



asociación
mexicana de
tanatología, a. c.

**LA PÉRDIDA DE LA AUTOESTIMA
ANTE LA ENFERMEDAD**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN
T A N A T O L O G I A**

PRESENTA:

PSIC. DHALIA LORENA RODRÍGUEZ CAMPOS



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.

México, D.F. a 25 de Febrero de 2015.

**DR. FELIPE MARTÍNEZ ARRONTE
PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN
MEXICANA DE TANATOLOGÍA, A.C.**

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presentó:

- **Psic. Dhalia Lorena Rodríguez Campos**

Integrante de la Generación 2013-2014.

El nombre de la Tesina es:

LA PÉRDIDA DE LA AUTOESTIMA ANTE LA ENFERMEDAD

Atentamente

**Psic. Israel Ortíz Galán
Director de la Tesina**

DEDICATORIAS

Agradezco **a Dios** por darme la vida y junto con ella las oportunidades para avanzar y mejorar paso a paso, por permitirme ser feliz con las personas que amo y valoro.

Agradezco **a la vida** por todas las experiencias que me han hecho ser quien soy, por todo lo bueno y lo malo, lo hermoso y lo complicado que he experimentado, todo lo que me ha hecho sentirme viva y capaz de afrontarlo y disfrutarlo.

A ti esposo, Javier, mi compañero, mi consejero, mi juez y mi amigo, te agradezco todo el apoyo que me has brindado, sin condiciones y sin medidas. Eres un regalo que aprecio y atesoro, espero que la vida nos dé la oportunidad de tener más experiencias juntos, por años, hasta que nos obligue a la despedida final, pero que de ningún modo nos condene al olvido. Gracias por siempre, por estar, por participar y por ser parte de mi felicidad.

A mis hijos les agradezco que me regalen el ánimo de querer ser mejor, con el fin de serles un buen ejemplo, un acto de amor y un legado de orgullo. Los amo con todo mi ser, son mi sentido de vida.

Agradezco **a mis padres** ser lo que soy, son mis raíces, las que me sostienen y me conforman, gracias por todos los años de dedicación a la familia. Gracias por la maravillosa niñez que me brindaron, sin lujos pero con grandes momentos, gracias por el ejemplo de tener una vida con valores y sencillez, porque sé que sólo así se logra la verdadera felicidad. Los amo tanto como cuando era niña.

Agradezco **a mis hermanos** Luis, Ali, Ana y Sylvia por ser una parte muy importante en mi vida. A pesar de la lejanía y de los inconvenientes, los amo y les deseo plenitud en la vida.

Agradezco haber estado en el **Diplomado de Tanatología**, porque me cambió la percepción que tenía de la muerte y de la vida, me dio herramientas para afrontar mejor las pérdidas y para valorar todo aquello con lo que ahora cuento. Me dio además la oportunidad de conocer a personas valerosas y buenas, que al igual que yo, luchan día a día para mantener su rumbo en la vida.

INDICE

Justificación.....	6
Objetivos.....	7
Alcance.....	8
Introducción.....	9

CAPÍTULO I. CUANDO SE PRESENTA LA ENFERMEDAD

1.1 El proceso de afrontamiento ante la noticia de la enfermedad	11
1.2 Estrategias de afrontamiento para hacer más soportable el dolor emocional.....	12

CAPÍTULO II. ETAPA EN LA CUAL EL DOLOR EMOCIONAL ES TODAVÍA MÁS FUERTE QUE EL DOLOR FÍSICO

2.1 Por qué afecta a la autoestima del enfermo el ambiente familiar según la Teoría del Vínculo.....	15
2.2 Factores familiares que pueden afectar el estado emocional del paciente	17

CAPÍTULO III. CUANDO LOS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD SE HACEN PRESENTES

3.1 Cómo afecta emocionalmente al enfermo la pérdida gradual de la salud.....	19
3.2 Cuando se pierde la autonomía.....	20
3.3 Pérdida de la voluntad por sobrevivir.....	22

CAPITULO IV. LA MUERTE QUE RECONCILIA

4.1 Resiliencia para encontrar la paz interior.....	23
4.2 El desprendimiento de lo material.....	23

Estrategias de tratamiento para evitar la pérdida de la autoestima en el paciente terminal.....

	25
--	----

Conclusiones.....	26
-------------------	----

Bibliografía.....	27
-------------------	----

JUSTIFICACIÓN

Cuando se sufre una enfermedad que avanza sin esperanzas de cura, la autoestima se disminuye casi tan gradualmente y a la par de la misma enfermedad. Cuando el cuerpo y la mente pierden autonomía, se originan una serie de miedos que obstaculizan la existencia del enfermo, lo vulnera tan profundamente que le cuesta trabajo reconocer su todavía capacidad de existir y de pensar. Según el diccionario de la Psicología (APA), el concepto de autoestima es el auto concepto que el sujeto tiene de sí y que refleja su autoimagen física, la visión de sus logros, de sus capacidades y de sus valores, el cómo se percibe ante ellos y como cree que los demás lo perciben con estos. Por ende, cuando la imagen corporal sufre cambios que denotan el deterioro físico, el motor y el mental, la autoimagen se ve disminuida y esto provoca un dolor emocional que también deteriora la biología y la psicología de quien padece un trastorno en la salud.

