



Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.

**GANANCIAS SECUNDARIAS TRAS
LA MUERTE DE LA MADRE POR
ENFERMEDAD
CRÓNICO-DEGENERATIVA

DOS ESTUDIOS DE CASO**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN
TANATOLOGÍA

P R E S E N T A N :

LIC. TS ANA ELSA MACIEL HIDALGO
Y
MTRA. TS NAYELI REYES VIVANCO



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

AGRADECIMIENTOS

A mi amiga y cómplice quien se animó a esta experiencia de conocer la tanatología y hacer nuestro primer trabajo de investigación juntas, a ti Ana.

También a mis padres que siempre me han apoyado en todos mis proyectos profesionales a lo largo de mi formación.

Finalmente a la Fundación Teletón México A.C. que por medio del CRIT Ciudad de México me apoyo para poder realizar este diplomado básico en Tanatología.

Mtra. T.S. Nayeli Reyes Vivanco

A la vida misma por las experiencias que ha reservado para mí...

A Nayeli, por acompañarme en todo el proceso de mi duelo y mantener esta linda amistad hasta estos días...

A Omar, por apoyarme y motivarme a realizar algo importante para mí...

A mis compañeros de clase, que durante el diplomado compartieron experiencias de vida que me ayudaron a comprender mis propios sentimientos...

A ti mamá, que eres la inspiración de mi vida y mi motivo para superarme cada día...

Lic. Ana Elsa Maciel Hidalgo

**GANANCIAS SECUNDARIAS TRAS LA MUERTE DE LA MADRE POR
ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA
DOS ESTUDIOS DE CASO**

ÍNDICE	PÁGS.
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I. LA SIGNIFICACIÓN DE LA MADRE EN LA CULTURA MEXICANA	
1.1 La madre mexicana: construcción e identidad	1
1.2 Familia y roles parentales	4
1.3 Rol de la madre	9
1.4 Relaciones madre-hijo	10
CAPÍTULO II. DUELO POR LA MUERTE DE LA MADRE	
2.1 El duelo	11
2.2 El duelo por la muerte de la madre	19
2.3 La muerte derivada de una enfermedad crónico- degenerativa: la diabetes	21
2.4 La muerte como crisis en la familia	25
2.5 Resiliencia tras la muerte de la madre y el reconocimiento de las ganancias secundarias	27
CAPÍTULO III. DOS ESTUDIOS DE CASO: LA MUERTE DE LA MADRE DE ANA Y LA MADRE DE MARIA LUISA	
3.1 Generalidad de los estudios de caso	31
3.2 Caso uno: La muerte de la madre de Ana: Historia de vida	32
3.3 Caso dos: La muerte de la madre de María Luisa: entrevista estructurada	41
Conclusiones	45
Fuentes Bibliográficas	47

INTRODUCCIÓN

El ser humano es un individuo que nace en un mundo cimentado, con ideas, modos de vida y creencias establecidas en torno a aspectos inherentes a él, como lo son la vida y la muerte.

La muerte puede ser catalogada o percibida como algo no deseado, una tragedia y un hecho triste, el cual puede despertar sentimientos muy diversos, tanto en los sobrevivientes (dolientes) como en el moribundo (en caso padecer una enfermedad crónico – degenerativa), desde enojo, tristeza, culpa, angustia y(o) temor, todo ello en mayor o menor grado, pero ¿de qué depende el que se viva uno u otro sentimiento y en qué grado de intensidad?

Bien, depende del lazo o vínculo que se halla tenido con esa persona, la cercanía e importancia de ella en nuestra vida y la causa de la muerte. Por ejemplo, en el presente trabajo se habla de la muerte de un personaje que ha fungido un rol sumamente importante en todas las culturas del mundo: la madre, y además por complicaciones derivadas de una enfermedad crónico – degenerativa: la diabetes, situación muy distinta a morir en un accidente vehicular, un asalto a mano armada o por un infarto fulminante.

Ante dicho escenario, ¿cómo es que las personas, sobre todo aquellas que mantuvieron vinculación estrecha con la persona que murió: madre, padre, hijo, hermano, esposo, etc. pueden ante un hecho tan doloroso encontrar y reconocer alguna ganancia secundaria (la trascendencia o lo positivo que dejó u ocasionó el hecho)?

Precisamente las respuestas a este cuestionamiento se exponen en el presente trabajo, por medio de investigación bibliográfica y cualitativa. Dando voz a dos sobrevivientes se muestran y dan a conocer algunas ganancias secundarias que el ser humano puede identificar tras un proceso de duelo por la pérdida de aquel ser que significó y aún sin tenerlo presente (físicamente), sigue trascendiendo en sus vidas.

GANANCIAS SECUNDARIAS TRAS LA MUERTE DE LA MADRE POR ENFERMEDAD CRONICO-DEGENERATIVA

DOS ESTUDIOS DE CASO

CAPITULO I. LA SIGNIFICACIÓN DE LA MADRE EN LA CULTURA MEXICANA

1.1. *La madre mexicana: construcción e identidad*

La participación de las mujeres se ejemplifica y materializa en los diversos papeles que desarrolla a lo largo de su vida -ya sea como mujeres, madres, esposas y maestras-, generando con ello un proceso de transformación en su identidad de género y coadyuvando al inicio de relaciones más democráticas al interior de sus propias familias.¹

A la mujer generalmente se le ubica en su rol de madre. Por lo tanto, la maternidad es un hecho definitorio de la identidad de género femenina y se entiende como un mandato de la naturaleza, sin mediación histórica, cultural y como resultado de la voluntad de cada mujer.

Por identidad de género entendemos la pertenencia real y simbólica a determinados valores, prácticas, discursos e ideologías, que hacen a las personas ser, actuar, sentir y relacionarse desde una subjetividad masculina o femenina particular. La identidad de género es una construcción social que supone la generación de sentidos y significados en los planos psicológico, económico, político y cultural sobre la base de un dato biológico: el sexo.

La maternidad no solo se refiere al hecho de tener hijos o hijas, sino de ejercer las funciones inherentes socialmente atribuidas al rol de madre, es decir, comportarse, valorarse o sentirse tal por el hecho de cuidar, atender, velar y procurar el bienestar de los otros con quienes se comparte la vida en la familia, en el trabajo o en la organización. La maternidad es para la cultura predominante un hecho imposible de resistir, negado, re conceptualizado o ignorado, porque deviene de la naturaleza, de lo divino o biológico, es algo que generalmente se le atañe a la mujer. No obstante, ya en tiempos actuales las diversas composiciones de familia han variado, por lo que ahora también existen familias compuestas por dos personas del mismo sexo, ya sean mujeres en compañía de mujeres u

¹Bernal, Rosa (1999). "Madres educadoras en la ciudad de México. La maternidad revisada". México, en *Revista Cuicuilco* V. 6 No. 17 p.p. 75-86.

hombres en compañía de hombres, encontrando que alguno de ellos o ellas también desarrollan el rol de madre.

Si bien es cierto que la significación de la madre en nuestra cultura es el de aquella mujer sacrificada y responsable de las funciones que desde niña se le inculcaron, es decir, la cuidadora de los otros en todos los aspectos, es importante destacar que la mujer como madre no solo es la cuidadora, sino la persona que forma individuos seguros de sí mismos, autosuficientes, creativos e inculca valores éticos y sociales. Cabe aclarar que esto no es una regla, ya que se puede decir que hablamos del ideal.

Las mujeres bajo una identidad de género tradicional se convierten en el factor indispensable de la vida doméstica, sin obtener una real valoración a la altura de su desempeño; esto repercute en la postergación de sus propias necesidades, es decir, de su propio "yo". Es importante aclarar que no se pretende caer en generalidades, ya que es una realidad que lo anterior ha ido cambiando paulatinamente en la actualidad. Ya es más frecuente encontrar familias donde tanto el hombre como la mujer trabajan y se organizan en las actividades del hogar o también el cambio de actividades específicamente destinadas a las mujeres adjudicadas o llevadas a cabo por hombres. Tal es el caso de que ahora es común ver familias donde la proveedora económica y asalariada es la mujer y el hombre se dedica a las labores del hogar y cuidado de los hijos e hijas.

El papel que ejerce la mujer como madre soltera también es importante de destacar en la sociedad actual, ya que si bien desempeña todas las funciones comentadas hasta ahora en el papel de madre, suple, de alguna manera, las correspondientes al rol paterno. En estos casos la significación de la madre para esos hijos e hijas toma un sentido aún más peculiar, pues prácticamente se vuelve "todo": representa orientación, atención, seguridad, sustento y amor entre otras cosas.

También consideramos que es importante denotar el otro lado de la maternidad: el luminoso, alegre y nutritivo para las mujeres, ya sean madres biológicas o simbólicas, en tanto se desempeñan como mujeres cuidando a los otros. Debido a que el ayudar a otros a encontrar seguridad, conocimiento o a tener compañía es sin duda una de las grandes fuentes de satisfacción personal.

Si se combina esta satisfacción personal por desarrollar el rol de madre con el cambio de identidad femenina reflejado en proyectos de vida que trascienden lo familiar, estaríamos hablando de un cambio en el sentir, percibir y actuar respecto a la maternidad, esto es, en lo que se refiere a su responsabilidad en la tarea de

brindar cuidados a otros y así misma. Un ejemplo de lo anterior son las mujeres que combinan la maternidad con el rol profesional o estudiantil.

Por otra parte es importante tocar un punto fundamental el cual radica en ubicar a la madre como cuidadora de otros, pero ¿quién cuida de la madre?

Las mujeres han sido educadas para escuchar, más que hablar, para atender las necesidades de las hijas, de los hijos, el esposo, el amante, el jefe, la madre, el padre, los hermanos, las vecinas antes que para preguntarse por ella misma, ya no digamos sobre lo que quiere, sino sobre lo que necesita o lo que siente. En la sociedad mexicana es clásico el ejemplo de la madre que se quita el pan de boca para dárselo al hijo o a la hija, sin aplicar un principio básico en toda relación humana: *si yo estoy bien, entonces puedo ayudar al otro*.

El cuidado de sí, en todo caso, se circunscribe al cuidado de un cuerpo que no solo es la envoltura sino que es el que contiene sentimientos también y que al no cuidar el interior de la envoltura, esto tiende a reflejarse en el deterioro del exterior de la misma; es decir, la somatización del malestar emocional que se refleja en el malestar físico. Por lo tanto, al hablar de la inexistencia del auto cuidado estamos también hablando de la apertura a un camino hacia la muerte, cuyo trasporte suele ser generalmente la enfermedad.

Por lo tanto, concluimos en que es importante considerar los siguientes puntos en el tema de la significación de la mujer como madre:

- Establecer que no hay una sola forma de ser mujer ni de ser madre
- Valorar a la maternidad como una opción, más no como una obligación
- Comprender que la maternidad implica un poder que puede ser destructivo, autodestructivo o un poder creativo, generador de relaciones respetuosas, democratizadoras de la pareja y la familia.
- La maternidad se ejerce de manera única para cada uno de los hijos e hijas, esto en función de las características de personalidad de los hijos e hijas, dinámica y situación económica de la familia a lo largo de su ciclo vital.²

² Idem

1.2. *Familia y roles parentales*

El término “estructura familiar” se utiliza para denotar alguno de los cinco aspectos de la vida familiar que son:

- Dinámica de autoridad
- El marco normativo de derechos y obligaciones
- **Procesos de estabilidad o de transición**
- Vínculos de consanguinidad con la siguiente generación
- Familias nucleares y extensas

Para cuestiones explicativas y de interés en el desarrollo de este trabajo nos enfocaremos al punto de procesos de estabilidad o de transición. Este hace referencia a que la estructura familiar es un sistema dinámico de relaciones sociales, las cuales pueden analizarse mediante instrumentos que consideren los ciclos de vida que atraviesan tanto el conjunto familiar como sus miembros integrantes. En estos ciclos de vida algunas familias mantienen una estructura organizativa básica, caracterizada por la permanencia del vínculo conyugal de la pareja responsable; pero otras no lo hacen y transitan a una o más formas organizativas mediante el divorcio, la separación o establecimiento de nuevas nupcias o cohabitaciones. Situaciones extremas como la muerte de uno o de los dos conyugues, **la muerte de uno o ambos padres** y la muerte de uno o más hijos, también cambian todo el proceso organizativo familiar generando o haciéndose presente una **crisis dentro de la familia**.

En la literatura analizada, una buena parte de las investigaciones está particularmente interesada en estudiar a las estructuras de familia entendidas como procesos de estabilidad o transición, pues el cambio de una estructura a otra siempre está acompañado de modificaciones notables en la organización del tiempo, en la distribución de actividades, en los niveles y calidad de vida. Se destaca de manera sistemática la importancia de dichas dinámicas y cómo influyen en una amplia gama de indicadores de bienestar (educación, seguridad física, relación padres-hijos, funcionamiento de la pareja, salud sexual y reproductiva, salud mental, salud física, ingresos y trabajo, vivienda, adicciones y bienestar subjetivo). Es importante mencionar, por tanto, que el bienestar familiar es una continua y creativa adaptación a un mundo en constante transformación en el que las personas viven su ser³.

³ Cusinato, Mario (1992). “Psicología de las relaciones familiares”. Barcelona, Herder. p.p. 357-358

La familia suele ser el grupo que contribuye en mayor medida a la formación del individuo, es por ello que idealmente es el mejor lugar para obtener el bienestar individual e interpersonal mediante el estímulo directo y activo de los individuos en favor del crecimiento propio y ajeno. El grupo familiar logrará sentirse satisfecho en tanto logre construir significativamente el curso de tales relaciones familiares.

