y encuentro mi príncipe azul, después cuando se enferma y fallece, otro dolor. La muerte de mi mamá, también dolorosa y repentina porque no estaba enferma. Ya no lloro al hablarlos, ya no me pongo mal, pero yo pensé que ya había terminado mi cuota de dolor. También mi hijo de León y su esposa, acaban de perder su bebé.

En la vida del tanatólogo se hace presente la tanatología de forma constante, incorporándola y valorándola como una parte importante de sí mismo para enfrentar los problemas y las vivencias personales, expresándolo así Esperanza cuando se le pregunta sobre cómo ha llegado la claridad que manifiesta en su proceso de duelo por la enfermedad: “Yo creo que me ha servido mucho la tanatología para poderlo entender, para tenerlo tan claro. Si yo logro ver en mí eso, puedo ver en los demás lo mismo, en qué etapa están, cómo se sienten, cómo ayudarlos”.

Así, los tanatólogos identifican sus emociones en el aquí y el ahora en las vivencias de cada día, en situaciones como la crianza de los hijos, el padecer enfermedades crónicas y graves, la muerte de sus seres queridos, el trabajo, la familia, el mismo ejercicio de la tanatología; esta emocionalidad influye en su quehacer como tanatólogo, así como sus

abordajes tanatológicos influyen las otras situaciones de su vida. Tienen una influencia recíproca.

Desde el Desarrollo Humano, ser funcional en todas las partes de la vida refleja el concepto de auto-realización como lo propone Abraham Maslow (1968), esto implica que el tanatólogo clínico tiene un desarrollo de la personalidad desde el momento en que se enfrenta cara a cara con la muerte de su paciente y desde que vive todas las situaciones de su persona fuera del hospital, que son los problemas del día a día y le permite, como afirma este autor, “enfrentarse, soportar y batallar con los problemas “reales” de la vida (los problemas intrínseca y básicamente humanos, lo inevitable, los problemas existenciales para los que no existe ninguna solución perfecta)” (Maslow, 1968, p. 153).

La muerte no tiene solución, es el fin último del hombre, motivo por el cual, el tanatólogo clínico, desde esta perspectiva, es un sujeto que se está auto-realizando al detectar los problemas reales como lo es acompañar al moribundo en el lecho de muerte, porque el humano por naturaleza es finito y va a morir porque el “comprender y aceptar la situación intrínseca humana”, es decir, enfrentándose y aceptando valientemente, gozando incluso, disfrutando con las “deficiencias” de la naturaleza humana, en vez de intentar negarlas” es lo que implica la auto-realización” (Maslow, 1968, p. 153), pero también se auto-realiza cuando identifica sus problemas y situaciones difíciles en su vida personal, familiar, económica, emocional, mental, psicológica y social.

Y es que como expone Maslow (1968, p. 153): “Estos problemas reales a los que se enfrentan incluso (quizás especialmente) los seres humanos más maduros” les permiten contactar con todas sus emociones y sentimientos como “el sentimiento de culpa real, la tristeza real, la soledad real, el egoísmo sano, el valor y responsabilidad hacia los otros, etc.” (Idem, p. 154). El tanatólogo clínico al enfrentar el problema real que es la muerte de los pacientes en los hospitales también le permiten contactar consigo mismo para identificar sus vivencias existenciales reales.

Tratar tan directamente con la muerte también convierte al tanatólogo clínico en un

individuo desarrollado, es a lo que Abraham Maslow (1968) propone como personalidades desarrolladas: “Las personalidades muy desarrolladas poseen también mayor número de experiencias-cumbre, que parecen también al mismo tiempo más profundas... [...]... Es decir, ser más plenamente humano significa la permanencia de problemas y dolores” (p. 154). En este sentido, no solo hay dolor en el ambiente hospitalario con la muerte, también se tiene que regresar a los problemas y dolores de la vida cotidiana haciendo que estas experiencias-cumbre se sigan desarrollando profundamente desde la conciencia de su vivencia, consciente de su familia, de su trabajo, de su pareja, de sus enfermedades, de sus pérdidas, de su crecimiento, de ser tanatólogo y de cada experiencia que vive en cada uno de los aspectos de su vida.

“La auto-realización debe ser egoísta y, al mismo tiempo altruista; y por esto debe haber elección, conflicto y posibilidad de remordimiento” (Maslow, 1968, p. 159). El tanatólogo clínico debe ir hacia sus pacientes moribundos en el altruismo, pero también hacia sí mismo en el egoísmo. Y es que sale del hospital a un mundo lleno de problemas por vivir y resolver porque esa es su realidad, como expone Carl Rogers (1961): “Si una persona pudiera abrirse por completo a su experiencia, todos los estímulos –endógenos y exógenos- [...] la persona “vivirá” el estímulo, que sería totalmente accesible a la conciencia” (169).

El tanatólogo clínico es una valiente que día a día se enfrenta a la muerte y al dolor en el acompañamiento de sus pacientes moribundos y cuando elige vivir plenamente, tanto en su labor tanatológica como en su vida cotidiana, lo puede lograr, tal como lo expresó Esperanza a pesar de todo lo que ha vivido con su enfermedad y con su familia: “En este momento estoy tranquila, con ganas de hacer muchas cosas, te digo todo lo que tenemos pendiente de hacer del diplomado, estamos preparando unos cursos para los facilitadores, para estar todos al mismo nivel”, tal como afirma Rogers (1961, p. 175):

Estoy convencido de que este proceso de la vida plena no es para cobardes, ya que convertirse en las propias potencialidades significa crecer, e implica el coraje de ser y sumergirse de lleno en el torrente de la vida. A pesar de esto, resulta

profundamente estimulante ver que cuando el ser humano disfruta de libertad interior, elige como la vida más satisfactoria este proceso de llegar a ser.

Así pues, el ejercicio de la conciencia de la realidad de la muerte y de la realidad de la vida en todas sus facetas y con todo lo que eso implica, le permite al tanatólogo clínico seguir creciendo y ser más plenamente humano como afirma Maslow, también le permite un proceso de vida plena y de llegar a ser humano como lo propone Rogers; esto implica un compromiso organísmico, tal como lo manifiesta Escobar (2002), porque el tanatólogo, al conocer qué le ocurre en las vivencias del día a día en su labor de acompañar al paciente en sus últimos momentos de vida ofrecerá una atención más auténtica y efectiva, más congruente. Pero también será más auténtico, efectivo y congruente en su vida diaria consigo mismo, con su familia, con sus amigos, con su comunidad y con su medio.

10.2 3. Subcategoría 3: La pandemia de Covid-19 y las emociones desbordadas

Las condiciones que ha promovido la pandemia de Covid-19 al momento de la muerte, deja a los pacientes aislados viviendo su enfermedad y muriendo en la soledad, deja a los familiares sin poder acompañar a su enfermo ni despedirlo de este mundo cuando fallece y también ha obligado al tanatólogo a buscar nuevas estrategias para la atención de sus pacientes y los familiares. Esto ha provocado un desbordamiento emocional, sobre todo en los familiares de los pacientes por la forma y las condiciones en que fallecen los enfermos como parte de los protocolos en el sector salud en la atención y las limitaciones a los familiares y al tanatólogo clínico de estar cercanos en el acompañamiento y cuidado de los moribundos.

El mundo se cimbró con una pandemia provocada por el Coronavirus SARS-COV2 que inició en Wuhan, provincia de China. Según la información proporcionada vía Internet por la Secretaría de Gobernación de México, información actualizada en Octubre 2021:

Los coronavirus son una familia de virus que causan enfermedades (desde el resfriado común hasta enfermedades respiratorias más graves) y circulan entre

humanos y animales. En este caso, se trata del SARS-COV2. Apareció en China en diciembre pasado y provoca una enfermedad llamada COVID-19, que se extendió por el mundo y fue declarada pandemia global por la Organización Mundial de la Salud.

Los coronavirus humanos se transmiten de una persona infectada a otras:

- a través de las gotículas que expulsa un enfermo al toser y estornudar,
- al tocar o estrechar la mano de una persona enferma,
- un objeto o superficie contaminada con el virus y luego llevarse las manos sucias a boca, nariz u ojos (2021).

Al inicio de la pandemia en febrero del 2019 no se tenía tanta información sobre este coronavirus y la Organización Mundial de la Salud solicitó al gobierno de cada país que dieran orden a toda la población de guardar cuarentena por la alta transmisión del virus ya que estaba provocando muchas muertes y aún no se conocía un tratamiento médico efectivo.

Así fueron cerrados todos los comercios no esenciales y las personas se encerraron en sus casas. Había acceso restringido a las tiendas de autoservicios y abarrotes. También los hospitales públicos y privados permanecieron abiertos y con acceso restringido a enfermos y personal hospitalario. Esto provocó que los enfermos por Covid-19 y otros enfermos con necesidad de permanecer en el hospital por su condición de gravedad, estuvieran solos y si tuvieron la desgracia de fallecer, murieron solos. Esto lo refirió Esperanza durante la entrevista: “En el hospital nos pidieron que por favor no fuéramos al hospital, que no querían muchas personas dentro del hospital porque iba a ser un contagiadero enorme. Entonces, estamos respetando las normas que nos están dictando las autoridades”.

La mayoría de los tanatólogos entrevistados coincidieron en expresar que la gente que pierde a un familiar por Covid-19 le cuesta más trabajo procesar la pérdida, aunque el tanatólogo les proporcione herramientas, se complica; cada una ha tenido que enfrentarse al Covid-19 de diferentes formas y acompañar a otros es complicado, pero también acompañar a la propia familia, como reconoció Alma, al acompañar a su hermano en el duelo de su esposa fallecida por Covid-19, tal vez por la relación de familia

o por considerarla la hermana pequeña, es como si se complicara el trabajo con los seres queridos y sus pérdidas, tal vez por estar involucrados emocionalmente en el mismo duelo:

Sí, sí la verdad, todo esto es difícil de procesar, y la gente todavía está en shock, la gente no puede asimilar, es difícil, es muy difícil. Aunque tú vayas dando herramientas y todo, es más complicado, sobre todo dicen que nadie es profeta en su tierra, ¿verdad?, no sé cómo decirte, pero, a otras personas puedo más o menos orientar y a mi familia, a mi hermano, es como más complicado, no sé si porque me conocen, o porque soy la más chiquita, no sé; es más complicado el orientar (Alma).

Y es que ya había una costumbre para vivir los duelos y pasar el dolor después de un tiempo con los rituales: el velorio, la compañía, los abrazos, la cercanía, el pésame, el funeral, el novenario, los actos religiosos; pero cuando la gente fallece por Covid-19 van pocos al funeral, están alejados por los protocolos de higiene, tienen que cremar los cuerpos de los fallecidos, parece que esto va a hacer que las personas necesiten más tiempo y recursos para vivir y pasar el duelo.

Se han tenido que adaptar la mayoría de los servicios y la atención a la virtualidad, así como la atención al duelo de forma diferente y la vivencia también diferente, esto fue lo que expresó Alma al preguntarle sobre la diferencia en los duelos por Covid-19:

Ahora ni eso, ahora cuando mucho son videollamadas, si hay casos en los que de repente la gente muere por el COVID y son velados, van muy pocas personas y todos retirados; o sea, como muy frío. Claro, el duelo es muy diferente, esas personas van a necesitar todavía más tiempo o más recursos, más situaciones para adaptarse al cambio, para aceptarlo (Alma).

Los tanatólogos también han entrado en esta dinámica de la virtualidad, Esperanza también refiere el uso de diferentes plataformas para atender a los familiares que pierden a un ser querido por Covid-19, expresando también algunas de las diferencias que ella ha observado en la atención a la distancia y a través de una pantalla:

Muchos compañeros sí lo están haciendo de una forma virtual, yo siento que necesita todavía ser más presencial, para que haya ese verse a los ojos, ese poderle tocar la mano o en el momento que la persona llora y que necesita un

abrazo, poderla abrazar. Lógico que ahorita por las circunstancias no lo podemos hacer. Pero sí ya hay varios compañeros que están trabajando en forma virtual o por llamada de teléfono (Alma).

También es importante considerar la salud y el bienestar del propio tanatólogo, evitando la atención presencial de sus pacientes o de los familiares por temor a los contagios, tal como lo expresó Consuelo: “Precisamente por lo de la pandemia, no muchos se atreven a que sea presencial. Por ese miedo de contagiarte, porque muchos ya han tenido el Covid, entonces pues están en espera de que esto se aplaque un poco”.

Es como si la cercanía, el abrazo, la compañía de los otros permitiera pasar más rápido el duelo; hay diferencia entre los duelos antes de la pandemia y los actuales, el estar cerca de los otros en el dolor, hombro con hombro permitía un duelo normal, porque así nos damos cuenta de “lo útil e importante que es acompañar a una persona en estado vulnerable, no solo ante una enfermedad o ante la muerte sino también ante los cambios y las pérdidas” (Velázquez, 2018, p. 42). Ahora no se puede, los cruzan de brazos, no pueden estar cerca de los seres queridos contagiados, no se puede estar cerca de otros por temor al contagio, es como si no se pudiera hacer todo lo que se debe hacer y se tienen pocas herramientas para vivir el duelo y el tanatólogo clínico ha tenido que adaptarse a esta experiencia de la pandemia y modificar sus abordajes.

Los tanatólogos al identificar las diferencias en los duelos antes y después del Covid-19 se dan cuenta de la importancia de la manifestación de la parte humana en el acompañamiento, la forma en que la persona en la cercanía corporal, consuela y está para el otro mediante sí mismo; así lo afirmó Alma al contestar al cuestionamiento sobre las diferencias en los duelos de la pandemia:

Son bastante y ¿sabes qué?, se está mucho más necesitado de ese lado humano y tenemos menos herramientas. Nos cruzan de brazos, no podemos abrazarnos en un funeral, no podemos hacer un duelo normal, como lo hacíamos antes cuando alguien fallecía, que llegaban parientes y amigos a abrazarte, que tú sabías que estabas apapachado en ese momento de mucho dolor

Y también expresó Esperanza la importancia de la cercanía corporal como parte importante de transmitir la tranquilidad para el doliente: “Que a lo mejor con tocarlo o con estar cerca de él, simplemente, que sienta esa cercanía de la persona, tal vez eso le pueda dar más tranquilidad y quedar mejor”.

Desgraciadamente, no hay despedida para los enfermos de Covid-19, solo mensajes de su estado de gravedad de parte de la institución hospitalaria pero ya no los pueden ver los familiares ni despedirse de ellos, esto como parte de las medidas de seguridad e higiene para evitar los contagios que se han implementado en los protocolos hospitalarios, con respecto a esto comenta Alma la soledad en la que están muriendo los pacientes en los hospitales, alejados de sus seres queridos y sin la compañía de nadie más:

El no poderse despedir, te pongo el ejemplo de la esposa de mi hermano que falleció de Covid. La llevaron, estaba mala, no alcanzaba a respirar, no sabían que tenía Covid; la ingresaron a la clínica y ya no la volvieron a ver. Ya cuando pasaron 15 días internada, fue la funeraria la que la recogió, y fue a cremación. El no poderse despedir de la persona enferma y moribunda por Covid, que estén internados tantos días y no poder visitarlos, que no permitan verlos hasta que entregan las cenizas después de la cremación hace diferencias.

Tal parece que no despedirse complica la situación de los últimos momentos del moribundo y el duelo para los familiares, resulta más complicado resolver estos duelos por la forma, es como si se vivieran varios duelos conectados, el primero cuando dejan al enfermo en el hospital, el segundo que abarca todos los días que está internado y con noticias esporádicas de su evolución para los familiares, cuando fallece no poder darle el último adiós y, por último, el tener que cremar el cuerpo por las medidas de higiene, una pérdida tras otra, tal como refiere Consuelo:

Es mucho más complicado que en duelos anteriores, porque ese primer momento de ir a dejarlos al hospital y no saber nada de ellos, es una angustia, un miedo, una preocupación, una ansiedad que no se había presentado tan drástica en otro momento, cuando tú llegas a llevar a tu enfermo a urgencias. ¿Por qué? Porque ya no tienes contacto con él, no te permiten ese contacto, es una angustia para el paciente y para el familiar. Yo creo que eso es la principal afectación que hay ahorita, el no poder verlo, no poder saber que en verdad está bien; y más cuando

te dicen que ya falleció, incluso no te dejaban ni ver qué era así tu familiar y te lo entregaban en una cajita.

Así pues, esta pandemia de Covid-19 ha venido a complicar tanto la forma en que los pacientes viven el momento de la muerte solos, como el duelo de los familiares porque no pueden estar cercanos a su ser querido que se va de este mundo y para el tanatólogo clínico también ha complicado la atención a sus pacientes con motivos del contagio de la enfermedad y el distanciamiento social, aparte de que en las instituciones hospitalarias está restringido el acceso. Así, el tanatólogo clínico en su labor, no ha tenido más opción que adaptarse a estos tiempos de pandemia y trabajar en la distancia virtual realizando sus abordajes, a pesar de todos los inconvenientes que se ha encontrado en el camino.

10.2.4. Subcategoría 4: Las emociones en la formación del tanatólogo

Es importante que el tanatólogo reciba una formación especializada en el manejo de sus emociones. Que aprenda a identificarlas, a vivirlas, que aprenda a ser emocionalmente inteligente, que adopte y conozca técnicas que puede aplicar para trabajar la vivencia de sus emociones; los tanatólogos identifican estrategias como parte de su formación formal, pero también van aplicando formas empíricas para el manejo de la gran carga emocional que traen a cuestas.

La muerte es un fenómeno difícil para todo ser humano y el tanatólogo clínico, como parte del equipo de profesionales de la salud que atiende a los pacientes en las instituciones de salud públicas y privadas, a pesar de estar preparado para acompañar en el proceso de la muerte y del duelo, tiene emociones que surgen de esa relación con sus pacientes y es importante que las identifique con la intención de mejorar sus abordajes.

Goleman (2009) propone que “las emociones son impulsos para actuar ante situaciones determinadas”. (Citado en Allende, 2019, p. 5). Según Allende (2019, p.8), las emociones no solo provocan manifestaciones físicas, también afectivas:

La emoción es considerada como la reacción profunda del cuerpo ante una situación ya sea inesperada o esperada, que genera una serie de manifestaciones afectivas y físicas, mismas que pueden ser agradables o dolorosas; es un factor primordial en el desempeño de las actividades del hombre.

Las emociones son reacciones que los seres humanos experimentan, entre las más comunes se encuentran: el amor, la alegría, la tristeza, el miedo y la ira. Cuando no se tiene un manejo adecuado de las emociones estas pueden desencadenar un bloqueo o incluso una enfermedad (Allende, 2019).

Como menciona María Dolores Altamirano Rivera (2015) el tanatólogo clínico necesita profundizar en sí mismo y revisar qué pasa consigo mismo y con su entorno, aceptando sus vivencias anteriores y lo que está viviendo actualmente para poder acompañar a sus pacientes desde el respeto, el amor y la superación personal porque al sanar las propias emociones, va a mejorar su vida en todos los sentidos: su desempeño personal y mental, familiar y social; acompañar no es fácil, porque, tal como lo propone Velázquez (2018):

Es un acto de amor y de valor, en el que hay que tener la capacidad de brindar un acompañamiento a otra persona, incluso en los momentos al final de la vida, pudiendo ser una habilidad innata, pero también es algo que se estudia, se aprende y se vuelve una pasión. (p. 45)

Y así es, todos los tanatólogos entrevistados coincidieron en que el Diplomado en Tanatología que estudiaron les permitió reconocer sus emociones y trabajarlas para poder ir en pos del sufrimiento y el dolor de los pacientes enfermos y moribundos, así como de sus familiares.

Hay herramientas que fueron aprendidas por los tanatólogos como parte de su formación; esto lo afirmó Esperanza al preguntarle si en el Diplomado de Tanatología que ella estudió le dieron las herramientas necesarias para identificar sus emociones: "Sí, también te da las herramientas para elaborar las emociones, y detectarlas, tanto en tu paciente como en ti mismo" mientras que Alma afirmó que después de los abordajes en el hospital, tenían un grupo de tanatólogos mediante el cual, trabajaban los enganches emocionales que tenían con sus pacientes de forma grupal pero también individual:

La retroalimentación que teníamos después de los grupos en donde nos quedábamos, quién se quedó atorado, en qué forma. Y cómo todos, viendo que alguien estaba necesitado o que se había quedado con alguna situación por resolver, o que se había espejado con alguien de los que estaban abordando, cómo todos nos ayudábamos, como si fuéramos jalando para arriba (Alma).