El equipo médico, el personal encargado de los cuidados paliativos y los familiares de todo paciente, deben procurarse a la vigilancia no sólo de los cambios físicos que se presenten en él, sino también de los cambios que presente en su estado de ánimo, para así, evitar que el enfermo caiga en depresión y debilite su ánimo de seguir participando en el cuidado de su propia enfermedad. Es natural que la persona que vive los estragos de una enfermedad en su cuerpo sienta tristeza, vulnerabilidad e impotencia pero no al grado de abandonar su ánimo de lucha hasta donde le sea posible mantenerlo ni su voluntad de disfrutar los momentos cada vez menos prolongados en los que pueda disfrutar y agradecer su estancia en la vida. Está comprobado que el estado de ánimo influye en gran medida en la respuesta a los tratamientos médicos, por ello, no se debe descuidar el estado emocional del paciente ni su autoestima ante la enfermedad.

OBJETIVOS

Este ensayo pretende explicar los procesos cognitivos del ser humano que trata de adaptarse a las malas noticias que le provocan un desequilibrio mental y emocional. Además pretende resaltar la importancia de cuidar el lado humano y espiritual de todo enfermo. Hacer notar que la depresión en el paciente, es una enfermedad en sí misma y que aunada a los padecimientos clínicos, vuelve una tarea difícil el tratamiento médico en el paciente. La terapia para mejorar su estado emocional, brinda al enfermo la posibilidad de no mermar su autoestima y de hacerle reconocer que su participación activa en el tratamiento médico y en los cuidados, le brinda una mejor calidad de vida hasta el final de sus días.

ALCANCE

A toda persona que le interese cuidar de su enfermo procurando su bienestar emocional, más allá del dolor físico y de los estragos inevitables del curso de cualquier enfermedad. Que procure que el enfermo no pierda su sentido de vida y que trate de integrar sus necesidades con sus posibilidades reales para que tenga la plena consciencia que el deterioro físico no determina su valor personal.

INTRODUCCIÓN

Las personas están acostumbradas a experimentar enfermedades a lo largo de sus vidas, varias llegan a ser transitorias y sólo generan molestia psíquica por las dolencias y las incomodidades que se experimentan durante su curso. Gracias a la ciencia y a la tecnología, estos períodos de patología orgánica son pasajeros y dejan de tener importancia con el transcurrir del tiempo, quedando sólo como recuerdos poco agradables. Pero ¿se piensa y se actúa del mismo modo cuando se está sujeto a una enfermedad crónica o terminal? Sin duda, la respuesta es no; al momento de saber que se tiene una enfermedad incurable, el sistema psíquico sufre un cambio drástico y, de algún modo, trata de adaptarse para hacer soportable el trance de la noticia y de la realidad a la que se está sujeto.

Al saberse gravemente enfermo, es común que las dolencias emocionales sean todavía más fuertes que las dolencias físicas, son los primeros momentos en los que el cuerpo todavía no es esclavo de los estragos de la enfermedad. Conforme el tiempo avanza y la sintomatología se presenta más fuerte y más grave, suele cambiarse el orden de importancia del dolor, y es entonces, donde el dolor físico comienza a superar el dolor espiritual y emocional. En ambas etapas existe un golpe al ego, es decir, al aprecio y al valor de sí mismo, debido al deterioro físico que cada vez se va haciendo más evidente, aunado a la circunstancia de saberse vulnerable ante la enfermedad, a tal grado de perder la autonomía personal y por consecuencia, llegar a la dependencia hasta para cubrir las necesidades más indispensables en la vida y dejarse por completo al cuidado de las personas que les rodean y a las cuales se les está provocando una afectación en su vida emocional, económica y rutinaria.

Durante la etapa en la que el dolor emocional es más evidente, se suele experimentar varios estados emocionales que fluctúan todo el tiempo; es entonces, cuando el aparato psíquico interpone varias estrategias de confrontación que deben ser explicadas para una mejor comprensión de los mecanismos de defensa psicológica. Subsecuente a esta primera etapa, durante la manifestación física de la enfermedad, la persona afectada disminuye un poco su atención hacia el aquejo del sufrimiento de la mente y se atiende a

los cuidados médicos para poder recuperarse continuamente de los dolores orgánicos que lo aquejan. En la etapa terminal de la enfermedad, el enfermo atraviesa por un cansancio mental, físico y conductual, volcando todo su interés en buscar el alivio, quizás mediante la muerte y lograr un descanso espiritual y existencial o como forma de escape a lo que se ha estado sujeto.

Desde que el ser humano nace, necesita de otra persona para ser proveído de todo aquello que requiere para su supervivencia, a partir de esta dependencia para subsistir, se establecen las formas en las que habrá de relacionarse con los demás. Si las primeras relaciones afectivas logran establecerse de manera positiva, bajo circunstancias que proporcionan cariño y contención, la persona logra establecer una buena autoestima, debido a que su autopercepción es de aceptación y agrado hacia los otros. Esto explica que las relaciones familiares son la base principal en la existencia de todo ser humano y que de ellas depende que todo paciente logre permanecer tranquilo y emocionalmente seguro durante su etapa crítica de salud. La familia y todo aquel que le brinde cuidados durante la enfermedad, debe procurar que el enfermo alivie tanto sus dolores físicos, los cuales son los más emergentes, pero también a que el enfermo no desatienda sus molestias y angustias emocionales, a fin de que no pierda su sentido de vida hasta el final de sus días.