Al hablar de estructuras de familia lo que interesa destacar es el tema de las facilidades o dificultades ocasionadas en la procuración del bienestar de la población. En este trabajo entenderemos por bienestar el acceso a una mejor condición de vida humana, de acuerdo con cuatro dimensiones específicas en seguida descritas:

El bienestar como disposición de recursos: es la métrica de los niveles de vida, es decir, la cantidad de bienes y servicios que necesitan las personas para satisfacer sus necesidades básicas.

El bienestar entendido como calidad de vida: donde el interés reside en conocer los efectos positivos que los bienes y servicios ocasionan en las personas de acuerdo con sus características más relevantes: edad, sexo, tradiciones culturales y creencias, necesidades especiales y requerimientos propios de sus grupos de referencia más importantes, como pueden ser sus familias. La calidad de vida también incluye, entre otros aspectos, el vivir en un entorno natural sustentable ecológicamente y en un ambiente de seguridad libre de violencia, además de los vínculos de apoyo y solidaridad que son necesarios para el desarrollo de la propia personalidad y de los grupos de referencia más importantes que son las comunidades.

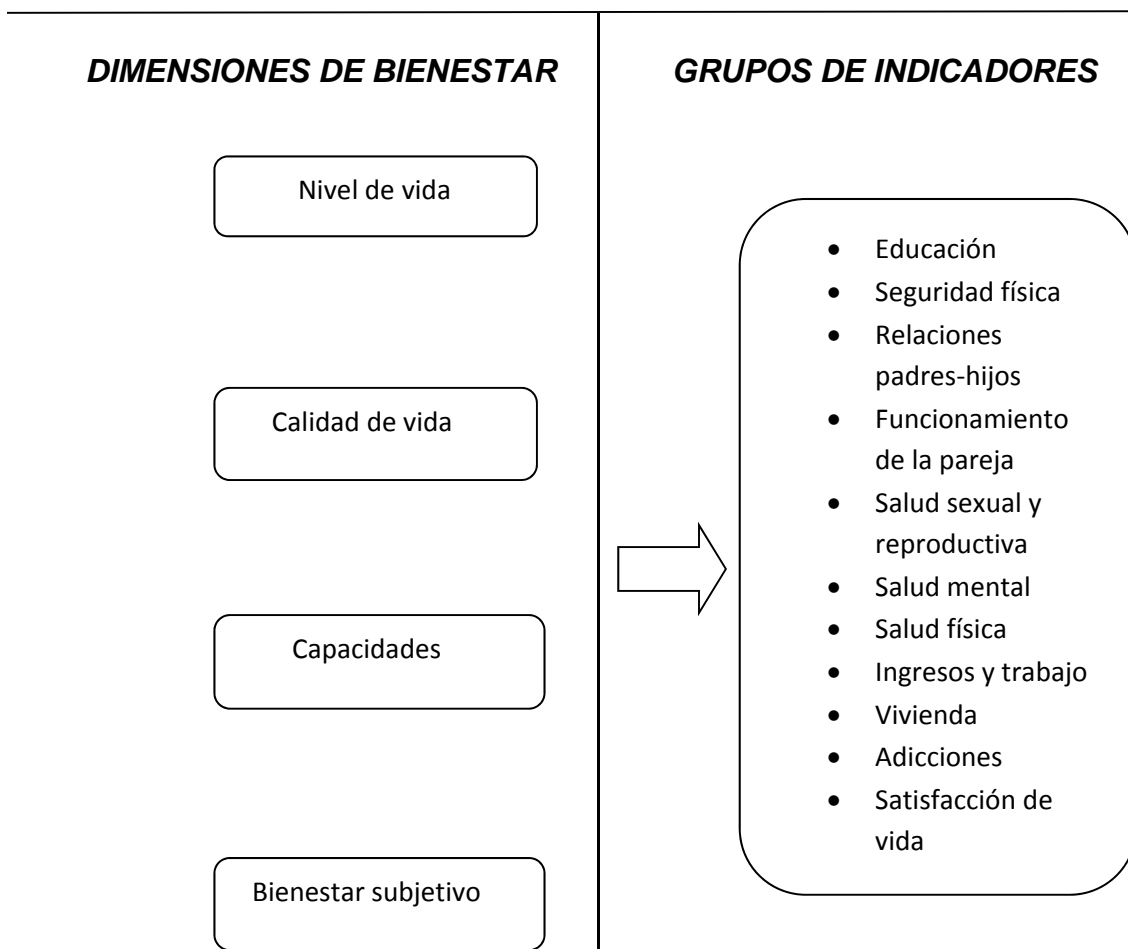
El bienestar considerado de manera subjetiva, es decir, como satisfacción: de acuerdo con Ed Dinner, tiene tres componentes que pueden ejemplificarse de la siguiente manera: evaluación afectiva, relacionada con el gusto o disgusto ocasionado por las situaciones que se viven; evaluación normativa, cuando se hacen juicios de valor de acuerdo con lo que se considera justo o injusto, bueno o malo; y evaluación cognitivas donde se toman en cuenta criterios como la eficiencia, la eficacia y la adecuación técnica de los medios respecto de los bienes.

El bienestar centrado en el análisis de las necesidades básicas: es decir, en la habilidad de una persona para hacer actos valiosos, o alcanzar estados para ser valiosos. Estas habilidades o funcionamientos valiosos son muy diversos; algunos son elementales y otros, bastante más complejos. Lo interesante de esta perspectiva es cuando menciona un tipo específico de funcionamiento valioso: la capacidad de las personas de hacerse cargo de su propia historia tanto a nivel

individual (la libertad de llevar diferentes tipos de vida), como social (la capacidad de participar activamente en la “vida de la comunidad”).⁴

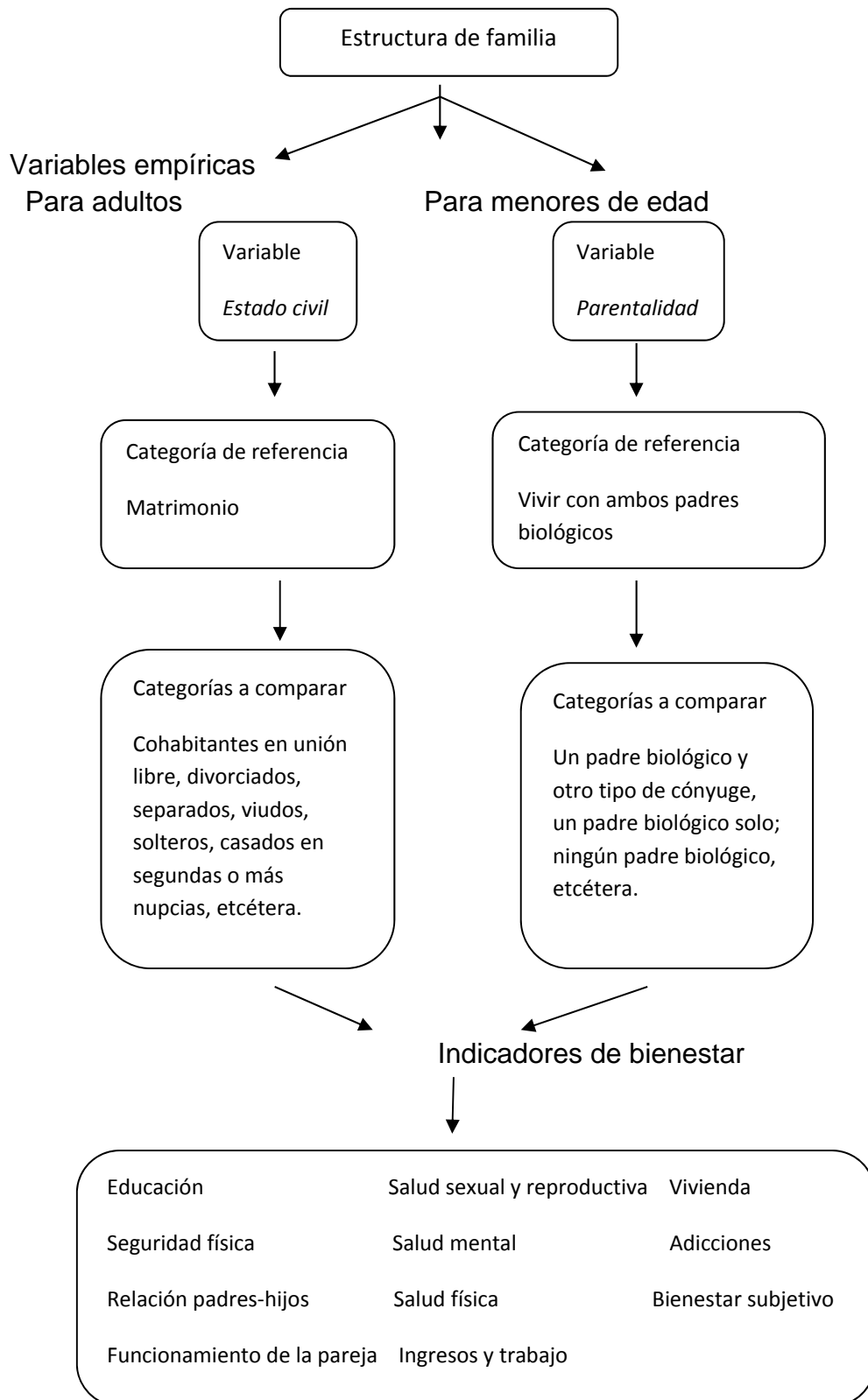
A continuación se presentan dos cuadros que describen lo anteriormente escrito, en cuanto a dimensiones de bienes con sus indicadores, así como variables y categorías:

Cuadro 1: DIMENSIONES E INDICADORES DE BIENESTAR



⁴Piiego, Fernando (2012). *Familias y bienestar en sociedades democráticas. El debate cultural del siglo XXI*. México, Porrúa. p.p 43-75

Cuadro 2: ESTRUCTURA FAMILIAR, VARIABLES, CATEGORÍAS E INDICADORES



Considerar a la familia como un organismo vivo que funciona, que sana y enferma, sirve para contemplar sus posibles respuestas ante los cambios que se presentan en la vida cotidiana. Entre los indicadores que miden la salud familiar se encuentran:

- Los que guardan conexión con las habilidades, entendidos como aquellas herramientas que favorezcan o no, la comunicación, la solución de conflictos o el aprecio mutuo entre los miembros de una familia.
- La importancia de lo espiritual y lo religioso, presentes en muchos problemas emocionales y familiares, ya sea recurriendo a ellos o bien rechazándolos
- La interdependencia entre la familia y los recursos externos, haciendo referencia al uso y aprovechamiento de servicios y profesionales que puedan apoyar a la familia a afrontar y superar la crisis por la que atraviesen.

Según Barnhill, es posible considerar ocho dimensiones bipolares básicas de salud mental y de patología familiar, agrupadas en cuatro áreas fundamentales:

I. Procesos de identidad

- 1) Individuación / Absorción
- 2) Reciprocidad / Aislamiento

II. Procesos de cambio

- 3) Flexibilidad / rigidez
- 4) Estabilidad / desorganización

III. Procesos de información

- 5) Percepción clara / Percepción no clara o distorsionada
- 6) Comunicación clara / Comunicación no clara

IV. Estructura del rol

- 7) Reciprocidad de rol / Roles no claros o conflictivos
- 8) Confines intergeneracionales claros / Confines intergeneracionales difusos o interrumpidos

La familia ideal que se guíe por las ocho dimensiones positivas antes mencionadas no existe; cada familia es una combinación única y por ende sus problemáticas también lo serán, lo importante es tener presente que el cambio

en un área repercute inevitablemente, de forma positiva o negativa, en otra área y así sucesivamente. Lo preferible es buscar cambios positivos que coadyuven a alcanzar el bienestar de la familia⁵.

1.3. Rol de la madre

Retomando la teoría de sistemas o sistémica, Nathan Ackerman, pensaba que el concepto de rol podría servir de vínculo entre los individuos en el contexto de la dinámica familiar. El rol que una persona ejerce en un determinado sistema es siempre en relación con los otros. Se es madre porque hay hijos, se es esposa porque hay esposo y se es tía porque hay sobrinos. El concepto de rol recupera al individuo en el contexto de la totalidad.

El concepto de rol lo posesiona en su calidad de actor y alude a cómo su actoría influencia el sistema familiar. Creemos que cada individuo indaga, busca y negocia su lugar en el sistema familiar de manera tal que su personalidad puede ser confirmada por la familia, compatible con sus necesidades y en su forma óptima con el afianzamiento familiar. En este sentido el individuo desarrolla estrategias orientadas a proveerle un lugar en la familia, por el cual pueda hacer uso del espacio, el tiempo y la energía disponible para lograr la intimidad, afecto, competencia e identidad que busca. Como actor, lo que interesa son sus acciones como un jugador de papeles en la familia. Sus actos sociales es decir cómo son sus intercambios cara a cara y cómo estos se combinan con los demás miembros de la familia.

Hartman y Laird clasifican los roles en la familia de dos maneras: los roles formales y los roles informales. Los roles formales son todos aquellos que en todas las culturas reconocen como típicamente familiares: padre, madre, hijo, abuelo, nieto, tío, sobrina...etc., los cuales juegan un papel importante en la evaluación e intervención con familias. Disponemos ideas compartidas acerca de lo que es ser un padre, una madre y una abuela. Y de hecho ese acuerdo compartido en la cultura puede ser útil a la hora de enfrentar los desempeños de roles según cada familia. De ahí que sea relevante saber cuán congruentes son las expectativas y la idea que tiene de sí mismo el que lo ejerce y la claridad y la ambigüedad que existe en la prescripción de un determinado rol.