Es importante que el tanatólogo se prepare y sane para poder acompañar a sus pacientes y a sus familiares en los abordajes; se prepara estudiando un curso que lo entrene para ejercer la tanatología y sana sus duelos por pérdidas, así lo afirmó Esperanza: “El tanatólogo debe de ser la persona que haya recibido una preparación y que haya sanado sus duelos para poder ayudar a otras personas”.

La realidad es que el tanatólogo no solo es responsable de su emocionalidad, también es responsable de las emociones que mueve o desborda en sus pacientes durante los abordajes, tiene responsabilidad directa de cerrar lo que deja abierto, así lo expresó Consuelo:

Porque si no eres responsable de la persona que tienes enfrente, de la persona que abordas, puedes abrir una puerta a sus emociones, el principal objetivo de un tanatólogo es desbordar todas esas emociones y saber cerrar esa puertita que abriste. Esa responsabilidad hay que tenerla bien en clara, es muy grande y no estamos jugando con esas emociones, con esas personas. Tener esa seriedad que se necesita.

Por lo anteriormente expuesto, se puede afirmar que acompañar en sus últimos momentos a los pacientes es una tarea titánica, se desbordan las emociones tanto en los pacientes como en los familiares, y el tanatólogo también está presente en ese tsunami emocional, por eso:

El proceso de acompañamiento en la muerte provoca un desgaste natural en el tanatólogo clínico por toda la serie de emociones y sentimiento que se mueven dentro de sí mismo al ver el sufrimiento, el dolor y la partida de otro ser humano doliente “que es conveniente sanear periódicamente a través de los conductos pertinentes” (Altamirano, 2015, p. 17).

También es cierto que la mayoría de los tanatólogos clínicos entrevistados en el caminar de su labor y como parte de sus estrategias de afrontamiento, aparte de las herramientas que conocieron y aprendieron en el curso que los especializó como tanatólogos, han desarrollado otras formas empíricas para el manejo de sus emociones, cada uno a su forma y con su estilo, con sus creencias y experiencias.

La actividad física y el utilizar el agua como simbolismo de liberación y limpieza son algunas de las herramientas empíricas utilizadas por la mayoría de los tanatólogos, así lo mencionó Alma al preguntarle qué técnicas debería aplicar el tanatólogo para gestionar sus emociones al realizar los abordajes con sus pacientes: “Yo pienso que es muy importante hacer ejercicio, llegaba muy cansada, hacía ejercicio, me bañaba, y ya, como que es liberar. Hay formas que tiene uno que buscar para no terminar cansado con el burnout”.

Consuelo compartió también que utiliza el agua como un simbolismo de limpiarse: “Mi rutina es llegar a mi casa, bañarme, porque el agua es para mí es como sacar todo lo que se me haya quedado, y lavarme, lavarme”.

Otra herramienta también utilizada por la mayoría, es la de estar en contacto con la naturaleza para liberar la energía con la que se pudo haber quedado el tanatólogo después de los abordajes, esto lo compartió Esperanza al realizarle la misma pregunta sobre las técnicas para gestionar las emociones que utiliza el tanatólogo:

Han sido muy pocas las veces que me he sentido intranquila, o que me voy cargando con algo como, para mí la solución es abrazar un árbol para que esas energías se queden ahí y me pueda retirar sola; o cuando llego a mi casa, camino por el pasto descalza (Esperanza).

De la misma forma, Consuelo refirió el contacto con la naturaleza como parte de sus estrategias y compartió lo siguiente: “Cuando tengo tiempo, voy al parque, yo creo que ya tengo a todos los árboles secos [Risas], me encanta abrazar a los árboles, me encanta ir a la naturaleza, entonces de ahí me lleno mucho de energía”.

Tal pareciera que no son suficientes las herramientas aprendidas en su formación como tanatólogos para hacer frente al desgaste emocional en la atención y el abordaje a sus pacientes, que tienen que buscar otras técnicas para poder gestionar la emocionalidad liberada en los abordajes.

Por lo anteriormente expuesto, resulta necesario tener las herramientas pertinentes y adecuadas para el reconocimiento de las emociones, para su manejo y cierre, tanto en su aplicación con los pacientes y para el propio tanatólogo; estas herramientas deben aprenderse como parte de su formación tanatológica y deberían ser suficientes para la gestión emocional, pero la realidad es que al no ser estas herramientas aprendidas suficientes, desarrollan estrategias empíricas que le permiten al tanatólogo clínico un manejo adecuado de las emociones en el desgaste de la atención a sus pacientes que lo hacen sentir cómodo de acuerdo a sus creencias, experiencias y forma de vida.

10.2. 5 Subcategoría 5: Autocuidado y emocionalidad.

El autocuidado es cualquier tipo de acción que despliega la misma persona de forma intencionada y deliberada, que integra a sus hábitos, para encontrarse en el control y en el buen funcionamiento; en este sentido, el tanatólogo clínico descubre la importancia del cuidado integral a su persona, poniendo especial atención, sobre todo, en el plano emocional porque vive en una exposición constante al dolor, el sufrimiento, la muerte y la enfermedad; se da cuenta de la forma en que muchas veces se ha colocado en segundo plano ante las necesidades de los otros.

Es importante que los profesionales de la salud que viven la muerte de sus pacientes desarrollen estrategias de afrontamiento adecuado y de autocuidado para ser capaces de seguir siendo funcionales en sus actividades del día a día y en su vida cotidiana sin desplegar los mecanismos de defensa que solo aplazan la confrontación con la parte interna desequilibrada porque subyacen sentimientos de frustración, fracaso, culpa, dolor, incompetencia y negación de la muerte.

Entonces, como afirma Sara Sanchis (2020), “el autocuidado personal y emocional se define como el conjunto de acciones que emprende una persona en beneficio de su salud y bienestar” (p. 1).

María Dolores Altamirano Rivera (2015) propone que el tanatólogo clínico necesita profundizar en sí mismo y revisar qué pasa consigo mismo y con su entorno, aceptando sus vivencias anteriores y lo que está viviendo actualmente para poder acompañar a sus pacientes desde el respeto, el amor y la superación personal.

La mayoría de los tanatólogos clínicos entrevistados coincidieron en expresar la vulnerabilidad detectada en la resolución de vivencias dolorosas anteriores y actuales como necesarias para un mejor acompañamiento de sus pacientes, así lo expresó Alma: “Hay varias cosas en las que trabaja uno, en lo personal y luego después en lo grupal, el vernos vulnerables todos los compañeros, unos a otros nos apoyamos”. Sanar sus duelos anteriores les permite seguir adelante, así lo expresó Esperanza: “Me pude dar cuenta de que yo estaba enojada con mi mamá porque se murió, yo no le di permiso de que se fuera, yo no le di permiso de que me dejara y eso era lo que me tenía molesta”.

Sanar las propias emociones va a mejorar su vida en todos los sentidos, tanto en su desempeño personal y mental, como en el familiar y social. Porque “no es el no tener heridas lo que nos permite ayudar a otros a sanar las suyas, sino el haberlas sanado y cuidar continuamente del bienestar propio” (Zhon y Moreno, 2008, p. 4); porque al reconocer sus necesidades, el tanatólogo existe y decide, como menciona Cohen (2013) que “cuando reconozco mis necesidades auténticas me percato de mi existencia y del valor que tiene mi decisión sobre qué hacer con ellas” (p. 9).

La realidad es que el tanatólogo debe estar pendiente de sí mismo, en ese cuidado pendiente y amoroso de su persona, situación que reconoce y compara con su costumbre previa, como refiere Alma: “Era dejarme yo al último, siempre, no había autocuidado para mí, siempre era el cuidado para los demás”. También Consuelo afirma la importancia de cuidarse y conocerse en sus procesos internos y externos: “Hacer un análisis de mí

misma y entonces decir lo que me hizo llorar, lo que me dolió y por qué; tengo que analizarme yo misma y platicarlo con alguien más, con otra tanatóloga”.

Desde el cambio y desde el discernimiento es como el tanatólogo clínico puede transformarse y transformar, como lo expone Robert Burney (2008 citado en Altamirano, 2015, p. 7):

Se requiere ser proactivo en el propio proceso para dejar de ser la víctima de las viejas grabaciones y comenzar a apropiarse del poder personal que lleva a la persona a construir su vida en una forma sana”. Darse cuenta de sí mismo, de sus procesos, de sus creencias, de sus aprendizajes, de sus programaciones hará que se transforme poco a poco en un ser humano en proceso de sanación y desde ese “estar sano” poder ir al otro para acompañarlo en el proceso doloroso de la muerte.

El proceso de acompañamiento en la muerte provoca un desgaste natural en el tanatólogo clínico por toda la serie de emociones y sentimiento que se mueven dentro de sí mismo al ver el sufrimiento, el dolor y la partida de otro ser humano doliente “que es conveniente sanear periódicamente a través de los conductos pertinentes” (Altamirano, 2015, p. 17).

Cuando el tanatólogo clínico acompaña a sus pacientes desde los abordajes se puede olvidar de sí mismo y de su cuidado, perderse en el tiempo de la atención del otro, pero también perderse en el tiempo para su atención. Y es que “es importante que cuide su salud emocional como requisito indispensable para brindar el acompañamiento de calidad y equidad que las personas requieren” (Altamirano, 2015, p. 30).

Es en sus abordajes es en donde el tanatólogo clínico manifiesta el amor que tiene por el prójimo, por esos seres humanos dolientes en el lecho de muerte que agonizan y a quienes se les escapa la vida de las manos. Se prepara académicamente y practica las herramientas necesarias para acompañar a sus pacientes de una forma efectiva y adecuada y tal como lo dice Fromm (1959, p. 63): “Si es una virtud amar al prójimo como a uno mismo, debe serlo también –y no un vicio– que me ame a mí mismo, puesto que también yo soy un ser humano” y es que el amor a uno mismo en cada faceta de la

persona “implica que el respeto por la propia integridad y unicidad, el amor y la comprensión del propio sí mismo, no pueden separarse del respeto, el amor y la comprensión del otro individuo” (Idem); por tal motivo, el acompañar en el lecho de muerte al paciente moribundo como manifestación del amor filial al ser humano le implica al tanatólogo clínico también manifestar el amor para su persona cuidándose en su proceso de vida en la congruencia del cuidado del otro en su proceso de muerte.

Todos los tanatólogos clínicos entrevistados refirieron que al final de los abordajes tenían un seguimiento de otra y otras personas donde podían identificar qué les había sucedido con sus pacientes y qué emociones se habían movido:

Teníamos un grupo de retroalimentación, cuando terminábamos, todos los tanatólogos, nos íbamos a nuestro lugar ahí en el hospital y eso nos ayudaba mucho. De hecho, al iniciar, también teníamos una oración, como un despegue, un camino, una dinámica, un juego, para irnos a abordar con todo el amor, ¿verdad? Y ya cuando veníamos, ya teníamos esa retroalimentación: “¿Cómo estás?, ¿cómo te sientes?, ¿qué te dejó este abordaje?, ¿te hizo crecer, te hizo moverte? (Alma).

Al final de los abordajes, hacemos una junta, una reunión, entonces exponemos el abordaje sin decir nombre ni apellido, con las compañeras. Decimos cómo nos sentimos, qué nos movió, yo creo que eso ayuda mucho (Consuelo).

Pues puede ser también el tener yo misma mi propio tanatólogo terapeuta, de cajón, tener un seguimiento terapéutico, para no engancharme con algún caso y poder dejar a esa persona, o esa familia, poderla dejar, que ellos sigan adelante, y seguir yo mi camino también, necesitamos definitivamente tener alguien que nos tenga bien de nuestra salud mental (Esperanza).

Por esto, la congruencia del tanatólogo clínico es básica, porque como afirma Rogers (2007, p. 38), “cuando las experiencias relativas al yo son adecuadamente simbolizadas e integradas al yo, se produce un estado de congruencia entre el yo y la experiencia y el funcionamiento del individuo es integral y óptimo” (Citado en García, 2016, p. 55). Esta congruencia de identificar lo que le ocurre en cuanto a su estado emocional del tanatólogo, en relación con lo que vivió en el abordaje, le permite seguir funcionando de manera adecuada para sí mismo y para los demás.

Es decisión del tanatólogo clínico tomar la mejor forma para procurar su propio cuidado después de estar conviviendo tan cercanamente con la enfermedad, la muerte, el dolor, el sufrimiento de los pacientes y el de sus familiares porque como expone Elisabeth Kübler Ross: “El mayor regalo que nos ha hecho Dios es el libre albedrío, que coloca sobre nuestros hombros la responsabilidad de adoptar las mejores resoluciones posibles” (2005, p. 5). En tal sentido Heidegger referido por Vattimo (citado en Carmona y Bracho, 2008, p. 21), plantea “que debemos hacernos responsables de nuestra propia vida, asumir nuestra propia muerte sin dejarnos fagocitar en nuestra relación con los objetos y sus funciones”. El poder separar lo que le pasa al otro, conociendo lo que le pasa al tanatólogo le permitirá identificar y trabajar, desde su responsabilidad, en el cuidado de sí mismo, en todos los sentidos.

Por lo anteriormente expuesto, se puede concluir que, en su entrega al doliente desde el amor, es cuando el tanatólogo clínico identifica y trabaja de manera adecuada sus emociones, sentimientos, aciertos, fracasos, luchas y necesidades en los abordajes de sus pacientes, así como en sus duelos y vivencias anteriores, se está cuidando a sí mismo, como lo menciona Fromm, “el amor hacia los demás y el amor a nosotros mismos no son alternativas. Por el contrario, de todo individuo capaz de amar a los demás se encontrará una actitud de amor a sí mismo” (1959, p. 64), esto permite un camino seguro desde el autocuidado y hacia el cuidado del otro.

Es conveniente que la salud integral de los tanatólogos esté garantizada: salud física, mental, emocional, psicológica, espiritual y social; integrando todo esto como parte de la cultura del autocuidado, tal como lo menciona Altamirano (2015, p. 30):

Sería relevante que las y los tanatólogos fueran la punta de lanza de una nueva cultura del autocuidado de la salud en la que no existieran los duelos debido a que siempre se dijo la palabra justa en el momento justo, y lograr que la población comprendiera que la muerte es parte de la vida. La condición de lo anterior es que la salud integral de las y los especialistas en Tanatología esté garantizada.

En la medida en que promueve su autocuidado se estará acercando a su crecimiento interno y externo, estará desarrollando su capacidad de atención efectiva a sus pacientes y se sentirá satisfecho de su labor tanatológica.

Las acciones de autocuidado para los tanatólogos clínicos propuestas por Altamirano (2015), son las siguientes:

“Desde lo personal:

- Sanar los propios duelos.
- Aprender a expresar y liberar sus emociones.
- Aprender cuando es momento de callar y cuando es momento de hablar.
- Cuidar su cuerpo: hacer ejercicio, tomar agua, alimentación saludable, descanso, recreación, control médico preventivo.
- Aprender a centrarse en lo positivo de la vida.
- Tener un proyecto personal de vida.
- Tener un plan de felicidad.

Desde lo profesional:

- Estar bajo proceso terapéutico constante.
- Unirse a un grupo de apoyo.
- Respetar la competencia profesional (No manejar grupos, terapias si no se está capacitado).
- Actualizarse en todos los sentidos” (p. 24).

10.3 Categoría 2: Ante la vulnerabilidad del otro y la propia

En la segunda categoría que se denomina: Ante la vulnerabilidad del otro y la propia, el tanatólogo clínico está expuesto a la vulnerabilidad de sus pacientes, a esa vulnerabilidad que tiene todo ser humano ante la enfermedad y la muerte. Es vulnerable también desde el darse cuenta de la impotencia ante el fenómeno del doliente, ya que sus recursos son limitados ante la demanda de sus pacientes y, además, dentro de esa impotencia deberá mostrar una cara fuerte y serena, aun cuando hay cosas que se están moviendo dentro de él. Se vive también vulnerable al percibir la finitud de su vida y que, en sus manos, la mayoría de las veces, no tiene una solución para el doliente más que ser su acompañante en ese momento difícil de evolución, que es la muerte. Así mismo, la vulnerabilidad se manifiesta en el día a día con la vivencia de sus problemas familiares, personales,

laborales, de salud, cotidianeidad que tiene que enfrentar también desde sus recursos y posibilidades.

Son 4 las subcategorías desarrolladas en este apartado:

1. El tanatólogo clínico y la vivencia de su vulnerabilidad.
2. Acompañando al que se va de este mundo y a los que se quedan.
3. Contacto con el dolor y el sufrimiento.
4. El tanatólogo clínico sin respaldo institucional.

10.3.1 Subcategoría 1: El tanatólogo clínico y la vivencia de su vulnerabilidad

Es importante considerar que el tanatólogo clínico es vulnerable como ser humano ante el dolor de sus pacientes, porque el darse cuenta de su finitud, de sus enfermedades, de sus limitaciones, lo hace tomar conciencia de su vulnerabilidad. Según la Real Academia Española, la vulnerabilidad es la cualidad de ser vulnerable. Y la palabra vulnerable proviene del latín *vulnerabilis* y *significa que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente*. El tanatólogo es vulnerable ya que es seguro que saldrá herido, de alguna forma, al convivir de manera tan cercana con la muerte; no puede salvar a sus pacientes de ese trago amargo, lo único que le queda es el acompañarlos para que den de mejor manera el paso al más allá.

En el ejercicio de su labor y entre más abordajes realiza, más tiende a querer alejarse del dolor y de la muerte por sentirse vulnerable, si no se trabaja adecuadamente esta implicación, puede provocarle afectaciones corporales, emocionales y psicológicas en su persona porque, como menciona Allende (2019), “se ven con una mayor afectación emocional ante este fenómeno”. (p. 2). En esta interacción constante con la enfermedad, con el dolor, con la finitud de la vida, el tanatólogo también toma “distancia emocional” para no vivirse tan afectado, Nava (2018) propone que “las afectaciones no solo se presentan en la salud sino en el individuo en general, específicamente afectaciones psicológicas” (p. 7).

Esta distancia emocional se refiere a que en la relación de ayuda, cada uno de los que participan en dicha relación, son sujetos independientes; la propuesta de Rogers (1980) consiste en que dos personas que están en contacto, donde el cliente está en un estado de incongruencia, vulnerabilidad o angustia y el terapeuta es congruente en la relación con el cliente; esto significa que en la relación de ayuda entre el tanatólogo y cada uno de sus pacientes, el tanatólogo en la congruencia, debe tener consciencia y darse cuenta de lo que le está sucediendo en esa relación: sus pensamientos, reacciones, emociones, pero teniendo presente que la experiencia es del paciente y sólo del paciente; esto es estar en contacto con la propia experiencia para recibir al otro pero manteniendo esa distancia justa para poder apoyarlo de forma cercana pero también lejana viviendo la propia implicación.

Y es que verdaderamente, ¿quién está preparado para la muerte?, ¿cómo se integra en la vida cuando se sabe que es un fenómeno irreversible? Sabemos que desde el momento del nacimiento se van restando los días de vida y se acerca cada vez más el momento de la muerte; estando en el hospital y también en constante contacto con los pacientes enfermos, con los moribundos y sus familiares, como afirman Carmona y Bracho (2008), es cuando se toma conciencia de la vulnerabilidad de la vida ante la muerte, ante la muerte como una situación tremenda y para la cual nunca se está preparado, es como si el paciente reflejara con su partida de este mundo la propia muerte del tanatólogo, y eso le genera angustia e impotencia, como afirma Kübler-Ross (2013):

¿No será esta actitud nuestra la manera de hacer frente y reprimir la angustia que un moribundo o un paciente en estado crítico despierta en nosotros? [...] que la cara de sufrimiento de otro ser humano que nos recordaría una vez más nuestra falta de omnipotencia, nuestros propios límites y fracasos, y en el último, aunque muy importante lugar, nuestra propia mortalidad. (p. 24)

Tal como proponen Camacho y Bracho (2008), el tanatólogo clínico, al ser parte del personal de salud, ha vivido la muerte de sus seres queridos y la vulnerabilidad ante el temor de las pérdidas futuras, porque como refiere Elisabeth Kübler-Ross (2005 citada en Carmona y Bracho, 2008, p. 15) “la muerte, es el acontecimiento universal por

excelencia”, aunque tengamos la ilusión de que seremos longevos porque este mundo que vivimos niega la realidad de morir y propone la ilusión de vivir por muchos años, la realidad es que se nace para morir y a la muerte no le importa nada: ni la raza, ni el sexo, ni la posición social o económica, ni la religión, absolutamente nada, todos somos iguales cuando a cada cual le llega su momento.