CAPÍTULO I. CUANDO SE PRESENTA LA ENFERMEDAD

1.1 El proceso de afrontamiento ante la noticia de la enfermedad

Ante la noticia de padecer una enfermedad que amenaza nuestra vida y nuestra integridad física, se vive una conmoción mental por el profundo sufrimiento psicológico que se está experimentando. La intensidad del impacto por el evento de la noticia, llega a ser tan alta, que se vive como un acontecimiento traumático. Cabe recordar que *trauma* se aplica a aquellos acontecimientos que constituyen una amenaza grave para la integridad psicológica o física de las personas que los viven y frente a los que responden con una reacción intensa de temor, desesperanza y ansiedad. El suceso traumático puede provocar confusión en el individuo, al grado de ocasionarle disociación, confusión y una pérdida de la sensación de seguridad. Además, suelen ser comunes los sentimientos de irritabilidad y la predisposición de dar respuestas reactivas a causas menores como las pesadillas, imágenes invasivas que aparecen repetidamente en la conciencia y provocan intensa angustia, sensaciones de extrañeza e irrealidad, tristeza. Todos estos síntomas se denominan en su conjunto *síndrome de estrés postraumático* definido por la Asociación Americana de Psiquiatría para encuadrar la conducta del individuo que ha sufrido de manera directa y reciente un acto violento que lo conmociona y lo imposibilita a la integración normal en la sociedad. Esta respuesta se considera biológica y constituye una adaptación natural del cuerpo humano ante el trauma, lo cual lo hace universal y adaptable a otro tipo de situaciones que pueden desencadenar el estado de estrés.

Surge entonces en el individuo el *afrontamiento emocional*, como un intento de confrontar la realidad y responder ante el suceso traumático. El afrontamiento es el uso de estrategias cognitivas y conductuales que le sirven al individuo para enfrentar aquellas situaciones que se valoran como muy pesadas y que exceden sus recursos internos, o bien que le permiten reducir las emociones negativas y poder hacerle frente al conflicto que le está ocasionando el estrés. Al paso del tiempo, este proceso psicológico le permitirá generar posibles soluciones inmediatas o posteriores, mejorará su situación de incertidumbre, para abrirle paso a una cierta seguridad emocional y le dará una sensación de control limitado que le reducirá el estrés permitiéndole tomar decisiones.

1.2 Estrategias de afrontamiento para hacer más soportable el dolor emocional

Según Mardi Horowitz, cuando la persona recibe una mala noticia, como puede ser la muerte de un ser querido o la pérdida de la salud, se vuelve un acontecimiento estresante que debe ser procesada neurológicamente en el cerebro de la persona, la mala noticia es discordante con el esquema mental preexistente y surgen frases que revelan el trance: “No me podía imaginar que algo así me sucedería a mí”, entonces se cuestiona al mundo interno en el que se vivía hasta el momento; el procesamiento de la información adquirida con el mundo de información histórica en la mente, debe generar un proceso de adaptación o revisión . Esta discrepancia entre la interpretación del acontecimiento estresor y el mapa cognitivo pre-establecido, estimula emociones como la culpa, el miedo, la tristeza o la rabia, que pueden estar relacionadas con experiencias pasadas y vividas consciente o inconscientemente por la persona. Estas emociones activan la atención y hacen que la persona las focalice al problema para poder reconciliar la información que considera incongruente entre la mala noticia y los esquemas preexistentes. Cuando la persona realiza un mapa mental, empieza a reconciliar la información pasada con la actual y esto le permite reducir las alarmas emocionales y como resultado tener nuevamente la capacidad de prestar atención a otros temas o situaciones. Antes de lograr llegar al procesamiento y a la reconciliación del contenido de la información estresante, la persona puede experimentar una anestesia emocional, como forma de evitación, que no tiene otro fin sino el de proveerle un intervalo de tiempo necesario para poner en marcha otros procesos de control (los mecanismos de defensa), aprendidos anteriormente en otros eventos de carácter traumático.

Dentro de estos mecanismos defensivos de autocontrol existen vertientes de comportamiento como: a) los mecanismos de inhibición del contenido, donde el sujeto minimiza la importancia del evento o en su defecto, lo niega; b) los mecanismos de inhibición del tópico, donde el sujeto desvía el foco de atención o distorsiona el contenido mental o anticipar el suceso; y, c) la alteración de los esquemas personales: en el cual la persona construye unos esquemas mentales más competentes respecto a la responsabilidad del trauma, se desprende de sus conceptos sobre el mundo y sus relaciones con él , así su impacto será mucho menor y se facilita el proceso de adaptación.