⁵ Cusinato, Mario (1992). *“Psicología de las relaciones familiares”*. Barcelona, Herder. p.p. 360-366

En relación con los roles informales Hartman y Lird señalan que “por debajo de la estructura de roles, las familias también se caracterizan por una estructura de roles informales”. Estos corresponden a esos comportamientos que aluden al papel que una persona asume en su familia y que contribuyen al desarrollo y algunas veces a la sobrevivencia de la familia. Estos, al igual que los roles formales, pueden ser reconocidos en cuanto a su claridad, congruencia, flexibilidad o complementariedad. Roles tales como “la responsable”, “el preocupado”, “el dejado”, “el independiente”, “el organizador”...etc., son algunos ejemplos que los individuos desempeñan en sus familias. Cualquier familia puede identificar los diferentes roles que sus miembros desempeñan. Muchas veces éstos se caracterizan por su rigidez que hace prácticamente imposible al portador del rol tener comportamientos diferentes al asignado, pudiendo esto constituirse en una pesada carga, tal es el ejemplo del rol de la madre.⁶

1.4. Relaciones madre-hijo

La educación del sentido de justicia social en las nuevas generaciones es consecuencia en gran medida de la relación que tienen los padres con sus hijos: de la comunidad de sentimientos, cariño, protección, formación de hábitos, recursos materiales, tiempo dedicado, información, definición y aplicación de límites, así como aspectos semejantes de suma importancia que los primeros proporcionan a los segundos.

Antes del vínculo social entre los padres y los hijos, está el vínculo de derechos y deberes ejercidos por los padres entre sí; y por lo mismo, un asunto tan importante como el nivel de reconocimiento de los derechos ciudadanos de las mujeres dentro de la vida familiar, en relación con los ejercidos por los hombres, impacta de manera directa en la formación de las virtudes públicas y en el sentido de justicia de los futuros ciudadanos.⁷

En las relaciones madre-hijo un elemento presente es el apego, entendido como aquel vínculo específico y especial que se forma entre madre-infante o

⁶Aylwin, Nadia (2002). “*Trabajo social familiar*”. Chile, ediciones UC.P.p 120-121

⁷Piiego, Fernando (2012). “*Familias y bienestar en sociedades democráticas. El debate cultural del siglo XXI*”. México, Porrúa. p.p 43-44

bien, con su cuidador primario. El vínculo de apego tiene varios elementos claves:

1. Es una relación emocional perdurable con una persona en específico.
2. Dicha relación produce seguridad, sosiego, consuelo, agrado y placer.
3. La pérdida o la amenaza de pérdida de la persona, evoca una intensa ansiedad.

La ansiedad ante la muerte puede manifestarse de muchas formas, tantas como personas hay en el mundo. Esto es porque las escenas de la muerte adquieren formas vívidas, pudiendo representarse en temor hacia objetos, animales y/o situaciones determinadas, mismas que en otra persona pueden significar nada⁸.

Para John Bowlby, el comportamiento de apego es un sistema motivacional innato que busca mantener la proximidad entre el niño pequeño y sus cuidadores o padres. La teoría subraya la importancia que el niño se sienta capaz de depender de sus figuras de apego y también la habilidad de estas figuras para contener y proteger al niño, especialmente en momentos de mayor necesidad.

El sistema comportamental del apego ha sido hipotetizado como fundamental para la sobrevivencia del niño, pues busca las condiciones de seguridad con sus cuidadores, especialmente bajo condiciones de amenaza. Una relación sólida y saludable con la madre se asocia con una alta probabilidad de crear relaciones saludables con otros, mientras que un pobre apego parece estar asociado con problemas emocionales y conductuales a lo largo de la vida.

CAPITULO II. DUELO POR LA MUERTE DE LA MADRE

2.1. El duelo

La crisis de valores en las sociedades industrializadas conlleva a eludir el sufrimiento y la muerte y, por el contrario, hace anhelar bienes materiales, el disfrute inmediato y el goce sin límites. En este escenario, la muerte y el duelo generan transiciones psicosociales que, en el ámbito sanitario, implican situaciones de riesgo frente a los sentimientos de pérdida; por ello es muy importante detectar los factores psicosociales que están presentes en estas

⁸ Yalom, Irvin (2008). "Mirar al Sol". Buenos Aires, Emecé Editores S.A. p.p. 21-29

situaciones humanas y tomar en cuenta los cambios de valores y creencias culturales que inciden en las vivencias de la muerte y el duelo en las sociedades occidentales contemporáneas.

La muerte ha estado presente a lo largo del devenir del ser humano y, sin embargo, en nuestra sociedad contemporánea la muerte se ha convertido en un tema tabú. Nos angustia el sentimiento de pérdida de la vida por muy conscientes que seamos de que nacemos, crecemos y morimos. Morir es despedirse, es cortar ataduras, es desligarse de los vínculos que uno ha tejido a lo largo de la vida.

La muerte forma parte de nuestra existencia o, mejor dicho, es el último acto de nuestra existencia. Morir no es un cambio accidental en la vida humana, sino un cambio sustancial, un proceso irreversible. Nacemos, llegamos a ser... morimos, dejamos de ser.

Hoy la muerte es una cuestión silenciada y casi escondida en el seno de nuestra sociedad moderna e industrializada. No damos cabida al sufrimiento; pero el sufrimiento, el dolor y la muerte están presentes entre nosotros, por más que pretendamos negarlos.

A pesar de que día a día nos encontramos con la presencia cotidiana de la muerte a través de la pantalla de la televisión, el bombardeo de noticias y de imágenes de muerte no activa la reflexión sobre el morir.

Desde la época prehispánica el ser humano ha venido presentando especial atención a sus muertos, tanto en lo que se refiere a la forma en que había de tratar sus cuerpos como al lugar donde depositarlos, y, muy especialmente, a los ritos que se había que celebrar. La necesidad de una conducta específica alrededor de los muertos fue debida a la aparición de determinadas creencias en relación con la muerte y especialmente con la posibilidad de supervivencia más allá de la misma, todo esto ha sido objeto de estudio de diversas ciencias y disciplinas como la historia, la antropología social y física, etnología, sociología, psicología y tanatología⁹.

Por ejemplo, desde la sociología, Torralba menciona que la muerte es una cuestión trascendental. La muerte es universal, pero los modos de morir en el seno de cada sociedad difieren sustancialmente. Es distinto morir en Occidente que en Oriente, en el África negra o en Europa. Los procesos sociales que acompañan el morir son radicalmente distintos y también la consideración social del hecho del morir. Desde el discurso sociológico se analiza el sentido del morir y

⁹ Allué, Marta (1992). "La antropología social de la muerte", en *Revista Quaderns D' antropologies*, núm. Especial, mayo 1992. p.p 31-36

sus procesos rituales y simbólicos en el seno de una determinada sociedad. A lo largo de la historia de la civilización la caracterización de la muerte ha adquirido formas distintas y se ha concretado en procesos y formas muy variadas.¹⁰

Se le llama duelo al proceso de desajuste y de adaptación que sufre la persona luego de perder algo significativo; es una reacción natural ante la pérdida. Este proceso culmina mediante la elaboración integral y la aceptación de los cambios que esta situación conlleva.

El concepto de duelo implica todo un proceso dinámico complejo que involucra a la personalidad total del individuo y abarca, de un modo consciente o inconsciente, todas las funciones del “yo”, sus actitudes, defensas y, en particular, las relaciones con los demás.

Carpenito (1987) define el duelo como “estado en el que un individuo o familia experimenta una pérdida real o percibida (persona, objeto, función, estatus, relaciones), o estado en el que un individuo o familia responden al convencimiento de una futura pérdida (duelo anticipado)”.

“El duelo puede considerarse como un proceso social, ya que puede manejarse mejor cuando es compartido y asistido por los demás” (Burgess, 1985, citado por Novel y Lluch). En el caso de la muerte, todas las culturas y religiones reconocen el duelo como tal y proporcionan normas de comportamiento social que incluyen las conductas adecuadas antes, durante y después de un entierro, así como el tiempo que el duelo debe durar.¹¹

El duelo es una respuesta universal a una pérdida (o una separación) a la que se enfrentan los seres humanos de todas las edades y de todas las culturas. Es una respuesta normal y natural; quizá no fuera normal la ausencia de respuesta. Es algo personal y único y cada persona lo experimenta a su modo y manera. Sin embargo, produce reacciones que afectan a la persona en su totalidad: en sus aspectos psicológicos, emotivos, mentales, sociales, físicos y espirituales.

El duelo también incluye componentes físicos, psicológicos, sociales y espirituales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la persona, situación u objeto perdido. De aquí la importancia de subrayar que no

¹⁰Pacheco, Germán (2003). “Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo”, en *Revista Cultura de los Cuidados*, núm. 14 año/vol. 2º semestre 2003 año VII. pág. 30

¹¹Pacheco, Germán (2003). “Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo”, en *Revista Cultura de los Cuidados*, núm. 14 año/vol. 2º semestre 2003 año VII. P.p. 32-33

hay dos duelos iguales, aún cuando dos pérdidas se hayan suscitado en circunstancias muy semejantes.

El duelo es, asimismo, una experiencia ambivalente: se presenta como posibilidad y riesgo. Posibilidad de maduración, que hace que el ser humano emerja del proceso como persona diferente: consigue de manera consciente o inconsciente, deshacer los lazos que le unían al ser querido, adaptarse a la pérdida y volver a vivir de manera “sana” en un mundo en el que ese ser querido nunca más estará. Y riesgo de cronificación, al hacer un duelo incompleto o mal elaborado, que puede llegar a requerir tratamiento psicológico o psiquiátrico.

El duelo surge como reacción ante el sentimiento de pérdida. Cada nueva pérdida requiere de adaptación a esa circunstancia vital específica. Todas las pérdidas, incluida la de un ser querido por la muerte, suponen una pérdida por parte de la persona; por esto la experiencia es única en cada persona.

Las fases del duelo, según Elisabeth Kübler-Ross, son las siguientes:

1. Negación y aislamiento. La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrar a la persona y con el tiempo reestructurarse ante una nueva realidad que aún no acepta.

2. Ira. Una vez que la negación va cediendo y que la persona ve, al menos por momentos, que su realidad es otra diferente a la deseada, comienza a sentir una ira *en contra de todos*, incluido el propio Yo. Es común que surjan sentimientos como el odio, la envidia y el resentimiento, entre otros. La fase de la ira es muy difícil de afrontar, ya que este sentimiento se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra todo lo que rodea al sujeto, a veces incluso casi al azar.

3. Pacto. Esta fase consiste en buscar consuelo mediante las buenas conductas hechas o futuras. La mayoría de los pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto. Este tipo de promesas buscan liberar de culpas al doliente.

4. Depresión. Después de invertir tanta energía en este proceso, llega un momento en el que la persona se siente abatida por la realidad, hay una sensación real de pérdida. Es una etapa de duración mayor a las anteriores, caracterizada por una tristeza y reflexión profundas. Este tipo de depresión es reactiva, ya que suele tener un origen identificable y pese al agotamiento, la persona requiere ser escuchada.

5. Aceptación. La aceptación no es una etapa feliz, de hecho está casi desprovista de sentimientos, es como si el dolor hubiera desaparecido. La persona en duelo alcanza esta fase cuando su bagaje emocional toma nuevamente su cauce.

Las fases que se suscitan durante el duelo pueden ser intermitentes y llevar un orden aleatorio, incluso una vez experimentada la aceptación, pueden presentarse detonantes que lleven a la persona a experimentar una regresión en las fases ya vividas y sentir nuevamente ira o tristeza. Esto es normal durante los primeros años luego de la pérdida, puesto que la persona aún sigue en el reacomodo de su vida. La única cosa que generalmente persiste a lo largo de todas estas fases en la *esperanza*¹².

Perspectiva psicosocial y antropológica del duelo

La forma de elaborar los duelos y transiciones psicosociales es un componente fundamental de nuestra adaptación al entorno. También de nuestras adaptaciones y dificultades en la relación social. De ahí que los procesos del duelo posean una tan importante repercusión en la vida social del individuo. La forma de expresar el duelo, sin embargo, está estrechamente relacionada con la cultura a la que pertenezcamos, a las circunstancias que rodean a la pérdida, a la edad de la persona que fallece, la situación vital, si se trata de una muerte anticipada o repentina.

Si bien lo que desencadena un duelo en una persona es siempre idiosincrásico de la misma, existen situaciones que prácticamente en todos los seres humanos desencadenan duelos de cierta importancia. Son las situaciones que denominamos transicionales o crisis psicosociales y que, en el ámbito sanitario, implican factores de riesgo situacionales y pueden entenderse como situaciones de riesgo. En tal sentido, un elemento básico en cada cultura son una serie de costumbres y normas sociales con respecto a esas transiciones psicosociales características de la misma: Orfandad, separaciones, entrada en la edad adulta, etc. La mayoría de las culturas incluirán entre sus elementos más indelebles y centrales los ritos con respecto a la enfermedad, la pérdida, la muerte, el luto...

Aunque la pérdida que precipita el pesar suele ser la pérdida de otra persona, las pérdidas varían considerablemente en cuanto al grado en que suponen una pérdida de rol o cambian las propias pautas de vida.

La disponibilidad de restitución influye considerablemente en la respuesta de uno a la pérdida; de hecho, algunas culturas proporcionan un compañero a la viuda poco después de la muerte del marido.

¹²Kubler-Ross, Elizabeth (1969). *"Sobre la muerte y los moribundos"*. México, Random House Mandori. p.p 59-180

El duelo ocurre o se inicia inmediatamente después, o en los meses siguientes a la muerte de un ser querido y está limitado a un período de tiempo que varía de persona a persona. El trabajo de duelo es un proceso psicológico complejo de deshacer los lazos contraídos y enfrentarse al dolor de la pérdida.

En el duelo, la pérdida trae grandes desviaciones en la conducta normal, pero no se considera una conducta patológica, esto es muy importante porque todas las personas que sufren pérdidas afectivas atraviesan un proceso de duelo y es inevitable sentir tristeza ante semejante acontecimiento. En el duelo la pérdida es real, o sea que se pierde un objeto del mundo externo y se sabe cuál es, la persona comienza con conductas anormales (pero no es patológico), se supera con el paso del tiempo. Hay una menor productividad y el mundo queda pobre y vacío.