La vulnerabilidad a la que se expone el tanatólogo se manifiesta como parte del dolor de cada paciente acompañado, a pesar de haber trabajado sus propios duelos, a pesar de enfrentarse a sus propios miedos, a pesar de enfrentarse con la cruda realidad de una vida finita y como parte también de su formación cultural, familiar y personal (Lorenzo, 2010). Mientras más se acerca el ser humano a la edad adulta, descubre que no es omnipotente para detener el paso del tiempo ni para frenar la muerte y los “deseos más intensos no son tan poderosos como para hacer posible lo imposible” (Kübler, 2013, p. 16). El tanatólogo solo puede acompañar al ser doliente que parte de este mundo porque la realidad es que no puede hacer nada para salvarlo de la muerte. Y es que, como expone Kübler: “¿es la cara de sufrimiento de otro ser humano que nos recordaría una vez más nuestra falta de omnipotencia, nuestros propios límites y fracasos, y en el último, aunque muy importante lugar, nuestra propia mortalidad?” (Kübler, 2013, p. 24). Estar con el otro que sufre y fallece refleja la vulnerabilidad del ser humano en manos del dolor y de la muerte, que tarde o temprano, también le va a ocurrir al tanatólogo, a sus seres queridos o a sus futuros pacientes y seguramente ya vivió experiencias de pérdida de seres queridos.

Todos los tanatólogos entrevistados se descubren, se manifiestan y se saben vulnerables ante el dolor de sus pacientes y ante el fenómeno inevitable de la muerte. No es fácil saber que al doliente que están acompañando le quedan los días o las horas contados, ver en su rostro el dolor que está sintiendo, mucho menos escuchar los gritos y los llantos; tal como refiere Alma:

Fue al principio, impactante. Porque yo tenía como que la preocupación de si podía con tanto dolor, ¿verdad?, el ver y que no fuera yo a ser chillona. Porque por lo general, uno se quiebra, ¿verdad?, con tantas situaciones.

Esperanza manifestó su vulnerabilidad ante los pacientes que ha acompañado y que presentaban alguna enfermedad en los riñones porque su esposo falleció de una complicación nefrítica: “Eso es lo que me mueve más, eso es lo que me mueve más, y es lo que yo no quería aceptar, o que yo no quería pasar por ese momento”.

Y Consuelo también expone su experiencia de vulnerabilidad al realizar los abordajes con sus pacientes: “Pues sí, sí... sí sientes, sí sientes, pero no te vas a poner a llorar junto con él. ¡No!”. La muerte de sus pacientes ha hecho estragos en ellas de diferentes formas: en Alma y Consuelo hay afectaciones emocionales y en Esperanza hay afectaciones psicológicas (la negación).

Y a pesar de la vulnerabilidad, en medio del dolor, del sufrimiento y de la muerte, se presenta la posibilidad de crecer y de trascender como persona, tal como afirma García (2016): “La vulnerabilidad, partiendo de las condiciones básicas de Rogers, donde un estado vulnerable se considera como una posibilidad para el crecimiento, la abordo como un principio de desarrollo y no como una condición atemorizante” (p. 55). En este sentido, el tanatólogo reconoce su finitud de su vida pero también reconoce la trascendencia, la importancia de dejar un legado, tener un sentido de vida y las creencias de lo que pasa después de la muerte que le permite encaminarse en otros sentidos. Así lo compartió Alma:

De repente, como vivimos muy cotidianamente, el día a día, en decir: “Ah, ok, mañana lo hago”, dejarlo para mañana, o pensar que tal vez “Como he vivido 44 años, pues todavía tengo otros 44 por recorrer”. Y no es así, ¿verdad?, o sea, el saber que somos finitos, que tenemos un día en el que va a llegar, que vamos a trascender, vamos a encontrarnos con nuestro creador, me hace querer dejar como legado. Como que tu vida no pase sin sentido.

A pesar del temor, el miedo y la angustia que genera la muerte en las personas, aun así, el tanatólogo descubre oportunidades de crecimiento y desarrollo en medio del sufrimiento y el dolor. Se vive vulnerable en medio de un campo de batalla donde sabe que va a perder ante la muerte, pero también se vive con oportunidades.

Con todo esto, se concluye que el tanatólogo clínico como parte de una institución hospitalaria pública o privada, al tener contacto directo con pacientes en proceso de enfermedad y muerte, se da cuenta de su propia vulnerabilidad que incluye estar propenso a enfermedades, al dolor y al término de la vida, tanto propia, como de sus seres queridos, pero esto no le resta motivación para realizar su labor tanatológica y, aunque se vive vulnerable, con miedo, con temor y angustia ante el fenómeno que representa la enfermedad y la muerte, sigue adelante a pesar de todo y con todo, acompañando a sus pacientes y a los familiares, buscando oportunidades para crecer y desarrollarse, teniendo la gran oportunidad de estar en contacto con la trascendencia y con la posibilidad de elegir en el día a día lo más importante de su vida.

10.3 2 Subcategoría 2: Acompañando al que se va de este mundo y a los que se quedan

La principal función del tanatólogo clínico es acompañar en el dolor de la enfermedad y en el proceso de la muerte a sus pacientes, pero también acompaña en el duelo a los familiares que se quedan cuando sus seres queridos se van de este mundo.

La Tanatología se conforma de dos partes, una teórica que permite al tanatólogo, desde su humanidad, tener los conocimientos necesarios para acompañar y otra práctica, que se conforma de las habilidades, recursos y fortalezas para armar un plan adecuado de acción para realizar el acompañamiento (Velázquez, 2018); por lo tanto, un tanatólogo no se forma al azar o por mero capricho, necesita allegarse y asegurar los conocimientos y herramientas adecuados para poder acompañar a sus pacientes y también a los familiares. Además, el tanatólogo que no ha practicado, que no tiene experiencia, no se puede imaginar las situaciones a la que se pudiera enfrentar en la labor tanatológica porque no ha estado cerca del dolor, del sufrimiento y de la muerte.

Ya se manifestó anteriormente que realizar el acompañamiento es una labor difícil que implica el autocuidado del tanatólogo y su compromiso, tanto de su propio bienestar como

del bienestar de sus pacientes porque, como asevera Velázquez, “no es fácil acercarse a alguien que se siente herido y lastimado, confundido y roto; habrá que tocar con mucho cuidado su espíritu maltrecho y cobijarlo con lo mejor de nuestra esencia” (Velázquez, 2018, p. 43), porque cuando un ser humano está en el lecho de muerte y se le acompaña en el proceso, hay que hacer uso de lo mejor que se tiene para despedirlo de este mundo, para que en medio del dolor, la incertidumbre, el miedo, la angustia y la agonía, tenga un acompañante que le de valor, respeto, confianza y fortaleza para dar el último paso. “En este sentido el Tanatólogo debe de tener la capacidad para actuar con cordialidad, sencillez y empatía, a la vez que ofrece al paciente los apoyos que requiere de acuerdo a sus circunstancias” (Altamirano, 2015, p. 24). En cada acompañamiento, aunque se pierda la batalla de todas las formas posibles con la muerte, no puede derrumbarse emocionalmente en ese momento al tanatólogo clínico porque sigue, desde el amor, acompañando a otros pacientes en su partida de este mundo.

Mientras que los médicos y enfermeros se encargan de la salud y la enfermedad física del paciente, el tanatólogo clínico se encarga de su acompañamiento emocional y espiritual, todas cuestiones importantes en el proceso del bien morir; trabajar en el acompañamiento de pacientes en proceso de enfermedad y muerte en una institución hospitalaria pública o privada exige al tanatólogo clínico la atención continua y continuada a los pacientes, muchas veces sin descanso por la sobrepoblación de los hospitales, quedando en sus pensamientos si la labor de acompañamiento y abordaje realizada es adecuada, suficiente y satisfactoria para el paciente.

Y no solo lo hace para el paciente, el tanatólogo clínico también acompaña a los familiares del paciente, esos que viven la angustia del proceso de muerte de su ser querido y que también se quedan con el dolor y la pena de ya no tenerlo cuando fallece; en cuando a las exigencias familiares las podemos encontrar desde dos aspectos, el primero atendiendo a la familia del paciente moribundo porque ver que al ser querido se le está yendo la vida es doloroso y angustiante, por eso el tanatólogo clínico está delante de los familiares acompañando al ser querido en sus últimos momentos en este mundo y, el segundo aspecto es que su papel es importante y determinante para la tranquilidad de la

familia en el sentido de darle todas las facilidades al familiar que está muriendo para que sea lo mejor posible su partida. Y es que ¿cómo no autoexigirse cuando se acompaña a alguien en el proceso de su muerte?, ¿cómo no querer acompañarlo lo mejor que se pueda?, ¿cómo no preguntarse si ha sido suficiente lo que se ha hecho por el moribundo y por su familia?

El agonizante condenado a muerte deja este mundo, pero los familiares se quedan con diferentes duelos: el dolor de saber que su familiar falleció, las situaciones familiares que quedan pendientes, las situaciones económicas que se generan con la enfermedad y todas las otras situaciones que se desencadenan.

Todos los tanatólogos entrevistados identifican la necesidad latente del acompañamiento tanto en los pacientes como en sus familiares. Esto lo confirma Alma al expresar su experiencia sobre las diversas necesidades que van surgiendo en el proceso de enfermedad y muerte:

Y entonces ellos (los familiares) están muy, muy necesitados del abordaje también. Nosotros lo pensábamos: "Ay, pues es el familiar, no sufren", pero sí sufren. O sea, el estar viendo a su paciente, a veces terminal y con situaciones pues, económicas a veces difíciles.

El proceso de enfermedad de un paciente genera gastos extraordinarios a los familiares: gastos de traslados, de alimentos fuera de casa, de medicamentos requeridos por el familiar enfermo y que en ocasiones no están disponibles en la institución de salud, gastos de alojamiento si los familiares viven fuera de la ciudad y no tienen parientes que los reciban. Sobre esto, continúa Alma compartiendo sobre estas necesidades de los familiares lo siguiente: "pues sí, los familiares porque eran los que tenían la necesidad, entonces... pues era más el... ellos querían hablarlo, ¿verdad?, querían hablar qué situación vivían, o qué necesidad tenían".

Esperanza comparte dos casos en que detectó de manera muy clara la necesidad de la familia de ser acompañados tanatológicamente, de sentirse apoyados y poder cerrar el círculo con su familiar enfermo y agonizante: "En una ocasión unas personas necesitaban

apoyo para cerrar el círculo, y hablar con un tanatólogo, pero era toda la familia, venían de Tala, Jalisco; entonces como que no sabían muy bien moverse por aquí por la ciudad”. Continúa con otro caso que atendió y así lo expresó: “era una chica que estaba muy afectada porque había fallecido su niña, pero al empezar a platicar eran tantos problemas a la vez, ella era alcohólica ludópata”.

También Consuelo detecta las necesidades de los familiares y compartió su experiencia en un abordaje con el paciente agonizante y su familia: “Me pidieron el abordaje para un paciente de 83 años en fase terminal, aparte de él, eran su esposa y tres hijos. Pues primero, el paciente, mi prioridad es el paciente, después atendí los familiares”.

Por todo esto, en el acompañamiento tanatológico, no solo es importante el abordaje al paciente que está agonizando, a punto de irse de este mundo, sino también a los familiares del paciente; cuando un ser querido fallece también los que se quedan deben seguir con su vida y el tanatólogo clínico también los acompaña a ellos en el proceso de duelo, contribuyendo a identificar otras situaciones y necesidades importantes para los familiares que son desencadenadas por el proceso de la enfermedad y de la muerte del ser querido.

La preparación del tanatólogo debe ser efectiva y adecuada para poder elaborar los planes estratégicos pertinentes para cada situación, para cada persona, para cada duelo; esa preparación se conforma de conocimientos teóricos, habilidades y capacidades, así como de la experiencia en los abordajes realizados dentro de las instituciones de salud públicas o privadas. Cada caso es diferente, pero el tanatólogo desde su formación y experiencia, con todo el respeto y amor, va acompañando a sus pacientes a dar el paso que los lleve a la experiencia al final de la vida, que es la muerte; y también acompaña en el dolor de la vida a sus familiares.

10.3.3 Subcategoría 3: Contacto con el dolor y el sufrimiento

El tanatólogo está expuesto constantemente al dolor y al sufrimiento de sus pacientes y de los familiares de sus pacientes. Al estar en las instituciones de salud y en constante contacto con los enfermos, está propenso a todas las situaciones que se relacionan con la enfermedad y con el fenómeno de la muerte, tal como menciona Orozco et. al. (2012):

La muerte, aún y cuando se le conceptualiza como un fenómeno natural, no deja de ser una experiencia impactante cuya realidad no siempre es aceptada en su totalidad, dado que no ha dejado de ser un hecho temido por la mayor parte de las personas”. (p. 12).

Dolor y sufrimiento son las constantes en los pacientes hospitalarios moribundos, según la Real Academia Española, la palabra dolor proviene del latín *dolor, doloris, doleré* (sufrir), su significado es “sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior, también significa sentimiento de pena y congoja”. Para Sadrin (2002), el significado de sufrimiento es el siguiente:

Es la respuesta emotivo/afectiva negativa, desagradable, generada en los más altos centros nerviosos por el dolor y por otras situaciones que psicológicamente se le asemejen, como pérdidas de personas queridas o de objetos de amor importantes, con la consiguiente depresión, estrés, ansiedad y frustración que suele acompañarlo (Citado en Carmona y Bracho, 2008, p. 15).

A pesar de que culturalmente en nuestro México estamos acostumbrados a festejar la muerte y honrarla una vez al año, en los hospitales se enfrenta la cruda realidad de la batalla y es común que en el día a día, se conviva con ella y con todo lo que conlleva: enfermedad, dolor, sufrimiento, tristeza, impotencia, soledad; esto se debe a que “el proceso de la muerte es un tema aun difícilmente aceptado y comprendido por gran parte de la población” (Da Silva et al., 2006 citado en Orozco et al., 2012, p. 9); ya que la muerte provoca un sinnúmero de reacciones de todo tipo, tanto en quien está viviendo su proceso, como en quienes lo están viviendo de forma cercana. Y es que el paciente es el protagonista principal del fenómeno, pero los familiares que lo cuidan y acompañan están también en la primera línea de fuego, así como el personal de salud que asiste

directamente al paciente y el tanatólogo, que lo acompaña en el bien morir, también se hace presente en esta trinchera.

Quien está en el lecho de muerte se enfrenta a la última batalla de la vida y “no es fácil acercarse a alguien que se siente herido y lastimado, confundido y roto; habrá que tocar con mucho cuidado su espíritu maltrecho y cobijarlo con lo mejor de nuestra esencia” (Velázquez, 2018, p. 43). Y ahí está el tanatólogo en la disposición de acompañar y escuchar, como lo expone María Elena Velázquez Sotomayor (2015, p. 28): “surge la persona del tanatólogo, no como un súper héroe o un salvador, pero sí como un oído atento, un corazón dispuesto a vivir empáticamente el reacomodo de la vida y un abrazo a esa existencia que sufre y añora la paz”.

El trabajar con el paciente en duelo genera un sinfín de reacciones que van y vienen en el tanatólogo, desde los duelos que ya se ha pasado, hasta la empatía con el dolor del paciente; también requiere de tiempo para identificar los procesos internos generados en el acompañamiento del paciente, ponerles nombre y trabajarlos, aunque también sean dolorosos o desagradables porque, tal como lo comenta Alma: “Al estar viviendo situaciones tan cercanas, o tan desgarradoras, como humanos te mueve”, el tanatólogo no se puede quedar indiferente. Sobre este aspecto, también refirió que estar cerca de la muerte y del dolor de un paciente provoca dudas sobre la fortaleza y la capacidad de continuar acompañándolo:

Pues llegué y al hacer el abordaje, y darme cuenta de que ya era el último, lo último, dije: "Ayjole, no sé si pueda. O sea, me voy a quebrar". Y es que el tanatólogo clínico no puede quedar indiferente ante el dolor del ser humano que está dejando este mundo, no puede dejar de sentir, no puede dejar de pensar, no puede dejar de vivir el hecho que es la muerte misma tan cercana y tan real.

Como parte de las heridas de esta guerra frente a la muerte, hay afectaciones de todo tipo (Nava, 2018) y el tanatólogo clínico tiene un alto nivel de involucramiento con los pacientes y sus familiares, esto implica afectaciones para todos los que tienen contacto con el moribundo, y entonces nos encontramos que esto también se convierte en un tema psicosocial, se amplía la perspectiva del fenómeno porque no solo están las

implicaciones del tanatólogo clínico sino también las implicaciones de todas las personas que de una u otra forma están en ese momento relacionadas con el paciente en la institución hospitalaria; porque desgraciadamente, al final, muy a pesar de todos los esfuerzos y de todos los involucrados, se perderá la guerra ante la muerte, pero queda la resignación de haber librado la batalla, con la cabeza en alto, hasta el fin.

Esperanza expresó que estar cerca del paciente y de sus familiares como parte de su labor tanatológica le permite darse cuenta de que, a pesar del dolor y el sufrimiento, contribuye, en alguna forma, a aliviar el dolor de la muerte: “la cercanía con las personas y el ayudarles a aliviar un poquito su dolor. No su dolor físico, sino su dolor emocional”.

El tanatólogo clínico pone al servicio del paciente las herramientas y recursos que tiene para acompañarlos en el dolor de la enfermedad y de la muerte, pero también al servicio de los familiares en el dolor de perder a su ser querido. Sobre el dolor y el sufrimiento de los familiares de los pacientes, Alma compartió el caso de una pareja de esposos que estaban acompañando y cuidando a su bebe moribundo, y mencionó lo siguiente: “Se veían desconectados ellos dos, y como que cada quien viviendo su duelo aparte. El bebé estaba a momentos de morir”.

La muerte de un ser humano duele de alguna forma, aunque sea alguien lejano o desconocido, si bien es cierto que el tanatólogo clínico está preparado con los conocimientos y herramientas necesarios para acompañar a los pacientes que aborda y acompaña en el proceso de su muerte, también lo es que, como todo hombre, se enfrenta a la realidad del dolor y el sufrimiento de otro ser humano y a la devastadora finitud de la vida.

En conclusión, el vivir de forma tan cercana la muerte de los pacientes y las reacciones de los familiares que los cuidan y acompañan, provoca que el tanatólogo clínico viva constantemente entre el dolor y el sufrimiento como parte de su labor; sabe que se va a perder la guerra contra la muerte, no está en sus manos hacer más que acompañar desde

el amor, la solidaridad y la empatía, pero quiere ser el valiente guerrero y acompañante que llegue hasta el final de la batalla.

10.3.4 Subcategoría 4: El tanatólogo clínico sin respaldo institucional

Una institución hospitalaria es una organización, el término institución, según la Real Academia Española, proviene del latín *instituto*, *-onis* (lo establecido), es el organismo que desempeña una función de interés público, especialmente benéfico o docente.

En las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, se han integrado equipos interdisciplinarios que se conforman de profesionales de diversas carreras para atender de forma integral a los pacientes y proporcionarles una mejor calidad en el servicio médico. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) refiere que estos equipos son:

Un conjunto de individuos de diferentes disciplinas que interactúan, cambiando el foco de la atención centrado en la disciplina misma (consulta médica, consulta psicológica, evaluación nutricional), a la entrega de servicios centrados en la necesidad o problema, y que no tiene límites disciplinarios. (Carmona y Bracho, 2008, p. 19)

En esta definición de la OPS se mencionan a algunos de los profesionales que integran estos equipos: médicos, psicólogos, nutriólogos, pero la integración va más allá aún, porque también hay en estos equipos enfermeros, trabajadores sociales y tanatólogos; los conocimientos de todos estos profesionistas son valiosos para la atención de todas las necesidades de los pacientes. Así, Carmona y Bracho (2008, p. 19), toman en consideración las necesidades de los pacientes en una atención completa y definen a estos equipos de la siguiente forma:

Se puede definir al equipo interdisciplinario de salud como aquel que está integrado por un grupo de profesionales, de dos o más disciplinas, con elementos conceptuales que los califican para brindar cuidados de calidad, con eficacia y eficiencia a las personas que lo requieran. Así mismo, estas personas, tendrán características especiales tales como sensibilidad y amor ante el dolor ajeno,

respeto por sí mismo y por los otros y responsabilidad en el cuidado de sí y de sus semejantes.