Esta *Teoría cognitiva del procesamiento de Horowitz* tiene ciertas bases en la Teoría psicoanalítica de Freud, al explicar que el individuo interpone mecanismos de defensa para confrontar el evento estresor. Dado que la pérdida de la salud se maneja como un duelo, se pueden tomar otras teorías igual de importantes que explican el proceso del afrontamiento a aquello que nos causa dolor y nos lleva a un sistema alterado de las emociones. Robert A. Neimeyer cita a Parkes para definir proceso del duelo o del trauma en cuatro fases: 1) *Período de Insensibilidad* que se produce momentos cercanos a la pérdida, y que ayuda desatender el hecho al menos durante un breve período de tiempo; 2) *La fase del anhelo*, el individuo anhela aquello que ha perdido y niega la permanencia del evento, la rabia se hace muy presente en este período; 3) *La fase de la desorganización y desesperanza*, al sujeto se le dificulta la funcionalidad en la vida y; 4) *La fase de la conducta reorganizada*, la persona comienza a recuperar su vida. Cabe mencionar que estas etapas son manifestadas dentro de un duelo sin complicaciones y con el orden natural y lógico de la pérdida.

Una de las teorías más importantes y reconocidas sobre el afrontamiento del duelo y de la muerte, es la de Elizabeth Kübler Ross, precursora de la tanatología, quien estuvo dedicada a la enseñanza de todo aquel que posea el deseo de ayudar a otro, a través de un trato respetuoso y compasivo, a superar sus duelos, a darle sentido a la pérdida y a procurar que el doliente no pierda su sentido de vida. Habló de la muerte, no como un hecho único ni independiente, sino como un fenómeno compuesto de pérdidas aleatorias, como lo es la pérdida de la salud, a las cuales es necesario entender y atender en quien la padece. Dentro de su teoría, se explica que el duelo de las personas que están cercanas a la muerte está compuesto de cinco etapas: 1) *La negación*, donde considera que existe una imposibilidad de reconocer el hecho de que se padece una enfermedad. Según Moyer y Levine se aúna la necesidad de distanciarse y de evitar pensar y hablar de la enfermedad. La negación cumple con una función amortiguadora y se considera una defensa provisional para afrontar la situación. 2) *La Ira*, compuesta de rabia, enojo, hostilidad y agresividad por haber perdido la salud y que está dirigida en general hacia sí mismo, la familia, los amigos y las circunstancias. 3) *La negociación*, donde según Kübler-Ross el enfermo intenta llegar a acuerdos con Dios, prometiéndole alcanzar metas personales, con el resultado de lograr prolongar la vida y su recuperación. Esta negociación de lograr metas futuras, provoca que la persona encuentre una mayor motivación para lograrlas. 4) *La depresión* ante la enfermedad, se define por la presencia

de la tristeza, los pensamientos negativos, los deseos de muerte, el aislamiento social, la frustración y la desesperanza y hasta la claudicación del tratamiento. Estas emociones los llevan a sufrir síntomas como la pérdida del peso, del sueño y de la actividad psicomotora.

5) Por último, la *aceptación* de la enfermedad, donde se acepta la enfermedad, pero de forma activa, pues el enfermo toma la responsabilidad para alcanzar un establecimiento de la enfermedad. Kübler-Ross hace énfasis en que no se debe confundir la aceptación con la *resignación*, pues esta última es una técnica de afrontamiento pasiva.

CAPÍTULO II. ETAPA EN LA CUAL EL DOLOR EMOCIONAL ES TODAVÍA MÁS FUERTE QUE EL DOLOR FÍSICO

2.1 Por qué el ambiente familiar afecta la autoestima del enfermo (Teoría del Vínculo)

Desde que el ser humano nace, establece relación con quienes le rodean; decía Aristóteles que “el ser humano es un ser social por naturaleza”, explicaba que le era imposible sobrevivir sin una sociedad, que a partir de un conjunto social se hace posible su humanidad, pues dentro de la sociedad se desarrollan sus capacidades humanas: el lenguaje, la religión, el arte, la filosofía, el teatro o la política. Esta vida en sociedad lo hace dependiente de los demás y a la vez, parte activa que afecta y estimula de alguna manera a los otros miembros de la sociedad.

La interacción humana no sólo sirve al individuo para cubrir sus necesidades de supervivencia y desarrollo biológico, le permite además, demostrar sus emociones y buscar a través de las relaciones interpersonales, un desarrollo de su mundo de una forma íntima. Su modo de comunicarse varía según sus requerimientos y satisfacciones, en planos de diferente intimidad y desarrollo intelectual.

Cuando el individuo es bebé, su modo de relación con el mundo externo es a través de la madre, son sus primeras formas de relación y de vínculo emocional con otro ser humano. Cuando su contacto con el otro se ve afectado, el sentido del yo se ve dañado, lo que a la larga hace que vaya perdiendo su capacidad de relacionarse sanamente con los demás. En el libro *Las tareas del duelo* de Alba Payás, se afirma que es a través de las relaciones con lo externo, que el hombre crea su mundo interno. Habla de que toda comunicación o conexión con el exterior, genera sentimientos, pensamientos, fantasías, deseos y esperanzas. El mundo interno se crea a través de la respuesta a las múltiples interacciones que se tienen con lo que lo rodea, sean personas o cosas. Este ámbito íntimo se organiza de una manera lógica y para esto se requiere también el contacto con lo externo, sin la relación con los otros no hay capacidad de dar significado a la experiencia interna, no hay posibilidad de identificar las necesidades más básicas ni de generar las acciones necesarias para satisfacerlas.

Este movimiento tiene la característica de un péndulo: ir al mundo interno para darse cuenta de lo que se siente y después, instalarse en el mundo externo para identificar y satisfacer las necesidades fundamentales, lo que produce una activación interna con el fin de obtener la satisfacción requerida.