La melancolía sería equivalente a un duelo patológico, En este caso el duelo se produce ante una pérdida que puede o no ser real, que provoca un estado de ánimo deprimido, desinterés por el mundo externo, autorreproches, autodenigración, culpa, insomnio, productividad inhibida y alteración en la alimentación, e incluso en algunos casos ideación suicida. En el duelo, el objeto amado ya no existe.

La elaboración normal del duelo conduce a la reconstrucción del mundo interno, enriquecido por esta nueva experiencia y por una confianza básica acrecentada. Es la representación que el luto ritualiza con la obligada permanencia del deudo en casa, estándole “socialmente prohibidas” diversiones, vestidos vistosos, etc., así podrá centrarse en el “trabajo interno” del duelo.

En la realidad, las manifestaciones sociales y antropológicas del duelo y los procesos del duelo poseen una triple variante: por un lado, son la expresión al nivel de sociedad, instituciones y microgrupos de esos procesos, que de alguna forma son vividos en algún momento por casi todos los miembros de esa comunidad. A otro nivel, la ritualización y las costumbres que implican, en una cultura lo suficientemente integrada, tienden a ayudar al trabajo psicológico del duelo; de ahí la importancia de determinados ritos, como por ejemplo, los funerales, en ellos se permite a las personas el darse tiempo de sufrir y estar tristes y al mismo tiempo de reestructurarse hacia un nuevo modelo o dinámica de vida ya sin el ser amado. Por último, esos ritos y costumbres poseen una variante antropológica y social: facilitan la comunicación del hecho a la comunidad, dan pie al intercambio de bienes y servicios, proporcionan a los vivos ocasión de congraciarse con el muerto y sus familiares y allegados, preparan para nuevas relaciones a través de los actos sociales.

Sostiene Ripoll que son cuatro los factores que afectan, de manera importante el duelo y se presentan en el siguiente cuadro:¹³

FACTORES	AFECTACIONES
a) Factores psicológicos	<p>La pérdida y el sentido de la pérdida es único. Una misma pérdida tiene un significado diferente para diferentes personas, porque cada uno la percibe de manera distinta, dependiendo del:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentido, calidad e inversión emocional de esa relación para el doliente. • Dependencia o independencia que ha generado. • Cantidad y calidad de los “asuntos” sin resolver entre el doliente y el fallecido, características del fallecido (edad, sexo, personalidad). • Percepción del doliente sobre la “realización, satisfacción y cumplimiento” que la vida ha deparado al fallecido. • Rol y funciones del fallecido para el doliente, su familia y el sistema social en que se movía, que van a dar a determinado número de pérdidas secundarias. <p>Si las relaciones con el ser querido han sido conflictivas, el dolor no sólo es por la pérdida; el doliente también se culpa de no haber tenido mejores relaciones con el fallecido; no le queda ni la esperanza de poder mejorarlas algún día. En este caso, la muerte del ser querido resucita viejos conflictos, no resueltos con anterioridad: miedos, ansiedades, sentimientos de abandono infantiles; y conflictos de ambivalencia, dependencia, seguridad en las relaciones padres-</p>

¹³Pacheco, Germán (2003). “Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo”, en *Revista Cultura de los Cuidados*, núm. 14 año/vol. 2º semestre 2003 año VII. pág. 37

	<p>hijo. El doliente tiene que enfrentarse a la pérdida actual y a viejas pérdidas.</p> <p>El impacto que una pérdida produce en una persona no se puede “normalizar”, de manera que se puede asumir a priori qué pérdida va afectar más.</p>
<p>b) Factores personales</p>	<p>Las respuestas a la pérdida y la manera de afrontar el duelo es análoga a otras respuestas vitales de la persona. Dependen de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sus comportamientos adaptativos. Personalidad, carácter y salud mental. • El grado de confianza en sí mismo. • El nivel de madurez e inteligencia, relacionados de manera positiva con una buena resolución del duelo, al dar más posibilidades de entender el sentido e implicaciones de la muerte. • El haber o no sufrido otros duelos, que pueden afectarle de manera positiva –sabe que “sobrevive a la pérdida”- o negativa. • La posibilidad de expresar el duelo. • La concurrencia de otras crisis personales, que complican el duelo. Cada una de ellas demanda energía y atención, en momentos en que se está “vacío”. <p>La comprensión, implicaciones, manera de afrontar y expresar la pérdida, están influidos siempre por el propio sentido de la existencia y la fundamentación religioso-filosófica, cultural y social del doliente.</p>
<p>c) Circunstancias específicas de la muerte</p>	<p>El modo y momento de morir influye en los supervivientes. No es lo mismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La muerte de un anciano que la de un niño.

	<p>Los padres experimentan ésta como antinatural e injusta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La muerte por una enfermedad terminal, que la súbita e imprevista. • La muerte por suicidio o actos violentos. <p>La muerte anunciada por una enfermedad terminal da a los allegados la oportunidad de prepararse al desenlace. Un accidente de tráfico o laboral, un infarto, origina muertes muy difíciles de aceptar. Todavía más dramática resulta la muerte por suicidio, que deja sentimientos de culpa profundos o la que resulta de actos violentos (asesinatos, violaciones). Los dolientes pueden obsesionarse con el pensamiento de cómo habrá vivido su ser querido aquellos últimos momentos.</p>
d) Los apoyos externos	<p>Los dolientes viven su duelo en una determinada realidad social, que influye en el proceso de recuperación. La familia es el contexto fundamental y puede ayudar o entorpecer la elaboración de un duelo, permitiendo, por ejemplo, exteriorizar la pena o por el contrario, premiando “la fortaleza” o “entereza” del que “se controla”. Toda “cultura familiar” implica comportamientos, tradiciones, valores sociales y expectativas. Los amigos, los profesionales, los “grupos de pertenencia”, la Iglesia, los “grupos de ayuda mutua” – formados por personas que han sufrido experiencias similares- pueden ser otras tantas posibilidades de apoyo y consuelo.</p>

2.2. El duelo por la muerte de la madre

En la sociedad mexicana la madre suele ejercer gran influencia hacia los hijos e hijas, ya sea de forma positiva o negativa. Es la madre quien comúnmente reúne a

los miembros de la familia, quien sabe las particularidades de cada uno de ellos, mediante el ejercicio de los roles que ya se han mencionado anteriormente.

Pues bien, considerando lo dicho, la pérdida de la madre suele ser un evento en realidad trágico para la familia, en especial para los hijos e hijas y para el esposo. Las etapas del duelo se van viviendo poco a poco y por lo regular en lo individual, resaltando además que el duelo es único para cada integrante de la familia, aún cuando la pérdida sea la misma: la madre.

La ambivalencia en los sentimientos de los dolientes es normal, no obstante, la culpa suele estar presente en todos. Desde el niño que en un enojo deseó que desapareciera su mamá, el esposo que *falló* en algo, hasta los hijos que *fueron malos* con su mamá. Se vive la culpa tanto por lo hecho como por lo no hecho.

Es interesante analizar el impacto de esta pérdida en distintas esferas:

La familia materna se ve invadida por la pena de la pérdida y, si la red social es suficientemente fuerte, estará al pendiente de los que ahora han quedado en calidad de huérfanos.

El padre se ve de pronto con una responsabilidad que no ejercía *antes*, pues si bien vivía con la familia y estaba pendiente, en cierta forma, de sus necesidades, la mayoría de las veces es la madre quien cubre la parte afectiva, además de la asistencial y educativa de los hijos. Atender todas las necesidades de los hijos e hijas puede representar un verdadero reto, mismo que no siempre se está seguro de vencer. Duele la expectativa de una vida de pareja que no será más una realidad¹⁴.

En tanto a los hijos e hijas, podemos considerar que su duelo es el más complejo, pues no sólo han perdido a la madre, sino a veces también al padre y hasta a los mismos hermanos. Enfrentarse de pronto con situaciones cotidianas que se hacían en compañía o con la guía de la madre, pueden vivirse con gran tristeza e inseguridad, generando la unión entre los hermanos o bien, desatando conflictos de autoridad, muy frecuentes en este periodo.

Ante la falta de la madre, es frecuente que el padre busque rehacer su vida de pareja, situación que se suma al duelo de los hijos. Si la madre ejercía ese rol de mantener unida a la familia, puede ser que alguno de los hijos retome esta función y trate de preservar dicha dinámica; si por el contrario nadie lo retoma, puede fracturarse aún más el vínculo familiar.

¹⁴ Kubler-Ross, Elizabeth (1969). *"Sobre la muerte y los moribundos"*. México, Random House Mandori. p.p. 204-206

2.3. La muerte derivada de una enfermedad crónico- degenerativa: la diabetes

El descubrimiento de alguna enfermedad crónica invalidante provoca siempre una crisis en la familia, porque suscita angustia y dudas sobre la organización de la vida cotidiana y de las relaciones entre las personas.

La decisión de ingresar al hospital o acoger al enfermo, anciano, al postrado en cama, en la familia, depende de muchos factores materiales, afectivos, económicos, de la historia familiar y de los elementos de la situación actual. Es importante señalar que no existe una solución buena y una solución mala, sino sólo la que cada familia puede tolerar y aceptar después de haber sopesado todos los pros y los contras de su situación.

Las características de la enfermedad crónica.

La enfermedad crónica es la presencia irreversible, con agravación o latencia de estados de enfermedad o de deterioro que comprometen a todo el entorno humano en el apoyo, el mantenimiento de la autonomía o de las funciones vitales y en la prevención de nuevas incapacidades. Esta definición de la enfermedad crónica permite conceptualizar la enfermedad y sus características como un fenómeno que actúa sobre el sistema familiar desde el nivel de la célula, del tejido y del órgano hasta el individuo en un contexto familiar.

Aunque los procesos crónicos se producen en todas las edades, las personas ancianas constituyen la mayor parte de enfermos crónicos, lo cual está relacionado con el incremento en la esperanza de vida.

Una enfermedad a largo plazo puede ser progresiva, permanente o episódica/sujeta a recaídas. Una agravación progresiva requiere una constante adaptación a la evolución del estado del paciente y a los cuidados que exige. Si esta agravación es lenta, la familia corre el riesgo de agotarse durante los años de asistencia cotidiana. Si la evolución es más rápida, su ritmo puede desbordar la flexibilidad de adaptación de las personas y los recursos disponibles. Los procesos con recaídas o que evolucionan por brotes, como el asma o la esclerosis en placas, obligan a la familia a idas y venidas permanentes entre estructuras que funcionan durante los prolongados periodos de estabilidad y una organización para periodos de crisis. Prever una crisis que acontecerá en un momento imprevisible pone a prueba los nervios de todo el grupo familiar.

Otra característica de las enfermedades crónicas es el dolor crónico¹⁵, entendido como la expresión del sufrimiento tanto mental como corporal de la persona afectada. Los enfermos viven el dolor en un marco de incapacidad, angustia e incertidumbre respecto de la evolución de su padecimiento, sus diagnósticos y los tratamientos ante los que serán sometidos.

La atención del enfermo crónico requiere trabajo en equipo, principalmente del personal de salud y de la familia. El proceso es desgastante tanto para el enfermo como para sus seres queridos, pues mientras que el paciente lo vive en carne propia, la familia sufre al ver que pese a los esfuerzos realizados, no hay cura ni mejoría real para la enfermedad del familiar.

Todas las enfermedades crónicas afectan al control del cuerpo, al concepto de identidad y a las relaciones. Cuando la muerte llega a estar demasiado presente, toda la energía familiar corre el riesgo de centrarse hasta tal punto en la separación y el duelo futuro que llega a ser imposible resolver los problemas de la asistencia inmediata y organizar la vida futura de la familia.¹⁶

La Diabetes Mellitus.

La diabetes mellitus (DM) es la enfermedad endocrina más frecuente y está íntimamente relacionada con el sobrepeso y la obesidad. Se estima que afecta al 4.7% de la población de los países desarrollados, aunque esto es difícil de conocer con exactitud, porque depende de los criterios y técnicas diagnósticas. La DM suele afectar en mayor grado a las mujeres que a los hombres y el rango predominante de personas con el padecimiento oscila entre los 59 y 80 años de edad.

Se caracteriza por anomalías metabólicas, entre las cuales la más característica es la hiperglucemia mantenida y complicaciones a largo plazo que afectan a los ojos, riñones, sistema nervioso y vasos sanguíneos.

Los enfermos suelen relacionar la aparición de su enfermedad con diversos factores, tales como la tristeza, la vejez, una historia de vida con carencias económicas y afectivas y corajes entre otros. Aunque el estado anímico de la persona influye mucho en su salud, no hay pruebas palpables de ello. Lo que si se

¹⁵ Barragán, Arabella (2008). "Vivir con dolor crónico". Argentina, Libros de la Araucaria. p.p. 16

¹⁶ Camdesus, Brigitte (1995). "*Crisis familiares y ancianidad*". España, Paidós colección terapia familiar. p.p 162 - 164

ha registrado es que varios casos de DM son confirmados luego de que el paciente vivió un evento desagradable, tal es el caso de un fuerte disgusto, un susto o una gran tristeza. Esto suele suceder porque el evento altera completamente la estabilidad del cuerpo y de la mente, haciéndose entonces evidente el padecimiento que antes permanecía en silencio.

Existen diversos tipos de diabetes. La DM tipo 1 es la más frecuente en la raza blanca, mientras que la DM tipo 2 es más frecuente entre los indios americanos que en otras razas.

Clasificación de diabetes mellitus (DM)

DM insulino dependiente (Tipo 1, infantil)
DM no insulino dependiente (Tipo 2 del adulto)
Con obesidad
Sin obesidad
DM gestacional
DM secundaria (fármacos, otra enfermedades...)