Es importante destacar que estos equipos no solamente se encargan de los cuidados de salud de los pacientes en lo que se refiere a cirugías, procedimientos médicos, evaluaciones, revisiones, curaciones, medicamentos o manipulación de los pacientes y el espacio físico, sino que estos autores destacan la sensibilidad, el amor, el respeto y la responsabilidad ante el dolor, tanto de los semejantes que sufren como de sí mismos. Esto indica que no solo hay interés en cubrir las necesidades de salud corporales, también hay interés de cubrir las necesidades psicológicas, emocionales y espirituales de las personas que acuden a estas instituciones de salud y que son tratadas por estos equipos de trabajo como parte de una atención total, la Organización Mundial de la salud (OMS, 2013) señala lo siguiente:

El equipo interdisciplinario de salud solo podrá enfrentar y aceptar adecuadamente la muerte (los sentimientos y la angustia que se viven en relación con ésta), si dispone de fuentes de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y si posee una adecuada capacidad para tolerar el estrés. (Citada en Carmona y Bracho, 2008, p. 20)

Este organismo internacional ya voltea a ver el fenómeno de la muerte como parte de las vivencias del personal de salud que conforman estos equipos interdisciplinarios y de las afectaciones que provoca en las personas que están en contacto cercano con la enfermedad, el dolor y la muerte; por desgracia, aún existe un rezago en este tipo de atención integral en las instituciones de salud de nuestro país, en los hospitales se le da importancia solo a la atención física de los pacientes para mantenerlos con salud y vida, aliviando su dolor físico, pero aún no comprenden que también se les debe apoyar para encararse con el dolor de la enfermedad y de la muerte del paciente y de sus familiares (Carmona y Bracho, 2008).

Como exponen Zhon y Moreno (2008) hay actividades, como las que se realizan en los hospitales, que generan tensión y ansiedad, la exposición constante a estas vivencias sin el autocuidado por parte del profesional lo puede llevar a tener afectaciones biológicas, mentales, psicológicas y sociales, entonces, el tanatólogo clínico, como parte de los

profesionales que atienden a los pacientes en instituciones de salud públicas y privadas también está expuesto a esas afectaciones sin el autocuidado adecuado.

Se encontraron estudios y documentos que analizan las afectaciones de médicos y enfermeros, incluso de trabajadores sociales pero hasta el momento de realizar este trabajo, se encontró que no existen estudios que manifiesten las afectaciones del tanatólogo clínico como parte de las instituciones hospitalarias públicas o privadas, tal pareciera que aparte de que es un área a la que se le ha dado importancia en las instituciones de salud públicas y privadas hasta la última década, también la historia de la tanatología es reciente en comparación a otras ciencias y disciplinas que involucran al ser humano; como menciona Nava (2018) en el área de la psicología clínica, que tiene ya más de un siglo consolidada como ciencia, también existe escasez de estudios sobre las afectaciones de los psicólogos clínicos. Es como si solo el interés del bienestar se centrara en el paciente y se olvidara al profesional que lo está acompañando en el proceso, sea psicológico o sea tanatológico.

Las instituciones de salud no cuentan con espacios adecuados para que los tanatólogos puedan trabajar la emocionalidad derivada de la atención a los pacientes. En el devenir de los hospitales aún no hay tiempo para detenerse a revisar los asuntos emocionales que se derivan en el personal de salud por el fallecimiento de los pacientes y mucho menos en el tanatólogo.

A simple vista se puede observar que son muy pocas las instituciones de salud en México que tienen el servicio de tanatología y más pocas las que tienen un espacio específico donde se encuentre este servicio como parte del hospital; al respecto, se le preguntó a Esperanza sobre algún lugar de trabajo específico para los tanatólogos dentro del hospital, a lo que respondió que en el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde tienen una oficina: “Solamente en la oficina y solamente por la mañana atiende una tanatóloga y por las tardes de los miércoles está otra tanatóloga”, pero este espacio designado dentro del hospital es solo para atención a los pacientes y familiares.

Consuelo refirió esa oficina misma oficina como lugar donde solicitan a los tanatólogos: “Me han hecho el llamado precisamente el mismo del Hospital Civil piden a la oficina, al grupo de facilitadores”. Pero ninguna de las dos identificó o señaló un lugar específico y adecuado dentro de los hospitales en los que han prestado su labor tanatológica, en el cual los tanatólogos puedan trabajar la emocionalidad derivada de la atención a los pacientes.

Las instituciones de salud pública y privada deberían tener espacios hospitalarios adecuados designados para que el tanatólogo trabaje el aspecto emocional, pero la realidad es que las instituciones de salud ni siquiera cuentan con un espacio asignado dentro del hospital para los tanatólogos y hay hospitales en que ni siquiera se cuenta con un tanatólogo para la atención, a esta situación, Altamirano (2015) expone:

A través de mi experiencia personal, se detecta que es necesario que se implemente un departamento de Tanatología en todos los hospitales del país y lugares que así lo demanden ya que el sufrimiento emocional de las personas es tan importante como el físico, se necesitan espacios para esta actividad siendo imprescindible que se encuentre la propuesta dentro de las políticas de atención de las Instituciones, lo que contribuiría al bienestar de la población. (p. 30)

Sobre esta situación, Consuelo comentó que una familia solicitó sus servicios en una clínica del IMSS: “Cuando es al IMSS, es porque lo pide el familiar, o lo pide el paciente. Entonces pues vas como cualquier persona que visita... Pero no, no es tan abierto el servicio”. A pesar de que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la institución hospitalaria con mayor presencia y atención a enfermos en nuestro país, no tiene el área de tanatología vigente como parte de sus servicios hospitalarios.

De esta información expuesta se puede concluir que, a pesar de que varios organismos internacionales se están preocupando por la atención integral de los pacientes y están dando entrada en las instituciones hospitalarias a los equipos interdisciplinarios, equipos donde el tanatólogo clínico es una pieza clave para la atención a los pacientes en las cuestiones emocionales y espirituales derivadas de la enfermedad, el dolor y la muerte; la realidad es que las instituciones de salud no tienen espacios específicos dentro de sus

instalaciones donde los tanatólogos puedan estar de fijo atendiendo a los pacientes y mucho menos lugares adecuados que puedan destinar para que los tanatólogos trabajen su propia implicación emocional después de los abordajes realizados.

10.4 Categoría 3: Relación entre la vida y la muerte

En esta tercera categoría se aborda la situación de que el tanatólogo clínico siempre se vive en la línea entre la vida y la muerte, ve de frente a la muerte en la cara de sus pacientes y la abraza desde el acompañamiento de esos últimos momentos al doliente, pero trabajar tan de cerca de ella le ofrece otra perspectiva del momento de partida de este mundo, le hace valorar la vida, resignificando su sentido, su legado y su fin último.

Esta categoría se conforma de las siguientes subcategorías:

1. Un oficio en medio de su propio duelo.
2. El tanatólogo clínico: conexión entre los dos mundos.
3. Resignificando la muerte.
4. Del dolor de la muerte a la alegría de la vida.

10.4.1 Subcategoría 1: Un oficio en medio de su propio duelo.

El tanatólogo clínico descubre al sumergirse, vivir y cerrar su duelo por la pérdida de su ser amado, que está preparado para acompañar en el dolor a los otros que también están sufriendo; así mismo, al ser acompañante en el duelo de los otros recuerda su propio duelo. Esto lo afirmó en su comentario Esperanza: “Mientras más sana estés de tus duelos, de que ya estén trabajados, de que ya los hayas cerrado, puedes darles una mejor atención a las personas. Cuando estás con un duelo abierto, no se puede”. Al respecto, también Consuelo comentó lo siguiente: “Ayudar a alguien que está pasando por un proceso de duelo, cuando tú misma ya lo pasaste, cuando tú misma ya lo trabajaste; entonces puedes tener como esa disposición para, escuchar y poner aquí un hombro a la persona que lo necesite”.

Pero es evidente que hay un duelo en particular que ha vivido el tanatólogo clínico de ese ser amado por el que ha sufrido y a través del cual, ha vivido las cinco etapas del duelo propuestas por Kübler y Kessler (2006, p. 23):

Las cinco etapas —negación, ira, negociación, depresión y aceptación— forman parte del marco en el que aprendemos a aceptar la pérdida de un ser querido. Son instrumentos para ayudarnos a enmarcar e identificar lo que podemos estar sintiendo. Pero no son paradas en ningún proceso de duelo lineal. No todo el mundo atraviesa todas ni lo hace en un orden prescrito.

Esta vivencia del dolor en la propia piel, en las propias entrañas, hace que el tanatólogo clínico pueda clarificar estas etapas en su propio duelo para poder identificarlas luego en el duelo de sus pacientes y los familiares, hace que pueda experimentar el dolor de perder a alguien tan amado y que desde la empatía pueda acompañar al doliente, no sintiendo tal vez el mismo dolor que sus pacientes pero sí recordando cómo se sintió y lo que le pasó, brindando desde esa fortaleza del duelo resuelto, el acompañamiento y la fuerza que necesitan sus pacientes para pasar por este trago amargo de dolor y sufrimiento que es la enfermedad y la muerte.

Todas las tanatólogas entrevistadas refirieron tener el duelo de un ser querido resuelto como parte de los antecedentes para poder ejercer la labor tanatológica. Alma declaró que fue el duelo de su mamá el más significativo y por cuestiones de cuidar a su familia, no lo vivió en su momento y lo resolvió hasta que estudió Tanatología: “No viví ese duelo, ese duelo como debió haber sido..., o sea, lo pospuse, digamos. Hasta cuando estuve en tanatología lo trabajé”.

Esperanza manifestó que mientras ella pensaba que la muerte que más la había marcado era la de su esposo por una enfermedad renal, la realidad fue que descubrió que era la muerte de su papá la que más la había movido y que aún no había cerrado el duelo al perderlo a tan temprana edad: “Entonces fue un trabajo hermosísimo el cerrar ese ciclo, ese duelo que traía yo arrastrando por la muerte de mi papá”.

Consuelo expresó que el duelo de su persona amada fue de su mamá, cuando tenía once años y a pesar de que no lo vivió en ese momento, sí tuvo el duelo abierto hasta la muerte de su suegra: “Y pues la muerte de una madre, o la pérdida de una madre sí te desbalancea, te desbalancea porque cambia todo tu mundo”. Y refirió también que otro duelo de su persona amada fue la pérdida de su pareja por separación y eso la llevó a estudiar Tanatología: “Yo entré a la tanatología precisamente para sanarme yo. Para sanar mi duelo de pérdida de pareja. Porque sí estaba... pues hasta el fondo”.

La totalidad de las tanatólogas entrevistadas, exponen que ha habido algunos abordajes en los que les cuesta más acompañar a los pacientes porque se manifiestan emociones al recordar los duelos de su ser amado fallecido y la forma en que murieron, por las similitudes que observan entre el proceso de muerte, enfermedad y sufrimiento de su ser amado y lo que vive su paciente abordado en el momento en que lo acompañan.

Esto lo refirió Alma al comentar sobre una mujer que fue su paciente en uno de los abordajes realizados en el hospital, con condiciones semejantes a lo que su mamá pasó en el momento de su muerte:

Estaba una señora con las mismas características casi, que mi mamá. Así, su situación era muy parecida y también había tenido diez hijos. O sea, como que lo reviví completamente, ¿no?, al verla, intubada también. Y era lo último que estaba viviendo la señora, y ya estaba por morir también.

Observó la situación de su paciente, recordó lo vivido en el proceso de muerte de su madre y se movieron en ella los recuerdos. ¿Y cómo no moverse internamente al recordar el dolor del ser humano que nos dio la vida y la forma en que se fue de este mundo?

Esperanza expuso que, al morir su esposo por cirrosis, no podía entrar en el piso 6 del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde a realizar los abordajes: “Este... pedían alguien que tuviera... que fuera a ver a un paciente en ese piso, y yo no podía”.

Consuelo refirió que después de perder a sus padres cuando estaba pequeña, la muerte de su ser amado que más le significó fue la pérdida de su suegra porque le reflejaba el

fallecimiento de su mamá: “Fue una persona que yo admiré mucho a pesar de que, pues igual que mi mamá, nunca tuvo una educación o formación; pero tenía una escuela de vida”. Y también explicó cómo cuando no se cierra un duelo, se vuelve a vivir con los pacientes en los abordajes: “Si tú no cerraste ese duelo, si tú no lo trabajaste, si tú no te hiciste ese propósito de pasarlo, de tener un buen cierre, la vida te topa con espejos a la vuelta de la esquina”.

Por lo tanto, el haber podido cerrar el duelo de la persona amada antes de iniciar su labor tanatológica, para el tanatólogo clínico, implica revivir el momento de esa muerte en los abordajes que resultan similares, pero desde la empatía y desde la fortaleza de saber que se puede seguir adelante y no desde la emocionalidad por el duelo no resuelto.

Por lo tanto, reconocer el propio dolor y sufrimiento, identificar las etapas del duelo en carne propia, cerrar el duelo personal del ser amado, todo esto va a permitir que el tanatólogo clínico pueda identificar esas etapas en sus pacientes y los familiares, así como dar testimonio de su experiencia personal de sanar el duelo, a pesar de dolor y el sufrimiento, compartiendo con aquellos a quienes acompaña, la esperanza de poder seguir caminando el camino de la propia existencia a pesar de la experiencia de la muerte tan cercana.

10.4.2 Subcategoría 2: El tanatólogo clínico: conexión entre los dos mundos

El tanatólogo clínico es la persona que se vive entre los dos mundos, acompaña y despide a su paciente en sus últimos momentos en este mundo de vivos para entregarlo, para dejarlo en las manos de la muerte y que siga su camino al más allá.

Para el autor Assumpção (2003), la tanatología se reconoce como la ciencia que estudia y reflexiona sobre la muerte, las relaciones del hombre con ésta y sus consecuencias” (citado en Orozco et al., 2012, p. 8); una de esas consecuencias es que el tanatólogo, en esa relación con la muerte, es el último que acompaña a su paciente hasta dar el suspiro final. “De acuerdo con Mena (2010) uno de los beneficios de la Tanatología es que “esta

disciplina ayuda a morir con dignidad, plena aceptación y total paz... Esta disciplina trabaja con el espíritu, con la parte más profunda del ser. Lo profundo tiene que ver con el origen y destino.” (Citado en Altamirano, 2015, p. 18).

El tanatólogo clínico está al lado de su paciente y de los familiares en esos minutos de agonía, en esos momentos en que el paciente deja este mundo y hasta que es declarada la muerte clínica por el médico y por el equipo de salud que lo atiende. Esperanza refirió el caso de un paciente al que acompañó en sus últimos momentos: “vi un señor que estaba agonizando, le daba mucho trabajo el respirar, yo vi que estaba muy mal, estaba con los ojos desorbitados, con muchos estertores ya”. Se acompaña al doliente pacientemente, desde el amor solidario y filial, por el hecho de ser humano, porque “la muerte es un suceso real tanto biológico como psicosocial, el cual se va presentando de manera gradual y al mismo tiempo en forma silenciosa a la simple observación” (López, 2008 citado en Allende, 2019, p. 5). Hay que tratar al paciente con dignidad, incluso en esos momentos finales, “con los valores, la fortaleza y el alma, enseñándolos a enfrentar la propia muerte con dignidad y paz” (Velázquez, 2018, p. 32).

Elisabeth Kübler Ross, pionera de la Tanatología, hace mención en su trabajo del concepto que llama una “buena muerte”, esa es la forma en que todo ser humano debería ser despedido de este mundo y lo refiere de la siguiente manera: “el paciente falleció rodeado de amor, de respeto, dignidad y afecto. Sus familiares le dijeron todo lo que tenían que decirle y le lloraron sin tener que lamentar haber dejado ningún asunto inconcluso” (Kübler, 2005, p. 13); porque al tanatólogo clínico no le importan las buenas o malas decisiones de la vida del paciente, lo que le interesa es esmerarse por darle una buena muerte, para permitirle a su paciente ya fallecido, desde la tranquilidad del bien morir, cualquiera que sea su credo, seguir son su caminar al más allá.

Recapitulando, desde hace algunos años la tendencia es morir en los hospitales, muy pocos tienen la dicha de morir en su hogar y que su familia esté alrededor, acompañándolos en el bien morir. Como afirma Lorenzo (2010) “La muerte en la actualidad, en la mayor parte de los casos, ya no sucede en los hogares como sucedía

anteriormente, sino que se ha desplazado hacia los hospitales” (p. 2). La Tanatología ofrece esta figura del tanatólogo clínico, que acompaña al paciente a tener una buena muerte, sin importar nada más, a conectar el mundo de los vivos con el mundo de los muertos, el mundo del más allá, desde el amor, la consideración, la fortaleza, la dignidad, el respeto y la paz para el ser humano que está dejando este mundo en pos del más allá según sus creencias. Es un privilegio que el paciente moribundo comparta ese último paso, ese momento tan especial de la transición de la vida a la muerte con el tanatólogo clínico.

10.4 3 Subcategoría 3: Resignificando la muerte

La concepción de la muerte cambia en cada cultura, en cada pueblo, en cada individuo; en nuestro país, ha sido culturalmente aceptado festejar a la muerte, levantamos altares, hacemos comida, le cantamos, adornamos las tumbas. A pesar de todo esto, la mayoría de los seres humanos evitan los temas y las conversaciones relativos a ella, muchos le tienen miedo, no solo al pensamiento de que, en algún momento, los seres queridos van a perecer, sino a la muerte de uno mismo, a la cual nos acercamos cada día desde el momento en que nacemos, así lo expone Elisabeth Kübler-Ross (2005, p. 52): “Muchos de ellos no habían reflexionado nunca sobre los sentimientos y temores que provoca la posibilidad e inevitabilidad de la propia muerte”; es que a la muerte también “se le conceptualiza como un fenómeno natural, no deja de ser una experiencia impactante cuya realidad no siempre es aceptada en su totalidad, dado que no ha dejado de ser un hecho temido por la mayor parte de las personas”. (Orozco et al., 2012, p. 12). Al respecto comentó Alma lo siguiente: “La gente le teme mucho a la muerte, o qué hay después de la muerte, qué pasa cuando la gente muere”.

Según el poeta jalisciense Elías Nandino, en su poema “¿Qué es morir?”, la muerte es irse y dejar todo atrás:

¿Qué es morir?
- ¿Qué es morir?
- Morir es

Alzar el vuelo
Sin alas
Sin ojos
Y sin cuerpo. (Nandino, citado en Aguilera, 2001)

Existen diferentes ritos, costumbres, simbolismos y creencias relacionadas con la muerte según la religión, la cultura, el lugar de origen o la familia, a lo que Alma comentó que a ella le daban curiosidad los ritos y costumbres que veía: “me gustaba como los rituales que de repente la gente hacía, como la cruz de sal que ponían, los simbolismos, ¿verdad?, alguna gente ponía hasta una cebolla por debajo del ataúd”, desde antes de ser tanatóloga, le llama la atención la muerte y todo lo relacionado con el fenómeno.

Pero tal parece que mientras no hay una enfermedad de por medio, los seres humanos nos sentimos eternos y todopoderosos, no pasa por la mente el hecho de que se puede terminar la vida en cualquier instante por diferentes cuestiones; lo que sí es un hecho es que muchas veces la detección de la enfermedad hace que la persona volteé a ver a la muerte que ronda, Consuelo afirmó la creencia de que tener cercana a la muerte por un diagnóstico de enfermedad crónica es lo que hace empezar a sentirla cerca: “Siempre tenemos la creencia de que hasta que nos enfermemos. Así, empezar desde: “Ah, pues ya estoy enfermo, crónico”, o “Ya me desahuciaron, entonces, ¿Cómo me voy a preparar pues pa cuando muera?””. Esta postura la expone en su obra la autora Kübler (2005) “Sólo ve la interrupción de la vida bajo el aspecto de un final trágico, un asesinato, un accidente mortal o una enfermedad repentina e incurable. Es decir, un dolor terrible” (p. 56), como si la muerte solo estuviera presente posterior a uno de estos acontecimientos.

Mientras que Yalom (1980) afirma que hay interdependencia entre la vida y la muerte ya que “existen de forma simultánea y no consecutiva; la muerte late continuamente bajo la membrana de la vida y ejerce una enorme influencia sobre la experiencia y la conducta” (p. 47), esa relación recíproca le implica al tanatólogo una postura, un significado a sus experiencias.