Las relaciones interpersonales definen la identidad, quién se es y hasta dónde se llega a ser significativo en el otro. Las interacciones humanas son fundamentales para una autoestima como ser humano valioso e importante ante la mirada de los demás. Cuando las relaciones son satisfactorias y sanas, la mente es proclive a ser más adaptativa y se aumenta el autoconocimiento, se desarrollan habilidades de cambio y de adaptación ante acontecimientos futuros difíciles de afrontar.

Es importante resaltar que no toda relación interpersonal logra vincular al individuo con el otro, pues no todas las relaciones humanas generan apegos. John Bowlby en su *Teoría del Apego*, explica que los seres humanos tienden a crear vínculos con quienes le rodean y que se reacciona con emociones intensas cuando hay peligro de ruptura en esos vínculos. Señala que el niño tiende a vincularse con la madre por su necesidad de protección y seguridad, como un impulso de supervivencia; el adulto lo hace como una base para su seguridad.

“Poseer como adulto un modelo interno de funcionamiento seguro es la garantía de una buena autoestima; de confianza en uno mismo y también en los otros, y de una buena capacidad de relacionarse y mantener vínculos sanos con los demás” (Bowlby, John. 1979).

Las relaciones familiares son la fuente de vinculación más importante y trascendente para el sujeto, lo influyen de manera directa y afectan su estado emocional de forma crucial. Cuando una persona enferma de gravedad establece vínculos mayores en su grupo primario de relación, su familia, deposita en ellos su confianza, sus miedos, sus padecimientos y su necesidad de apoyo para sobrevivir, recargándose directamente sobre los miembros que la conforman. Su grado de dependencia física y emocional hacia ellos, crece cada vez conforme avanza la enfermedad. Kübler-Ross señala que en la segunda etapa del duelo por enfermedad, al paciente le surgen sentimientos de ira, envidia y resentimiento, son desplazados hacia varias direcciones, entre estas, hacia la familia; les reclama su lucha por la vida y les exige atención para que se den cuenta que todavía sigue vivo. Las relaciones familiares con el paciente pueden llegar a complicarse,

si se toman de manera muy personal los reclamos del enfermo, el ambiente familiar se torna problemático, es un ir y venir de acciones y reacciones que hacen que el enfermo se sienta incomprendido, relegado o abandonado por quienes le rodean. Cuando la familia logra sortear los reclamos y discusiones de su enfermo, es más fácil que esta etapa dentro del proceso del duelo sea transitoria y se resuelvan las fricciones familiares. Si el paciente es comprendido, tolerado y respetado por sus familiares durante sus trances de dolor, enojo y tristeza; hay posibilidades de que su integridad emocional y su autoestima no se vean aminoradas, que resuelva todo aquello que lo inquieta y que en su proximidad con la muerte, tome las cosas con calma y tranquilidad. “Tenemos que aprender a escuchar a nuestros pacientes y a veces incluso aceptar su ira irracional, sabiendo que el alivio que experimentan al manifestarla les ayudará a aceptar mejor sus últimas horas” Kübler-Ross, Elizabeth. 1972).

2.2 Factores familiares que pueden afectar el estado emocional del paciente

Cuando el pariente enfermo es uno de los pilares de apoyo en la familia, la estabilidad familiar se ve fuertemente afectada. En el curso normal de la vida, dentro del ámbito familiar, existen personas que se responsabilizan por la protección y la provisión de la familia, ejercen autoridad sobre los demás miembros, regulan y establecen las reglas sobre las cuales debe regirse la familia. La persona que ejerce poder sobre otras, está acostumbrada a tener un nivel de importancia, a veces mayor que los demás miembros familiares. Ubicarse sobre los demás, le da satisfacción al ego, el *superyó* de la mente, ejerce control sobre el yo, para que el sujeto de manera consciente o inconsciente, ejerza su voluntad, poder o estrategia sobre las personas que se desea gobernar. Tal fuerza en la estructura de la mente, eleva la autoestima del individuo. La persona que por la pérdida de la salud y conforme avanza su enfermedad, se ve limitada en su poder sobre los demás y el gobierno sobre las reglas familiares, paralelamente va disminuyendo su autoestima y en efecto inverso, la frustración va creciendo. La persona responsable, autoritaria, pilar de la familia, no lo hace sólo para ejercer su autoridad, sino también como un modo de brindar protección y seguridad hacia sus congéneres. Son las personas que sustentan, apoyan y protegen a sus familiares para brindarles bienestar y cariño. Por lo tanto, la pérdida de la fuerza para tomar decisiones importantes que le atañen a la familia, aunado a la pérdida del poder de capacidad para sustentar y sufragar todo lo que la

familia requiere y con ello debilitar su imagen fuerte de apoyo y seguridad con los demás, afecta su estado emocional de manera grave, situación que lo deprime de manera notoria. Debe tomarse en cuenta que estos motivos para llegar a la depresión, son causas naturales que forzosamente se ven manifiestas en el enfermo terminal, por la lógica de ir dejando atrás todo aquello que era cotidiano en la vida antes de la enfermedad. Cuando el enfermo terminal no es una figura de apoyo en las necesidades de la familia, en cuanto a su sustento y protección, como es el caso de un hijo, un abuelo, etc. su autoestima se ve afectada de igual forma, quizás no exista la frustración por no poder sufragar todo lo que la familia necesita para su subsistencia, pero sí se vive la impotencia por saber que la familia sufre por su causa, que la vida familiar se ve trastornada en muchos sentidos y, que una vez que ya no se tenga la presencia física de éste, los familiares tendrán que vivir un reacomodo de sus emociones y sus hábitos para poder seguir viviendo y que esto les provocará un gran dolor durante mucho tiempo.