Patogenia

La forma infantojuvenil (DM Tipo 1) tiene un comienzo brusco. Las células beta del páncreas, que se encuentran en los islotes de Langerhans, dejan de producir insulina, que es la hormona hipoglucemiante (baja la glucemia), porque son destruidas por completo.

Existen factores genéticos y fenómenos de autoinmunidad en la aparición de la DM tipo 1, que aparentemente se desencadenan ante estímulos como infecciones virales o tóxicas.

En la DM tipo 2, aunque existe producción de insulina, hay una resistencia a la acción insulínica, principalmente en la grasa y otros tejidos; por esta razón se eleva la glucemia progresivamente. También la glucemia elevada persistentemente acaba inhibiendo la producción de insulina.

Diagnostico

Típicamente, los síntomas se deben a la hiperglucemia: la poliuria y polidipsia se deben a la diuresis osmótica que ocasiona la glucosa. También puede existir un apetito intenso junto a la pérdida de peso.

Se ha definido la DM como la presencia en ayunas, después del reposo nocturno, de una concentración de glucosa plasmática de al menos 126mg/dl en dos ocasiones diferentes.

En cualquier momento del día, sin estar sometido a fluidoterapia intravenosa, una cifra de 200 mg/dl o más (también después de una prueba de sobrecarga oral de glucosa) se suele llamar "intolerancia a la glucosa y puede predisponer a la DM.

Prevención

Las formas del adulto (DM tipo 2) son mucho más frecuentes, aparecen progresivamente con la edad y se relacionan con la obesidad.

Aumenta en los países desarrollados, en relación con la dieta más rica en calorías y en azúcares refinados.

Los factores genéticos son muy importantes, porque entre gemelos monocigóticos, la concordancia es del 90%.

La prevención se establece en relación con el consejo hacia una dieta saludable, rica en fibra vegetal y escasa en azúcares refinados y normo o hipocalórica, y el ejercicio físico, que rebaja la glucemia, especialmente en las familias donde hay casos de DM tipo 2.

En cuanto a la DM tipo 1, no existe una vacuna contra el virus que posiblemente la inducen, ni se conoce una eficaz medida preventiva primaria. En cambio, existen diversas medidas de prevención secundaria para el diabético insulino dependiente, como los correctos hábitos diabéticos, la rigurosidad en la administración de la insulina, el ejercicio físico moderado y regular, y no fumar.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento de ambas formas de DM es obtener unas glucemias lo más próximas a las normales y evitar la aparición de las complicaciones (aterosclerosis, ceguera y nefropatía).

En la DM tipo 1 es impredecible el uso de insulina subcutánea.

En la DM tipo 2 suele ser suficiente el uso de fármacos hipoglucemiantes orales, fármacos que enlentecen la absorción de los azúcares, ejercicio físico y dieta.

La complicación más importante del tratamiento farmacológico es la hipoglucemia, que puede ser mortal.

Otros tratamientos adicionales en el diabético van destinados a prevenir las complicaciones cardiovasculares. En este sentido es esencial normalizar el perfil lipídico y mantener unas cifras de presión arterial bajas, más bajas, incluso, que las recomendables para la población general.

La diabetes como “factor de riesgo” aumenta también el peligro de desarrollar aterosclerosis, sea coronaria, cerebrovascular o vascular periférica. El tratamiento de la diabetes y su control es obligado por la enfermedad misma; se ignora el efecto que puede tener sobre las manifestaciones esteroscleróticas ya establecidas¹⁷.

Neuropatía diabética

La diabetes es la causa de un grupo muy diverso de neuropatías. La neuropatía diabética es la complicación más frecuente de la DM, es un estadio clínico caracterizado por un deterioro de los nervios, donde la persona manifiesta síntomas como dolor y parestesia, y muestra deficiencias neurológicas que pueden causar problemas futuros; tales como pérdida sensitiva, polineuropatía sensitiva motora y simétrica, que afectan predominantemente a los miembros inferiores del cuerpo, motivo por el cual muchas veces suelen ser amputados¹⁸.

2.4. La muerte como crisis en la familia

La lengua china escribe la palabra **crisis** utilizando los dos caracteres “peligro” y “suerte”. Por consiguiente es una amenaza y una ocasión de cambiar. Desde el año de 1969, Salvador Minuchi había destacado este aspecto paradójico de la crisis. La **crisis** se define como una situación que presenta elementos tan poco habituales (de ahí el peligro) que el individuo (o el sistema) se ve obligado a transformarse para afrontar esta situación. El peligro de perder un modelo de relaciones, poco adaptado a la situación actual, pero que confiere seguridad porque se conoce desde hace mucho tiempo, puede parecer temible o poco atractivo, mientras que la posibilidad de crear una nueva estructura es más conveniente para la fase actual de la vida familiar.

La crisis, precisa Minuchi, “es diferente de una situación de urgencia”.

Un último elemento paradójico de la crisis es que afecta a la permanencia del modelo en su modificación: a menudo, un cambio perdurable no se lleva a cabo a

¹⁷Martínez, Juan (2003). “*Nociones de salud pública*”. España, ediciones Díaz de Santos. P.p 195 - 199

¹⁸ Barragán, Arabella (2008). “*Vivir con dolor crónico*”. Argentina, Libros de la Araucaria. p.p. 64-65

través de una ruptura radical con la estructura previa. El dilema se resuelve con éxito si se logra negociar nuevas respuestas sin abandonar por completo los antiguos modelos. El mantenimiento de la coherencia del sistema exige esta continuidad entre la estructura pasada y la que se está elaborando. Para recuperar una fórmula del dominico Yves Congar, la familia, como muchos organismos e instituciones, tiene un pie en el pasado y el otro en el futuro.

Si la crisis consiste en censurar un modelo de relaciones y su solución en crear otra estructura adaptada a la nueva etapa de la historia del sistema, ¿qué ocurre entre estos dos periodos de equilibrio y de estabilidad? ¿Cómo describir la crisis?

Para desentrañar la crisis, es necesario detectar e integrar los diversos aspectos de la transformación en curso y aceptar la confrontación de fenómenos aparentemente contradictorios porque pertenecen a categorías lógicas diferentes. Partiendo de lo anterior, Jean-Louis Le Moigne propone definir la crisis por los cuatro dobles vínculos que caracterizan sus aspectos esenciales: *el tiempo, la organización, el conocimiento y la decisión*.

La primera contradicción lógica se relaciona con *el tiempo*. Súbitamente, se produce un cambio de velocidad, los acontecimientos se precipitan y alteran las previsiones y el orden establecido. “La crisis” permite observar cómo un sistema funciona transformándose.

La segunda paradoja concierne a *la organización* familiar. En el momento de la adolescencia de los hijos, todos los padres viven la experiencia de un sistema que se tambalea por todas partes. Ninguna de las normas familiares sigue siendo válida y cada miembro de la familia se encuentra desamparado, en busca de una nueva forma de vivir en familia. El mismo tiempo de evolución imprevisible se observa en los periodos de una enfermedad inesperada o de un envejecimiento rápido y hace inevitable una modificación importante de la organización familiar. En otros casos, un accidente, una muerte, un episodio agudo de enfermedad crónica aumenta todavía más la confusión por la urgencia necesaria de una reorganización de la vida familiar o de una decisión de hospitalización, de ingreso a una residencia o de una intervención quirúrgica. Las etapas presentes en la familia obligan a la misma a realizar cambios en la organización familiar, por ejemplo cuando la madre, el padre o ambos mueren se presenta una crisis la cual obliga a los sobrevivientes a reorganizar la familia.

La crisis transforma *el conocimiento* y la representación que el sistema tiene de sí mismo. Súbitamente, se condena al contexto de referencia y todas las certidumbres se tambalean. El proceso de adquisición de conocimientos es un conjunto complejo.

Jean Piaget distingue dos fases antinómicas de acomodación y de asimilación. Habitualmente, estos dos procesos se suceden en el tiempo, con alternancias de apertura al mundo exterior (acomodación) y de “digestión” de los conocimientos adquiridos (asimilación). En un periodo de crisis llegan a ser simultáneos y se crea una actitud paradójica constituida al mismo tiempo por una defensa y una abertura frente a situaciones nuevas e imprevisibles para las personas afectadas. La crisis obliga a dejar de lado la lógica.¹⁹

La crisis, por último, implica una o diversas *decisiones* que permitirán crear otro modelo de relación, un nuevo estado de estabilidad, puede ser desde la reconstrucción o reestructuración.

La dificultad del tiempo de crisis, por consiguiente, es identificar el problema, no plantear la pregunta de ayer o de mañana sino la de hoy e introducir elementos nuevos de conocimiento y organización. Intervienen aspectos de evolución más o menos rápidos.

En el caso de la crisis del sistema humano, las cosas son muy diferentes: el aspecto esencial es la pérdida de control de su historia. Los sistemas humanos se autentifican por la estabilidad y por la previsión que existen en el conjunto de las relaciones privilegiadas. Crear un sistema equivale a establecer conjuntamente, a “co-crear” un modelo de relaciones. Las familias negocian, con mayor frecuencia de una forma inconsciente, este modelo, día a día, año tras año. Se percibe como el apoyo de una permanencia que condiciona la historia del sistema en su evolución.

El paso del tiempo hace imperceptibles las evoluciones hasta que el envejecimiento, una enfermedad, un accidente o un acontecimiento familiar las conducen a un punto de ruptura en el cual estalla la crisis.

2.5. Resiliencia tras la muerte de la madre y el reconocimiento de las ganancias secundarias

La resiliencia es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformados por estas. Nadie escapa de las adversidades.

¹⁹Camdesus, Brigitte (1995). *“Crisis familiares y ancianidad”*. España, Paidós colección terapia familiar. P.p. 25 – 43.

Es verdad que aquello que percibimos como una adversidad no siempre resulta como tal ante los ojos del espectador.

Adversidades experimentadas dentro del ámbito familiar:

La muerte de uno de los padres, el divorcio o la separación, la enfermedad de los padres o un hermano, la pobreza, una mudanza, un accidente que deje secuelas en la personas, el maltrato, el abuso sexual, el abandono, el suicidio, los segundos matrimonios, el abandono, una salud frágil y la hospitalización, incendios que produzcan daños a la personas, una repatriación forzada de la familia, miembros de la familia con alguna discapacidad, padres que pierden sus trabajos o sus fuentes de ingresos, etcétera.

Adversidades experimentadas fuera del ámbito familiar:

Los robos, las guerras, los incendios, los terremotos, las inundaciones, los accidentes automovilísticos, las condiciones económicas adversas, ser refugiado ilegal, ser inmigrante, los daños provocados por tormentas, inundaciones o el frío, ser encarcelado por motivos políticos, la hambruna, ser abusado por un extraño, los asesinatos en el vecindario, los gobiernos inestables, la sequía.

Algunos de los primeros estudios sobre el tema enumeraron características o factores resilientes que contribuían a identificar aquello que resultaba útil y efectivo a la hora de superar adversidades (Werner y Smith, 1982; Grmezy, 1991; Rytter, 1979). La investigación generó información que permitía organizar estos factores en apoyos externos que promueven la resiliencia, la fuerza interior que se desarrolla a través del tiempo y que sostiene a aquellos que se encuentran frente a alguna adversidad y, por último, los factores interpersonales, es decir, esa capacidad de resolución de problemas que es aquello que se enfrenta con la adversidad real. Para la mejor comprensión, éstos Factores se organizaron de la siguiente forma: YO TENGO, YO SOY, YO PUEDO (Grotberg, 1995).

Yo tengo (apoyo externo)

1. Uno o más personas dentro de mi grupo familiar en las que puedo confiar y que me aman sin condicionamientos.
2. Una o más personas fuera de mi entorno familiar en las que puedo confiar plenamente.
3. Límites en mi comportamiento.
4. Personas que me alientan a ser independiente.
5. Bueno modelos a imitar.
6. Acceso a la salud, a la educación y a servicios de seguridad y sociales que necesito.

7. Una familia y entorno social estables.

Yo soy (fuerza interior)

1. Una persona que agrada a la mayoría de la gente.
2. Generalmente tranquilo y bien predispuesto.
3. Alguien que logra aquello que se propone y que planea para el futuro.
4. Una persona que se respeta a sí misma y a los demás.
5. Alguien que siente empatía por los demás y se preocupa por ellos.
6. Responsable de mis propias acciones y acepto sus consecuencias.
7. Seguro de mí mismo, optimista, confiado y tengo muchas esperanzas.

Yo puedo (capacidades interpersonales y de resolución de conflictos)

1. Generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer las cosas.
2. Realizar una tarea hasta finalizarla.
3. Encontrar el humor en la vida y utilizarlo para reducir tensiones.
4. Expresar mis pensamientos y sentimientos en mi comunicación con los demás.
5. Resolver conflictos en los diferentes ámbitos: académico, laboral, personal y social.
6. Encontrar mi comportamiento: mis sentimientos, mis impulsos, el demostrar lo que siento.
7. Pedir ayuda cuando lo necesito.

Estos factores resilientes pueden promoverse por separado, un punto realmente importante para comenzar. Sin embargo, a la hora de enfrentar una circunstancia adversa, se combinan todos los factores tomándolos de cada categoría, según se necesiten. La mayoría de las personas ya cuentan con algunos de estos factores, solo que no poseen los suficientes o tal vez desconocen cómo utilizarlos como armas contra la adversidad. Otras personas sólo son resilientes en una determinada circunstancia y no lo son en otra. Esta diferencia se nota, generalmente, porque la persona es resiliente en situaciones más conocidas o menos riesgosas; por el contrario, no lo demuestra en situaciones nuevas o completamente desconocidas, en las cuales experimenta la pérdida de control sobre lo que está sucediendo. Necesita que otros le brinden ayuda en aquellas situaciones más amenazantes y menos familiares. Necesitan saber cómo pedir ayuda.

El primer factor resiliente de la primera etapa del desarrollo es la confianza.