Cada tanatólogo antes de iniciar con sus estudios de tanatología, tienen una postura ante la muerte, Alma comentó que ella veía la muerte con miedo y no quería hablar sobre el

tema, como si llamarla pudiera provocar la muerte de alguna persona: “Antes tenía como que el miedo, yo empezaba: “Ay no, no hables de la muerte porque la invocas, no, no, no, no la llames, no la llames””.

Esperanza compartió una situación cercana a la muerte por un accidente automovilístico y refirió que fue una experiencia extracorpórea, el túnel y la luz: “Yo tuve un desprendimiento de mi cuerpo, porque ya estaba flotando, y estaba mi cuerpo en la cama. Y de repente una luz hermosísima esa luz, como un túnel. Y empiezo a caminar hacia el túnel”.

Mientras que Consuelo afirmó que, a pesar de la idiosincrasia que tenemos como mexicanos ante el fenómeno de la muerte, la negamos y no se le nombra, no se habla del tema porque puede ser un mal augurio:

A pesar de que honramos tantas tradiciones de día de muertos, y que somos bien fiesteros en esos días, el tocar el tema de la muerte es como: "No la invoques". O sea, si tú hablas de la muerte es como: "¿Por qué?, ¿por qué estás hablando de eso? Nadie se va a morir". Es como si, el solo hecho de mencionarla es una negativa, una negación.

Tal como afirma Aguilar et. al (2010), “el mecanismo psicológico más común de defensa del profesional de la salud es el “no sufrir”, adoptar la actitud de “no pasa nada”, es decir, adoptar la indiferencia como escudo” (citado en Orozco et al., 2012, p. 9): y Lorenzo (2010, p. 2) también expone su postura al respecto: “La muerte nos concierne a todos, pues nacimos para morir, es parte del ciclo vital, ésta es una característica que marca nuestra condición de ser vivo, sin embargo, se tiende a negar tal realidad”. Entonces, a pesar de que existe y está siempre presente, se prefiere negar a la muerte.

La experiencia tan cercana con el dolor, el sufrimiento, la muerte y la enfermedad, así como la toma de conciencia de su vulnerabilidad, desarrollan en el tanatólogo clínico una nueva forma de ver la muerte, le da un significado diferente; sí desde el dolor de la pérdida, pero también con la esperanza de la vida y del legado que podemos dejar en este mundo.

Después de sus estudios de Tanatología, de sus experiencias de vida, de la pérdida de su ser amado y de acompañar a los pacientes en sus procesos de dolor, sufrimiento y muerte, el tanatólogo clínico aprende a resignificar todo esto desde nuevas formas, así lo afirmó Alma: “El dolor es parte de nuestro vivir, ¿verdad?, y el aprender a darle un cauce sano y a resignificar todo este dolor, te hace crecer, te hace mucho más fuerte”. Esperanza mencionó que el accidente que vivió y la experiencia tan cercana a la muerte, la llevaron a su misión: “Entonces yo creo que fue una experiencia de que estuve muy cercana a la muerte y que me regresaron. Entonces... al entrar en Tanatología, dije: "Esta es mi misión"”. Ya no tiene miedo morir y también mencionó: “Te puedo decir que no le tengo miedo a morirme. Tal vez puedo sentir el dolor de mis hijos al perderme, pero miedo yo no le tengo”.

Consuelo expuso que al ser tanatóloga ella ha aprendido a modificar conductas y a tomar conciencia de su camino, de su finitud y lo expresó así: “Yo creo que la Tanatología me ha enseñado que tenemos que modificar conductas desde ya, ser conscientes de que en este camino no somos inmortales, aunque nos creamos inmortales”. Cada tanatóloga clínica ha cambiado sus posturas, sus creencias, sus pensamientos, ha visto de otra forma a la muerte, porque “la incorporación de la muerte a la vida enriquece a ésta y permite a los individuos liberarse de trivialidades sofocante y vivir de una manera más intencional y auténtica” (Yalom, 1980, p. 77).

El miedo a morir, que es permanente (Yalom, 1980), la finitud de la vida, el dolor, el sufrimiento, estar cara a cara con la muerte de manera constante, permea en el tanatólogo clínico diferentes posturas realistas, conscientes, de fortaleza, que les permiten seguir en el camino para ellos mismos y para sus pacientes, porque “la conciencia plena de la muerte provoca a veces un cambio radical en la persona” (Yalom, 1980, p. 77).

Desde el Desarrollo Humano, Abraham Maslow propone que esto es parte de la autorrealización porque “no consiste en una ausencia de problemas, sino en un paso de

los problemas transicionales irreales, a los problemas reales” (1968, p. 153), motivo por el cual, el tanatólogo clínico, desde esta perspectiva, es un sujeto que se está auto-realizando al desarrollar su personalidad, dejando atrás pensamientos y creencias que obstaculizan su labor, como el miedo y la negación, para detectar los problemas reales de cara a la muerte, tomar conciencia de ellos y transformarlos, porque la muerte es algo inevitable.

10.4.4 Subcategoría 4: Del dolor de la muerte a la alegría de la vida

Convivir cara a cara con el dolor, el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, desarrolla en el tanatólogo clínico una nueva forma de ver la vida, desde el amor al otro, la toma de conciencia, la autorrealización y el legado que deja huella en este mundo, porque como menciona Barceló (2003, p.44), “el cambio solo se da por medio de decisiones, de sortear encrucijadas y darse oportunidades, es decir, en todo cambio hay crisis” (Barceló, 2003, p. 44), Alma comentó en este sentido lo siguiente: “Me agrada mucho, el encontrar el sentido a la vida, el vivir el presente, el aquí y el ahora, el no perder el tiempo, porque no sabemos si tenemos un mañana”, es decisión del tanatólogo vivir la vida a partir de ver la muerte. Tal como lo afirma Yalom (1980): “Su reconocimiento nos empuja a vivir, cambia radicalmente nuestra perspectiva vital” (p. 60), nos impulsa de la frivolidad a la autenticidad.

El tanatólogo clínico vive la crisis de enfrentarse a sus propios duelos y a los duelos de sus pacientes, se enfrenta a la muerte como parte de su labor de acompañamiento, sortea esas encrucijadas de aceptación de la muerte sin poder hacer nada más que estar junto al que se está yendo de este mundo y eso hace que desde su interior florezcan nuevas formas... cambios. Según la opinión y la experiencia de Mercedes Escobar Velásquez (2002, p. 3) se pueden dar en el tanatólogo los siguientes motivos desencadenantes de crisis:

- Frustración por no salvar a la persona enferma.
- Frustración por no recuperar a la persona enferma.

- Desengaño de la profesión por no dar los elementos para curar y salvar, cuando nuestro fin no es ese.
- Desengaño del paciente y la familia por no seguir al pie de la letra las instrucciones a pesar del esfuerzo hecho.
- Enojo con el personal y el paciente porque no se comporta como usted cree.
- Culpa por no ser mejor, salvadora.

Después de estas crisis ante la muerte, desde lo que propone Carl Rogers (1961, p. 167), “la vida plena es un *proceso*, no una situación estática. Es una orientación, no un destino”, el tanatólogo clínico en su profesión de acompañar al paciente moribundo, que es también una persona, se descubre a sí mismo y descubre el poder convertirse en persona, tendiendo una vida plena que es precisamente el “proceso de movimiento en una dirección que el organismo humano elige cuando interiormente es libre de moverse en cualquier sentido” (Carl Rogers, 1961, p. 168) porque, para empezar, el sentido de su acompañamiento mediante los abordajes, es moverse hacia la realidad de la muerte pero también hacia la realidad de la vida, su propia vida; porque tiene que volver a sus actividades personales, familiares, sociales y laborales de forma funcional y tener la capacidad de moverse hacia cualquier dirección (Rogers, 1961).

El tanatólogo clínico es un valiente cuando elige vivir plenamente a pesar del sufrimiento, la enfermedad, el dolor y la muerte en el día a día, tanto en su labor tanatológica como en su vida cotidiana, lo puede lograr desde esa fortaleza y empuje para continuar, tal como lo afirma Carl Rogers (1961, p. 175):

Estoy convencido de que este proceso de la vida plena no es para cobardes, ya que convertirse en las propias potencialidades significa crecer, e implica el coraje de ser y sumergirse de lleno en el torrente de la vida. A pesar de esto, resulta profundamente estimulante ver que cuando el ser humano disfruta de libertad interior, elige como la vida más satisfactoria este proceso de llegar a ser.

Y Fromm (1959, p. 64) expone que esa capacidad de vivir afirmando la vida, proviene del amor propio y del amor hacia a los demás:

Mi propia persona debe ser un objeto de mi amor al igual que lo es la otra persona. La afirmación de la vida, felicidad, crecimiento y libertad propios, está arraigada en la propia capacidad de amar, esto es, en el cuidado, el respeto, la responsabilidad

y el conocimiento. Si un individuo es capaz de amar productivamente, también se ama a sí mismo; si sólo ama a los demás, no puede amar en absoluto.

Para la mayoría de los tanatólogos entrevistados, los cambios positivos en la personalidad son evidentes para sí mismos y para quienes están cerca, con esas manifestaciones de amor que se empiezan a notar. Alma afirmó que sus hijas le hacían comentarios de su comportamiento: “Me decían de repente las niñas, se me quedaban viendo: “Tú no eres así, mamá. Tú no eres así, te estás portando diferente”. O sea, sí, es un cambio completo pues, ¿verdad? Como cambia tu forma de ver la vida, de tu perspectiva”.

También Consuelo refirió un cambio después de experimentar ser tanatóloga y comentó lo siguiente: “Ese pequeño gran mundo de la tanatología te cambia el modo de saber por qué estás aquí, el que sí es cierto que vienes pues a perseguir sueños”. Este cambio lo manifiesta desde un modo personal, se da cuenta de que es diferente; pero también se da cuenta del cambio hacia los demás cuando afirmó que es: “Como el regresar a nuestro ser, a nuestra humanidad”, al ver a los demás también como seres humanos desde el amor filial porque como lo manifiesta Erich Fromm “Amar a alguien es la realización y concentración del poder de amar... Amar a una persona implica amar al hombre como tal” (Fromm, 1959, p. 64), así el tanatólogo es una persona y “esta persona es ella misma en cada instante y, por ello, está abierta al cambio y a la transformación”. (Barceló, 2003, p. 50).

Este cambio y transformación constante fue manifestado por todas las tanatólogas entrevistadas, esta manifestación de la tendencia actualizante que “significa que todos los seres vivos, de manera innata, tienen una motivación de crecimiento y de supervivencia, en el ser humano, esta tendencia va más allá de la supervivencia, hasta llegar a un grado de autorrealización (Seelbach, 2012, p. 59).

Esta tendencia actualizante impulsa a cada persona a ser mejor, a dar lo mejor de sí mismo, a crecer y superarse, entonces cada tanatóloga identifica que ha seguido o ha

considerado continuar con su preparación académica de diferentes formas, Alma comentó:

¿Cómo yo no pensé antes en ser enfermera?, o en algo de eso, porque eso es lo que me encanta, o sea, la atención a la persona doliente, la persona que está sufriendo. No sé, tal vez después estudie eso, ya bien viejita voy a andar terminando enfermería, o alguna otra cosa de esas.

En este mismo sentido, Esperanza refirió varios cursos para mejorar la atención a sus pacientes tanatológicos: “Después de haber estudiado tanatología, pues he estudiado cuidados paliativos, intervención en crisis, programación neurolingüística. Entonces a seguirle, a seguirle”. Mientras que también Consuelo afirmó estar en cursos relacionados con la enfermería geriátrica: “Ya es enfermería geriátrica, como auxiliar voy a salir, pero de ahí me brinco a la licenciatura. Como ya tengo la prepa, entonces pues ahí va, pasito a pasito, ahí voy”. Este movimiento a ser mejor, a dar más de sí mismas, a querer servir mejor, a seguirse transformando, a seguir creciendo es parte del Desarrollo Humano presente en estas mujeres.

Convivir con la muerte y saber que moriremos nos da ocasión de vivirnos como seres humanos, cada en uno en su lugar, con sus asuntos, con sus ocupaciones, con sus retos, así lo menciona Margarita Bravo Mariño (2006, p. 2):

Durante nuestra vida vamos teniendo diversas muertes, algunas pequeñas, otras no tanto. Sin embargo, cada una de estas pérdidas nos dan la oportunidad de vivir y crecer como seres humanos, como hijos, hermanos, esposos, amigos, padres. Para poder recorrer cada uno de esos caminos la Tanatología ayuda a encontrar ese sentido al proceso de la muerte.

A pesar de la crisis y la muerte, sigue la vida, con un nuevo sentido, con nuevo significado, con nuevos caminos y con ganas de seguir caminando en el crecimiento personal desde el Desarrollo Humano, para tocar y transformar la vida de otros y para transformar la propia vida desde el amor. Así toca y transforma la vida la Tanatología a través de la muerte.

11. CONCLUSIONES

Se puede concluir lo siguiente de este trabajo:

11.1 La Tanatología es un área novedosa donde aún hay mucho por investigar y mucho por decir.

Si bien es cierto que el término se utilizó como una rama de la medicina forense por primera vez en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, no fue sino hasta después de la Segunda Guerra Mundial, con el trabajo con pacientes moribundos, que Elisabeth Kübler-Ross le dio el enfoque que ha permanecido hasta este momento del acompañamiento en el bien morir y ante las pérdidas. En México, hasta el año de 1988 surge la Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. (AMTAC) fundada por el Dr. Alfonso Reyes Subiría, que asocia a diversos profesionistas con un objetivo común: El estudio serio, profesional, científico, sobre lo que es morir, la muerte, el duelo, y lo que hay después de la muerte.

Al ser una disciplina que ha surgido en nuestro país hacia finales del siglo XX, aún no se ha difundido tan abiertamente, motivo por el cual, no hay todavía tanta investigación en este campo y son pocas las instituciones hospitalarias que tienen tanatólogos laborando de planta para la atención a los pacientes o a los familiares, como parte de los servicios hospitalarios. Pocas son las personas que solicitan los servicios particulares de un tanatólogo y muchos aún ni siquiera conocen el término.

11.2 La Tanatología está tomando fuerza y su uso se está extendiendo.

En México, a pesar de que la Tanatología es una disciplina joven en relación con otras, ya hay Universidades, hospitales y asociaciones civiles que promueven diplomados, cursos y talleres para preparar a los tanatólogos a ejercer esta labor de forma pública, privada, gratuita u onerosa.

Ya hay instituciones hospitalarias públicas y privadas que han abierto sus puertas a los tanatólogos y que tienen el servicio de Tanatología como parte de los servicios regulares

del hospital. En algunos hospitales públicos hay una oficina permanente dentro del nosocomio donde hay guardias para dar el servicio gratuito de Tanatología a los pacientes que están internados y para al cuidador del paciente, hay también Grupos de Ayuda Mutua (GAM) que cubren la necesidad de preparar a los pacientes y familiares sobre temas de tanatología, así como de la escucha activa de los participantes. En otras instituciones de salud del sector público, también se está ofreciendo la preparación en Tanatología para el personal de salud que conforma su plantilla de trabajo mediante cursos virtuales que conforman el programa de capacitación continua.

En diversas casas funerarias también se ofrecen los servicios del tanatólogo como parte del paquete que se contrata para el funeral, tanto en la sala de velación como en los cementerios. En diversos programas de televisión se han estado entrevistando a tanatólogos para dar a conocer los beneficios de su acompañamiento en las pérdidas de la vida, pérdidas que se viven no solo por el fallecimiento de familiar, sino por enfrentar separaciones y cambios que implican pérdidas en algún sentido para quien los vive. En redes sociales se pueden encontrar cápsulas y videos elaborados por tanatólogos que abordan diversos temas de la materia.

11.3 Respondiendo al problema de investigación planteado

El problema planteado para esta investigación es el siguiente: El tanatólogo clínico tiene un alto nivel de implicación después de abordar a los pacientes y pocas estrategias de autocuidado.

Se puede concluir sobre esto que, si bien es cierto que el tanatólogo clínico está altamente implicado en cada uno de los abordajes que realiza en el día a día de su labor tanatológica, ya que el estar cara a cara de frente a la muerte, a la enfermedad, al miedo, al dolor y al sufrimiento de los pacientes que acompaña y de los familiares, le permite darse cuenta de su vulnerabilidad y de su finitud; también lo es que tiene las estrategias necesarias para su autocuidado, las cuales han sido adquiridas como parte de su preparación y formación como tanatólogo, pero también ha desarrollado algunas herramientas empíricas que a continuación se enlistan:

1. El ejercicio ayuda a liberar. Hacer ejercicio como parte de su rutina diaria, permite al tanatólogo liberar carga emocional que acumula al abordar a sus pacientes.
2. Hacer yoga para el cansancio. Hacer meditaciones y recrear las posturas, permite al tanatólogo tomar conciencia de su parte emocional, para conocer qué emociones son las que se han movido al acompañar a sus pacientes y a sus familiares.
3. Bañarse como símbolo de limpiarse, sacar todo, lavarse. El agua es un símbolo de claridad y de limpieza, a través del agua el tanatólogo “se limpia” de todo lo que trae cargando emocionalmente por la atención a sus pacientes en el hospital.
4. Estar en contacto directo con la naturaleza. La actividad de abrazar árboles le permite al tanatólogo sentirse tranquilo y quitar la carga emocional, es trasladar a la naturaleza la parte emocional para liberar las emociones contenidas en los abordajes. Otra actividad es caminar descalza sobre el pasto para sentirse tranquila y quitar la carga emocional, como si a través de los pies el tanatólogo pudiera pasar a la tierra la carga emocional.

No son suficientes las herramientas aprendidas en su formación como tanatólogos para hacer frente al desgaste emocional en la atención y el abordaje a sus pacientes. Y las herramientas empíricas que utilizan no tienen un respaldo teórico ni una técnica específica para realizarlas.

11.4 El tema investigado y la investigación son novedosos.

Se considera tanto el tema investigado y la investigación en sí, como novedosos, ya que la experiencia al realizar este trabajo, fue que no hay fuentes suficientes con información de este tema en específico, es decir, de la forma en la que, en su labor, el tanatólogo clínico identifica y trabaja sus emociones para cuidarse.

Se encontraron algunos artículos, tesis y tesinas que tratan sobre el tema del desgaste emocional en el personal de salud y cómo lo viven: médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, incluso del paciente que vive la enfermedad y el proceso de muerte,

del cuidador principal y de los familiares, pero es nula la información sobre el manejo de la emocionalidad del tanatólogo clínico.

Por tal motivo, para este trabajo se utilizó la información contenida en los documentos identificados y mencionados en el párrafo anterior, aunque fueran de otras disciplinas de la salud, adaptándola a las necesidades del tema planteado, tomando lo que podía incluirse.

11.5 Los tanatólogos tienen gran capacidad y fortaleza para contactar con su mundo emocional, a pesar de la cercanía con la muerte.

El Tanatólogo clínico que realiza sus abordajes con los pacientes y sus familiares, se mantiene en un constante baile emocional ya que, convivir de forma tan cercana con la muerte, acompañar en el dolor y sufrimiento al paciente enfermo que se está yendo de este mundo, acompañar a los familiares que se quedan con el dolor de la pérdida del ser querido, así como encararse con la finitud de la vida de los otros y de su propia vida, provoca que esté entrando y saliendo en sus emociones.

Desde antes de ir con sus pacientes, durante su atención en los abordajes, al concluir su labor tanatológica e incluso durante su vida diaria, tiene que vivirse fuerte, pero desde la fortaleza de la identificación, el trabajo y la resolución emocional; no puede vivirse como débil o abatido porque si no lo trabaja y mucho menos lo resuelve, entonces lo irá acumulando y llevando en cada situación de su vida.

Por lo tanto, aprender a identificar su mundo emocional, lo enfrenta, le confronta, aplica herramientas aprendidas o despliega herramientas empíricas que le permiten ir y venir en su emocionalidad para poder resolver y continuar con los abordajes de sus pacientes y así, seguir siendo funcional también en su vida cotidiana. Entre las principales emociones que un tanatólogo experimenta y que fueron identificadas en este trabajo, están la tristeza, la angustia, el dolor, la esperanza, la alegría, la compasión, el amor, la solidaridad, el enojo, la indignación.

Es muy alto el nivel de sensibilidad que maneja el tanatólogo clínico, estar tan expuesto al fenómeno de la muerte y a toda la emocionalidad que se desprende tanto en los otros, como en sí mismo, lo hace vulnerable y más aún, si no es capaz de manejar sus emociones.

11.6 La vulnerabilidad del tanatólogo clínico

Los pacientes que están pasando por un proceso de enfermedad y muerte dentro de una institución hospitalaria, así como los familiares que viven ese dolor con su enfermo, hacen que el tanatólogo clínico se encare a la posibilidad cruda, cruel y real de que, tanto él como sus seres queridos, pueden padecer una enfermedad, pueden vivir el dolor e incluso pueden fallecer. También se enfrenta la limitación y al fracaso de no poder más que acompañar a su paciente en los últimos momentos que le quedan en este mundo. Tomar conciencia de todo esto desde la realidad de la vida diaria y de su labor, saber que puede salir herido y lastimado, le puede provocar afectaciones corporales, emocionales, psicológicas y sociales.

Yalom (1980) expone que la angustia primaria a la muerte se manifiesta de diferentes formas y una de ellas es la creencia en la invulnerabilidad personal, esto le permite al tanatólogo calmar el temor a la propia muerte.

Sin embargo, a pesar de vivirse vulnerable ante la muerte de cada paciente, ante la finitud de la vida, ante la realidad de que no puede evitar el dolor y el sufrimiento en cada abordaje, a pesar de todo esto, tiene la posibilidad de elegir, de crecer, de desarrollarse y de trascender como persona, desde la libertad de transformar el sentirse lastimado o herido, para proyectarse hacia la importancia de dejar un legado, tener un sentido de vida y las creencias de lo que hay más allá de la muerte; todo esto le permite encaminarse en otros sentidos porque transforma el dolor en crecimiento y trascendencia, la muerte en sentido de vida... Sigue adelante aceptando su vulnerabilidad.

11.7 Para ser tanatólogo clínico se resuelve el duelo del ser amado.

Cada tanatólogo clínico entrevistado ha tenido experiencias cercanas a la muerte, experiencias de dolor por el fallecimiento de alguno de sus seres queridos o amigos. Pero es una de esas pérdidas las que más dolor le causa, el duelo de su ser amado, y tendrá que vivir la encrucijada de encararlo, resolverlo y cerrarlo para no verse reviviendo el dolor mientras atiende a sus pacientes. Así mismo, es precisamente este duelo el que le permite clarificar e identificar las etapas en su propio duelo (negación, enojo, negociación, depresión y aceptación) para poder distinguirlas luego en el de sus pacientes y los familiares. Vivir su duelo le permite, desde la empatía, acompañar al doliente, no sintiendo tal vez el mismo dolor que sus pacientes, pero sí recordando su experiencia y brindando esperanza de seguir, desde la fortaleza del duelo resuelto, acompañando a sus pacientes en el dolor y el sufrimiento que generan la enfermedad y la muerte.

11.8 El tanatólogo clínico sin espacio institucional de trabajo.

A pesar de que en las instituciones hospitalarias públicas y privadas de nuestro país ya se están incluyendo los servicios de tanatología como parte de las funciones normales, la realidad es que no se han destinado espacios físicos específicos dentro de las instalaciones hospitalarias para que el tanatólogo clínico atienda a los pacientes o a sus familiares de forma permanente y mucho menos lugares adecuados que puedan destinar para trabajar la propia implicación emocional después de los abordajes realizados.

Por la pandemia de Covid-19 que estamos viviendo, ante las restricciones de entrada a las personas en las instituciones hospitalarias, con las condiciones de higiene y cuidado que se han implementado, será aún más difícil que se asignen espacios específicos tanto para el área de tanatología, como para el trabajo emocional de los tanatólogos. Con este panorama incierto, tendrá que crear esos espacios y momentos fuera de las instituciones hospitalarias mediante el trabajo de grupo o acudiendo a un acompañamiento psicológico individual.

11.9 La Tanatología permite al tanatólogo abrirse a la experiencia, vivir la vida plena y la tendencia actualizante, todos ellos conceptos Rogerianos.

El tanatólogo clínico en el acompañamiento a sus pacientes, a través de los abordajes, se permite abrirse a sí mismo a la experiencia de la muerte ajena, le permite sentir el dolor y la desesperación de otro ser humano al experimentar ese proceso de partida de este mundo, vivirlo desde toda la conciencia, aunque sea una experiencia amenazadora, desde sus emociones y sus reacciones. Cada abordaje tiene la posibilidad de ser, entonces, un proceso de descubrimiento por parte del tanatólogo clínico, de lo que está experimentando internamente en percepciones, emociones, sentimientos, pensamientos, actitudes, intenciones y reacciones, que antes no se había permitido identificar ni reconocer. Así, al darse cuenta de lo que le pasa interna y externamente puede ver la realidad de sí mismo.

Es precisamente esta apertura a la experiencia lo que le puede permitir continuar en el proceso y desde ahí abonar hacia tener congruencia, autenticidad y empatía, porque en su labor de acompañar al paciente moribundo, que es también una persona, se descubre a sí mismo al mirar al otro y, de igual forma, descubre su poder para convertirse en persona; el movimiento en esta dirección le permite moverse desde la realidad de la muerte hacia la realidad de la vida, su propia vida, porque el volver de forma funcional a sus actividades cotidianas desde la libertad de su elección, a pesar de trabajar directamente con el sufrimiento, el dolor, la enfermedad y la muerte, le permite vivir una vida plena al tener un sinnúmero de reflexiones y confrontamientos personales sobre el sentido y el anhelo de la plenitud, sobre vivir íntegramente cada momento.

Tener una vida plena y moverse con libertad hacia lo que el tanatólogo clínico elige, le permite tener cambios y transformarse, está activada la tendencia actualizante que lo puede llevar al crecimiento y a la autorrealización. Este cambio y transformación constante se manifiesta en que el tanatólogo clínico sigue en formación continua para ofrecer un mejor acompañamiento a los dolientes y moribundos, así como a los familiares del paciente a través de otros cursos, diplomados o talleres que le permiten obtener más herramientas para el trabajo con las personas y consigo mismo.

11.10 Resignificando la muerte para seguir con la vida.

Cada tanatólogo clínico identificó que tenía una postura ante la muerte antes de estudiar tanatología, concepción que cambió con el estudio de la Tanatología y con los abordajes realizados a sus pacientes. Es como si perdieran para ganar. Se pierde desde la enfermedad y la muerte de los pacientes, pero se gana desde la esperanza de la vida y el legado que cada persona puede dejar en el mundo. Es una nueva forma de ver a la muerte, con un significado diferente, ya no desde el miedo, el dolor y la negación, sino desde la conciencia, el crecimiento personal y la fortaleza.

Y también es una nueva forma de ver la vida porque convivir de forma tan cercana con la muerte y saberse finito, le permite al Tanatólogo clínico vivirse como ser humano, con sus asuntos y sus crisis, porque la vida continúa con un nuevo sentido de oportunidad, con nuevos caminos y con ganas de seguir adelante en el crecimiento personal, para tocar y transformar la vida de sus pacientes y para transformar su propia vida desde el amor.

11.11 Retos para el tanatólogo ante la pandemia de Covid-19

Mientras transcurría el tiempo en la elaboración de este trabajo, se han enfrentado grandes retos: el mundo se detuvo ante el Covid-19 (Coronavirus SARS-COV2), un virus devastador, que nos tomó por sorpresa y que pocos pudieron imaginar sus alcances, toda la humanidad estuvo confinada, todos encerrado en sus casas mientras se conocían los tratamientos que lo combatían y mientras los descubrían, hubo miles de muertes, miedo, dolor, tristeza, sufrimiento y millones de enfermos por todo el orbe. En pocos meses la mayoría habíamos vivido la pérdida de alguien cercano contagiado por Covid-19.

El tanatólogo ha tenido que desarrollar estrategias virtuales y a distancia como el uso de plataformas, las videollamadas en el celular, la atención en espacios abiertos, para contactar con sus pacientes y con los familiares dolientes, con el fin de garantizar la

atención y el acompañamiento oportuno ante la solicitud, a pesar de las restricciones de ingreso en las instituciones de salud públicas y privadas, a pesar de los contagios y a pesar de las medidas de higiene recomendadas por las autoridades correspondientes.

11.12 El amor filial del Tanatólogo clínico.

Ver al paciente como un ser humano frágil, débil e indefenso ante la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y la muerte, le permite al tanatólogo clínico contactar con su propia humanidad en la persona del otro, con su amor filial, el amor del cual nos habla Erich Fromm, el poder de amar al hombre como hombre. Manifiesta su amor al prójimo en cada abordaje, el amor por esos seres humanos dolientes y agonizantes, a quienes se les va la vida; pone en marcha las técnicas y herramientas aprendidas para paliar en la medida de sus posibilidades el sufrimiento. Acompañar en el lecho de muerte al paciente moribundo, le implica al tanatólogo desde su humanidad, cuidar a su propia persona desde el amor y la congruencia del cuidado del otro en sí mismo.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilera, O. (2001). *El autor de la semana. Elías Nandino: Selección de Poesía*. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Recuperado de: <http://www.portaluchile.uchile.cl/revistas/autor/nandino/Nandino.pdf>

Allende, L. (2019). Emociones que manifiesta la enfermera ante el proceso de muerte del paciente pediátrico. *Fundación para el Desarrollo y Fomento Educativo, S.C. NO. 20*, 1-11. En: <https://revista.universidadabierta.edu.mx/2019/08/19/emociones-que-manifiesta-la-enfermera-ante-el-proceso-de-muerte-del-paciente-pediatrico/>

Altamirano, D. (2015). *EL Tanatólogo y la sanación de heridas emocionales*. (Tesina de Diplomado). AMTAC Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. En: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/265%20el%20tanatologo.pdf>

Ander-Egg, E. y Aguilar, M. (1997) Guía para diseñar proyectos sociales y culturales. Buenos Aires, Editorial LUMEN/HUMANITAS. 13ª. Edición ampliada y revisada.

Arenas, L. y cols. (2004, julio-agosto). Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Medigraphic Arthemisa. Salud pública de México. Vol.46, (4), 326-332.* Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=16207>

Barceló, B. (2003). *Crece en grupo. Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Barceló, B. (2012). Las actitudes básicas Rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. *Miscelánea Comillas. Vol. (70), No. 136, pp. 123-160.* Recuperado de: <https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/722>

Bravo, M. (2006, agosto). ¿Qué es la Tanatología? *Revista Digital Universitaria UNAM. Vol. 7 (8).* Recuperada de: http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/ago_art62.pdf

Carmona, Z. y Bracho, C. (2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública, No. 2 (2), 14-23.* En: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08_2_05_art2_carmona.pdf

Carretero, M. (2004). *Estilos de gestión de un grupo de supervisión de facilitadoras del desarrollo humano en grupos de mujeres del Cerro del Cuatro.* Tesis de maestría no publicada, ITESO, Tlaquepaque, Jalisco, México. Pp. 1 -36.

Cohen, J. (2013). La autoexigencia como generador de estrés, angustia y vacío existencial. *Revista Figura-Fondo, No. 12, 1-11.* En:

<https://gestaltnet.net/gestaltoteca/documentos/articulos/autoexigencia-generador-estres-angustia-vacio-existencial>

Díaz, A., Valdés, L. (2017). Fundamentos teóricos metodológicos para el diseño de ambientes de aprendizaje en la Educación Media Superior Cubana. *Medisur versión online*. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. Vol. 15, (6). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000600016#:~:text=La%20concepci%C3%B3n%20te%C3%B3rico%20metodol%C3%B3gica%20se,enumbar%20el%20hecho%20educativo%20desde

Escobar, G. (2002). ¿Quién ayuda a los que ayudan? *Hacia la promoción de la salud*, Universidad de Caldas, No. 7 (5), p. 1-5. En: <http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/facultad/Documentos/Promocion/Vol%207/QUIEN%20AYUDA%20A%20LOS%20QUE%20AYUDAN.pdf>

Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. Madrid. *Universidad Rey Juan Carlos. Anales Sistema Sanitario de Navarra Vol. 30 (3)*. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600002

Flick, U. (2018). *Introducción a la investigación cualitativa*. España. Ed. Morata, S. L., 2ª Edición.

Fromm, E. (1959). Amor a sí mismo. Peligros. *El arte de amar*. México. Editorial Paidós Mexicana, S.A. Reimpresión.

García, F. (2016). Yo ayudo, tú ayudas ¡Y cómo nos ayudamos! (Tesis de maestría). ITESO Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, Tlaquepaque, Jalisco. En: <https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/3670/TDG%20-Flor%20Garc%C3%ada%20Maldonado%20-Yo%20ayudo%20t%C3%ba%20ayudas%20y%20c%C3%B3mo%20nos%20ayudamos%21.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

García, L. y Carretero, M. (2017). *La intervención en desarrollo humano*. [Archivo de Word]. Notas de clase. Archivo electrónico proporcionado como parte del material académico de la Maestría en Desarrollo Humano del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores ITESO).

Gómez, N. (2002). Tendiendo puentes. *Sinéctica. Revista del Departamento de Educación y Valores del ITESO*. No. 21, 44-50.

González, I (s.f.). *Duelo personal de salud y fatiga por compasión*. [Diapositivas de Power Point]. Archivo electrónico proporcionado como parte del material académico del X Diplomado de Tanatología clínica de la Asociación Humanizar para Sanar, A.C. 2019. Guadalajara, Jalisco.

Hernández, I. y cols. (2003, septiembre-diciembre). Autocuidado en Profesionistas de la Salud y Profesionistas Universitarios. *Acta Universitaria de la Universidad de Guanajuato, México*. Vol. 13, (3), 27-32. Recuperado de: <http://www.actauniversitaria.ugto.mx/index.php/acta/article/view/243/223>

Juárez, M. (s/f). ¿Qué es una teoría? ¿Qué es teorizar?. 1-8. Recuperado de: https://www.academia.edu/3154422/Qu%C3%A9_es_una_teor%C3%ADa_Qu%C3%A9_es_teorizar_Una_breve_explicaci%C3%B3n

Kübler, E. (1997). *La rueda de la vida*. Psikolibro. En: https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=forums&srcid=MTgzOTAyMzY5OTU1NTU0MzQ1MzYBMDk5NTkyNDU2NjgyMTIxNDg1OTcBUGNtYIZzeWlxYThKATAuMQE_Bdjl

Kübler, E. (2013). Sobre el miedo a la muerte. *Sobre la muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico*. México. Penguin Random House Editorial, S.A. de C.V., 4ª Reimpresión.

Kübler, E. y Kessler, D. (2006). Las cinco etapas del duelo. *Sobre el duelo y el dolor*. España. Ediciones Luciérnaga. 1ª Edición. En: https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/32/31277_Sobre_el_duelo_y_el_dolor.pdf

Larios, R. y Macías, A. (2010). III. Emociones y sentimientos. *Corazón de piedra... ¿yo?* México. Ed. COMPARTE y CEHUS. 1ª edición.

Lietaer, G. (1997) Capítulo 1: Autenticidad, congruencia y transparencia. En Brazier, D. (1997) *Más allá de Carl Rogers*. PP. 25-42. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Lorenzo, O. (2010). *El médico y la muerte*. (Tesina de diploma). Asociación Mexicana de Tanatología, A.C., México. En: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/71%20El%20medico%20y%20la%20muerte.pdf>

Mariño, C. (2014). Problematizar: acción fundamental para favorecer el aprendizaje activo. *Polisemia*. No. (17), pp. 40-54.

Maslow, A. (1968). Peligros del conocimiento del ser. *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del Ser*. España. Ediciones Litton Educational Publishing, Inc. y Editorial Kairós, S.A.

Muñoz, M. (2012). *Una hipótesis humanista sobre la emoción* México. INDHI Instituto Nacional de Investigación sobre Desarrollo Humano.

Naranjo, Y. y cols. (2017, set.-dic.). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana de la Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus*. Vol. 19, (3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

Nava, D. (2018). *Componentes Psicosociales del Síndrome de Burnout en Psicólogos Clínicos de un Centro para la Salud Mental en el municipio de Zapopan*. (Tesis de

maestría). ITESO Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, Tlaquepaque, Jalisco. En: <https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/5870/TOG%20MARCELA%20NAVA%20MPSI%20rev%20Bernardo%20Roque%20LISTO%20REPOSITORIOpdf.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Oltra, S. (2013). El autocuidado, una responsabilidad ética. *Revista GPU. Psiquiatría Universitaria*. Vol. 9, (1), 85-90. Recuperado de: https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2013/09/SANDRA-OLTRA-El_autocuidado.pdf

Orozco, M; Tello, G; Sierra, R; Gallegos, R; Xequé, Á; Reyes, B. y Zamora, A. (2012). Experiencias y conocimientos de los estudiantes de enfermería, ante la muerte del paciente hospitalizado. *Enfermería Universitaria*. 10(1), 8-13. En: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-experiencias-conocimientos-estudiantes-enfermeria-ante-S1665706313726228>

Pacheco, G. (1993). La intervención comunitaria. Espacios de expresión y cambio social. En Renglones, Revista del ITESO No. (26). Tlaquepaque, Jalisco: ITESO.

Pruneda, M. y Carretero, M. (2020). *La rueda de la conciencia*. [Archivo de Word]. Notas de clase. Archivo electrónico proporcionado como parte del material académico de la Maestría en Desarrollo Humano del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores ITESO).

Quispe, R. (2020). Investigación acción educativa: una propuesta para la formación de la competencia investigativa. *Revista de educación*. No. 20, 130-150. Recuperado de: http://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/r_educ/article/view/4168/4147

Rogers, C. (1961). Como ve el terapeuta una vida plena: la persona que funciona integralmente. *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica*. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Rodríguez, G., Gil, J., García, E. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. España. Ediciones Aljibe, S.L., 2ª Edición.

Rodríguez, M. y Miravet, D. (s/f). V.4. El discurso científico: un reto en la construcción de tesis de maestría y doctorado. 1-8. Recuperado de: http://www.ampll.org.mx/simposio_2020/rubro5/5_4.pdf

Ruiz, I. (2018). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. España. Universidad de Deusto, 3ª Edición.

Sanchis, S. (18 de febrero del 2020). Qué es el autocuidado personal y emocional. Psicología on-line. Recuperado de: <https://www.psicologia-online.com/que-es-el-autocuidado-personal-y-emocional-4951.html>

Sautu, R. (2001). Acerca de qué es y no es investigación científica en ciencias sociales. En Compiladoras: Wainerman, C. y Sautu, R. (3ª edición ampliada). *La trastienda de la investigación*. (pp. 2-12) Buenos Aires, Argentina: Ediciones Lumiere. Recuperado de: <http://www.fapyd.unr.edu.ar/wp-content/uploads/2015/09/Wainerman-Sautu-cap-7.pdf>

Secretaría de Gobernación de México. (Octubre 2021) *Covid-19*. Recuperado de: <https://coronavirus.gob.mx/covid-19/>

Seelbach, G. (2012). *Teorías de la Personalidad*. Red Tercer Milenio, S.C., México. Recuperado de: http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Psicologia/Teorias_de_la_personalidad.pdf

Valdizón, K. (2015). La Teorización. [Presentación Prezi]. Recuperado de: <https://prezi.com/q1pq-z0nnj86/la-teorizacion/>

Vanaershot, G. (1997) Capítulo 2: La empatía como proceso dinamizador de los diversos microprocesos dentro del cliente. En Brazier, D. (1997) Más allá de Carl Rogers. PP. 47-66. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Velázquez, E. (2018). *Hasta tocar el alma. Una lectura para todos... aun para los tanatólogos*. México. Ed. Imprejal, 1ª Edición.

Velázquez, N. (2020). *Pertinencia del tema para el Desarrollo Humano/Entrevistado por Luz Marcela Machain Vizcaino*. Primer avance de protocolo del Trabajo de Obtención de Grado para la Maestría en Desarrollo Humano en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO).

Yalom, I. (1980) Psicoterapia existencial. Barcelona, España. Herder Editorial, 1ª Edición.

Zavala, E. (2011). Teorías, teorizaciones, tiempo y contextos: un esquema conceptual para analizar teorías sociológicas y lo que hay detrás. México. *El Colegio de México, A.C.*, Vol. XXIX, (85). p. 33-59. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59820809002>

Zhon, T. y Moreno, S. (2008). El sanador herido. Ayuda el que ha sanado. *Mirada. Revista de espiritualidad y desarrollo humano*. Guadalajara, Jalisco, México. Año 7, No. 26, p. 4-11.