Si bien es natural que este estado de depresión se manifiesta durante el curso de la enfermedad, debe serlo también que sea un estado transitorio, para que el enfermo se permita llegar a la resignación de la muerte de manera tranquila y desprendiéndose de las preocupaciones a las que estuvo sujeto.

CAPÍTULO III. CUANDO LOS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD SE HACEN PRESENTES

3.1 Cómo afecta emocionalmente al enfermo la pérdida gradual de la salud

Cuando en el enfermo se manifiesta la patología de forma crónica y severa, el deterioro físico es evidente, los estragos en el cuerpo son cada vez más visibles y éste es un motivo más para que el paciente pueda deprimirse. Las personas basan en gran parte su autoestima en su autoimagen, el diccionario de la APA hace la definición de *Autoestima* como “el grado de percepción de las cualidades y características contenidas en el propio auto concepto como positivas. *Refleja la autoimagen física de la persona*, la visión de sus logros, capacidades y valores y el éxito que percibe al vivir de acuerdo con ellos, *lo mismo que las formas en que los demás perciben y responden a esa persona*. Con esto, se deduce que no sólo la imagen percibida por el sujeto es importante para él, sino que además, basa su autoestima en la imagen que los demás tengan de él. En las obras analíticas de Freud, dentro de su tratado “El yo y el ello” se hace mención que el cuerpo propio y sobre todo su superficie es un sitio en el que pueden partir simultáneamente percepciones internas y externas. La psicofisiología ha dilucidado que el cuerpo cobra su propio perfil desde el mundo de la percepción. Esto nos refuerza que el cuerpo tiene un alto grado de importancia porque a partir de éste se tiene injerencia en el mundo externo. El ser humano parte de lo externo para integrarse en lo interno, toma aspectos de lo que se percibe de él, lo toma como propio y lo internaliza con tal grado de afectación, que lo toma como suyo y lo moldea como parte de su personalidad.

Cuando por causa de una enfermedad se provoca la degradación del cuerpo, el individuo ve su yo idealizado debilitado y categoriza su imagen sobre un aspecto cada vez más negativo, su narcisismo decae y como parte integrante de éste, su autoestima sufre las consecuencias. El deterioro de la autoimagen provoca baja autoestima, cambios en el estado de ánimo y depresión sobre quien la sufre. El personal de cuidado del enfermo y sus familiares, deben estar muy al pendiente de él durante esta etapa para que vea sus cambios físicos como una secuela natural de la enfermedad, de manera irremediable será víctima de sus manifestaciones pero que su yo interno sigue intacto hasta el último día que tenga vida.

3.2 Cuando se pierde la autonomía

El doctor Donald W. Winnicott fue un destacado psicoanalista que desarrolló tratados para explicar cómo el ser humano viaja de la dependencia hacia la independencia durante su desarrollo en la vida. Explica que durante los primeros meses de vida, el bebé tiene una total dependencia sobre su madre, depende totalmente de su provisión física para sobrevivir. Conforme va integrando al medio ambiente a sus recursos internos va desarrollando *procesos de maduración*, que se refieren a la evolución del yo y del *self*, e incluye la historia total del *ello*, de los instintos y de las defensas *yoicas* relacionadas con el instinto. En esta etapa de *dependencia absoluta*, la madre se entrega de manera total hacia su bebé para satisfacer sus necesidades instintivas, al permanecer al tanto de todo lo que el infante requiere su desarrollo del yo evoluciona satisfactoriamente. Es entonces, cuando se avanza a una *etapa de dependencia relativa*, el infante de dos años inicia la comprensión intelectual aunque de manera a veces confusa para comprender la realidad. La madre lo irá desadaptando de manera gradual a su presencia y el infante podrá percatarse de su dependencia. Al principio experimentará un sentido de angustia ante la ausencia cada vez más prolongada de la madre, pero pronto será parte de su proceso de maduración, aceptará presencias alternas a la de su madre en personas encargadas de su cuidado y atención. El infante se ubica como una unidad total, con un interior y un exterior y una persona que vive en un cuerpo, su crecimiento toma la forma de un intercambio continuo entre la realidad interna y la realidad externa que se enriquecen recíprocamente. Finalmente viene la etapa hacia la independencia. Una vez que las cosas han quedado establecidas, el niño puede gradualmente enfrentar el mundo y sus complejidades pues su *self* ya está más desarrollada. Se identifica con la sociedad, el niño llega a una existencia personal satisfactoria mientras participa en los asuntos de la sociedad durante las etapas restantes de su vida.