Dentro del concepto de resiliencia, esto significa que antes de comenzar a promover los factores resilientes en las demás personas, debemos rever los

propios. Una característica particular de la resiliencia es que podemos activar los factores independientemente de las experiencias adversas.

Resiliencia en acción

La resiliencia se activa cuando experimentamos una adversidad que necesita ser enfrentada y superada.

La secuencia de la respuesta ante una posible adversidad es: *prepararse para, sobrevivir mediante y aprender de*. Sin embargo, algunas adversidades llegan sin avisar y no hay tiempo para prepararse. De hecho, una adversidad del tipo de un tornado o una inundación deberán ser manejadas al mismo tiempo en que están ocurriendo, y entonces deberíamos concentrarnos en hacer todo aquello que se pueda para reducir los daños al mínimo.²⁰

Otros autores como Brooks (2004) menciona que existen diez claves para una vida resiliente y son las siguientes:

1. Cambiar los diálogos de la vida: reescribir tus guiones negativos.
2. Elegir el camino que te lleve a ser resistente al estrés en vez de estar estresado.
3. Ver la vida a través de los ojos de los demás.
4. Saber comunicar
5. Aceptarse uno mismo y a los demás
6. Establecer contactos y mostrar compasión
7. Saber lidiar con los errores
8. Saber manejar el éxito construyendo islas de competencia
9. Desarrollar autodisciplina y el autocontrol
10. Las lecciones de la resiliencia: mantener un estilo de vida resiliente.²¹

Pese a que los autores antes revisados mencionan factores y claves, lo cierto es que cuando uno se enfrenta a adversidades, nuestra capacidad de reacción muchas de las veces se pasma o congela, podríamos considerar que no todos estamos preparados para afrontar adversidades, pero lo que sí es una realidad es que existen personas con habilidades sociales y cognitivas afianzadas que hace que las respuestas ante las adversidades sean más asertivas que las de otras personas²².

²⁰Henderson, Edith (2006). *“La resiliencia en el mundo de hoy. ¿Cómo superar las adversidades?”* España, editorial Gedisa. P.p. 18 - 56

²¹Brooks, Robert (2004). *“El poder de la resiliencia”*. Buenos Aires, editorial Paidós. Pág. 345

²²Frankl, Viktor (1979). *“El hombre en busca del sentido último”*. Barcelona, Herder. p.p. 9-23

Las adversidades que la vida nos presenta en su andar son oportunidades de crecimiento, donde el ser humano puede mostrar su capacidad de resiliencia, es decir, qué tan capaz es de superar situaciones no deseables y a partir de ahí construir partiendo de la devastación o de la desgracia.

Por ejemplo, en el caso de la muerte de un ser querido, como lo puede ser la madre, los hijos ante tal desgracia es muy improbable que encuentren en corto tiempo la resiliencia, mayor aún con el factor apego en dicha situación, pero ello no significa que sea imposible; solo el tiempo, redes de apoyo familiares sólidas y una construcción del Yo afianzada y caracterizada por la confianza podrán construir desde su dolor el significado de la muerte de la madre y encontrar la trascendencia que tuvo en ellos como hijos. Pero esto, cabe aclarar, no es tan sencillo como se escribe, es toda una experiencia de reconstrucción y aprendizaje. Finalmente, es conveniente reflexionar sobre la idea de que la muerte no puede cambiar nuestra historia personal, ni deshacer lo vivido: todo lo que se ha hecho realidad durante nuestra vida sigue existiendo como un hecho histórico de validez eterna²³.

CAPITULO III. DOS ESTUDIOS DE CASO: LA MUERTE DE LA MADRE DE ANA Y LA MADRE DE MARÍA LUISA

3.1. Generalidad de los estudios de caso

El punto en común que une a las siguientes historias es la pérdida de la madre y el impacto que este suceso genera en sus respectivas familias. El duelo y todo lo que de éste se deriva era lo esperado. Sin embargo, a lo largo de cada uno de estos procesos ha surgido algo impensable, incluso tras años de los fallecimientos: la experiencia de muerte, además de dolor y pena, también generó algunas ganancias secundarias positivas en la vida de sus familiares.

En el primer caso mediante una historia de vida se expone el deceso de una mujer de 52 años, a quien le sobreviven dos hijas y el esposo. En el segundo por medio de una entrevista estructurada, se aborda el fallecimiento de una mujer de 76 años, quien dejó 8 hijos y también 6 nietos. En ambas historias se abordó a una hija de cada familia quien compartió su experiencia de pérdidas y ganancias tras la muerte de su madre.

²³ Lukas, Elisabeth (2002). "Ganar y perder: la logoterapia y los vínculos emocionales". Buenos Aires, Paidós. p.p. 45

3.2. Caso uno: La muerte de la madre de Ana: Historia de vida

Nombre de la sobreviviente: Ana Elsa Maciel Hidalgo

Rosa María Hidalgo Vigueras fallece hace 8 años a la edad de 52 años. Padeció de DM Tipo 2 por aproximadamente 15 años. Tras estar internada un mes, es dada de alta y medicada con insulina. Su deceso se registra cuatro días después a causa de una descompensación metabólica por la alta dosis de insulina indicada.

Con las líneas anteriores dio inicio una de las etapas más difíciles de mi vida hasta ahora: la muerte de mi mamá. Hace ocho años que murió y hay veces que siento como si en realidad no hubiera pasado tanto tiempo; es una sensación difícil de explicar, porque el recuerdo sigue ahí, también el dolor en cierta forma, pero menos intenso, incluso sutil.

El deterioro del cuerpo y la salud de mi mamá comenzaron años atrás de su muerte, posiblemente antes de que le diagnosticaran en sí la enfermedad: Diabetes Mellitus Tipo 2, enfermedad de la que en aquél entonces sabíamos prácticamente nada. Recuerdo que ella sólo decía que no podía comer cosas dulces, ni tanto pan o tortilla, pero además de eso, lejos me encontraba de dimensionar la magnitud de su padecimiento.

Tenía dieciséis años cuando su enfermedad nos dio la primera llamada de atención: un absceso en su espalda que no lograba sanar la hizo por fin decirme lo que le pasaba. Todo comenzó por un pequeño rasguño que se hizo con una prenda de vestir. Parecía algo tan sencillo que nunca nos imaginamos lo complejo que se volvería; su glucosa andaba tan elevada que la lesión se infectó severamente.

He de reconocer que me asusté al ver la gravedad de su herida, además de enfrentarnos a la situación de “siempre”, la precaria economía familiar que tantos límites puso en mi vida. Llevarla con un doctor particular que pudiera atenderla era complicado, considerando que apenas teníamos dinero para comer. Afortunadamente mis tías nos ayudaron y mi mamá fue atendida. Su curación fue impactante, pues antes de eso, nunca había visto algo así. Los días siguientes me dediqué a hacer la limpieza de su herida y a vigilar que tuviera reposo, además de “cuidarla”, pues el doctor nos dejó claro que su glucosa tenía que bajar, de lo contrario la herida no sanaría. Este fue el primer acercamiento profesional que tuve con la Diabetes.

Luego de un tiempo mi mamá se mejoró, pero la cicatriz en su espalda permaneció visible, como un recordatorio latente de la realidad en la que estábamos inmersos. Ahora bien, en este punto de mi vida es fácil pensar ahora, a

mis 31 años, que justo ese era el momento de actuar para prevenir una segunda llamada de atención. No obstante, con los recursos, tanto personales como económicos con los que contábamos mi familia y yo en ese entonces, no fue así...si apenas había para mal comer y con trabajos podían costearnos la escuela a mi hermana y a mí, ¿de dónde saldría la dieta balanceada que ella necesitaba? Comprar un glucómetro, lancetas y tiras reactivas era sencillamente *inalcanzable*. Así que seguimos más o menos igual, razón por la cual la situación no mejoró.

Años más tarde dos lesiones en sus extremidades inferiores nos hicieron poner atención nuevamente en su enfermedad: segunda llamada. Una úlcera varicosa en su pierna izquierda y un agujero en su talón derecho... me asombro de recordar tantos detalles a tantos años del suceso. La úlcera, que en apariencia era más grave, se curó más rápido, fue el agujero del talón el que nos dio más trabajo.

La frágil economía familiar, no nos dejó más alternativa que ir al ISSSTE, servicio médico con el cual contábamos gracias a mi papá. Mi mamá siempre pensó que los hospitales eran *fronteras entre la vida y la muerte*, de ahí la razón por la cual los evitaba al máximo. Finalmente de la Clínica de Medicina Familiar nos canalizaron al Hospital. Tras recibir la valoración del angiólogo se decidió que requería cirugía, con el riesgo de que su talón de Aquiles resultara comprometido y debiera auxiliarse de algún bastón para caminar. La simple idea de verse afectada para desplazarse la asustó; la vi llorar y lloré con ella... haciendo uso de nuestra fe, deseábamos y pedíamos que la cirugía saliera bien y que pudiera caminar como antes. ¡La cirugía fue exitosa! El médico indicó curaciones y el uso de una talonera de gel para nivelar el talón, pues hubo necesidad de extraer una pequeña porción, además claro de su dieta y medicamentos.

Otra oportunidad más nos fue otorgada, sin embargo los años siguientes no fueron los mejores que recuerdo.

La relación entre mis padres se fue tornando bastante complicada, hasta terminar peleados prácticamente todo el tiempo, casi no se hablaban y cuando lo hacían era para discutir y reprocharse sus errores y defectos. La relación entre mi hermana y yo tampoco era buena, siempre hubo discusiones y rivalidad entre ambas. Cuando me di cuenta, en casa había ya dos equipos: mi papá y mi hermana y mi mamá y yo. Estas diadas no generaron beneficios, pues a veces incluso parecía que un equipo buscaba las fallas del otro para atacar o para distraer la atención cuando surgía algún problema.

Esta dinámica también propició que cada uno buscara un refugio: mi papá el trabajo, mi hermana sus amigas y yo la escuela. Creo que el más perjudicial fue el de mi mamá. Estar en casa todo el tiempo, con las labores del hogar, sin mayor

distracción que la televisión y una plática sabatina por las tardes con sus hermanas, propiciaron que mi mamá cayera en depresión. Comía mal, dormía mal, fumaba más (a veces más de una cajetilla al día), perdió peso y además comenzó a beber (evidentemente tabaco y alcohol de ínfima calidad). Este comportamiento me causaba gran enojo ya que alcoholizada se volvía más agresiva con mi papá, más exigente con mi hermana e incluso peleábamos entre nosotras. Sentía que mi equipo me abandonaba, que me dejaba *so/a*. Cuando se le pasaba el efecto, se sentía mal, hablábamos y me prometía no volverlo a hacer, no obstante, tuvo que pasar mucho tiempo para que en verdad lograra dejarlo.

El daño que le produjo ese *vivir mal*, especialmente a nivel emocional, mermaron su salud notablemente. Poco a poco se fue apagando y aún así no logré darme cuenta a tiempo: esto algo que me reproché por mucho tiempo. Era común que luego de comer, se quedara dormida por las tardes y que se sintiera cansada. Ya no podía caminar largas distancias porque le dolían las piernas, mucho menos subir escaleras. Su vista también comenzaba a deteriorarse, necesitaba lentes para poder leer.

Tercera llamada. Luego de varios días de estar en cama y casi levantarse exclusivamente para ir al sanitario y para comer prácticamente nada, llevamos a mi mamá con aquél médico particular que ya la había atendido antes. Su glucosa estaba demasiado elevada, su cuerpo severamente deshidratado, su pensamiento vago, sus reflejos lentos... nos recomendó llevarla al hospital.

La internaron de inmediato y de urgencias pasó a terapia intensiva. Cuando nos lo informaron lo primero que pensé fue: ¿Terapia intensiva? ¿Tan grave está? Y con esto comenzó aquél mes tan difícil en nuestras vidas, febrero de 2006. Era difícil entender la magnitud de lo que estaba viviendo. Hacía unos días había cumplido 23 años y, como el cumpleaños de mi mamá era ocho días después que el mío, habíamos acordado celebrarlo juntas, como siempre, y de pronto estábamos en el hospital, con toda la incertidumbre encima.

El primer balde a agua fría lo sentí al entrar a verla a terapia intensiva: profundamente dormida, quizás inconsciente, canalizada, con oxígeno y además amarrada de manos a los barandales de la camilla... ¿Qué era eso? ¿Por qué la amarran? pensé. Una enfermera me dijo que la razón era porque se quería desprender todo lo que le había puesto y que se iba a lastimar. De pronto vi en su pie derecho algo que llamó mi atención: un moretón en la parte del dorso. Al indagar su origen, la enfermera me dijo que ella se lo había hecho al cruzar un pie sobre el otro. Los siguientes días no hubo grandes cambios, excepto en el pie afectado, la lesión del talón brotó de nuevo y el moretón no mejoraba.

Días después la pasaron a medicina interna, ya consiente, mi mamá vivía con incertidumbre y malestar físico cada día ahí y yo con ella. Pese al apoyo de mi hermana y mis tías, no lograba sentirme tranquila lejos del hospital, así que frecuentemente andaba por ahí, incluso cuando no me tocaba quedarme. Esperar el reporte del médico era verdaderamente angustiante, lo peor es que las noticias no eran muy favorables, nos fueron informando poco a poco cada mal que iban descubriendo con los análisis practicados: infección de vías urinarias, anemia, infección múltiple... otro balde de agua fría recibido fue verla con transfusión de sangre, me sentí asustada.