13. ANEXOS

13.1 ENTREVISTAS PRELIMINARES

1) Guía de entrevista

PUNTO	RESPUESTA
1. Población	<ul style="list-style-type: none">* Tanatólogos clínicos diplomados.* Profesionistas con licenciatura: psicólogos, médicos, trabajadores sociales, enfermeras.* Tener 1 año de experiencia como tanatólogo clínico.* Estar ejerciendo la tanatología actualmente.* Ejercer la tanatología en una institución hospitalaria.
2. Propósito	Indagar qué le pasa, cómo se siente y qué hace el tanatólogo clínico después de realizar un abordaje.
3. Escenario	Equipo coordinador del Diplomado de Tanatología Clínica de la Asociación Humanizar para Sanar, A.C. con sede en el OPD Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.
4. Guía: De 5 a 8 preguntas tomando en cuenta tus preguntas a la realidad	<ol style="list-style-type: none">1. ¿Qué haces cuando terminas un abordaje?2. ¿Cuáles emociones y sentimientos principales identificas después de realizar un abordaje?3. ¿Qué herramientas para identificar las emociones o sentimientos te enseñaron en el Diplomado?4. ¿Cómo te cuidas después de un abordaje?5. ¿Cuánto tiempo dedicas para trabajar en ti después de los abordajes?6. ¿Cuáles son las situaciones que te desbordan al momento de realizar el abordaje?
5. ¿Qué tienes que tomar en cuenta o qué tienes que cuidar al	<ul style="list-style-type: none">* La empatía con el entrevistado.* Cuidar el tiempo: que no se extienda la entrevista, pero al mismo tiempo tener disposición de escucha tomando en consideración la necesidad del entrevistado.

acercarte a la población?	* Tener la disposición de ser facilitador si el entrevistado lo requiere.
---------------------------	---

2) Ejemplo reporte de entrevista-observación

ENTREVISTA 1

Formato de reporte de la entrevista - observación IDI I

1. Datos generales

Título del trabajo	El manejo del autocuidado desde el Desarrollo Humano de los tanatólogos clínicos después de abordajes.
Nombre del estudiante:	L.C.P. y Psic. Luz Marcela Machain Vizcaino.
Fecha de entrevista-Observación :	Domingo 15 de marzo del 2020
Nombre del entrevistado (si aplica)	Mati
Escenario o lugar de la entrevista – observación:	Mi consultorio ubicado en Puerto Ensenada No. 188, colonia Monumental, GDL, Jalisco.
Población	<ul style="list-style-type: none"> * Tanatólogos clínicos diplomados. * Profesionistas con licenciatura: psicólogos, médicos, trabajadores sociales, enfermeras. * Tener por lo menos 1 año de experiencia como tanatólogo clínico. * Estar ejerciendo la tanatología actualmente. * Ejercer la tanatología en una institución hospitalaria.
Nombre de la organización o grupo (si aplica):	No aplica.

2. Propósito (el que elaboraste en la clase colectiva del 10 de marzo):

Indagar qué le pasa, cómo se siente y qué hace el tanatólogo clínico después de realizar un abordaje.

3. Desarrollo de la entrevista – observación

Entrevista realizada a Mati, diplomada en Tanatología Clínica del X Diplomado en Tanatología Clínica de la Asociación Humanizar para Sanar, A.C., que cubrió 200 horas de prácticas en el OPD Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. Se observó a la entrevistada con mucha disposición en todo momento para realizar la entrevista. Se le observó recordando y evocando su práctica tanatológica en el hospital.

RÚBRICA

CONTENIDO	CRITERIOS
Datos personales del entrevistado o del grupo	<p>Mujer de 66 años de edad, viuda, de tez blanca, cabello teñido de castaño con rayos dorados. De 1.51 metros de estatura y de compleción media. En buenas condiciones de higiene y aliño.</p> <p>Estuvo en el equipo 9 del X Diplomado de Tanatología Clínica de la Asociación Humanizar para Sanar, A.C. y del OPD Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.</p> <p>Terapeuta en flores de Bach desde hace 15 años, terapeuta en terapia familiar sistémica y constelaciones familiares desde hace 17 años, con el diplomado de tanatología clínica concluido el junio de 2019. Actualmente atiende pacientes en su consultorio acompañándolos desde la tanatología en combinación con la terapia alternativa de Flores de Bach.</p>
Preguntas y respuestas	<p>Marcela: ¿Qué haces cuando terminas un abordaje?</p> <p>Mati: Elaboro un análisis del abordaje por escrito.</p> <p>Son formatos elaborados por la Asociación Humanizar para Sanar, A.C. que nos proporcionaron en el diplomado y que cuando finalizamos el abordaje</p>

de un paciente tenemos obligación de llenar a mano para dar seguimiento tanto del paciente como de nosotros los tanatólogos clínicos. Y también se determina al terminar el abordaje si es necesario enviar al paciente o a sus familiares al servicio requerido, como servicio social, psiquiatría, psicología. Es canalizarlo o derivarlo según la circunstancia o forma en que esté viviendo el duelo.

Marcela: Cuando estás abordando, ¿hay emociones o sentimientos que se mueven en ti?

Mati: Si.

Marcela: ¿Cuáles son los principales que identificas?

Mati: La compasión y la tristeza. En algunos casos la angustia por no poder ayudar a los pacientes de otras formas. **No tenemos la facultad por las limitaciones que impone el mismo hospital. No podemos ayudarles económicamente ni hacer nada fuera del servicio tanatológico**, por eso derivamos a la instancia correspondiente cuando observamos que hay alguna necesidad, para que el propio hospital lo haga a través de sus áreas.

Marcela: ¿Qué herramientas para identificar tus emociones o sentimientos te enseñaron en el Diplomado de Tanatología Clínica?

Mati: Mientras estoy realizando el abordaje me doy cuenta e identifico lo que me pasa internamente al momento de estar con el paciente o con los familiares. El análisis de mis emociones y sentimientos lo realizo mediante el formato que lleno al terminar los abordajes. Hay un apartado en el que

aparece una lista de emociones y sentimientos y anoto los principales que identifico en mí al terminar. Y luego viene otro apartado en el que puedo solicitar apoyo al equipo principal en caso de que no pueda manejar por mí misma lo que siento.

Marcela: ¿Cómo te cuidas después de realizar un abordaje?

Mati: No enganchándome con las situaciones del paciente. Engancharse es pensar, pensar y pensar en las situaciones que comenta el paciente y no poder dejarlas, traerlas rondando constantemente en la mente.

Marcela: ¿Cuánto tiempo dedicas para trabajar en ti después de los abordajes que realizas?

Mati: Casi nada. De media hora a una hora cuando mucho. Es hacer el análisis y soltar.

Marcela: ¿A qué te refieres con soltar?

Mati: Soltar es dejar ir los pensamientos a través de la técnica de la respiración y limpiar la mente, imaginando que se van los pensamientos referentes a la situación del paciente. Empiezo a tomar respiraciones profundas y me imagino, al soltar la respiración, que el pensamiento sale de mi mente y se va.

Marcela: ¿Aprendiste éstas técnicas en el Diplomado de tanatología?

Mati: No. Las aprendí en el Diplomado de Terapia Familiar.

Marcela: ¿Cuáles son las situaciones que te desbordan al momento de realizar el abordaje?

	<p>Mati: La vulnerabilidad del paciente, el desamparo, la soledad, la tristeza.</p> <p>Marcela: ¿Cómo se manifiesta ese desbordamiento?</p> <p>Mediante mi tristeza e impotencia por no poder ayudarlos en otro aspecto, como cuando necesitan dinero o cuando hay niños que sobreviven a su mamá que muere. No puedo intervenir en eso directamente.</p> <p>Marcela: ¿Algo más que gustes agregar?</p> <p>Mati: Lo principal es no engancharse y buscar apoyo cuando por los propios medios no es posible liberar esos sentimientos en casos lamentables.</p>
<p>Observaciones del entorno</p>	<p>Se observó a la entrevistada con mucha disposición en todo momento para realizar la entrevista. Se le observó recordando y evocando su práctica tanatológica en el hospital. Estuvo tranquila y con fluidez al dar sus respuestas.</p> <p>Su lenguaje corporal denotaba tranquilidad, sentada en la silla con sus brazos acomodados en las coderas. Su rostro estaba también tranquilo. Su tono de voz adecuado y pausado. Explicando sus respuestas.</p> <p>Estuvimos en un espacio adecuado, tranquilo, en silencio, en privado. Me senté frente a frente para estar más en confianza. Se desarrolló con mucha fluidez mientras iba contestando las preguntas.</p> <p>De la entrevista realizada puedo inferir lo siguiente:</p> <p>* El tanatólogo clínico en este caso, es capaz de identificar sus emociones y sentimientos tanto durante el abordaje a los pacientes y familiares, como posterior al abordaje.</p>

	<p>* Si bien es cierto que hay un formato que permite al tanatólogo clínico identificar sus emociones y sentimientos con mayor facilidad y que tiene el apoyo del equipo principal. Y sería interesante investigar sobre los tanatólogos clínicos que prestan sus servicios en otras instituciones de salud o para particulares cuando no llenan ningún formato.</p> <p>* En este primer acercamiento, refiere que realiza una técnica de respiración y una técnica de imaginación adquiridas en otro diplomado.</p>
Reflexiones sobre tu participación	<p>Me sentí cómoda y en confianza.</p> <p>No me gustaron algunas preguntas. Mientras las leía para hacerlas, modifiqué algunas y agregué otras preguntas.</p> <p>Se realizó una segunda entrevista para aclarar algunas situaciones y profundizar en algunas de las preguntas realizada en la primera ocasión.</p> <p>Se me dificultó indagar más sobre algunas de las respuestas de la tanatóloga clínica. Me parece que debí preguntar más, pero me sentía limitada por el protocolo ya elaborado de preguntas. No sabía si podía salirme un poco y preguntar más cosas.</p> <p>Considero un adecuado desempeño de mi parte en la realización para ser la primera entrevista, aunque después de revisar los comentarios de mis maestras puedo inferir que me hizo falta indagar más a profundidad sobre algunas cuestiones de di por sentadas.</p>
Comentarios / Reflexión	<p>En este caso, el tanatólogo clínico es capaz de identificar sus emociones y sentimientos tanto durante</p>

	<p>el abordaje a los pacientes y familiares, como posterior al abordaje.</p> <p>Si bien es cierto que hay un formato que permite al tanatólogo clínico identificar sus emociones y sentimientos con mayor facilidad y que tiene el apoyo del equipo principal, en este caso la entrevistada si identifica el autocuidado después de los abordajes.</p> <p>Sería interesante investigar sobre los tanatólogos clínicos que prestan sus servicios en otras instituciones de salud o para particulares cuando no llenan ningún formato.</p> <p>En este primer acercamiento, parece que no hay técnicas específicas y efectivas adquiridas en el Diplomado que promuevan el autocuidado en los tanatólogos clínicos después de realizar los abordajes a los pacientes y familiares. La entrevistada refiere en entrevista posterior que sus técnicas las aprendió en otro diplomado.</p>
Necesidades detectadas	<p>El tanatólogo clínico identifica sus emociones y sentimientos, identifica el autocuidado y aplica técnicas de respiración y de imaginación como técnicas de autocuidado, refiriendo no haberlas aprendido en el Diplomado de tanatología clínica, aplicó técnicas aprendidas en otro diplomado.</p>

3) Cuadro que sirvió como insumo para construir las categorías de detección de problemas y necesidades de la población a intervenir

CUADRO DE CATEGORÍAS					
No.	CATEGORÍAS	DEFINICIÓN	EVIDENCIAS (DATOS)	RECORTES TEÓRICOS	REFLEXIONES PERSONALES O DEL EXPERTO
1	No hay disponibilidad de tiempo ni espacio físico adecuado para trabajar la implicación personal del tanatólogo clínico después de los abordajes.	Al realizar un abordaje hay una vinculación emocional entre el paciente y el tanatólogo clínico por las situaciones vividas presentes o pasadas y que son evocadas en ese momento, el tanatólogo no dedican el suficiente tiempo para trabajar en su implicación personal después de realizar los abordajes ni tiene un espacio adecuado para hacerlo. Ni el tanatólogo en lo personal, ni las instituciones y organizaciones implicadas tienen espacios adecuados para que se trabaje la implicación personal.	Casi nada. De media hora a una hora cuando mucho.	El personal de salud que labora en instituciones tiene problemas en su autocuidado (Arenas, 2004, p. 326)	"Cuando pones un ambiente de trabajo y de encuentro entre personas, las personas hablan y se escuchan y se encuentran con hallazgos que les ayudan a su desarrollo personal, al grado de que hablamos de alguna significación" (Velázquez, 2020, entrevista)
			De 15 minutos a media hora aproximadamente.		
			Me doy entre cada consulta de 15 a 30 minutos para despejarme y hacer algún ejercicio en caso de que me sintiera movida por algún aspecto del trabajo de mi paciente.	"Las instituciones de salud carecen de políticas, programas, reglamentaciones y espacios que promuevan el autocuidado en los trabajadores que laboran en ellas" (Arenas, 2004, p. 326).	Los tanatólogos entrevistados manifestaron en general poco tiempo dedicado al trabajo de la implicación personal y no hay espacios físicos adecuados en las instituciones ni programas que los promueva. Entonces el tanatólogo tiene que hacerlo a su manera y con los recursos que tenga.
			Solo lo que dura el ejercicio de cierre, alrededor de 10 minutos. Después tengo que atender a mis hijos, a mi esposo y a mis papás que están enfermos.	"Lo más frecuente es que consulten a un colega en el pasillo o acudan con el dentista cuando lo tienen a la mano o se practican exámenes de laboratorio en el propio ámbito laboral y ellos mismos evalúan los resultados" (Arenas, 2004, p. 328).	
			No ajusta el tiempo para ver lo que le pasa a cada uno y sería de mucha ayuda hacer algo para abarcarlos a todos. Lo que no se trabaja en lo personal nos bota en los abordajes de las prácticas.	"Los entrevistados coinciden en señalar que las instituciones donde laboran no cuentan con políticas, programas, espacios, tiempos, mobiliario e interrelaciones personales que faciliten el autocuidado de quienes ahí laboran" (Arenas, 2004, p. 329)	
			Por lo mucho 30 minutos, mientras comento con el equipo de compañeros.		

2	Falta de importancia o evasión de la implicación personal por la prisa de regresar a la vida cotidiana.	El tanatólogo clínico no reconoce las partes internas que se mueven en sí mismo al realizar los abordajes, manifestándolo al no darles importancia por no identificarlo o evadiéndolo mediante la premura de regresar a sus actividades del día a día.	Si hay algún sentimiento detectado o si me enganché de alguna forma.	“El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan” (Naranjo, 2017, p.1).	El autocuidado se refiere no solo a las situaciones físicas sino que abarca la integridad del ser humano: lo biológico, lo mental, lo psicológico, lo emocional, lo espiritual. El tanatólogo debe tomar conciencia y reconocer la importancia de su implicación personal en los abordajes para poder trabajarla y resolverla. En la medida en que el tanatólogo se mantenga equilibrado, podrá realizar mejores abordajes a sus pacientes.	
			Hay ocasiones en que ni siquiera lo identifico en el momento.			
			Pensando que son situaciones de mi paciente y que es capaz de salir del duelo.			
			Eso no lo había pensado. Tal vez podría ser en el ejercicio de cierre, reflexionar sobre cómo se sienten mis muchachos y cómo me siento yo.			
			Ahí sí me dejaste sin saber qué decirte.			“La concepción actual de la ética nos llama a tomar conciencia acerca de la responsabilidad de la dirección de nuestras acciones, así como de las consecuencias derivadas de ellas” (Oltra, 2013, p. 85).
			Que no me lastime. Que no le de importancia. Estar en la misma situación y que no me afecte .			
			Yo creo que sería estar en depresión y angustiada. Estar triste es parte de estar deprimido. Angustiada cuando no puedo resolver algo rápido y está atorado.			
			Para ser honesto, no recuerdo alguno.			
Lo principal es que procuro no engancharme.						
Ninguno que pueda detectar yo.						

3	No existe en el tanatólogo la concepción de trabajar lo que deja abierto en los abordajes.	El tanatólogo clínico no es conciente de la necesidad de identificar y trabajar lo que interiormente ha dejado abierto o se ha movido internamente en él al realizar los abordajes.	Y luego viene otro apartado en el que puedo solicitar apoyo al equipo principal en caso de que no pueda manejar por mí misma lo que siento.	. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería” (Naranjo, 2017, p.1).	El tanatólogo clínico debe trabajar los procesos internos que deja abiertos en los abordajes, comentando con otras personas lo que le ocurre. No puede quedarse inmóvil ni indiferente ante la situación de dolor de los pacientes, la propia historia de vida nos va acercando a los duelos en diferentes momentos. Se evocan los momentos de dolor al ser solidario con el dolor del otro, se conmueve ante el sufrimiento del ser humano.
			Lleno la hoja de seguimiento de mi paciente con los datos de la sesión, mis observaciones y los ejercicios que quedan para realizar en casa.		
			Y que no me afecte.		
			Cuando acompañas como tanatólogo a otra persona que vive un duelo, se mueven tus propios duelos, aún aunque estén cerrados.		
			Se mueven otra vez emociones y sentimientos, aunque con una intensidad menor.		
A veces toda la semana le estoy dando vueltas. A veces uno o dos días.					

4	Falta de procedimientos estructurados para enfrentar la implicación personal.	No existen procedimientos estructurados mediante los cuales el tanatólogo clínico pueda identificar qué aspectos de su implicación personal se están moviendo cuando realiza los abordajes.	Elaboro un análisis del abordaje por escrito.	"Se considera que la formación profesional recibida por el personal de salud, puede ser un elemento que influya de manera decisiva en el tipo de autocuidado que este grupo se prodiga" (Hernández, 2003, p. 31).	Al tanatólogo clínico le hace falta aprender técnicas que lo lleven paso a paso a enfrentar la implicación personal. Cada uno lo hace de la forma que puede y con las herramientas que ha adquirido o que ha tenido a su alcance.
			Es hacer el análisis y soltar.		
			Soltar es dejar ir los pensamientos a través de la técnica de la respiración y limpiar la mente, imaginando que se van los pensamientos referentes a la situación del paciente. Empiezo a tomar respiraciones profundas y me imagino, al soltar la respiración, que el pensamiento sale de mi mente y se va.		
			Realizo técnicas de respiración y visualización para trabajarlo.		
			Y al final se hacía un cierre por equipo donde exponíamos cómo nos habíamos sentido y si algo nos había afectado durante los abordajes realizados en ese día.		
			Aplico técnicas de respiración y visualización, incluso me apoyo en la meditación.		
			Reflexiono qué es lo que me pasó durante la consulta, defino las emociones y los sentimientos que se movieron en mí, detecto si puedo resolverlos en ese momento, aplico la técnica de respiración o de imaginarme que de alguna forma salen de mí esas emociones o sentimientos, si no es suficiente el ejercicio, realizo una meditación antes de dormir .		
			Cuando me detecto con ansiedad tomo Homeopatía o flores de Bach.		
			Hicimos un ejercicio de escucha y de compartir cómo nos sentíamos cada uno, se suspendieron los abordajes de esa tarde .		
			Si hay algo que atender, lo atendemos en el momento todos juntos. Si no hay nada que atender nos vamos al siguiente abordaje.		
			Llenamos la hoja del reporte y hacemos un pequeño cierre.		
			Hacemos un círculo en el que cada uno platica cómo le fue en su abordaje y con qué se queda. Escuchamos lo que cada uno comparte, cómo se siente durante el abordaje y cómo se siente en ese momento.		
			Hago otro abordaje y cuando ya no hay más, hago un reporte. Explico cómo fue cada abordaje y qué me dejó de aprendizaje el paciente abordado.		
Hacer empatía, hacer un perfil rápido de la persona, que te guíes con las preguntas .					
También escucho música y me pongo a leer, eso me ayuda.					
Con oración continua y la gratitud					

5	Falta de aceptación de la propia vulnerabilidad .	El tanatólogo clínico se centra en el bienestar del paciente durante su abordaje, no aceptando que es vulnerable, es como si no tuviera derecho de sentirse así.	No enganchándome con las situaciones del paciente. Engancharse es pensar, pensar y pensar en las situaciones que comenta el paciente y no poder dejarlas, traerlas rondando constantemente en la mente.	El hábito profesional, como una forma de relacionarse con el mundo porque “cualquier profesión u oficio conduce a que se conforme un <i>habitus</i> propio de la profesión y que dicho <i>habitus</i> está constituido por un conjunto de técnicas, referencias, creencias que se constituyen en estructuras y esquemas mentales que llevan a que las personas tengan determinadas prácticas” (Arenas, 2004, p. 327).	El enfrentarse a la muerte continuamente nos debería recordar, como seres humanos nuestra condición frágil y limitada. Nacemos, crecemos, nos reproducimos y morimos, esa es nuestra realidad biológica pero hay un mundo interno que le da significado y sentido a la existencia. Pareciera que quienes están trabajando tan de cerca con la muerte se pudieran pensar como inmortales, tal vez como una evasión a la fragilidad de la vida.
			Lo principal es no engancharse		
			Conociendo técnicas para que el doliente pueda superarlas y el duelo no se vuelva patológico.		
			No es fácil atender a un enfermo y acompañarlo en el duelo que genera la enfermedad.		
			Si cuando pasan años haciendo esto se te siguen moviendo cosas por dentro, a los diplomantes más porque son las primeras prácticas que tienen en los abordajes. Es normal que se muevan muchas cosas por dentro.		
			Es como sentirme satisfecha porque me dan las gracias los pacientes. Siento padre, siento que contribuí a que la persona se sintiera mucho mejor.		
			Cuando digo “con este abordaje no puedo”, ahí trabajas lo personal.		
			Comentar con el equipo de compañeros la situación que se haya presentado . Ninguno.		
	“La práctica médica conduce a un acercamiento constante y reiterado con la enfermedad y la muerte de los demás... esta vulnerabilidad es un recordatorio persistente de nuestra mortalidad” (Arenas, 2004, p. 330).				
	“La relación clínica es una relación entre personas; el paciente, su familia y el personal de salud. El paciente espera del profesional su experticia técnica, pero además su disposición humana. En tanto el profesional, en su deseo de satisfacer esta demanda, puede verse sobreexigido emocionalmente frente al dolor y las expectativas de su paciente, exponiéndolo al riesgo de desarrollar importantes niveles de estrés y desgaste asociado a esta demanda de ayuda, lo que atentaría directamente contra la posibilidad de procurar una relación clínica de calidad” (Oltra, 2013, p. 85).				
	“La exposición a la fragilidad de la vida, a las obligaciones profesionales, a las experiencias de limitación e impotencia requieren una “actitud de cuidado” que depende de la sensibilidad ante el sufrimiento o la necesidad de otro ser humano y surge del mutuo reconocimiento como seres vulnerables” (Oltra, 2013, p. 89).				

13.2 ENTREVISTAS DE INVESTIGACIÓN

Ejemplo de extracto de la primer entrevista.

ENTREVISTA A:	ALMA
FECHA:	16 DE FEBRERO DEL 2021

-FACILITADORA: Muy bien, ya estamos grabando, ALMA, son las 17:00 del día 16 de febrero del 2021. Y bueno pues, primero agradecer tu colaboración, muchas gracias, porque bueno, a pesar de estas situaciones que pasamos ahorita para la conexión, bueno, pues aquí estamos. Y agradezco mucho esta disposición y este apoyo también de tu parte.

Ya habíamos tenido el contacto previo, me presento de nuevo, soy la psicóloga Luz Marcela Machain Vizcaíno y nuevamente te agradezco tu participación y tu apoyo en este proyecto. Gracias.

-ALMA: Gracias a ti.

-FACILITADORA: Sí pues, ALMA, me gustaría saber cómo estás.

-ALMA: Estoy muy bien, bendito sea Dios, muy, muy bien, muy bendecida y feliz.

-FACILITADORA: Muy bien, muchas gracias. ¿Cómo has vivido esta pandemia?

-ALMA: Híjole, con muchos altibajos. Porque... la verdad, este... el... el tener a las niñas aquí en la casa, las muchachas queriendo salir, es... pues es complicado pues, el decirle: "No, ahorita no se puede"; el que... pues ellas tienen que entenderlo de cierta forma. Pero sí es... es complicado, pues con los jóvenes es muy diferente, ¿verdad?, a... con los adultos, ya tenemos, así como una calma, todo eso, pero ellos tienen todas las pilas bien puestas.

Y este... y pues en general, sí hemos tenido pérdidas, falleció una... una cuñada de COVID, y sí, la verdad sí estamos con muchos altibajos. A veces bien, queriéndole poner todas las ganas, pero sí con... pues con ciertos temores, con cuidados más que todo, con muchos cuidados.

-FACILITADORA: Claro, esta parte del cuidado es importante, ¿verdad?

-ALMA: Sí, así es.

-FACILITADORA: Viviendo también con adolescentes, ¿no?, con jóvenes en casa, el cuidado se vuelve más difícil.

-ALMA: Sí, sí nos ponen a prueba a veces [risa].

-FACILITADORA: Muy bien, muchas gracias, ALMA. ALMA, ¿qué edad tienes?

-ALMA: 44 años.

-FACILITADORA: Muchas gracias. Nos puedes... ¿Me puedes dar tu nombre completo? Por favor.

-ALMA: Claro que sí, yo me llamo ALMA.

-FACILITADORA: Muchas gracias, muy bien, pues si gustas, vamos entrando en materia, ¿qué te parece? Ok, ALMA, ¿por qué estudiaste tanatología? [Problema de conexión] Parece que...

-ALMA: Eh... fíjate que... yo... a mí me interesaba mucho, tenía... la gente le teme mucho a la muerte, o qué hay después de la muerte, qué pasa cuando la gente muere. Y... después de que falleció mi mamá, pues en qué lugar estaba ella, cuál es el proceso, qué sigue después. Yo creo que el duelo y todo esto me hizo... me hizo querer estudiar así con mucha más... más ganas.

-FACILITADORA: Ok, o sea, en primera instancia te movía esta parte de... del miedo a morir, y de lo que había después de la muerte.

-ALMA: Sí, fíjate que, en funerales, cuando yo iba que estaba pequeña y todo eso, veía y... y me gustaba como los rituales que de repente la gente hacía, como la cruz de sal que ponían, el... los simbolismos, ¿verdad?, alguna gente ponía hasta una cebolla por debajo del... del ataúd. Y a mí me llamaba mucho la atención.

Siempre era muy... muy preguntona yo: "¿Qué pasa mamá?, ¿por qué ponen esto?, ¿qué significado tiene?, ¿qué sentido?". Sí, sí me gustó mucho. Entonces, me interesaba mucho pues, el lado de... ¿de qué pasaba?, ¿qué había? Cuando una gente estaba muy

triste... desde muy niña, desde muy chiquita, yo me acuerdo de que si había alguien que... alguna compañerita, o un amigo, de los de primaria, de preescolar, que estaban tristes y llorones, yo era la primera que iba: "¿Qué te pasa?, ¿qué te pasa?", como queriéndolo consolar. No sé, era abrazar a la gente, era mi... mi naturaleza en esa forma de ser.

-FACILITADORA: O sea, esta preocupación hacia los demás también te llevó a esto.

-ALMA: Sí, cuando la gente sufría como... una gente que lloraba me llamaba mucho la atención en decir: "¿Qué le pasa?, ¿por qué está sufriendo tanto?".

-FACILITADORA: ¿Qué te gusta, ALMA, de la tanatología?

-ALMA: Fíjate que, en general, me agrada mucho, el... el encontrar el sentido a la vida, el vivir el presente, el aquí y el ahora, el... el... no perder el tiempo, porque no sabemos si tenemos un mañana. Entonces esto sí es así como más... mucho más interesante para mí, el... el no perder el tiempo, el no dar nada por sentado, no esperar a.... a decirle a una gente: "Te quiero" mañana, porque no sabemos si lo tenemos.

-FACILITADORA: ¿Qué es lo que se podría dar por sentado?

-ALMA: De repente, como vivimos muy cotidianamente, eh... el día a día, en decir: "Ah, ok, mañana lo hago", dejarlo para mañana, o pensar que... que tal vez... "Como he vivido 44 años, pues todavía tengo otros 44 por recorrer". Y no es así, ¿verdad?, o sea, el saber que somos finitos, que tenemos un día en el que va a llegar que este... vamos a trascender, vamos a encontrarnos con nuestro creador, este... me hace querer dejar como un... un legado. Como... como que tu vida no pase sin sentido.

-FACILITADORA: Esta finitud de la que hablas, del sentido de vida de dejar el legado, del tiempo que tenemos en este mundo, ¿Tiene que ver también con la situación de tu mamá?, o sea, ¿del duelo de tu mamá?

-ALMA: Fíjate que sí, yo, o sea... al principio.... claro, había tenido duelos, cuando se mueren los abuelitos, cuando todo eso, es doloroso sin duda. Pero... lo va viendo uno así, como está uno más chiquillo, joven, lo ves así como: "Ah, pues ya le tocaba, ya estaba muy viejito, estaba sufriendo mucho, estaba enfermo". Pero... alguien, así como

tan... pues, se muere la mamá y es así como que... nuestro engrane, ¿verdad?, lo que es nuestra raíz, lo que nos.... nos provee mucho de amor, todo esto.

Entonces, al morir, ella... yo decía: "¿Qué hay más allá?, ¿qué sigue?, ¿en dónde está?". En los primeros momentos, por ejemplo, cuando la estábamos velando, pues la gente rezaba, y.... y Facilitadora, llegaban así como... ves mucha gente abrazarnos, a todo esto. Somos... somos muchos hijos, tengo muchos... digo, mi mamá tuvo muchos hijos, somos diez, diez hermanos. Y yo veía cómo cada quien lo vivíamos el duelo, la situación esta, en forma diferente.

Unos estaban muy enojados, y hasta como querido discutir y todo eso, peleando entre ellos algunos: "¿Por qué esto?, ¿por qué aquello?". Pues era la ira, ¿verdad?, el momento en que ya después, cuando lo estudié, y supe que era las etapas de duelo que atraviesas. Pero lo mismo era como una intromisión, estaba desconectada de todo, yo estaba pensando eso: "¿Qué sigue?, ¿dónde sigue mi mamá en este momento? Ayer estaba internada, ayer estaba intubada, ayer estaba muy grave, pero hoy, ¿hoy donde está ya?, ¿qué sigue después de esto?".

Siempre he sido espiritual, pero era más que lo espiritual, Facilitadora, era como... el pensar: "Exactamente qué hay. Cuando las personas mueren, empiezan a perder el oído a tantas horas", decía, y todo eso, yo trataba de... de vivir como cada... cada momento, o checar qué espacio tenía mi mamá, en dónde estaba, después de que pasó un mes, después que... todo, todo el tiempo.

Hasta que empecé a estudiar lo de Tanatología, le vi así como el sentido, el... la lógica, digamos, desmenucé todo. Sí.

-FACILITADORA: En ese momento que falleció tu mamá, ¿Identificabas las emociones que estabas viviendo?

-ALMA: No, no mucho, las vivía nada más, vivía... el día a día, y luego, ¿sabes qué?, sucedió algo muy... muy peculiar. Mi mamá falleció un 17 de diciembre, que era el mismo día que salían mis hijas de vacaciones de las escuelas, que tenían. Entonces, ajá, cuando... al siguiente día que la... la enterramos, ya cuando regresamos aquí a la casa,

pues yo quería, pero... llorar, pero sola, Facilitadora, ¿sí sabes?, como aislarme, que no me vieran mis hijas.

Porque yo sabía que, si me veían sufrir, iban también ellas... pues llorar. Entonces, yo me aislé mucho, yo tuve un error muy grande en eso, este... me bloqueé, los siguientes días... ese día sí, la tarde me encerré en mi cuarto y fue pues llorar, ¿verdad? llorar. Y a las siguientes mañanas despertaba a mi hija, y pues corría, la más chiquita, por ejemplo, corría conmigo a.... a la cama. Y este... yo ponía canciones que a lo mejor le gustaban a mi mamá, o canciones que me evocaban a la tristeza, el dolor, y... y veía que mi hija lloraba, se le salían sus lagrimitas, y yo decía: "No, no puedo estar haciendo que llore. Se acerca navidad, son fechas bonitas para ellas", pues eran niñas todavía.

Entonces, sí me bloqueé mucho, lo que hacía era cuando... cuando estaba yo completamente sola, que... te digo, era muy poco, porque como mamá, y con las niñas así pegadas muy muy a mí, de que: "Necesito esto", y la comida y todo. Más bien era el tiempo como cuando me bañaba, como cuando estaba lavando ropa yo sola, allá atrás, en el patio. No sé, en el momento en el que yo ya me sentía como... sola, como libre, en ese espacio sí me daba como para llorar, pero eran muy poquitos.

Yo la verdad creo que... no viví ese duelo, ese duelo como debió haber sido, de... o sea, lo pospuse, digamos. Hasta cuando estuve en tanatología lo trabajé.

-FACILITADORA: Ok, ¿Y cuántos años pasaron, ALMA?, de que falleció tu mamá hasta que estuviste estudiando.

-ALMA: Fueron tres años.

-FACILITADORA: Ok, a parte de este fallecimiento de tu mamá, ¿Ha habido otra persona que marcara también en ti esta parte de estudiar tanatología, alguna otra persona fallecida o viva que te haya inspirado también?

-ALMA: No, Facilitadora, fíjate que no. Cuando veía los anuncios... sucede que como dos o tres años antes, había yo visto ya el... el anuncio de... el diplomado en tanatología. Y... me llamó mucho la atención, pero en ese momento estaba todavía más niñas mis hijas, muy muy pequeñas, que necesitaban de mí más, entonces pues era difícil despegarme.

Y ya cuando pasó esto, y se dio la oportunidad, mira... yo creo que... todo tiene un... una fecha, una hora en la que uno está como... para procesarlo ya de una mejor manera. Se dieron todas las cosas, estuvo ya mi esposo aquí para cuidarlas, en ese tiempo que me iba yo, porque... yo era así como que muy: "Que no se queden solas porque si necesitan algo, y están todavía chiquitas", pero ya empezaban a...

Te digo, se dio el tiempo, y empezaron un poquito a crecer, y el esposo ya se hizo cargo de las niñas mientras yo iba a estudiar; y a las prácticas, me encantaron también, me hicieron crecer mucho. Yo la verdad, este... le agradecí a él, pues, y a las niñas también por entender que... que su madre quería estudiarlo, pues, quería... quería vivir eso. Y sí, así fue.

-FACILITADORA: Y luego... no solo quererlo, ¿verdad?, sino incluso hasta como... como necesitarlo por esta parte del duelo.

-ALMA: Así es, sí, sí, fíjate que sí.

-FACILITADORA: ¿Ha cambiado tu perspectiva sobre la vida y sobre la muerte después de estudiar tanatología?

-ALMA: Sí, Facilitadora, mucho, mucho. Este... te digo, antes tenía como que el miedo, el... ay no, ya empezaba: "Ay no, no hables de la muerte porque la invocas, no, no, no, no la llames, no la llames", porque casi todos estamos este... siempre por hablar de lo nais, lo beautiful, no queremos hablar de lo feo.

Y es parte de la vida, la muerte es parte de la vida y verlo así con la naturalidad, me hizo también mucho... ver como el lado espiritual más. Así como más... te digo, siempre he sido espiritual, y me gusta mucho, pero... el verlo por esa manera, en la que agradece uno por la vida, y no más bien, así como que sufrir por la pérdida, sino agradecer por todo ese tiempo que... que tuvimos a esa persona con nosotros, que quisimos mucho. Me hizo soltar, soltar y aprender a amar de diferente manera.

-FACILITADORA: Ok, oye, qué bonitas palabras ALMA: "Soltar y aprender a amar de diferente manera".

-ALMA: Sí, sí, y que cuesta mucho, aprenderlo, la verdad es que me costó mucho... sanarlo, sobre todo, y.... y.... y crecer, me hizo crecer mucho. El ver... ¿perdón?

-FACILITADORA: Sí dime, te escucho.

-ALMA: El ver como... como el dolor de tantas, de tantas personas que sufren, el decir: "Bueno, no soy víctima, yo no soy única". El dolor es... es parte de nuestro... de nuestro vivir, ¿verdad?, y el aprender a darle un cauce sano, y a resignificar todo este dolor, te hace crecer, te hace mucho más fuerte.

-FACILITADORA: Sí, sí, tienes toda la razón, sí, es... es verdad. Oye, ALMA, tengo también esta pregunta, me comentas que, por ejemplo, eh... culturalmente pues se enseñan a no hablar de la muerte, tan... tan abiertamente, ¿no? Digo, como mexicanos nos mofamos de la muerte, en... o.... hacemos alusión a una fiesta, el Día de Muertos. Pero me llama mucho la atención, cómo... cómo narraste esta parte, de... cuando... de cuando falleció tu mamá, o sea, estabas... estabas en shock, y no te dabas cuenta de las emociones que estabas viviendo.

-ALMA: Así es. Fíjate que... sobre todo, Facilitadora, porque mira, estuvo... ella... grave, muy grave, 10 días, internada, la intubaron. Pero un día antes, yo... dejaba a las niñas en las escuelas y ya... este, encomendaba quien fuera a recogerlas y todo, y me iba. Si había quien me... reemplazara en la noche, regresaba, y si no conseguía, me quedaba, ¿verdad?

Pero estaba yo... con esa... al escuchar el montón de máquinas, y con el duelo anticipado, el estar esperando una mala noticia, es... pue tú sabes, ¿verdad?, es bien terrible todo eso. Pero... un día antes, ya no estaba dopada, despertó, se sentó, Facilitadora, y.... ya la veía muy bien. La doctora me dijo: "Señora, su mamá está mejor, yo pienso que mañana ya vamos a quitarle la intubación, vamos a meterle un catéter, va a estar mucho mejor. Va a ser paulatino, pero yo pienso que su recuperación viene ya".

Y bueno pues, yo me vine muy feliz, llegó mi hermana a cubrirme en la noche, y yo me vine esperanzada, muy muy feliz. Y.... al siguiente día, cuando llegué... era, te digo, era 17 de diciembre, que iba a ser la posada de una de las niñas, ya la iba a llevar a su

posada, y me llama, pues, me da la mala noticia, de una manera... muy fea, muy cruel y muy directa.

Este... te digo, porque yo estaba muy esperanzada en que iba a sanar, no fue así. Eh... pues no me la creía, así como tú dices, estaba en shock, pero yo no lo sabía. Caí de rodillas, no sabía, o sea, caí de rodillas y solo dije: "Hágase tu voluntad señor". Pero con todo el dolor y las lágrimas, y la tristeza, que es propio de la muerte de alguien que uno ama tanto.

Y este... yo creo.... por eso me quedé como con... "¿Qué pasó?, ¿no que iba a sanar? La doctora me había dicho que estaba mejorando". Sí, sí cuesta mucho el aceptar la... la realidad pues, mucho.

-FACILITADORA: Ok, eh... en este manejo de emociones, o sea, te das cuenta pues, en este momento que viviste el shock y no identificabas las emociones que estabas viviendo, ¿cómo se vivían las emociones en tu familia?

-ALMA: Muy loco, muy loco, Facilitadora, fíjate que, soy la novena hija de diez. Entonces, las hermanas más grandes... tengo unas hermanas gemelas, este... estaban en.... en la ira completamente con la... con la hermana más grande. Entonces sí había muchas discordias en las que... unas querían unas cosas, otras otra, y yo estaba como tan dolida, que no podía ver nada de lo que... decían.

No entendía, ni siquiera las escuché. En sus... conflictos que tuvieron por resolver, y todas las situaciones que vivieron, me... me mantuve mucho al margen, no porque fuera extraño, o porque no... no lo estuviera... no quisiera que se resolviera; pero... no sé si a lo mejor fue una forma... una forma también mía de... como desconcertarme, desconectarme y.... y vivir lo que sí es realmente... era... pues para mí importante, que era la... la pérdida, que ya no iba a volver a ver a mi mamá.

Y.... y sí fue... fue difícil, fue muy... muy extraño. Yo no... no esperaba que... que... esto sucediera, yo pensaba que, al contrario, ¿verdad?, pues generalmente se ve como... muere la mamá y todos se unen, o se abrazan, o lloran juntos. No, Facilitadora, eso fue así como que cada quien, por su lado, fue difícil. Algunas, algunas de mis hermanas... bueno, otras sí, sí nos unimos, de cierta manera.