Es conveniente mencionar la teoría de evolución de Winnicott para resaltar que el humano pasa por todo un proceso de desarrollo que dura años, los primeros de su vida son los más fundamentales para lograr sobrevivir y los que formarán su vida emocional a futuro. Los procesos de adaptación bien logrados, primeramente por la madre y después por el propio individuo, le permitirán una vida emocional satisfactoria, tendrá más logros adaptativos ante las vicisitudes de la vida y gozará de una buena capacidad para desarrollarse en la sociedad. Todos estos factores influyen en su concepto de éxito personal que no hace otra cosa más que destacar su capacidad de independencia en el

mundo que le rodea. La independencia será siempre de gran valor para todo individuo, le otorga un sentido de autonomía para realizar de manera independiente todas aquellas actividades que forman parte de su vida diaria y que le permiten ser productivo y desarrollarse positivamente en cualquier área de su vida. El ser humano basa mucho de su éxito personal en la capacidad que tiene para desarrollarse de forma autónoma en el desarrollo de sus capacidades y talentos.

Es obvio que ante el proceso de enfermedad, se va perdiendo este estado de autonomía e independencia y que el sujeto se ve afectado profundamente, porque ello le representa la pérdida de seguridad y autoconfianza sobre las que estaba acostumbrado a desarrollarse. Los procesos de maduración que destaca Winnicott: la dependencia absoluta, la dependencia relativa y la independencia, serán vividos de forma inversa por el individuo. Volver al estado de indefensión de un bebé resulta traumático y desesperanzador para cualquier individuo que lo vive, siendo este otro factor importante y contundente que lleva a la depresión.

Mahoney y Barthel en 1955 realizaron un instrumento de evaluación para medir los procesos neuromusculares y musculo esqueléticos en un hospital de pacientes crónicos de Maryland. Diez años más tarde lo publicaron y hoy en día es un instrumento de evaluación utilizado internacionalmente. La prueba consta de diez reactivos y permite al personal de salud y a los cuidadores de un enfermo saber el grado de dependencia para que en base a ello se desarrolle un programa de salud y cuidado según lo requieran sus necesidades. Se miden cuestiones muy básicas para la subsistencia que indican si el individuo tiene capacidad para: bañarse por sí mismo, subir y bajar escaleras, vestirse, alimentarse, etc.

Es inevitable que el enfermo pierda su autonomía pero es tratable que sus necesidades sean satisfechas por todas las personas que le rodean, un cuidado amable y considerado le hará sentir confortado y seguro, como cuando alguna vez su madre lo hizo durante una etapa de la vida igual de vulnerable a la actual.

3.3 Pérdida de la voluntad por sobrevivir

Los dos factores anteriores: el deterioro de la autoimagen y la incapacidad de la autonomía, como ya se ha expuesto, son factores que afectan de manera negativa la autoestima del enfermo, su estado emocional se vulnera y es candidato a la depresión. No es de extrañarse que se pierda la voluntad de sobrevivir a la enfermedad. La personalidad tiene un quiebre que orilla al sujeto a la desesperanza de toda mejoría, lo ubica en una realidad dolorosa y le quita la voluntad para superar día a día el dolor progresivo. Pero la depresión que atraviesa el paciente atendido y procurado con las atenciones adecuadas de sus familiares y por el equipo de salud encargado de su cuidado, logra establecer la tristeza profunda, hacia un estado de resignación y aceptación que le permiten nuevamente adaptarse a esta etapa final de su vida. La tristeza puede cansar tanto el ánimo del enfermo que llega a obligarlo a un estado consciente de tranquilidad para aceptar lo que se está viviendo por muy deplorable y extenuante que sea. La depresión pues, le abre paso al enfermo terminal, a un estado de tranquilidad que lo adapta al paso de la muerte.

CAPITULO IV. LA MUERTE QUE RECONCILIA

4.1 Resiliencia para encontrar la paz interior

A pesar de tener un futuro sombrío y poco alentador, la enfermedad le brinda al que la padece, la oportunidad de ya no desgastarse en la lucha por sobrevivir sino de enfocarse al desprendimiento de toda circunstancia terrenal. Todas aquellas cosas pendientes por resolver no tendrán ya tanta importancia, su interés por el exterior decaerá hasta el grado de la indiferencia. Kübler-Ross habla de la aceptación de la muerte en la quinta etapa del duelo, en los casos por enfermedad, relata que el cansancio físico y emocional le permite al enfermo enfrentar la proximidad de la muerte con resignación y paz: “Habrà llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes para él, y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad. Estará cansado y, en la mayoría de los casos, bastante débil” “No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Está casi desprovista de sentimientos...”

El ánimo como el motor para vivir y el desánimo como vehículo hacia la muerte.

4.2 El desprendimiento de lo material

El estado emocional del enfermo ya no está sujeto a la ira o a la frustración, ya no interpone mecanismos de defensas para salvaguardar su *self*, su yo se ha adaptado a las vicisitudes del presente y su ego ya no sufre por las recaídas continuas y constantes de la enfermedad. Se encuentra extenuado por las crisis de las fases anteriores, duerme casi todo el tiempo, no por depresión sino por la necesidad de recuperar las pocas energías que le quedan. Ya no le es necesario casi hablar, ni comer mucho, está en una especie de letargo que no le permite estar presente de manera consciente. Para el enfermo su cuerpo maltratado y frágil ya no tiene importancia. Sólo mantiene su interés para encontrar el descanso y la liberación de todo sufrimiento. Algún día ese cuerpo material le fue la coraza para enfrentar la vida, pero ahora no tiene más tarea que despojarse de él. Su alma busca su liberación y su trascendencia, su espíritu está listo para el desprendimiento, ha preparado ya su equipaje para emprender el viaje hacia lo misterioso, aquello que alguna vez le atemorizó pero que ahora de algún modo le salva. Ruega para sí; “Despójate de todo lo que ahora te ate a ese mundo que alguna vez fue mi

morada, emprendamos pues el viaje agotador, hacia lo nuevo, hacia lo desconocido, hacia lo oscuro y lo liberador”.