La mayor angustia nos la iba dando su pie derecho, el moretón se había extendido hacia los dedos, siempre fríos, perdieron su color. Fue entonces cuando la posibilidad de una amputación fue real. Vivimos un duelo; nos negamos a aceptar que eso estuviera sucediendo y que no se podía hacer algo para salvar su pie. Recurrí al médico particular y me recomendó un medicamento tópico, mismo que consulté con su angiólogo, él me permitió aplicarlo, después supe que en realidad ya no tenía sentido hacerlo, ya que la infección había llegado al hueso, los antibióticos no lograron hacer más y la amputación fue inminente... mi mamá lloró y yo lloré con ella. Firmamos la autorización para la cirugía y me fui del hospital; lloré, renegué, enfurecí, grité y seguí llorando; perdí la esperanza, y parcialmente también la fe.

El día de la cirugía pedí a mi familia me dejaran estar ahí para recibirla cuando saliera de quirófano y así lo hice. Eran las tres de la madrugada cuando la bajaron a piso. Al mirarnos ambas nos sonreímos al tiempo que las lágrimas nos corrían por la cara... la abracé y le dije que si necesitaba algo me lo dijera. Al poco tiempo el dolor en la pierna era muy fuerte, pero me atrevo a decir que le dolía más la realidad y la expectativa truncada de la vida que anhelaba. Para el dolor físico pedí analgésicos, para el dolor emocional no encontraba algo que lo mitigara, excepto mi compañía.

Poco después vino la tan ansiada alta, pese a todo, sentimos alegría y descanso al saber que regresaríamos a casa y que como fuera, las cosas estarían mejor. Tratamos de hacer su estancia lo más cómoda posible, mi hermana y yo nos coordinamos para darle sus alimentos y medicinas y mis tías venían a verla. Ella estaba triste, pero aún así buscaba de dónde sacar fuerzas. Recuerdo que al verme seria y callada, me dijo: ¿A poco me vas a querer menos por el pedacito que me falta? Le contesté ¡Claro que no!, y le di un abrazo.

Antes de salir del hospital, el médico que la trataba dejó las instrucciones con la enfermera sobre qué dosis y cómo aplicar la insulina. Yo fui quien se la aplicó.

Disfruté tenerla en casa y poder dormir nuevamente todos en ella. Traté de prolongar ese momento de paz y bienestar incluso cuando por la tarde mi mamá se descubrió, en su otro pie, una mancha similar a la que inició todo en el otro. Recuerdo que me dijo ¿ya viste como está mi pie? Y yo, pese a saber lo que vendría, se lo negué, diciéndole que no se preocupara, que todo estaría bien, cuando en realidad ambas sabíamos que no era así. Reforcé esta creencia consiguiéndole una almohadita rellena de alpiste, para que apoyara su pie.

El día anterior a su muerte, al llegar de la escuela mi mamá me recibió de manera singular, sentada en su cama me extendió los brazos y me dirigió una palabras amorosas inusuales: ¡*mi amor, qué bueno que llegaste!* Me sentí tan bien y a la vez tan rara, que pensé que estaba muy feliz de estar en casa. Al llegar mi hermana algo similar sucedió. Ese día nos hizo sentir muy queridas.

Esa noche, justo antes de darle de cenar, vimos que algo andaba mal, su pensamiento no era lógico, ni su lenguaje y su cuerpo se desvanecía por completo. Fuimos de nuevo a urgencias, ahí nos dijeron que traía la glucosa sumamente baja a causa de la insulina, pues era demasiada la dosis que le habían recetado, se la suspendieron de inmediato y le canalizaron glucosa, también me explicaron que los sudores que había experimentado eran síntoma de una hipoglucemia, la cual estaba padeciendo desde que comencé a aplicarle el medicamento. De nuevo no logramos ver que algo andaba mal, pensábamos que el sudor era producido por todo el suero que había recibido, y que su cuerpo lo estaba sacando, por eso no le dimos mayor importancia... después recordé que también había referido ver poca luz aún con el foco encendido.

Al cabo de unas horas recobró la lucidez y encarecidamente me pidió que la sacara del hospital. Había algo inusual en su petición, como si le urgiera ir a casa. Para fortuna nuestra nos dieron el alta a las 04:30 a.m., situación que también se me hizo inusual, puesto que imaginé que estaría más tiempo ahí, pero ante el deseo de mi mamá de irnos, no lo cuestioné más. Recogí los medicamentos recetados (incompletos) y nos fuimos a casa. Esa noche, los más cercanos a ella nos alcanzaron en el hospital y pudieron verla al salir; pudieron despedirse de ella.

Al llegar a casa, mi mamá tenía hambre y me pidió té y pan tostado; le traje el té y solo la mitad de una rebanada del pan. Cuando me pidió la otra mitad, se la negué, pensando que podía desestabilizarse de nuevo, la convencí de que durmiera y al cabo de unas horas le daríamos su desayuno. Ella me miró y con tristeza aceptó, aún recuerdo esa cara. Esa fue la última vez que hablé con ella.

La mañana siguiente me quedé dormida y en vista de que ya no llegaba a mi primera clase, decidí ir a comprar la medicina faltante. Mi hermana ya estaba

preparando el desayuno de mi mamá. La vi dormir profundamente, no quise despertarla. Al regresar, coloqué la medicina sobre su buró y me di cuenta que no la oí respirar, al acercarme vi amoratados sus labios. Le hablé y no respondió... corrí donde mi hermana y mi tía y les pedí que vinieran. Mi mamá ya había muerto, pero yo me negaba a creerlo; la agité bruscamente gritándole que abriera los ojos. No fui consciente de esto hasta que después me lo platicaron, sólo recuerdo que un grito me devolvió a ese momento: *¡ya déjala!*

Seguía sin creer que la muerte de mi madre fuera una realidad, aquello era una pesadilla... *era lo peor que podía pasarme...* reaccioné en automático, el sentido de responsabilidad para con ella y buscar el cumplimiento a sus deseos finales me mantuvieron activa. De niña siempre me negué a hablar del tema, lloraba con la simple idea de imaginar que algún día mi mamá moriría, mi apego a ella era muy grande. Sin embargo, aquellas palabras hacían eco en mi cabeza y eran como instrucciones para mí: puse la música que le gustaba, busqué una blusa roja que le quedaba muy bien, le puse un pantalón blanco que le resultaba muy cómodo, le acomodé el calcetín como a ella le gustaba, la maquillé un poco... la abracé.

Al llegar mi papá a casa, nos dirigimos al hospital para comenzar a tramitar la documentación necesaria para que la funeraria pudiera ir por ella... otro calvario. Mi papá tenía un desorden con su documentación personal, así que no logramos que alguien fuera a casa proveniente del hospital al que acudíamos porque no correspondía el domicilio. Tampoco logramos que alguien del hospital al que sí correspondía nuestra dirección fuera, ya que nunca hubo expediente ahí. Mientras tanto el cuerpo de mi mamá esperaba en casa. Al final del día, literalmente, el angiólogo que trató a mi mamá nos canalizó con un médico que aceptó ayudarnos y emitir el certificado de defunción, anotando como causa de muerte un paro cardiorespiratorio.

Durante este proceso estallé en furia contra mi papá, le recordé que mi mamá le pidió muchas veces que arreglara su documentación y le dije que si estábamos pasando por todo eso era por su culpa. Llegué a pensar que prefería perderlo a él que a ella. Quería que la causa de su muerte quedara asentada en el certificado con la misma impresión diagnóstica que la registrada en urgencias: *descompensación metabólica por insulino terapia...* quería demandar al hospital, quería matar al médico que dejó aquella indicación escrita en una receta y al cual ni siquiera conocí. Necesitaba un culpable, también me culpé a mí; por haberle inyectado el medicamento, por no haberla comprendido, pero sobre todo por no darle la otra mitad de pan tostado que me pidió... quería morirme también. Sentía un sinnúmero de emociones y mi cabeza estaba repleta de pensamientos ambivalentes.

Finalmente logramos llevarla al velatorio. Esa noche no quería quedarme dormida, sabía que eran mis últimos momentos *con ella*, me seguía aferrando a la materia aún sabiendo que su esencia ya no estaba en ese cuerpo. No quise comer. Le contesté mal a un señor que me dio el pésame, diciendo: *“Hay que conformarnos con lo que Dios nos da”*, eso me hizo enojar y le respondí: *“Pues yo nunca me voy a conformar con la muerte de mi madre”*, quería que se tragara sus palabras. Ahora sé que su intención era buena, pero no era lo que yo necesitaba escuchar.

Al día siguiente la sepultamos. Lloré muchísimo, fue una experiencia terrible. Llegando a casa dormí como no lo había hecho en mucho tiempo, fue en verdad un alivio. En mis sueños encontraba paz y descanso porque solía ver a mi mamá viva, como si su muerte no hubiera ocurrido. Despertar me traía de regreso a mi dolorosa realidad, era común que llorara inconsolablemente por las mañanas.

Los días siguientes se sucedieron insípidos, grises... realizar los rituales tradicionales del rosario me ayudaron a mantenerme ocupada y a sentirme acompañada, fue como preservar unos días más su presencia.

En los primeros días de mi duelo experimenté ambivalencia en mis sentimientos. Me sentí culpable por los días que asistí a mi mamá sin querer hacerlo, por la vez que le grité mientras la ayudaba a asearse luego de ir al sanitario, por haber pensado que tal vez sería mejor que muriera al verla en terapia intensiva... me sentí aliviada al no tener que volver más al hospital, al no verla sufrir. Me sentí enojada con mi papá, pensé que si *hubiera* sido un mejor esposo y proveedor, la historia de mi mamá *hubiera* sido distinta; también me enojé con mi mamá por haberme dejado, *era mi equipo* y me abandonó. Me sentí decepcionada de mí misma por no haberle dado más. Me sentí desprotegida y sin apoyo. Me sentí rechazada. Sentí envidia de todas las personas que tenían viva a su mamá...

En un intento por mantenerme ocupada, regresé pronto a la escuela. Entre semana evitaba ser la primera en llegar a casa, no quería estar sola; el aroma de mi mamá aún permanecía en su habitación y aunque eso me reconfortaba, también me lastimaba. Conseguí un trabajo de fines de semana por la misma razón; esa casa me sostenía y me tiraba a la vez. La necesidad de ir al cementerio era frecuentemente, estar frente a su tumba me brindaba cierto alivio, porque ahí *podía hablar con ella*.

Me dolía su ausencia, lloraba por mí. No esperaba su muerte, la expectativa de mi vida se hizo trizas. Estaba asustada, mis mecanismos de defensa comenzaron a actuar. Estaba decidida a no dejar que nada me lastimara de nuevo, así que me volví desconfiada, fría, sarcástica y hasta insensible. Perdí amigos, perdí peso, perdí el apetito, perdí el sueño, perdí la voluntad, perdí la esperanza, me perdí a

mí... además del llanto matutino ya referido, también solía llorar por las noches. No obstante, ante la gente me mostraba fuerte, no quería que vieran mi dolor ni que ahondaran en mis sentimientos. Solo aquellos que en realidad me conocieron lograron confortarme.

Posiblemente en lo exterior logré ocultar mi pena, pero en el interior no. A solas me desmoronaba. Mi cuerpo comenzó a *hablar* por mí. La colitis y la gastritis se me agudizaron; la migraña, que en alguna ocasión se había hecho notar, apareció de nuevo. Lo más evidente fue un problema de alergias que brotó con fuerza. Todo esto gritaba lo que mis palabras callaban.

El año siguiente al fallecimiento de mi madre fue el más difícil que recuerdo, pues cada fecha *especial*, me recordaba que ella no podría compartirla conmigo. La primera de ellas fue el 10 de mayo: sencillamente me hubiera gustado eliminar ese día del calendario. Noviembre, día de muertos, fue otro día de tristeza, era la primera vez que su foto estaba en mi ofrenda. Diciembre, con Navidad y Año Nuevo se sintieron vacíos pese a los esfuerzos de mi papá, mi hermana y los míos de convivir como familia. Mi primer cumpleaños sin ella y el día en que celebrábamos el suyo también me supieron amargos. Finalmente su primer aniversario luctuoso me hizo percatarme de lo rápido que pasa el tiempo. Nada era igual que antes, nadie tenía hacia mí las atenciones y el cariño que ella me proporcionaba. Nadie me cuidaba como lo hizo ella...

Ahora que miro hacia atrás y veo lo que viví me doy cuenta de los cambios que se han producido en mí desde aquel jueves 02 de marzo. ¿Es posible que algo positivo se generara en mi vida a partir de esta experiencia?

Si alguien me *hubiera* respondido que sí en aquellos días, seguramente me habría enojado mucho, pensando que no tenía ni idea del dolor que estaba sintiendo y de la *tragedia* en que se había convertido mi vida. Hoy puedo responder que sí.

He logrado superar las culpas que sentí tras su deceso. Me convencí que la Ana de 23 años, no tenía los recursos, ni personales ni económicos, que tiene la Ana de 31 para darle una *mejor* atención y calidad de vida a su madre. Que las acciones y decisiones que tomé, fueron las mejores en su momento, porque siempre las tomé pensando en el bienestar de ella.

Siempre supe que la vida de mi mamá fue difícil, y que por eso ella era *así*. Al morir, también viví un momento en donde la idealicé. Hoy puedo ver a la niña, la joven y la mujer que vivieron en ella y no solo a la madre. Como todo ser humano cometió errores, algunos de los cuales me lastimaron, sin embargo he logrado entender que era lo que podía darme, no más. La he perdonado y también me he perdonado como su hija.

Sé que gran parte de lo que hoy soy, también es una parte de ella. Ella trasciende a través de mí y no hago referencia a lo biológico, sino a las enseñanzas y principios que me dio. Parte de ella vive en mí.

Después de unos años, también logré *hacer las paces con el otro equipo*. La relación con mi hermana mejoró al fin. Acepté nuestras diferencias. He aprendido a ser su hermana, su igual, no su rival, no su superior, no su mamá. Con mi papá logré aceptar que su forma de demostrar su afecto no será la que yo deseo, sin que esto signifique que no me aprecie. Me queda claro, sin que me conflictúe como antes, que si tengo una emergencia no será al primero que le llame, pero cuando se entere sé que me apoyará a su manera. Logré que el rencor que mis tías tienen hacia mi papá sea sólo de ellas y no mío, porque finalmente odiándolo tampoco puedo cambiar el pasado. Me di cuenta que también lo quiero y que él también me quiere aunque nuestra relación sea distante.

Al verme sin mi madre, tendí a acercarme más a sus hermanas, pues de alguna forma me representan una parte de ella. Viví bajo su sistema de creencias y su forma de ver la vida. Ahora que lo analizo, y lo veo *desde afuera*, considero que algunas de sus ideas no son verdades para mí. Al principio esta discrepancia en nuestra ideología generó tensión y división, y me hizo sentir mal al no actuar según lo esperado. Hoy he logrado que respeten mis decisiones sin que ello implique un distanciamiento.

Su ausencia me forzó a valerme por mí misma y ser responsable de mí. Experimenté una libertad que nunca antes había tenido y con ella la responsabilidad que venía detrás. Decidí que era conveniente terminar mis estudios, pues pese a mi depresión y mi desgano, era una oportunidad que no debía desaprovechar. Hoy soy una mujer fuerte, independiente y administrada, que incluso puede ayudar a los demás.

De niña pensaba que perder a mi mamá sería lo peor que podría pasarme, hoy sé que no es así. Es una gran pérdida sin duda y posiblemente lo más doloroso por lo que he atravesado hasta ahora. Hoy me doy cuenta precisamente de eso, que puede haber situaciones más difíciles que podría vivir. Estoy tranquila sabiendo esto, pues sé que cuento con los elementos necesarios para continuar mi camino, sé que hay resiliencia en mí.

Luego de su muerte y por cuestiones familiares, al cabo de dos años debimos cambiarnos de casa. Este evento me desestabilizó. No deseaba que alguien tocara las cosas de mi mamá, quería que quedaran intactas, tal como ella las dejó. Sentía que parte de su esencia permanecía allí. Finalmente mi hermana y mi tía se ocuparon de guardar sus cosas y desechar algunas prendas de vestir. Yo

estaba enojada porque *su espacio había sido destruido*. Mi apego, ahora a sus cosas, era fuerte, pues sentía que era *lo único que me quedaba de ella*. Al cabo del tiempo he comprendido que ella no está ahí. Ahora he sido capaz de deshacerme de la mayoría de sus pertenencias, solo conservo un par de cosas en su recuerdo sin que esto me genere angustia o sentimientos de culpabilidad.

He logrado ser más yo y menos ella. Siempre busqué su aprobación para hacer las cosas, pero al no tenerla conmigo me vi en la necesidad de decidir, afrontando las consecuencias de mis decisiones. Hoy estructuro mi vida con algunas diferencias a como ella lo hacía, rompí unas cuantas costumbres familiares y estoy creando las propias.

Gané una amiga que me acompaña hasta ahora. Recobré un poco de toda la confianza que perdí en la gente, lo que me está ayudando para abrirme a la posibilidad de conocer y relacionarme con otras personas. Sé que no todas serán convenientes para mí, pero también sé que no todas me harán daño.

Además de lo mencionado hasta ahora, otra ganancia ha sido entender y aceptar que todos los sentimientos que experimenté son *normales* en un duelo. Dejé de juzgarme, si fui *buena* o *mala* al pensar o hacer tal o cual cosa. Me liberé de culpas porque ahora sé que actúe de la mejor forma que pude. También procuro llevar esta práctica con los demás en una situación de duelo.

3.3 Caso dos: La muerte de la madre de María Luisa: entrevista estructurada

Nombre de la sobreviviente: María Luisa Vivanco Torres

Hace casi tres años muere su madre, la señora Guadalupe Torres Domínguez de un infarto a los 77 años de edad, aunque ingresa al hospital por una hiperglucemia de más de 500 mg/dl. María Luisa es la segunda de 8 hermanos y, antes de morir, su madre y ella se habían distanciado por problemas familiares.

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

1. ¿Cómo describirías a tu madre, cómo era ella?

Sus facciones eran muy bonitas, era agradable cuando estaba de buenas, muy manipulable, en su juventud muy trabajadora, una mamá no cariñosa con sus hijos, pegalona. Al quedar viuda fue fuerte y sacó a sus hijos adelante sin ayuda de nadie, estando viuda a los 43 años.

2. ¿Cómo era tu relación con ella cuando niña, cuando joven y adulta?

Cuando niña: no fue una mamá cariñosa, muy distanciada de los hijos ya que éramos muchos, poco amorosa, nos mandaba a la escuela muy limpios, siempre al pendiente si teníamos que comprar materiales para la escuela pero nunca se sentaba a ayudarnos a hacer las tareas o a revisarlas, siempre al pendiente de la ropa, nunca nos sacaba, siempre estábamos encerrados. Para mí la relación entre ella y los hijos (nosotros) fue triste.

Cuando joven: era una mamá absorbente, controladora y yo ahora soy igual que ella. Como que no quería que uno saliera o se casara, no quería que me fuera con el novio, tal vez pensaba que al irme ya no aportaría dinero a la casa.

Cuando adulta: ahí me di cuenta que a ella no le gustaban los niños, al pedirle yo que me cuidara a mi hijo en lo que yo trabajaba y al decirme que no, me hizo sentir mal, porque a ella los hijos que tuvo nadie le ayudó a cuidarlos y además era mi responsabilidad y tuve que dejar de trabajar.

Mi relación con ella fue buena de ahí a su vejez, la relación fue cambiando a raíz de su enfermedad (diabetes) y la manipulación que ejerció una de mis hermanas sobre ella, al grado de alejarme de ella por un tiempo y que posteriormente tuvo complicaciones de salud agravándose en ese tiempo que yo no estuve con ella.

3. ¿Cómo era tu relación con ella antes de su muerte?

Semanas antes de morir fue buena la relación y después hospitalizada siguió siendo buena, lástima que ya que estaba siendo buena haya fallecido.

4. ¿Qué cosas son las que crees que tu mamá te haya enseñado y que aún las aplicas en tu vida diaria?

A guisar, a ser responsable con mi familia porque yo lo vi con ella, me enseñó a lavar, planchar, la verdad sí, ella nos enseñó a tener la casa limpia y a ser honrada.

5. ¿Qué es la muerte para ti?

El final de mi existencia, pues ya te moriste y ya, ya no vas a vivir, ya acabó tu vida.

6. ¿Qué significado tiene para ti la muerte de tu madre?

Que llegó a su fin. Significa un dolor que ya no esté conmigo, que no la vaya a visitar y que no esté en mi vida, extrañándola en los convivios familiares.

7. ¿Cómo fueron los últimos días de tu madre y cómo murió?

Fueron dolorosos para mí al verla sufriendo en un hospital y el último día para mí fue muy triste porque fui la que estuvo el último día aseándola y dándole de comer. Murió muy lúcida, preocupada por estar limpia, todavía haciendo encargos de una fruta que le gustaba mucho, que quería que le llevaran. Murió de un paro cardíaco, en el intercambio de que yo salía e iba a entrar uno de mis hermanos.

8. ¿Crees que cambió algo en ti tras la muerte de tu madre?

Sí, tratar de ser quien una a mis hermanos, tratar de cuidarme yo en mi salud y aceptar cuando la muerte me llegue, aceptar las enfermedades que a mí vayan llegando.

9. ¿Consideras que tras la muerte de tu madre aprendiste algo? Si o No ¿qué?

Sí, a acercarme a Dios.

10. ¿Crees que tras la muerte de tu madre las relaciones familiares mejoraron o empeoraron?

Mejoraron.

11. En caso de que las relaciones familiares mejoraran, describe en qué aspectos mejoraron

En la unión familiar, cosa que no hacíamos antes, como estar más unidos, festejar cumpleaños de cada uno de los hermanos, la Navidad, comunicarnos más seguido entre nosotros, visitarnos y en mí quererlos más.

12. ¿Crees que la muerte de tu madre te dejó a nivel personal algo positivo?

El aceptar la muerte, que al principio fue doloroso y después lo superé, tarde o temprano todos vamos a morir.

El ser más cercana con mis hermanos y demostrarnos el cariño con un te quiero y con un abrazo y me siento correspondida. El estar unidos y me gustaría que entre más grandes nos quisiéramos y ayudáramos más, cosa

que antes no existía. Ayudarnos sin ninguna conveniencia, sin ser ventajosos, ayudarnos de corazón.

CONCLUSIONES

La vida misma implica una serie de cambios constantes que se dimensionan de distinta manera, pudiendo verse desde una simple modificación de rutina hasta una crisis como tal. Esto depende de las características personales de cada individuo.

Culturalmente hablar de la muerte de la madre suele representar una crisis, ya que simboliza una figura trascendental en la vida de todo ser humano, ya sea por su presencia o por su ausencia, por sus actos u omisiones a lo largo de nuestra vida.

El duelo es la manifestación de la crisis que se vive; es el momento en el que la persona vive cambios emocionales y estructurales en relación a la familia, en su ideología y concepción sobre la vida y la muerte.

La vida en ocasiones pareciera como una montaña rusa donde a veces se puede estar arriba y en otras abajo. Pero, ¿de qué depende que el ser humano vea la vida como *estar arriba, abajo, bien o mal*? Consideramos que depende de su percepción personal ante la vida, lo que le rodea y sobre todo, de las habilidades emocionales que estructuran las respuestas ante esas subidas y bajadas llamadas crisis, porque ambas generan un cambio, ya sea favorable o desfavorable según la percepción de las personas.

Por ejemplo, la muerte que en un inicio puede verse como algo no grato o triste, representa un cambio, el cual puede tocar muchas esferas de la vida personal y/o familiar generando algunas veces cambios que traen consigo cosas favorables de manera directa o indirecta, tal como se mostró en los dos estudios de caso.

En ambos casos se expone la muerte de un personaje sumamente importante a nivel cultural, la madre, y que su ausencia colocó a dos hijas en un proceso de duelo donde el dolor, la tristeza y melancolía estuvieron presentes, pero al final la trascendencia de esa persona tan emblemática generó que las sobrevivientes pudieran reconocer aquellas ganancias secundarias o impactos positivos en sus vidas, como el desarrollo de la independencia y el hallazgo o ejercicio de hábitos plenamente no reconocidos en el caso de Ana y en el caso de María Luisa la unión entre hermanos, el acercamiento hacia Dios y el valorar la vida.

Reconocer algunos resultados positivos tras un hecho tan triste y difícil de superar, no son concebibles al inicio del suceso, no obstante, tras la elaboración del duelo, el ser humano puede darse cuenta que es una realidad que hechos como la muerte son parte de la vida, que la moldean y van generando en el individuo esa conciencia del aquí y del ahora, dejando de lado cuestiones y situaciones vanas,

desgastantes y sin sentido que lo llevan a otra forma de muerte, donde se olvida de los otros y hasta de sí mismo, estando sin estar y muriendo tal como vivió.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Camdesus, Brigitte (1995). *“Crisis familiares y ancianidad”*. España, Paidós colección terapia familiar.
2. Martínez, Juan (2003). *“Nociones de salud pública”*. España, ediciones Díaz de Santos.
3. Sánchez, Jorge (2008). *“Familia y Sociedad”*. México, editorial Porrúa.
4. Henderson, Edith (2006). *“La resiliencia en el mundo de hoy. ¿Cómo superar las adversidades?”* España, editorial Gedisa.
5. Brooks, Robert (2004). *“El poder de la resiliencia”*. Buenos Aires, editorial Paidós.
6. Aylwin, Nadia (2002). *“Trabajo social familiar”*. Chile, ediciones UC.
7. Kübler-Ross, Elizabeth (1969). *“Sobre la muerte y los moribundos”*. México, Random House Mandori.
8. Roccatagliata, Susana (2003). *“La otra cara del dolor”*. Buenos Aires, Random House Mandori.
9. Terán, Margarita (coord.) (2012). *“La dimensión social en los cuidados paliativos y la orientación tanatológica, un enfoque desde Trabajo Social”*. México, Escuela Nacional de Trabajo Social-UNAM.
10. Clerico, Carlo (2008). *“Morir en sábado”*. España, editorial Desclée de Brouwer.
11. González, María (1999). *“Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres”*. Madrid, Siglo XXI.
12. Frankl, Viktor (1979). *“El hombre en busca del sentido último”*. Barcelona, Herder.
13. Yalom, Irvin (2008). *“Mirar al Sol”*. Buenos Aires, Emecé Editores S.A.
14. Barragán, Arabella (2008). *“Vivir con dolor crónico”*. Argentina, Libros de la Araucaria.
15. Cusinato, Mario (1992). *“Psicología de las relaciones familiares”*. Barcelona, Herder.
16. Lukas, Elisabeth (2002). *“Ganar y perder: la logoterapia y los vínculos emocionales”*. Buenos Aires, Paidós.

17. Pliego, Fernando (2012). *“Familias y bienestar en sociedades democráticas. El debate cultural del siglo XXI”*. México, Porrúa.

REVISTAS

1. **Bernal, Rosa (1991).** “Madres educadoras en la Ciudad de México. La maternidad revisada”, en *Revista Cuicuilco*, núm. 17, año/vol. 1999 vol. 6.
2. **Uribe, Ana (2007).** “Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores”, en *Revista Pensamiento Psicológico*, núm. 8 año/vol. 2007 vol. 3.
3. **Carmona, Zoraida (2008).** “La muerte, el duelo y el equipo de salud”, en *Revista de Salud Pública*, núm. 2 año/vol. 2008 vol. 2.
4. **Pacheco, Germán (2003).** “Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo”, en *Revista Cultura de los Cuidados*, núm. 14 año/vol. 2º semestre 2003 año VII.
5. **Allué, Marta (1992).** “La antropología social de la muerte”, en *Revista Quaderns D’ antropologies*, núm. Especial, mayo 1992.