¿QUÉ ES MORIR?

-¿Qué es morir?

-Morir es:

Alzar el vuelo

Sin alas

Sin ojos

Y sin cuerpo

Autor: Elías Nandino

Estrategias de tratamiento para evitar o tratar la pérdida de la autoestima en el paciente terminal

**La escucha activa* es necesaria durante todas las etapas del duelo del paciente. Es necesario que el terapeuta, el cuidador o el familiar le permitan a su enfermo expresar todos aquellos sentimientos que lo agobian y lo hacen sentir inseguro e intranquilo. Al sentirse escuchado y comprendido, el paciente logra establecer un vínculo de confianza y respeto hacia quien lo escucha, le otorga un sentido de autoconfianza por la contención de quien lo cuida y entiende y esto le permite disminuir sus angustias y mantener un buen nivel de autoestima.

**Hablar sobre la enfermedad en todas sus etapas* le da al paciente un sentido de certidumbre. Es recomendable hablar con el enfermo sobre todos aquellos padecimientos físicos que se le van presentando sobre el avance de la patología. Esto le permite estar psicológicamente más preparado para afrontar todo aquello que le va aconteciendo y a sentir que los estragos sobre la salud son el resultado natural de su proceso biológico hacia la muerte. Informarle poco a poco y con responsabilidad al paciente sobre lo que a futuro le espera, hará que el maltrato físico de la enfermedad no dañe su estado emocional ni su autoestima. Cuestionarle cómo se siente sobre sus cambios en la pérdida de la salud, ayudará al terapeuta o al cuidador a conocer en qué situación se encuentra anímicamente y trabajar a tiempo sus emociones para evitar una posible depresión futura.

**Dedicarle espacios recreativos al paciente* le ayudan a distraer el dolor. Hacer que el paciente escuche música, compartir momentos de lectura, jugar juegos de mesa, disfrutar una película, hacer paseos cortos, etc. harán que el paciente distraiga su atención al dolor y relajarán la labor de cuidado, deben hacerse de manera apropiada y de acuerdo a la capacidad que tenga el paciente para ejecutar este tipo de actividades.

**Las manifestaciones de cariño y consuelo constantes* reconfortan emocionalmente al paciente. Todos los seres humanos durante su vida necesitan muestras de afecto para sentirse valorados y queridos, los enfermos graves no son la excepción, por el contrario, debido a que la etapa por la cual se atraviesa es de extrema vulnerabilidad, el paciente necesita de mayores manifestaciones de afecto para mantener su valía personal. Desprenderse de la vida sintiéndose querido, es la más bella situación de muerte para el ser humano.

CONCLUSIONES

La enfermedad es una situación dolorosa y extenuante para todo aquel que la vive, ya sea en carne propia o a través de la experiencia de alguien muy cercano y querido. Nos hace despojarnos del ego del cual estamos sujetos mientras vivimos sanos. La enfermedad maltrata nuestro cuerpo y nuestra mente, nos hace sufrir cambios violentos para tratar de entender el dolor en todas sus manifestaciones. Nos lleva a un punto de debilidad que nos hace recordar nuestros primeros años de vida, cuando éramos vulnerables y totalmente dependientes de otro ser humano para sobrevivir. Nos lleva a la melancolía para hacernos recordar lo vivido y agradecer lo que se tuvo.

El dolor, la ira, la frustración, la evitación, la negación, la tristeza, la pérdida, la fatiga, etc. son estados emocionales inevitables durante el duelo, el paciente debe vivirlas, no se le puede negar el derecho a experimentarlas, más bien, se le debe apoyar en el transcurso de todas ellas. Su tristeza debe ser natural pero no debería morir sólo con ella sino en un estado de paz y satisfacción para que su vuelo sea ligero. Esto es posible de lograr si se le inculca que el estado físico no determina su estado existencial, que su persona, no deja de serlo por la pérdida de la fuerza corporal o mental, que su valía personal, se mantiene intacta hasta que se deja de existir y que se puede vivir aun cuando se está comenzando a morir.

BIBLIOGRAFÍA

-Winnicott, W. Donald. (2009) *Los Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador*. Paidós Argentina.

-Payás Puigarnau, Alba (2010) *Las Tareas del Duelo*. Paidós España.

-*Diccionario APA Conciso de Psicología* (2010) Edit. Manual Moderno.

-Kübler-Ross, Elisabeth. (2012) *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Debolsillo México

-Freud, Sigmund (2008) *El yo y el ello y otras obras, tomo XIX*. Amorrortu editores Argentina

Sitios web:

<http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo15.pdf>

<http://www.meiga.info/escalas/indicedebarthel.pdf>

http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf

http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf