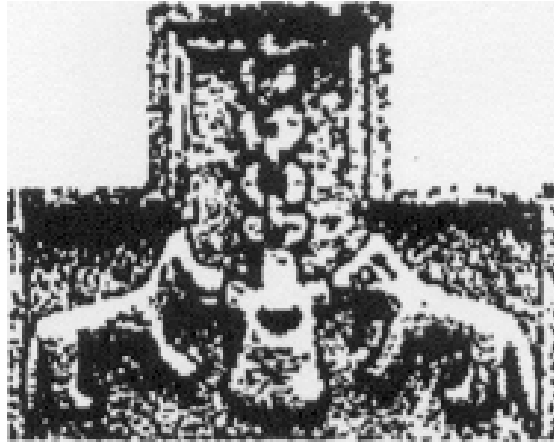


Los sueños como experiencia facilitadora en el proceso de acompañamiento a un enfermo terminal.

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA



**“LOS SUEÑOS COMO EXPERIENCIA FACILITADORA EN EL PROCESO
DE ACOMPAÑAMIENTO A UN ENFERMO TERMINAL”**

ESTUDIO DE CASO

Que para obtener el grado de

MAESTRA EN ORIENTACION Y DESARROLLO HUMANO

Presenta

PATRICIA ORTIZ HERREJON VARGAS

Director

Mtro. Roque Olivares Vázquez

Lectores:

Dra. Ana Ma. González Garza

Mtra. Luz Piña Garza

México D.F.

2007

DEDICATORIAS

Post mortem

A ti Miss Karen dedico este trabajo.

Tu vida, tus sueños y tu muerte son su esencia.

Gracias por darme la oportunidad de acompañarte hasta el final. Contigo se hizo real lo dicho por Nietzsche: “hay quienes no pueden librarse de sus propias cadenas y sin embargo pueden redimir a sus amigos”.

A ti madre, gracias, porque siempre creíste que llegaría a este final.

También por darme la posibilidad en este tiempo, de poder hablar de tu propia muerte; por compartirme tus miedos y porque con tu forma me permites ver la solemnidad de lo desconocido, pero me dejas libertad para imprimir un sello de humor a la muerte y así lidiar con mis propios miedos.

A la Dra. Hebe Bolio, mi entrañable compañera del alma, gracias.

Tu respeto profundo a lo que soy ha hecho posible la transformación.

A mis amigas y colegas: Dorothy, Nona, Meche, Nubia, Lourdes y Emma Laura que me han ayudado a vivir y a caminar por el mundo de una manera más suave y que se involucraron profesionalmente con sus aportaciones y sugerencias en el desarrollo de mi trabajo, mil gracias.

Al Mtro. Roque Olivares Vázquez, mi sincero agradecimiento por dirigirme en este esfuerzo.

Tu disposición, tus sugerencias y la confianza que tuviste en que sí podría, hizo de esta experiencia, algo más sencillo de lo que jamás imaginé.

A mi querida amiga Ana Ma. González Garza, compañera de universidad y ahora guía y lectora de este proyecto, gracias, porque desde nuestro primer trabajo realizado en común siempre he tenido tu apoyo y reconocimiento.

A la Mtra. Luz Piña Garza lectora de mi Estudio de Caso, gracias. Qué privilegio encontrarse personas con tu delicadeza y tu disposición para hacer de cada una de mis preguntas, un encuentro personal.

A mis hermanas Irma, María, Marilú y Pepa, gracias por ser testigos, cómplices y solidarias compañeras de mi lucha.

INDICE

INTRODUCCION	4
---------------------	----------

CAPITULO I

1. EL DUELO	8
1.1. ¿Qué es el duelo?	8
1.1.1. Duelo resuelto	8
1.1.2. El duelo que no se resuelve	8
1.1.3. ¿Cómo se ha estudiado?	10
1.1.4. Fases del duelo	13
1.2. Manejo y Etapas del duelo	14
1.2.1. Negación y Aislamiento	14
1.2.2. Ira	14
1.2.3. Depresión	14
1.2.4. Pacto	14
1.2.5. Aceptación	15

CAPITULO II

2. LOS SUEÑOS	17
2.1. Importancia de los sueños	17
2.2. Antecedentes Históricos	20
2.3. Interpretación no psicológica de los sueños	21

2.4.	Interpretación psicológica de los sueños	22
2.5.	Autores de referencia para el manejo de los sueños	25
2.5.1.	El análisis ortodoxo de Sigmund Freud	25
2.5.2.	Carl Gustav Jung: sueños, arquetipos e inconsciente colectivo	29
2.5.3.	Fritz Perls: el “aquí y el ahora” en la terapia gestalt	34
2.5.4.	Erich Fromm: El lenguaje olvidado	38
2.5.5.	Víktor Frankl: El hombre que buscó su sentido	41
2.6.	Carl Rogers y el Enfoque Centrado en la Persona	46

CAPITULO III

3.	ESTUDIO DE CASO: Mujer, sueños y trascendencia	50
3.1.	Antecedentes	50
3.2.	Justificación del tema	51
3.3.	Motivación personal	52
3.4.	Descripción del trabajo	56
3.5.	Fundamentación metodológica	64
3.5.1.	Justificación y descripción de la metodología	64
3.6.	Presentación del caso	66
3.6.1.	Fragmentos de las sesiones y sueños	66
3.6.2.	Análisis de los sueños	84

3.7. CONCLUSIONES GENERALES: Reflexiones	91
3.7.1. Mi enfrentamiento con el dolor	91
3.7.2. De cara ante la muerte	93
3.7.3. Mi comprensión de la naturaleza humana	95
BIBLIOGRAFIA	96
ANEXOS	101

Introducción

Como expresión de un interés personal -como orientadora y paciente- es una oportunidad poder ligar el tema de la muerte con los sueños, ya que ambos poseen elementos enigmáticos que desafían a la razón y contienen en sí mismos posibilidades integradoras y de desarrollo. La parte esencial de este Estudio de Caso, está contenida en la manifestación de los sueños dentro de un proceso de enfermedad terminal, sobre todo al considerar que la soñante, nunca había recordado sus sueños, hasta la semana previa a ser diagnosticada con cáncer de páncreas.

En nuestra sociedad y cultura, los sueños juegan por lo general un papel mágico, simplista, de plática de café, capaz de ser manoseado de maneras arbitrarias mediante interpretaciones comerciales que al intentar encasillar ricos simbolismos, lo único que logran es empequeñecer sus significados. Tan sólo unos pocos, que tienen acceso a procesos terapéuticos, logran integrar el material onírico a sus vidas; de lo contrario la palabra soñar suele ser utilizada en sentido metafórico para referirnos a esperanzas inalcanzables en un tono un tanto despectivo (Freidberg, A. 1975).

Con el fin de dar congruencia al presente trabajo, fue importante incluir algunos autores que dan relevancia en sus investigaciones al trabajo con los sueños, así como aquellos estudiosos de los factores emocionales que inciden en el proceso de duelo y muerte. Si para Freud los sueños fueron el camino real al inconsciente y para Jung mensajes proféticos del yo en desarrollo, para Rogers en el Enfoque Centrado en la Persona

los sueños no son más que una expresión tan valiosa como cualquier otra experiencia de la persona soñante. Es en este sentido, en el que sin descartar algunos elementos psicodinámicos de la interpretación de los sueños, pretendo abordar el material onírico de la paciente terminal, ya que es ella misma, quien dentro de un prolongado proceso de orientación introduce el tema de sus sueños como la expresión más relevante en su camino consciente hacia la muerte.

Es importante señalar que en el presente Estudio de Caso menciono en ocasiones a la persona en cuestión como “paciente” más que nada por referirme a su estado de enferma terminal, en donde la bibliografía así los denomina y no como sinónimo de “orientada o cliente”, que sería lo pertinente dentro de un proceso de orientación. Por tratarse de una paciente terminal en donde no existía la posibilidad de un seguimiento a lo largo de un proceso de vida, sino que por el contrario sus sueños eran la expresión misma de su confrontación con la muerte, tomé esta manifestación onírica en su papel de informar lo que le ocurría en su cercanía con el final e intenté considerar sus sueños como el fruto del cruce de nuestras subjetividades (orientador-orientado) que se relacionaban e influían mutuamente. Además, consideré una aproximación básicamente, no psicológica a sus sueños; pretendí entenderlos como una experiencia verdadera de su alma, como la voz del espíritu, o como ella misma lo mencionó a lo largo de su proceso hacia la muerte, como telegramas enviados por Dios (Moore, T. 1992).

Durante el análisis de los sueños, tomé en consideración lo que prevalecía en la cultura griega, en la que el sueño puede tener la función predictiva de diagnosticar las enfermedades. En este caso fue útil, dado que la paciente hizo evidente en sus sueños un material simbólico que lo puso de manifiesto.

En sus primeros sueños, ella misma señala, cómo los padecimientos aún no diagnosticados provocaron imágenes en sus sueños y aunque la captación no le era inteligible en su conciencia, sí lo fue simbólicamente en sus sueños (Freidberg, A.1975, Fromm, E. 1957). Pretendí mantener a lo largo del proceso de acompañamiento la idea de considerar sus sueños y el análisis de los mismos, en el contexto del tratamiento de un camino consciente hacia la muerte; así como de entenderlos bajo la influencia de nuestro encuentro personal, por tratarse de un proceso de orientación tan prolongado. Pretendí abordar los sueños en su conjunto, no como un producto psíquico nada más, sino como lo señala el Enfoque Centrado en la Persona, con la relevancia que puede tener cualquier expresión de la persona misma. Así, el abordaje del sueño que aparece en una sesión concreta dependió esencialmente de la importancia que en este caso le daba la paciente misma a sus sueños, por el hecho de no haberlos recordado nunca antes.

En mi trabajo presento un primer capítulo en el que describo y analizo lo que es el duelo; las conductas y actitudes esperadas en cada una de sus fases y de manera breve abordo cómo ha sido estudiado.

Incluyo un segundo capítulo sobre el trabajo con los sueños en el que presento el marco teórico de autores importantes que dieron relevancia a su manejo, como Freud cuya estructura medular estuvo dada por su trabajo con el inconsciente; Jung que introdujo además el concepto de lo colectivo y lo arquetípico; Perls, trabajando los sueños en el aquí y el ahora y Fromm, que sin una técnica específica en el abordaje de los sueños, dio al lenguaje simbólico una importancia vital en el proceso de auto conocimiento. Como un gran humanista menciono a Víktor Frankl cuyas aportaciones acerca de la búsqueda de sentido, completa junto a Carl Rogers y su Enfoque Centrado en la

Persona, un ambiente propicio en el que la persona pueda abordar sus sueños o cualquier otro material consciente de manera segura, respetuosa y empática.

En el capítulo tres, que titulé: Mujer, sueños y trascendencia, presento el caso de Karen, una mujer que se atrevió no sólo a enfrentar un diagnóstico de cáncer terminal de páncreas, sino que quiso hacer de su enfermedad un proceso de preparación consciente hacia su muerte. En él hablo también de los porqués de mi motivación personal para elegir este caso en particular; describo y justifico la fundamentación metodológica y presento de la forma más fiel posible, algunos fragmentos de las sesiones en que se presentaron los sueños; por último hago un análisis general de los mismos.

Finalizo mi Estudio de Caso con conclusiones generales a manera de reflexión personal y enfatizo en tres aspectos primordiales: mi propio enfrentamiento con el dolor, la experiencia de estar con el “otro” de cara a la muerte y por último, mi comprensión de la naturaleza humana.

Finalmente lo más valioso de este trabajo, no fue sólo la oportunidad de recibirme sino de aproximarme de nuevo de una manera consciente al miedo a mi propia muerte; a experimentar en este proceso de acompañamiento, que la muerte, que no llega más que una vez, se hace sentir en todos los momentos de la vida. Me hizo valorar mi propia existencia, sentirla más solemne, más sagrada y fecunda y paradójicamente más alegre. Vivir junto con Karen su deterioro físico, sus limitaciones y el intenso dolor del día a día fue doloroso, pero por momentos perdía importancia ante las agallas de una mujer que se atrevió al final de su vida, a romper paradigmas que la ataron durante años y que la liberaron en su muerte. Como ella misma decía, parafraseando a Camilo José Cela: la muerte es dulce, pero qué cruel resulta su antesala.

Capítulo I

*“Aquellos que nos han dejado no están ausentes sino invisibles.
Tienen sus ojos llenos de gloria fijos en los nuestros llenos de lágrimas”.*

San Agustín.

1. El duelo

1.1. ¿Qué es el duelo?

Se conoce como duelo a la reacción y al proceso de asimilación que vivimos ante una pérdida. En el caso que me ocupa trataré el duelo sólo en su relación con la muerte, período que según los estudiosos puede durar entre 1 y 2 años y supone la adaptación paulatina a una nueva situación de vida (Weiss, P. 1973).

Al elaborar el duelo, se pretende contactar con el vacío irreparable que ha dejado la pérdida, dimensionar su importancia e ir desarrollando la capacidad de contener el sufrimiento y los demás sentimientos que confluyen, como la frustración, el enojo y la tristeza, entre otros (Sánchez, E. 2001). Existen factores que influyen en la intensidad y duración del duelo, ya que no se vive igual una muerte violenta y sorpresiva, que aquella apacible y esperada. La calidad del vínculo afectivo determina igualmente la posibilidad de adaptación, sobre todo cuando al momento de la muerte existen conflictos en la relación, como dependencia, ambivalencia, distanciamiento o cualquier otro sentimiento que dificulte la sana despedida (Arcelus, M. 2003).

1.1.1. Duelo resuelto.

Podemos decir que hemos completado un duelo cuando somos capaces de recordar al fallecido sin sentir dolor, cuando hemos aprendido a vivir sin la persona, cuando hemos dejado de vivir en el pasado y podemos invertir de nuevo toda nuestra energía en la vida y en los vivos (Arcelus, M. 2003).

1.1.2. El duelo que no se resuelve

Existen personas que parecen no experimentar ningún tipo de duelo. No lloran en el funeral, evitan cualquier mención a su pérdida y regresan a su vida normal muy rápidamente. Esta es su forma normal de afrontar la pérdida y no resultan perjudicados. Pero otras pueden sufrir síntomas físicos extraños o episodios repetidos de depresión en los años posteriores (Jacobs, S. 1993). Algunas personas no tienen la oportunidad de desarrollar un duelo adecuado ya que las demandas familiares o laborales que han de afrontar tras la pérdida, no se los permite. En ocasiones, el problema es que la pérdida no es vista como algo propio, como en el caso de quien sufre un aborto, a pesar de que pueda estar acompañada de períodos frecuentes de depresión. En otros casos, la fase inicial del duelo caracterizada por aturdimiento e incredulidad puede persistir en el tiempo. Los años pueden pasar y la persona en duelo puede encontrar difícil creer que aquel a quien amaba esté muerto. Otros serán incapaces de pensar en cualquier cosa más, pudiendo llegar a convertir la habitación del fallecido en un santuario dedicado a su memoria (Olmeda, MS. 1998); es más, en ocasiones la depresión, que tiene lugar en el duelo puede hacerse tan intensa que se rechace la comida y la bebida y hacer que surjan pensamientos suicidas que hagan necesaria la intervención de un profesional (Worden, W. 1991).

1.1.3. ¿Cómo se ha estudiado?

El duelo es una experiencia común y dolorosa. Tarde o temprano todos experimentamos la pérdida de algún ser querido. Sin embargo, actualmente pensamos y hablamos muy poco sobre la muerte, quizás porque nos enfrentamos a ella con menor frecuencia que nuestros antepasados. Para ellos, la muerte de un hermano, amigo o pariente era una experiencia habitual en su infancia o adolescencia. Para nosotros, las pérdidas por lo general suelen tener lugar ya en la edad adulta. Por esta razón, no tenemos muchas oportunidades de aprender sobre el duelo: cómo sentirse, cómo obrar correctamente, qué es "normal" o cómo superarlo. A pesar de ello, no nos queda más remedio que afrontar el fallecimiento de nuestros seres queridos cuando éste finalmente se produce (Bermejo, J. 2003). Aunque todos somos diferentes, el orden en que experimentamos estos sentimientos es muy similar para la mayoría. El dolor ante la muerte parece ser proporcional al grado de vinculación afectiva, no obstante, es claro que aquellas personas que han tenido un aborto o que han experimentado la pérdida de niños muy pequeños sufren una experiencia muy similar al duelo y precisan de la misma clase de cuidados y consideración.

En las horas o días que siguen al fallecimiento de un ser querido, la mayoría se siente aturdida o confundida ya que aún no hay posibilidad ni de creer, ni mucho menos de asimilar lo ocurrido. Esta sensación puede tener lugar a pesar de que el fallecimiento hubiera sido esperado. En ocasiones esta misma sensación de adormecimiento emocional puede ser de ayuda a la hora de afrontar los importantes cometidos que hay que llevar a cabo tras el fallecimiento, desde el aviso a familiares y amigos hasta los preparativos prácticos, médicos y legales

del funeral (Neimeyer R. 2002). Sin embargo, esta sensación de irrealidad puede llegar a ser un problema si persiste durante mucho tiempo. El ver el cuerpo del fallecido puede ser, para algunos, la forma de empezar a superar esta fase. De forma similar, para algunas personas, el funeral es una ocasión en la que se empieza a afrontar la realidad de lo acontecido. Estar frente al féretro y asistir al funeral puede llegar a ser muy doloroso, pero son formas de las que disponemos para decir adiós a aquellos que hemos amado. Estas actividades pueden ser tan difíciles como para hacer surgir la tentación de no afrontarlas, aunque conduzca en el futuro a una sensación de profundo malestar o disgusto. Pronto, no obstante, desaparece este aturdimiento que suele ser reemplazado por una intensa sensación de agitación y desasosiego y de anhelo por la persona fallecida. El afectado por el duelo alberga el deseo de encontrarse con aquel que perdió aunque sepa racionalmente que esto es claramente imposible, lo que hace difícil poder relajarse o concentrarse en cualquier actividad, así como también que repercuta en la manera habitual de dormir (Osadolor, I. 2005).

Los sueños pueden ser extremadamente perturbadores. Algunos sienten que “ven” a su persona amada en cualquier sitio: la calle, el parque, en casa o en cualquier lugar en el que hubieran estado juntos anteriormente. Los afectados se sienten muy enojados en este momento del duelo, y suelen estarlo con los médicos y enfermeras que no evitaron su muerte, con familiares y amigos que no hicieron lo suficiente, o incluso con la persona fallecida porque los abandonó (Neimeyer, R. 2002). Otro sentimiento común en este proceso, suele ser el de culpa. Las personas en duelo con frecuencia piensan en todas aquellas cosas que les hubiera gustado decir y/o hacer y que no fueron posibles. Pueden incluso llegar a pensar que podrían haber actuado de forma diferente y que esto hubiera podido evitar la muerte de su ser querido.

Desde luego, la muerte generalmente está más allá del control de cualquiera y la persona en duelo puede necesitar que se lo recuerden. La culpa puede también surgir si se experimenta cierta sensación de alivio tras el fallecimiento de una persona afectada por una enfermedad particularmente dolorosa.

Este sentimiento es natural, comprensible y muy frecuente. Este estado de agitación es generalmente más intenso en las semanas posteriores al fallecimiento, seguidas de una sensación de tristeza tranquila o depresión, aislamiento y silencio. Estos cambios repentinos en las emociones pueden confundir, pero son parte del modo normal de superar las etapas del proceso de duelo (Bonete, E. 2004).

Cuando la agitación disminuye, los períodos de depresión se hacen más frecuentes y alcanzan su máxima intensidad aproximadamente al mes o mes y medio del fallecimiento. Los momentos de gran aflicción o pena pueden ocurrir en cualquier momento, desencadenados por personas, lugares o cosas que recuerden al que se fue. Para algunos es difícil comprender los momentos en los que la persona en duelo explota en lágrimas sin razón aparente. En esta etapa puede ser deseable el mantenerse apartado de aquellos que no lo comprendan o no compartan el duelo, aunque, evitar a los demás pueda también acumular problemas futuros, por lo que en la medida de lo posible es conveniente intentar reintegrarse a las actividades habituales aproximadamente en un par de semanas. Durante este tiempo, a los demás puede parecerles que la persona en duelo desperdicia gran cantidad de tiempo sentada sin hacer nada. Lo cierto es que la persona en duelo generalmente piensa en esos momentos en el fallecido, recordando una y otra vez tanto los buenos como los malos momentos pasados juntos. Esta es una parte tranquila aunque esencial del afrontamiento (Olmeda, MS. 1998).

Con el paso del tiempo, el dolor intenso de la fase inicial del duelo comienza a desvanecerse. La depresión disminuye y empieza a ser posible pensar en otras cosas e incluso el mirar hacia el futuro. Sin embargo, la sensación de haber perdido parte de uno mismo nunca desaparece del todo.

Las etapas del duelo anteriormente descritas, con frecuencia se superponen y se manifiestan de diferente forma en cada persona. Para la gran mayoría el duelo suele resolverse en el primer o segundo año tras el fallecimiento. La fase final del proceso de duelo es la desvinculación de la persona fallecida y el comienzo de un nuevo tipo de vida. La depresión desaparece por completo, el sueño mejora y el nivel de energía retorna a la normalidad. El deseo sexual, que puede haber desaparecido por algún tiempo, regresa.

A pesar de que varios estudiosos del tema han intentado caracterizarlo, no existe una forma estándar de duelo. Personas pertenecientes a diferentes culturas suelen afrontar la muerte de formas diversas. A través de siglos en todo el mundo la gente ha desarrollado sus propias ceremonias y rituales para afrontar la muerte. En algunas comunidades la muerte es concebida únicamente como un paso más en el ciclo continuo de la vida a la muerte, más que como un final absoluto. Los rituales y ceremonias del duelo pueden ser muy públicos y demostrativos o privados y tranquilos. En algunas culturas el período de duelo es fijo, en otras no. Aunque los sentimientos experimentados por las personas en duelo pueden ser similares, sus formas de expresión suelen ser muy diferentes (Cabodevilla, I. 1999).

1.1.4. Fases del duelo.

Las personas que han profundizado en el tema del duelo, en su mayor parte lo han hecho desde la perspectiva de aquel que vive la pérdida de un ser querido y aunque en el presente trabajo señalo las fases que varios autores mencionan, resultó muy interesante observar cómo en este caso, el proceso fue muy similar a pesar de tratarse de la asimilación y el impacto de la propia muerte.

La consecuencia natural de una pérdida significativa es sentir dolor y tristeza y para poder asimilar la experiencia es necesario pasar por un proceso de duelo. A veces, en un intento de evitar el sufrimiento, ya sea en uno mismo o en otros, bloqueamos el flujo normal de las emociones, obstaculizando que el proceso de duelo siga su evolución natural (Arcelus, M. 1988). Cuando éste se detiene puede surgir una serie de síntomas que afecten hasta la realización de actividades cotidianas.

La noticia abrupta de una enfermedad terminal provoca desajustes emocionales, generando sentimientos que requieren poner en juego los mecanismos que permitan la adaptación a las nuevas condiciones, por lo que la elaboración del proceso de duelo se hace indispensable (Freud, S. 1970). A través de este proceso uno aprende a ajustarse a los cambios que deben ocurrir a partir de la pérdida. Si el proceso es insatisfactorio porque no se completa, las oportunidades de un ajuste sano a la pérdida son menores (Lindemann, E. 1944).

Teóricamente se ha dividido esta reacción de duelo en etapas que pueden variar en su denominación o en su número, según lo considere el autor (Engel, G. 1964, Kubler-Ross, E 2004). Para los fines del presente trabajo se han propuesto las cinco etapas consideradas por Kübler-Ross (1994), que son las que de mejor manera describen los fenómenos que ocurren. Es necesario aclarar que se trata de un proceso dinámico, cuyas etapas no están claramente delimitadas, sino que por el contrario con frecuencia se encuentran sobrepuestas a lo largo del tiempo en que ocurre el proceso.

La primera etapa de **Negación y Aislamiento**, se caracteriza por una reacción de sorpresa que lleva aparejadas crisis de risa o llanto, desorganización psicomotora, bloque afectivo y una actitud de incredulidad y desconcierto. Es frecuente observar que la persona se encuentra disociada ideoafectivamente y que su conducta resulta ser un tanto errática, incongruente e incoherente.

La segunda etapa, es la denominada **Ira**, y en ella se observan sentimientos de enojo y condena, que se canalizan hacia la persona perdida, hacia aquellas que rodean el suceso, (esposo, médico, hijos, etc.) hacia sí mismos y hacia las instituciones o símbolos religiosos, etc. Se presenta una mezcla de emociones encontradas que finalmente al organizarse se orientan hacia sí mismo en una búsqueda para encontrar una explicación a la pérdida. Con frecuencia surge en esta etapa la inevitable pregunta: “¿por qué yo?”. Es un momento en donde la ira es tan indiscriminada que para donde voltee el paciente se convertirá en foco de quejas y lamentación.

La tercera etapa es de **Pacto** y aunque es una fase poco conocida y que ocurre por períodos muy breves, surge cuando el paciente no ha sido capaz de afrontar su realidad, reprime por tanto sus sentimientos de rabia, operando así el mecanismo de llegar a una especie de acuerdo que tal vez posponga lo inevitable. “Si Dios ha decidido sacarme de este mundo y no ha respondido a mis airados alegatos, puede que se muestre más favorable si se lo pido amablemente”. La mayoría de los pactos suelen hacerse en secreto y dirigidos a un Ser Superior y son intentos desesperados de posponer los hechos.

La cuarta etapa es caracterizada por la ocurrencia de **Depresión**. Se observa un incremento de sentimientos devaluatorios, de autoinculpación, de llanto; trastornos en el ciclo sueño-vigilia, dificultad de atención, concentración y memoria, el talante deprimido, el aliño descuidado, anorexia, quejas somáticas múltiples, etc., dando como resultado un cuadro depresivo que va a favorecer la real aceptación de la pérdida.

Por último, la quinta etapa de **Aceptación**, emerge como consecuencia de la asimilación real de la pérdida, circunstancia que permite incorporarla en forma simbólica. Es decir, se asume el hecho doloroso como un recuerdo, sin que por ello se vea limitado el funcionamiento normal de la persona. La aceptación de ninguna manera es una fase feliz, es una etapa casi desprovista de sentimientos; es como si el dolor hubiera terminado y la lucha desaparecido.

Es un momento en el que el enfermo terminal necesita períodos de soledad, ha perdido el interés por el mundo externo y le basta estar en silencio en la compañía de alguien que no le tema a la muerte.

La duración de este proceso es variable; sin embargo por las publicaciones sobre el tema (Kubler-Ross, E. 2004) se podría decir que alrededor de seis meses a un año la mayor parte de las personas han logrado ya su recuperación. En caso de no ocurrir es probable que se haya dado un estancamiento en alguna de las tres primeras etapas por diferentes razones, algunas pudieran tener que ver con las características propias de personalidad, historia de vida o un medio ambiente que obstaculice la evolución normal del proceso de duelo.

Sin la muerte resultaría difícil comprender la vida humana con su significado, su misterio y sus propias interrogantes. Pensarla en términos psicológicos ha despertado en el ser humano una fuente inagotable de cuestionamientos y ha permitido no reducirla únicamente al terreno de la Filosofía

Capítulo II

2. Los sueños

“Los sueños nos protegen contra la monotonía y la vulgaridad de la existencia. En ellos descansa y se recrea nuestra encadenada fantasía, mezclando sin orden ni concierto todas las imágenes de la vida e interrumpiendo con su alegre juego infantil la continua seriedad del hombre adulto. Sin nuestros sueños, envejeceríamos antes. Habremos pues de ver en ellos, ya que no un don directo de los cielos, una encantadora facultad y una amable compañía en nuestra peregrinación hacia el sepulcro”.

(s/r)

2.1 Importancia de los sueños

Desde el inicio de mi experiencia como orientadora y mucho tiempo antes como paciente en mi primer contacto analítico, en los años de mi adolescencia, los sueños ocuparon un papel importante, pues formaban parte regular y consistente de mis noches. Era una edad en la que no podía entender sus significados, ni aun dentro de mi proceso terapéutico, pero los símbolos cargados de contenidos enigmáticos siempre me desafiaron a encontrar respuestas, que en su mayoría tardaron años en llegar, tanto por mi propio proceso de maduración como por las posibilidades integradoras y de desarrollo que encontré posteriormente durante su manejo (Perls, F. 1973).

Debido a las limitaciones que el Enfoque Centrado en la Persona presenta para el manejo de los sueños dentro del proceso de orientación, en el presente Estudio de Caso pretendo describir el trabajo que de ellos hacen autores como Freud, Fromm, Frankl y Jung, para incorporar por último a Perls con la terapia gestalt; sin embargo lo que me parece importante respecto al Enfoque Centrado en la Persona es el clima de seguridad, respeto y empatía, que se va creando en el proceso de acompañamiento, lo que permite indudablemente el surgimiento espontáneo de cualquier material que necesite explorar la persona para su desarrollo y auto conocimiento (Freud, 1967, Jung, 1969 Fromm, 1957, Perls, 1973, Frankl, 1987, Rogers, C. 1957).

Mas allá de los aspectos tanatológicos que son parte esencial de este trabajo, los sueños ocupan un lugar prominente en este proceso de acompañamiento consciente hacia la muerte, sobre todo por tratarse de una enferma de cáncer en fase terminal que durante su largo proceso de orientación, nunca, hasta el período de su enfermedad, había soñado, o por lo menos podía recordar algún material onírico. De hecho existe un marco teórico más completo y útil desde la técnica de la terapia gestalt para abordar un fenómeno tan complejo como el análisis de los sueños en el proceso terapéutico, así como las características de los mismos (Perls, F. 1973).

Expondré algunas teorías para ejemplificar la extraordinaria herramienta técnica que constituye el análisis de los sueños, pues la posición teórica del terapeuta constituye quizás el factor más influyente para explicar el grado de utilización de los sueños, posición que vendría definida fundamentalmente por la concepción que se tenga del proceso del cambio terapéutico.

Del repaso de la bibliografía sobre el manejo de los sueños, se deduce que la técnica empleada en su manejo, incluso la mayor o menor utilización o consideración de los mismos, ha tenido que ver con los desarrollos teóricos que se han ido sucediendo dentro de las más recientes investigaciones (Campbell, 1984).

Su utilización está muy relacionada con la teoría previa que existe en el terapeuta y con su adscripción a una determinada escuela o corriente.

Mi experiencia como orientadora me permite señalar que la aparición y uso de los sueños en el tratamiento está en relación con aspectos intersubjetivos de la pareja formada por el orientador y el cliente, con especial mención al interés que uno como orientador manifieste por ellos. Asimismo, dicho interés o el modo en que se abordan cuando aparecen en la sesión, condicionan las sucesivas apariciones de otros sueños y el contenido de éstos (Freud, S. 1968). En este mismo sentido, resulta sugerente el hecho de que la semejanza del relato onírico del paciente con la orientación teórica que se maneje durante el proceso, no tiene que ser una prueba que valide dicha teoría sino, muy posiblemente, una prueba de la influencia mutua, y no sólo por una mera cuestión de sugestión, que también puede darse, sino debido a factores directamente relacionados con la seguridad o inseguridad del vínculo entre ambos (Freidberg, A. 1975).

2.2. Antecedentes Históricos

“Morada en la que los rayos del sol jamás penetraban. Siempre rodeada de espesas nubes; nunca los gallos anunciaron el retorno de la aurora. Jamás los perros importunaron con sus ladridos la tranquilidad que allí reina. El viento no agita las hojas ni las ramas. No se oyen querellas ni murmullos: es ésta la mansión del silencio y la dulce tranquilidad. El río Leteo, corriendo sobre las guijas, es el único dulce murmullo que allí se oye. A la entrada de ese palacio nacen infinidad de plantas que al llegar la noche, esparcen sobre la tierra su jugo somnífero. Ante el temor de que la puerta, al abrir y cerrar, pudiera hacer algún ruido, la caverna permanece siempre abierta. En medio del palacio hay un lecho de ébano, cubierto de mantas negras; en él reposa sobre mullidas plumas el tranquilo dios del sueño”

Palacio del dios del Sueño: La Iliada

La personalización mítica del sueño es llamada Hipno, Hijo de la Noche y del Erebo, nombre con que se conoce a las tinieblas infernales. Es gemelo de Tánatos, la Muerte, con el que aparece iconizado, aunque en pocas ocasiones, representando una singular dualidad, entre lo sobrenatural y lo natural: lo natural es la Muerte, reverso negativo de la Vida y sobrenatural el Sueño, que es un borde confuso entre la vida y la muerte, y donde se produce entre otras cosas, como una manifestación prodigiosa, el anuncio profético del porvenir. Sin embargo, conviene señalar que la calidad de Hipno como mito personalizado es muy escasa, tan es así que sólo es posible poner en relación con él una sola leyenda: enamorado de Endimión, le habría concedido el don de dormir con los ojos abiertos para que pudiese mirar constantemente los de su amante.

Incluso su más reiterada representación lo pinta como un ser alado, que recorre velozmente la tierra y el mar y aletarga a los demás seres (Freidberg, 1975).

2.3. Interpretación no psicológica de los sueños.

El objetivo primordial de este tipo de interpretación es la exclusión del componente psicológico en la comprensión de los sueños. El énfasis está dado en entenderlos como la expresión de esa voz inaudible, espiritual por la que se expresa el alma, es decir como verdaderos mensajes enviados por los dioses. Una referencia histórica obligada es -por supuesto- la de la Biblia, en la cual el ejemplo siempre recordado por todos es el del sueño del faraón, quien en un gesto premonitorio y por demás simbólico (aquella visión onírica de las siete vacas gordas y las siete vacas flacas), corrobora el carácter no sólo verdadero sino profético de los sueños (Fromm, E. 1957). En esta obra de revelación divina sobre todo en el Viejo Testamento y, en consecuencia, en el corazón de la tradición judía, el mensaje del sueño es siempre una experiencia trascendente, en donde la voluntad del Supremo encuentra invariablemente una manera precisa para llegar al corazón de sus criaturas, como en el caso de Job. En el Nuevo Testamento se encuentra también el sueño de la Anunciación de San José, al que Dios advierte que María tendrá un hijo y que él no tiene por qué recelar de la voluntad divina. Mediante el sueño, Dios distribuye generosamente advertencias, pruebas y profecías. Por ejemplo, en el caso de los Reyes Magos, que son puestos sobre aviso de que no deben regresar por Jerusalén una vez que adoren al Niño, pues Herodes les miente y les espera una trampa.

En la historia de la humanidad, los sueños también han tenido un papel muy importante como fuentes proféticas de consejo y sabiduría para reyes, guerreros y sabios de la antigüedad. Los babilonios y los hebreos pensaban que a través de los sueños los dioses les enviaban mensajes mientras dormían (Freud, S. 1967). Los sueños también eran considerados la entrada secreta por la cual las inagotables energías del cosmos se vertían en las manifestaciones culturales humanas. Para los griegos, especialmente Aristóteles -aspecto relevante para la función del presente

Estudio de Caso- los sueños tenían también la función predictiva de diagnosticar las enfermedades. Algunos símbolos eran utilizados para señalar ciertos padecimientos somáticos que se provocarían en el soñador, y cuyos primeros síntomas eran reconocidos primero por el inconsciente (Fromm, E. 1957).

En el Tibet, India y algunas otras culturas se trata a los sueños como elementos de ascenso evolutivo, más aún si se desarrolla la capacidad de ser conscientes durante su ocurrencia con depuradas técnicas milenarias, actualmente con mayor difusión en occidente.

2.4. Interpretación psicológica de los sueños.

En la interpretación psicológica de los sueños, se toma como punto de referencia la expresión del soñante, en donde el inconsciente manda a la mente toda clase de brumas, seres extraños, terrores e imágenes engañosas, joyas, genios y fuerzas psicológicas reprimidas, expresadas en símbolos a los que hay que dar un significado (Freidberg, 1975). Ya Platón en anticipación a Freud, sugería que los sueños eran la expresión del animal irracional que llevamos dentro a diferencia de Aristóteles quien enfatizaba en su naturaleza racional.

Algunos autores señalan a Artemidoro de Daldis como el primero en sistematizar el estudio de los sueños, pero ya Filón de Alejandría (15-10 a.C. a 45-50 d.C.), también llamado Filón "El Judío" en su obra *De somniis*, hace su clasificación onírica del modo siguiente:

1. *Oneiros o somnium*: sueño alegórico que requiere la interpretación de sus símbolos.
2. *Horama o visio*: sueño predictivo literal que muestra los eventos tal y como van a ocurrir.
3. *Chrematismos u oraculum*: aparición de Dios mismo o de alguno de sus emisarios que predicen el futuro.
4. *Enupnion o insomnium*: sueño sin ningún valor predictivo ni razón aparente.
5. *Revelatio*: sueño en el que el futuro puede verse.
6. *Phantasma o visum*: sueño que contiene una aparición aterradora (Fromm, E. 1957).

En el siglo II, Artemidoro de Daldis escribe su obra puntualizando dos clases de sueños: los comunes, relacionados con sensaciones físicas y deseos o temores diurnos y, los mánticos, que son los más numerosos que indican el futuro tanto para el progreso como para la prevención de peligro. Estos últimos se interpretan tanto telepáticamente como por símbolos (Freidberg, 1975). Esta obra es la que sirvió de base y difusión de la oniromancia e inclusive fue impedida su práctica por la Inquisición. En Francia hasta 1873 se penaba su utilización con una multa, sin embargo, Artemidoro de Daldis, fue reconocido por Freud como el precursor más directo del arte de la onirocrítica y antecesor directo de la concepción del Inconsciente. Se negaba, por cierto, a establecer una correspondencia entre las imágenes del sueño con los símbolos universales, optando por pensar que la llave del sueño varía de acuerdo con las circunstancias de la vida del soñador.

Para los sufis los sueños ocupaban el papel prominente de guiar sus vidas; en cambio para el hombre común y corriente de nuestra cultura, el sueño juega un papel todavía ambiguo. Se dice que todos soñamos aunque no siempre podamos recordar el contenido de manera espontánea. Elaboramos desde bellas historias llenas de fuerza y gracia, hasta películas de terror, pero nuestra cultura brinda muy poca oportunidad para integrar los sueños en nuestras vidas. Soñar es usado metafóricamente para referirse a esperanzas inalcanzables en un tono un tanto despectivo.

Con relación a los sueños, a pesar de ser considerados desde la antigüedad como parte importante de nuestra creación interna, no ha existido, salvo para sectores muy reducidos de la población - artistas o terapeutas- ningún estímulo que nos guíe para utilizar este material para entrar en contacto con nuestro mundo interno y mucho menos para transformar nuestra realidad y nuestra conducta. Muchas veces hasta los mismos niños son reprimidos en la expresión de su manifestación natural de sueños y fantasías.

2.5. Autores de referencia para el manejo de los sueños

“El secreto de la creatividad está en dormir bien y abrir la mente a las posibilidades infinitas. ¿Qué es un hombre sin sueños?”

Albert Einstein

2.5.1. El Psicoanálisis Ortodoxo de Sigmund Freud (1856-1939)

Para Freud existen tres centros o sistemas operacionales de energía que forman una organización unificada y armónica, que interactúan entre sí y que tienen como propósito satisfacer nuestras necesidades y deseos básicos: id, ego y superego.

El primero de ellos, el **Id**, es la parte oscura e inaccesible; la primera reserva de energía psíquica sobre la que se construye la personalidad y se encuentra dirigida por el principio del placer. Tiene como objetivo lograr la gratificación de los instintos y la reducción del dolor y del sufrimiento. En el transcurso de la vida continúa su carácter infantil; es impulsivo, irracional, asocial y amoral.

Conforme nuestra energía psíquica se va haciendo más compleja, aparece el **Ego** como intermediario entre el id y el mundo externo y se va desarrollando a través de las frustraciones, la experiencia y la educación. Nos ayuda como individuos a la consecución de metas para la sobrevivencia y la reproducción, permitiéndonos la adaptación y el buen manejo del ambiente.

Está gobernado por el principio de realidad y opera por medio de un proceso secundario que permite encontrar soluciones acertadas; maneja los impulsos y el ambiente a fin de lograr satisfacción y placer mayores. En circunstancias normales el ego monopoliza la energía psíquica a fin de utilizarla para desarrollar procesos de aprendizaje perceptivo, recuerdos, juicios, razonamientos, etc., que favorecen la personalidad.

Por último, el **Superego** es el producto de la socialización y el vehículo de la tradición cultural; se expresa por medio de los valores e ideales de la sociedad, transmitidos de padres a hijos. Tiene como objetivo primario controlar y regular los impulsos cuyas expresiones incontroladas pondrían en peligro la estabilidad de la sociedad. Estos impulsos reprimidos están relacionados con la sexualidad y la agresión. En él se encuentra nuestro código moral que busca más la perfección que el placer y está formado por los premios y castigos que se recibieron de los padres.

“Existe una cantidad de energía limitada para cada persona, locuaz significa que dar mucha energía a uno de estos tres sistemas implica quitársela a los dos restantes. La conducta de la persona se determina por la distribución de la energía dinámica en la personalidad, Si el superego controla la energía, la persona será moralista; si es controlada por el id, será impulsiva, y si el ego la controla será una persona realista. De acuerdo con Freud, todo comportamiento humano está determinado inevitablemente por la forma en que su energía biológica está distribuida y transformada; por lo tanto, el concepto del hombre para Freud está basado en un absoluto determinismo biológico” (González-Garza, A. 1987, pag. 20).

Freud mencionaba que la interpretación de los sueños es la “vía regia” que puede conducirnos al conocimiento del alma, asignándoles dos funciones principales: expresar la realización de deseos sexuales frustrados en la infancia y protegernos de despertar y encontrar nuestros impulsos cara a cara.

Uno de sus descubrimientos más importantes es que las emociones enterradas en la superficie subconsciente suben a la superficie consciente durante los sueños, y que recordar algunos fragmentos puede ayudar a destapar las emociones y los recuerdos enterrados (Freud, S. 1967). En su opinión, la ansiedad que rodea dichos deseos hace que algunos sueños se conviertan en pesadillas.

A lo largo de su obra más conocida, *La Interpretación de los Sueños*, (Freud, S. 1967) utiliza sus propios sueños como ejemplos para demostrar su teoría sobre la psicología de los mismos. Distingue entre el contenido del sueño "manifiesto" o el sueño experimentado a nivel de la superficie, y los "pensamientos de sueño latentes", no conscientes, que se expresan a través del lenguaje especial de los sueños (Freidberg, 1975). Según su teoría, la censura de los sueños produce una distorsión de su contenido. Así que lo que puede parecer ser un conjunto de imágenes sin sentido puede, a través del análisis y del método descifrador, ser un conjunto de ideas coherentes (Freud, S. 1967). El propone que el valor del análisis de los sueños radica en la revelación de la actividad subconsciente de la mente. Considera que todo sueño es interpretable, es decir, puede encontrarse su sentido. La labor de interpretar no recae sobre todo el sueño en su conjunto sino sobre sus partes basándose en una especie de libro de los sueños, donde cada cosa soñada significa algo, sin considerar la peculiaridad de cada sujeto. Primero se descompone el relato en partes, y al final surge la interpretación global, en la cual se nos revela el sueño como una realización de deseos (Freud, S. 1968).

El sueño no es meramente actividad somática: es un acabado fenómeno psíquico de realización de deseos, y por tanto debe ser incluido en el conjunto de los actos comprensibles de nuestra vida despierta, constituyendo el resultado de una actividad intelectual altamente complicada. El deseo aparece disfrazado en el aspecto manifiesto del sueño, en lo efectivamente soñado; proceso denominado "deformación onírica".

Freud (1968) se pregunta por qué tiene que haber una deformación, ya que podría haber ocurrido que el sueño expresara el deseo en forma directa, sin deformación. Esta deformación es intencional y se debe a la censura que el sujeto ejerce contra la libre expresión de deseos, por encontrarlos censurables por algún motivo.

La interpretación de un sueño en la terapia psicoanalítica tiene un uso bien delimitado y siempre en beneficio del paciente. En otras palabras, se trata de introducir, frente al sinsentido del sueño, un sentido provisorio pero significativo del sueño en términos de *insight*. El propósito terapéutico debe ser, en este sentido, el norte de la brújula al interpretar un sueño (Freud, S. 1968).

2.5.2. Carl Gustav Jung: Sueños, Arquetipos e Inconsciente Colectivo (1877-1961)

La teoría junguiana sostiene que en la psique humana se hallan registrados recuerdos del pasado de la especie. Denomina a estas imágenes que se heredan con la estructura cerebral, como arquetipos que residen en el inconsciente colectivo (Jung, 1964).

Jung, joven colega de Freud, se dedicó a la exploración del “espacio interno” a través de todo su trabajo. Se lanzó a la tarea equipado con los antecedentes de la teoría freudiana, por supuesto, y con un conocimiento aparentemente inagotable sobre mitología, religión y filosofía. Pero era especialmente diestro en el simbolismo de tradiciones místicas complejas tales como el gnosticismo, la alquimia, la cabalá y tradiciones similares en el hinduismo y el budismo.

“Si hay una persona que tenga un sentido del inconsciente y sus hábitos como capaz de expresarse sólo de forma simbólica, éste es Carl Jung” (Wehr, 1991, pag.137). Además, tuvo la capacidad de un soñar muy lúcido. Siempre creyó que de alguna manera existía una conexión entre él como individuo y la humanidad en general que no podía explicarse. Estuvo metido en un proceso doloroso de auto-exploración que formaría la base de su futura teoría.

Jung soñó también mucho con cuestiones relacionadas con la muerte; con el territorio de los muertos y el renacimiento de los mismos. Para él, ésto representaba el inconsciente mismo; no aquel “pequeño” inconsciente que Freud hizo tan grande, sino un nuevo inconsciente colectivo de la humanidad. Un inconsciente que podía contener todas las muertes, no sólo nuestros fantasmas personales.

Empezó a considerar que los enfermos mentales estaban poseídos por estos fantasmas, en una época donde se supone que nadie creía en ellos. Con el solo hecho de “recapturar” nuestras mitologías, entenderíamos estos fantasmas, nos sentiríamos cómodos con la muerte y así superaríamos nuestras patologías mentales (Jung, 1969).

Los críticos han sugerido que Jung estaba simplemente enfermo cuando todo esto ocurrió. Pero él estuvo siempre seguro de que si quería entender la jungla, no se podía contentar con sólo desplazarse por sus alrededores; debía entrar en ella, no importa cuán extraña o aterradora pudiera verse (Jung, C.G.1964, Wehr, 1991). Después de describir el inconsciente personal, Jung añadió una parte al psiquismo que haría que su teoría destacase de las demás: **el inconsciente colectivo**. Podríamos llamarle sencillamente nuestra “herencia psíquica”. Es el reservorio de nuestra experiencia como especie; un tipo de conocimiento con el que todos nacemos y compartimos. Aún así, nunca somos plenamente conscientes de ello. A partir de él, se establece una influencia sobre todas nuestras experiencias y comportamientos, especialmente los emocionales; pero sólo lo conocemos indirectamente, viendo estas influencias (Wehr, 1991).

Existen ciertas experiencias que demuestran los efectos del inconsciente colectivo más claramente que otras. La experiencia de amor a primera vista, el *deja vu* (el sentimiento de haber estado anteriormente en la misma situación) y el reconocimiento inmediato de ciertos símbolos y significados de algunos mitos se pueden considerar como una conjunción súbita de la realidad externa e interna del inconsciente colectivo. Otros ejemplos que ilustran con más amplitud la influencia del inconsciente colectivo son las experiencias creativas compartidas por los artistas y músicos del mundo en todos los tiempos, o las experiencias espirituales de la mística de todas las religiones, o los paralelos de los sueños, fantasías, mitologías, cuentos de hadas y la literatura (Jung, 1964).

Un ejemplo interesante que actualmente se discute es la experiencia cercana a la muerte. Parece ser que muchas personas de diferentes partes del mundo y con diferentes antecedentes culturales viven situaciones muy similares cuando han sido “rescatados” de la muerte clínica. Hablan de que sienten que abandonan su cuerpo, viendo sus cuerpos y los eventos que le rodean claramente; de que sienten cómo una “fuerza” que les atrae hacia un túnel largo que desemboca en una luz brillante; de ver a familiares fallecidos o figuras religiosas esperándoles y una cierta frustración por tener que abandonar esta feliz escena y volver a sus cuerpos. Quizás, como él mismo decía, todos estamos “programados” para vivir la experiencia de la muerte de esta manera.

Los contenidos del inconsciente colectivo son los llamados **arquetipos**. Jung también les llamó dominantes, imagos, imágenes primordiales o mitológicas y otros nombres, pero el término arquetipo es el más conocido. Sería una tendencia innata (no aprendida) a experimentar las cosas de una determinada manera. El arquetipo carece de forma en sí mismo, pero actúa como un “principio organizador” sobre las cosas que vemos o hacemos. Funciona de la misma manera que los instintos en la teoría freudiana. Al principio, el bebé sólo quiere algo de comer, sin saber lo que quiere. Es decir, presenta un anhelo indefinido que, no obstante, puede ser satisfecho por algunas cosas y no por otras. Más tarde, con la experiencia, el bebé empieza a anhelar cosas más concretas cuando tiene hambre (un biberón, una galleta, etc.) El arquetipo es como un agujero negro en el espacio. Sólo sabemos que está ahí por cómo atrae materia y luz hacia sí mismo (Wehr, 1991).

Por supuesto que en la teoría junguiana también hay espacio para el sexo y los instintos. Éstos forman parte de un arquetipo llamado la sombra.

Deriva de un pasado pre-humano y animal, cuando nuestras preocupaciones se limitaban a sobrevivir y a la reproducción y cuando no éramos conscientes de nosotros como sujetos (Jung, C.G. 1970). Sería el “lado oscuro” del Yo, y nuestra parte negativa o diabólica también se encuentra en este espacio. Esto supone que la sombra es amoral; ni buena ni mala, como en los animales.

Un animal es capaz de cuidar calurosamente de su prole, al tiempo que puede ser un asesino implacable para obtener comida. Pero él no escoge ninguno de ellos. Simplemente hace lo que hace. Es “inocente”. Pero desde nuestra perspectiva humana, el mundo animal nos parece brutal, inhumano; por lo que la sombra se vuelve algo relacionado con un “basurero” de aquellas partes de nosotros que no queremos admitir (Jung, C.G. 1969). Los símbolos de la sombra incluyen la serpiente (como en el Jardín del Edén), el dragón, los monstruos y demonios. Usualmente guarda la entrada a una cueva o a una piscina de agua, que representarían el inconsciente colectivo. (Stein, M. 2005)

En todas las culturas, las expectativas que recaen sobre los hombres y las mujeres difieren. Están basadas casi en su totalidad sobre nuestros diferentes papeles en la reproducción y en otros detalles que son casi exclusivamente tradicionales. En nuestra sociedad actual, todavía retenemos muchos remanentes de estas expectativas tradicionales. Todavía esperamos que las mujeres sean más calurosas y menos agresivas; que los hombres sean fuertes y que ignoren los aspectos emocionales de la vida. Pero Jung creía que estas expectativas significaban que sólo hemos desarrollado la mitad de nuestro potencial.

El *anima* es el aspecto femenino presente en el inconsciente colectivo de los hombres y el *animus* es el aspecto masculino presente en el inconsciente colectivo de la mujer.

Unidos se les conoce como *syzygy*. El *anima* puede estar representada (personificada) como una joven chica, muy espontánea e intuitiva, o como una bruja, o como la madre tierra. Usualmente se asocia con una emocionalidad profunda y con la fuerza de la vida misma. El *animus* puede personificarse como un viejo sabio, un guerrero, o usualmente como un grupo de hombres, y tiende a ser lógico, muchas veces racionalista e incluso argumentativo (Stein, M. 2004).

El *anima* y el *animus* son los arquetipos a través de los cuales nos comunicamos con el inconsciente colectivo en general y es importante llegar a contactar con él.

Es también el arquetipo responsable de nuestra vida amorosa: como sugiere un mito griego, estamos siempre buscando nuestra otra mitad; esa otra mitad que los dioses nos quitaron, en los miembros del sexo opuesto. Cuando nos enamoramos a primera vista, nos hemos topado con algo que ha llenado nuestro arquetipo *anima* o *animus* particularmente bien.

La persona representa nuestra imagen pública. La palabra, obviamente, está relacionada con el término persona y personalidad y proviene del latín que significa máscara. Por tanto, la persona es la máscara que nos ponemos antes de salir al mundo externo. Aunque se inicia siendo un arquetipo, con el tiempo vamos asumiéndola, llegando a ser la parte de nosotros más distante del inconsciente colectivo. En su mejor presentación, constituye la “buena impresión” que todos queremos brindar al satisfacer los roles que la sociedad nos exige. Pero, en su peor cara, puede confundirse incluso por nosotros mismos, en nuestra propia naturaleza. Algunas veces llegamos a creer que realmente somos lo que pretendemos ser. (Jacobi, J. 2002)

2.5.3. Fritz Perls: El aquí y el ahora en la Terapia Gestalt (1893 - 1970)

Aunque psicoanalista de formación, Perls propone algunas modificaciones a las propuestas por Freud e introduce el énfasis en la función asimilatoria y de contacto con el medio ambiente. Considera al ser humano en una búsqueda constante de equilibrio, no como un ser dicotomizado ni separado en entidades (Perls, F. 1973), creando el enfoque gestalt.

La terapia gestalt (palabra sin traducción exacta que ha sido descrita como totalidad o configuración) “considera importantes los sueños porque conllevan vivencias inconscientes en formas de imágenes que al ser atendidas en su dimensión corporal mueven al paciente hacia la solución de sus dificultades” (Freidberg, A. 1975, pag. 30).

Procedimientos preparatorios en la técnica gestalt:

Amar a los sueños: Al principio es importante que el paciente tenga una actitud abierta para explorar sus sueños, de modo que no los viva como algo extraño y con temor. El terapeuta estimula el interés por sus sueños haciendo énfasis en la creatividad que se manifiesta en ellos. Evita la interpretación e indica al paciente que contactar con los sentimientos que despiertan las imágenes de sus sueños le ayudará a resolver sus dificultades.

Un espacio privado: No basta con que el paciente cuente su sueño. Es importante que se de cuenta que los sueños tienen lugar en su cuerpo. El terapeuta únicamente estimula para que atienda a las sensaciones y emociones sentidas que despiertan las imágenes de su sueño (Gendlin, E. 1985).

El procedimiento de hacer preguntas:

El terapeuta, en lugar de elegir una interpretación determinada para lo que siente el paciente en su cuerpo al relatar las imágenes de su sueño, se vale de múltiples teorías de interpretación (freudiana, jungiana, frommiana, etc), para hacerle preguntas sobre sus emociones, de modo que sea éste quien responda a las mismas y haga su propia interpretación a partir de sus emociones y sus sensaciones corporales. La terapia gestáltica no se conforma con que el paciente obtenga una interpretación de su sueño al vivirlo corporalmente. Además intenta que use su sueño como vía potencial de cambio y crecimiento personal. Para ello propone varios métodos que a continuación se mencionan: (Gendlin, E. 1985, Perls, F. 1973).

Ayuda procedente del sueño reuniendo a los aliados.

Las ayudas sirven al paciente para tratar y solucionar temas delicados o difíciles de sus sueños. Las ayudas son cualquier cosa o imagen del sueño que haga que el paciente lo vivencie corporalmente. Si un personaje, situación o aspecto del sueño le lleva a una vivencia corporal, se le propone hacerlo consciente e intente mantener su sensación a lo largo del trabajo. Por ejemplo, con Karen hubo veces en que sus sueños despertaban en ella sensaciones corporales de mucha repulsión y le pedía que me describiera cómo sentía “eso repulsivo” en su cuerpo, desde su ubicación hasta la descripción más fiel de sus manifestaciones. En uno de sus sueños ella se ve con un vidrio atravesando su garganta, le pido que me indique cómo es su dolor, a qué se parece, en dónde lo siente, de esta manera ella pudo contactar un poco con su dolor, aunque casi de inmediato surgía la defensa con comentarios sarcásticos que la llevaban a mitigar su experiencia dolorosa.

Invertir negativos desnaturalizados.

Cuando en las imágenes del sueño aparecen elementos que actúan de manera contraria a lo deseado por el paciente, y despiertan en él sentimientos negativos, el terapeuta le pregunta cómo podría serle de ayuda ese personaje, animal, situación o cosa. Cuando el paciente se dispone a describirlo, el terapeuta le indica que más que describirlo atienda a cómo lo siente en su cuerpo, de modo que se transforme en energía positiva para el cambio. Por ejemplo, siguiendo el sueño del vidrio que menciono en el punto anterior, Karen en un momento se da cuenta que podría arrancar el vidrio y decir todo lo que siempre había querido, pero por miedo no podía. Cuando logra superar su temor al ridículo empieza a decir algunas groserías que para ella era impensable pronunciar y genera con ello una energía desconocida hasta el momento.

Cuando el sueño y el soñador no concuerdan.

De manera similar al punto anterior en el sueño pueden aparecer personajes o escenas que hacen lo contrario a lo que el soñador desea, o le indican hacer algo al soñador que éste rechaza. Esto genera un conflicto. El terapeuta estimula entonces al paciente a vivenciar corporalmente el lado opuesto o contradictorio, y después le indica si puede encontrar y vivenciar algo positivo en eso. Las ayudas del paso anterior también se usan para afrontar los temas conflictivos.

Diálogo de las dos sillas.

La terapia gestalt supone que los sueños conllevan elementos experienciales escindidos o reprimidos que al ser atendidos e integrados en la propia persona, promueven el cambio y crecimiento personal. (Gendlin, E. 1985). Los terapeutas gestálticos suelen usar el siguiente procedimiento para trabajar con los sueños:

* **Tomar contacto aquí y ahora con el sueño en cuestión:** El terapeuta indica al paciente que cierre los ojos y comience a soñar, a imaginar y recordar su sueño en tiempo presente. El terapeuta debe estar atento a los indicadores corporales durante el relato del sueño (tensión, gestos de inquietud o tristeza, etc.). También le pregunta cómo le hace sentir el haber vivido el sueño en el aquí y el ahora de la sesión, y dónde se localiza corporalmente ese sentimiento.

* **Proponer la silla vacía:** Se pregunta al paciente qué parte de su sueño le intriga o inquieta más. Se coloca una silla vacía delante y se le indica que colocaremos sentado frente a él, ese elemento que le perturba, le duele o no comprende. Una vez que el paciente logra identificar aquel elemento con el que se quiere comunicar se le invita a dialogar con esa parte. Por ejemplo, en el caso de Karen, cuando tenía mucho dolor derivado del cáncer a veces hablaba con su enfermedad o con el páncreas concretamente. O cuando tenía mucho dolor y no se quería inyectar la morfina para estar más consciente, llegamos a intentar un diálogo, aunque especialmente esta técnica a ella le resultaba muy amenazante y se disculpaba diciendo que le parecía verse muy ridícula.

* **Animarle a expresar sus sentimientos:** Se estimula al paciente a expresar los sentimientos que vayan surgiendo respecto al personaje representado en la silla vacía, tratando de no emitir ningún juicio respecto a ellos. Cuando el paciente ha agotado la expresión de sus sentimientos hacia el elemento representado en la silla vacía se le pregunta qué es lo que éste le responde desde esa silla y cómo le hace sentir esa respuesta, de modo que se continúa de manera circular el contacto entre ambas partes, que en realidad son de sí mismo.

* **Cerrar el proceso:** Se continúa con el proceso anterior hasta que el paciente vivencie algún mensaje o enseñanza importante para sí. Se indaga la relación que haya con asuntos de su vida y cómo podría ayudarle a manejar esa cuestión fuera de la consulta (Fagan, J. Shepherd, I. 1978).

2.5.4. Erich Fromm: El Hombre y el Lenguaje olvidado (1900 – 1980)

En las investigaciones realizadas por Fromm con relación a los sueños, indica que todos y cada uno de ellos tienen sentido, son significativos por sí mismos, y contienen un mensaje que podemos comprender cuando se tiene la llave para descifrarlos. Nunca soñamos nada que no tenga importancia, aunque el disfraz tras el que se oculte el mensaje pueda parecerlo.

Las imágenes oníricas pueden parecer absurdas e ilógicas, pero para el soñante suelen ser tan reales como la expresión misma de su vida consciente. Esta idea adquiere una relevancia importante en las palabras que elige Fromm de un poeta chino y con las que enmarca su tratado sobre mitos y sueños. “Soñé anoche que era una mariposa, y ahora no sé si soy un hombre que soñó que era una mariposa, o quizás una mariposa que ahora sueña que es un hombre” (Fromm, 1957, pág.157).

Fromm enfatiza en que el lenguaje simbólico es el único idioma extranjero que todos debiéramos estudiar pues su comprensión nos pone en contacto con una de las fuentes más significativas de la sabiduría, la de los mitos, y con las capas más profundas de nuestra propia personalidad. Más aún, nos ayuda a entender un grado de experiencias que es específicamente humano porque es común a toda la humanidad, tanto en su tono como en su contenido (Campbell, J 1984).

Para Fromm, el lenguaje simbólico es un lenguaje en el que el mundo exterior constituye un símbolo del mundo interior, un símbolo que representa nuestra alma y nuestra mente, "algo" que representa otra cosa. El distingue tres clases de símbolos: el **convencional**, el **accidental** y el **universal**. Sólo los dos últimos expresan experiencias internas como si fueran sensoriales, y sólo ellos poseen los elementos del lenguaje simbólico (Fromm, E. 1957).

El símbolo convencional es el más conocido porque es el que empleamos en el lenguaje diario. Un ejemplo de este tipo de símbolo sería el lenguaje: el sonido m-e-s-a y el objeto mesa, sólo guardan entre ellos una relación convencional: nos hemos puesto de acuerdo para denominar así a ese objeto.

El símbolo accidental es una asociación de carácter personal, estos símbolos no puede ser compartidos con nadie: por ejemplo, alguien que lo pasó muy mal en una ciudad la relacionará ya siempre con un estado de ánimo depresivo. Pero no existe una relación intrínseca entre el símbolo accidental y la realidad que representa. Los símbolos accidentales aparecen frecuentemente en los sueños.

El símbolo universal es aquel en el que hay una relación intrínseca entre el símbolo y lo que representa: el fuego, símbolo de voracidad, de cambio y permanencia al mismo tiempo, de poder y energía, de gracia y ligereza. Cuando usamos el fuego como símbolo, describimos con él una experiencia caracterizada por los mismos elementos que advertimos en la experiencia sensorial del fuego, una modalidad anímica de energía, ligereza, movimiento, gracia, alegría...

Para Fromm el lenguaje del símbolo universal es la única lengua común que ha producido la especie humana. Todo ser humano que comparte con el resto de la humanidad las características esenciales del conjunto mental y corporal es capaz de hablar y entender el lenguaje simbólico que se basa en esas propiedades comunes.

De acuerdo a su teoría, considera que en los sueños, “no sólo somos menos razonables y decentes que en la vida consciente, sino que también somos más inteligentes y con mejor juicio”, además de que son los sueños los que nos dan la clave acerca de la calidad de los deseos ocultos, pero no así de su magnitud que puede aparecer fuertemente distorsionada y sólo utilizando otros aspectos de la vida del paciente, podremos conocer la magnitud de la distorsión (Fromm, E. 1957).

2.5.5. Víktor Frankl: El hombre que buscó su sentido

1905 – 1998

Tanto la teoría como la terapia de Víktor Frankl se desarrolló a partir de sus experiencias en los campos de concentración. Al ver quién sobrevivía y quién no, y a quién se le daba la oportunidad de vivir, concluyó que el filósofo Friederich Nietzsche estaba en lo cierto: “Aquellos que tienen un por qué para vivir, pese a la adversidad, resistirán”. Pudo percibir cómo las personas que tenían esperanzas de reunirse con seres queridos o que poseían proyectos que sentían como una necesidad inconclusa, o aquellos que tenían una gran fe, parecían tener mejores oportunidades que los que habían perdido toda esperanza.

Su terapia se denomina **logoterapia**, de la palabra griega *logos*, que significa estudio, palabra, espíritu, Dios, significado o sentido, siendo ésta última la que Frankl tomó, aunque bien es cierto que las demás no se apartan mucho de esta acepción. Al comparar a Frankl con Freud, podemos decir que en los postulados esenciales de Freud, éste consideraba que la pulsión de placer era la raíz de toda motivación humana (Freud, S. 1968) y Frankl en contraste, se inclinó por la **voluntad de sentido**.

Él también utiliza la palabra griega *noös*, que significa mente o espíritu y sugiere que la persona en proceso tenga como foco no sólo la búsqueda que lo ayude a reducir el monte de tensión, sino que preste atención a la noödinámica, la cual considera que la tensión es necesaria para la salud, al menos cuando ésta sirva como motor y tenga que ver con la búsqueda de sentido.

Una de sus metáforas favoritas es la referente al **vacío existencial**. Si el sentido es lo que buscamos, el sin sentido es un agujero, un hueco en la vida del cual casi permanentemente nos la pasamos huyendo. (Frankl, V. 1987)

Sugiere que uno de los signos más evidentes de vacío existencial en nuestra sociedad es el **aburrimiento**. Puntualiza en cómo las personas con frecuencia, cuando al fin tienen tiempo de hacer lo que quieren, parecen no querer hacer nada.

Intentamos llenar nuestros vacíos existenciales con “cosas” que aunque producen algo de satisfacción, esperamos que nos hagan borrar la insatisfacción de nuestra vida (Vallés, C. 2000). O podemos llenar nuestra vida con el trabajo, con la conformidad, con la convencionalidad y hasta con ciertos “círculos viciosos” neuróticos, como obsesiones y miedos. La cualidad que define a estos círculos viciosos es que, no importa lo que hagamos, nunca será suficiente y provocan **ansiedad anticipatoria**: alguien puede estar tan asustado de sufrir ciertos síntomas relacionados con la ansiedad, que llegar a tener esos síntomas se torna inevitable.

Una idea similar es la **hiperintención**, que sugiere el esfuerzo en demasía, lo cual en sí mismo previene de tener éxito en cualquier cosa. Uno de los ejemplos más comunes es el insomnio: muchas personas, cuando no pueden dormir, continúan intentándolo, siguiendo las instrucciones al pie de la letra de cualquier libro. Por consiguiente, al intentar dormirse se produce el efecto contrario; es decir, previene de dormirse, de manera que el ciclo se mantiene indefinidamente. Una tercera variante sería la **hiperreflexión**. En este caso se trata de “pensar demasiado”. A veces estamos esperando que algo pase, y efectivamente pasa, simplemente porque su ocurrencia está fuertemente ligada a las propias creencias o actitudes. Frankl menciona a una mujer que pese a haber sufrido de malas experiencias sexuales en su niñez, desarrolló una personalidad fuerte y sana.

Cuando tuvo la oportunidad de acercarse al mundo de la psicología, se encontró con que en la literatura se mencionaba que tales experiencias dejaban a la persona con una inhabilidad para disfrutar de las relaciones sexuales; a partir de aquí, la mujer empezó a tener estos problemas.

Una parte de la logoterapia utiliza términos como: **intención paradójica** que es desear precisamente aquello a lo que tenemos miedo. Un hombre joven que sudaba profusamente cuando se encontraba en situaciones sociales, recibió la instrucción de Frankl de que pensase en desear sudar. En sus instrucciones le pedía al paciente que dijera: “¡Sólo he sudado un cuarta parte de lo que tengo que sudar, pero ahora sudaré al menos diez veces más!” (Frankl, V. 1987). Obviamente, cuando puso la intención en ello, no pudo realizarlo. Lo absurdo del planteamiento rompió su círculo vicioso.

Otro ejemplo lo podemos encontrar relacionado con los trastornos del sueño. Siguiendo a Frankl, si sufrimos de insomnio, no hay que pasar la noche dando vueltas, contando ovejas, moviéndonos de un lado a otro para conciliar el sueño, por el contrario deberíamos levantarnos, tratar de mantenernos despiertos lo más posible y con el tiempo nos daremos cuenta que caeremos como una roca en la cama. Una técnica más es la **derreflexión**. Frankl cree que muchos problemas tienen su raíz en un énfasis excesivo sobre los mismos. Con frecuencia, si nos alejamos un poco de nosotros mismos y nos acercamos más a los otros, los problemas suelen desaparecer. Si, por ejemplo, existen dificultades con el sexo, sugiere tratar de gratificar al compañero sin buscar la propia satisfacción; las preocupaciones sobre erecciones y orgasmos desaparecen y las realidades reaparecen. O simplemente, no intentar complacer a nadie.

Frankl insiste en que al final los problemas son realmente cuestión de la necesidad de significado. Por tanto, aunque estas técnicas sean un buen comienzo en la terapia, no son bajo ninguna circunstancia la meta a lograr.

¿Cómo hallamos nuestro sentido?

Frankl nos presenta tres grandes acercamientos: el primero es a través de los **valores experienciales**, o vivenciar algo o alguien que valoramos a través de la experiencia estética, aunque el énfasis más importante lo hace en experimentar el valor del otro a través del amor. La segunda forma de hallar nuestro sentido es a través de **valores creativos**, es como “llevar a cabo un acto sexual amoroso” (Frankl, V. 1987). Esta sería la idea existencial tradicional de proveerse a sí mismo de sentido al llevar a cabo los propios proyectos, o mejor aún, comprometernos con el proyecto de nuestra propia vida. Incluye, evidentemente, la creatividad en el arte, la música, la escritura y la invención. La tercera vía para descubrir el sentido es aquella de la que pocas personas además de Frankl suscriben: los **valores actitudinales**. Estos incluyen virtudes tales como la compasión, valentía y un buen sentido del humor, etc. Pero el ejemplo más famoso de Frankl es el logro del sentido a través del **sufrimiento**.

También señaló que de forma poco frecuente se brinda la oportunidad a las personas gravemente enfermas, de sufrir, y por tanto, mantener cierto grado de dignidad; por el contrario se nos enseña a ocultar el dolor y hasta avergonzarnos por sentirlo. No obstante, al final, estos valores actitudinales, experienciales y creativos son meras manifestaciones superficiales de algo fundamental: el suprasentido, en el que se percibe la faceta más religiosa de Frankl.

Es la idea de que existe un sentido último en la vida; sentido que no depende de otros, ni de nuestros proyectos o incluso de nuestra dignidad. Es una clara referencia a Dios y al sentido espiritual de la vida y es hacia la fe a donde debemos inclinarnos (Frankl, V. 1987).

2.6. Carl Rogers: Su vida y su Enfoque Centrado en la Persona (1902-1987)

Carl Rogers nació el 8 de enero de 1902 en Oak Park, Illinois, suburbio de Chicago. Fue el cuarto de seis hijos y su padre fue un exitoso ingeniero civil y su madre ama de casa y devota cristiana. Su educación comenzó directamente en segundo grado, ya que empezó a leer antes de entrar a la escuela. Cuando Carl tenía 12 años, su familia se trasladó a una granja en Wisconsin y ahí vivió su adolescencia con una estricta educación y muchos deberes. Fue un joven solitario, independiente y auto-disciplinado.

Ingresó a la Universidad de Wisconsin a estudiar agricultura. Aunque más tarde se cambiaría a la carrera de historia pretendiendo seguir la vocación sacerdotal e ingresar al seminario. Durante esta época, fue uno de los 10 elegidos para visitar Beijing para el “World Student Christian Federation Conference” por 6 meses. Después de graduarse, se casó con Helen Elliot (en contra de los deseos de sus padres), se mudó a Nueva York y empezó a acudir al Union Theological Seminary, una famosa institución religiosa liberal. Posteriormente se cambió al programa de psicología clínica de la Universidad de Columbia y recibió su PhD en 1931. No obstante, Rogers ya había empezado su trabajo clínico en la Rochester Society for the Prevention of Cruelty to Children (Sociedad Rochester para la Prevención de la Crueldad en los Niños). En esta clínica, aprendería la teoría y aplicaciones terapéuticas de Otto Rank, quien le incitó a tomar el camino del desarrollo de su propia teoría.

En 1940, se le ofreció la cátedra completa en Ohio. Dos años más tarde, escribió su primer libro “Counseling and Psychotherapy”. Más tarde, en 1945 fue invitado a establecer un centro de asistencia en la Universidad de Chicago y ahí mismo en 1951, publicó su mayor trabajo, la Terapia Centrada en el Cliente, donde hablaría de los aspectos centrales de su teoría. En 1957, volvió a enseñar en su alma mater, la Universidad de Wisconsin. Desafortunadamente, en ese momento había serios conflictos internos en el Departamento de Psicología, lo que motivó que Rogers se desilusionara mucho de la educación superior. En 1964, aceptó una plaza de investigador en La Jolla, California. Allí atendía terapias, daba conferencias y escribió, hasta su muerte en 1987.

Su teoría ha cobrado diferentes maneras de llamarla: “La inspiración no directiva”, “psicoterapia centrada en el cliente” o “psicoterapia de persona a persona”. Rogers llamó cliente y no paciente a los que lo consultaban porque paciente evocaría una dependencia y pasividad. Describe la personalidad como una congruencia entre el campo fenoménico de la experiencia y la estructura conceptual de sí mismo, por lo que plantea restablecer un sistema de valores individualizado y una adaptación realista al entorno, no coincidiendo con lo vigente en la cultura sino comprometiéndose con la sociedad, por lo tanto propone ser creativo dentro y no fuera de la organización cultural.

El facilitador no dirige a su cliente, porque eso sería decidir por él y manejarlo, pero tampoco se priva de participar, ni es indiferente al sufrimiento de una persona. Lo que hace en definitiva es acompañar en una búsqueda mutua para que quien consulte llegue a ser quien es y decidir desde su intimidad. El orientador entonces mediante técnicas, trata de reflejar la vivencia de sus clientes. Se trata de reeducar a la persona en una atmósfera de comprensión y de confianza en si misma para que descubra sus propios valores (Lerner, M. 1974).

“El Enfoque Centrado en la Persona, se basa en los siguientes principios:

- * La persona es valiosa por sí misma, independientemente de sus accidentes (edad, nivel socioeconómico, estado civil, nombre, nacionalidad, etcétera).
- * La naturaleza humana es constructiva, digna de confianza. Existen situaciones enajenantes que pueden bloquear el desarrollo constructivo del ser humano, pero incluso en estos ambientes adversos la persona conserva la tendencia hacia su desarrollo integral.
- * La motivación básica del ser humano es su autorrealización (autoactualización), por medio de la cual desarrolla sus potencialidades.
- * La filosofía humanista considera que los impulsos agresivos son partes o elementos del hombre que surgen como producto de la enajenación en la cual éste pierde contacto consigo mismo, se cierra y adopta actitudes defensivas. Esta enajenación produce en él incongruencia y contradicción.
- * La salud se manifiesta al vivir funcionalmente como un organismo total, integrado y unificado; es decir cuando el individuo no tiene necesidad de negar aspectos de su existencia o de su experiencia.
- * La agresividad surge cuando el individuo requiere defensa o protección a fin de sobrevivir y desarrollarse.
- * El aprendizaje significativo tiene que ser descubierto en la propia existencia.
- * Se puede confiar en la persona y en su innata curiosidad y deseo de aprender. El ser humano desea descubrir nuevos horizontes y adquirir nuevas posibilidades” (González-Garza, A. 1987, pag.14).

Para que un proceso de orientación pueda ser significativo se requieren las siguientes actitudes:

Empatía

Es la capacidad de no sólo entender al otro, sino de tratar de comprenderlo en su totalidad; cómo se experimenta a sí mismo y su relación con el mundo.

Coloquialmente se habla de “ponerse en sus zapatos” y así entender lo más cercanamente posible su manera de percibir y sentir.

“Empatizar es una destreza que puede adquirirse, para ello es necesario sensibilizarse, aprender a escuchar realmente en forma más sensible, captar aun los más sutiles significados de lo que el otro experimenta y expresa; atender no sólo a su expresión verbal, sino a todo el lenguaje no verbal de sus gestos, ademanes, posturas, silencios, etc., que dicen mucho sobre lo que la persona experimenta, vive y siente” (Gonzalez-Garza, A. 1987).

Aceptación Positiva Incondicional.

Aceptar positiva e incondicionalmente a una persona es reconocerla como a un ser único e irrepetible que está en continuo proceso de aprendizaje y crecimiento personal. Es aceptarlo por su valor intrínseco como persona, a pesar de sus limitaciones, características y circunstancias.

Congruencia.

La congruencia es la capacidad de mantener una línea genuina entre lo que se piensa, se habla y se dice e implica el reconocimiento de nuestras emociones, pensamientos y sentimientos.

Cuando el orientador es una persona real, siendo quien realmente es, relacionándose con el otro sin presentar una máscara o fachada, entonces será mucho más efectivo el proceso mismo (Rogers, C. 1969).

Autoevaluación.

Se refiere a un proceso que desencadena constantes observaciones. Es una manera de otorgarle al otro una participación activa durante su propio proceso y hacerlo sujeto transformador capaz de responsabilizarse de su propia evaluación, porque confía, se acepta y se respeta. Es confirmarle su valor como persona. (Aguilar, A. 2006).

Capítulo III

3. Estudio de Caso: Mujer, sueños y trascendencia

“Hay quienes no pueden librarse de sus propias cadenas y sin embargo pueden redimir a sus amigos”.

Nietzsche

3.1. Antecedentes

Si acompañar a un ser humano en el sinuoso camino de convertirse en persona, resulta en ocasiones doloroso, cuánto más si se decide acompañarlo hasta su muerte. Y no sólo hasta el sepulcro, en sentido literal, sino simbólicamente tendiéndole la mano ante las pequeñas muertes que van ocurriendo en el proceso mismo: la evidente incapacidad física, la renuncia a los afectos más cercanos, el desapego de sus pertenencias significativas, entre otras (Cabodevilla, 2001).

En mi labor como orientadora, este caso que voy a narrar fue el primero en el que alguien se acercaba a mi con la petición explícita de ayudarla a morir conscientemente. No tengo práctica en esto. Nadie tiene práctica en los finales porque ocurren una sola vez, no hay libros de texto sobre esta situación y los que hay, ante la muerte, se convierten en montones de palabras discordantes que sólo alejan de la verdad del sufrimiento vivo que hay que abordar de una manera innovadora y única, pues el enfermo se aísla, no quiere arrastrar a otros en su

desesperación y los demás lo evitan porque no saben qué decirle ni quieren tener que ver nada con la muerte (Kübler-Ross, 1997).

Yo decidí correr el riesgo.

3.2. Justificación del tema

A pesar de lo difícil que parecía responder afirmativamente a la petición concreta de ayudar a un ser humano en su camino consciente hacia la muerte, me resultó muy significativa su petición: primero, porque ya teníamos un vínculo establecido; segundo, por la aparición de su primer sueño, lo que a lo largo de los años no había ocurrido y que marcó en mi la pauta para no desestimar su material onírico y verlo como ella misma intentaba hacerlo, como creaciones puramente azarosas y desprovistas de todo significado y por último mi interés personal por dos grandes temas que por primera ocasión en mi experiencia profesional podía ver unidos: la muerte y los sueños.

Una vez que habíamos creado una sólida alianza para contener la carga emocional que se vislumbraba en sus sueños, y no caer en la tentación de interpretarlos, sino por sesiones enteras, sólo referirnos a ellos, repetirlos como si pasaran en tiempo presente y volverlos a narrar, ella fue interesándose cada vez más en intentar descifrarlos hasta que por sí misma llegó a la conclusión de que eran mensajes de Dios a los que tenía que dar forma y significado. De su propia conclusión se desprende la justificación para el presente trabajo.

3.3. Motivación personal

A pesar de que lo único seguro que tenemos en la vida, es la muerte y lo sabemos, lo experimentamos en constantes pérdidas y hasta lo llegamos a sufrir, existe como tendencia generalizada el rechazo consciente y consistente a hablar sobre el tema.

Para mí, esto no fue así; por el contrario, la muerte ejerció en mí desde pequeña una especie de seducción; expresada en humor negro y depresivo, otras en interrogantes filosóficas que apuntalaban mi constante pérdida del sentido de vivir y las más de las veces, manifiesta en una renuncia a la vida expresada en impotencia, desesperanza ante lo absurdo del día a día, hasta el deseo obsesivo de la enfermedad y el suicidio.

Inicialmente para hacer este trabajo me motivan mis propios cuestionamientos: ¿qué sentido tiene la vida?, ¿a qué venimos a este mundo?, ¿de qué sirve todo esto?, ¿qué viene después? Preguntas que me unen en lo profundo a miles de seres humanos que estamos en esta vida tratando de comprender los porqués y para qué de nuestra existencia.

Por otro lado, aunque yo no fui madre, he vivido familiarmente en cada uno de mis hermanos, la pérdida temprana de alguno de sus hijos; por accidente automovilístico un adolescente de 18 años; un joven de 15 que durmiendo en aparente buen estado, ya no despertó en un campamento vacacional a causa de un Aneurisma; uno más de 3 años por un accidente genético de Osteogénesis Imperfecta y sólo la última sobrina de 31 años que fue la única con la que pudimos vivir un proceso lento de asimilación, ya que murió por un cáncer invasivo de esófago que se prolongó por un período de 8 meses.

Como todo apunta, por ley natural de vida, que los hijos “no tienen el derecho” a morir antes que los padres, ví a mis hermanos y a sus respectivas familias, desmoronarse, vivir su pérdida con dolor y desesperanza, pero también ví que sólo aquellos que buscaron ayuda y que pudieron elaborar su duelo, continuaron

con su vida sin afectar la de los demás y sin enterrarse como otros, en vida, junto con sus hijos muertos.

También a través de mi práctica profesional he compartido experiencias junto a hombres y a mujeres, que en un intento de elaborar sus propios duelos, me han permitido aprender tanto de ellos como de mi misma.

Por otra parte los sueños, siempre han tenido un papel muy especial, tanto en mi vida personal como paciente, así como en el ámbito profesional como orientadora. Han significado la vía para abordar mi problemática desde ángulos tan diversos como el vehículo hacia la integración y cambio de personalidad que señalaba (Perls, F. 1973) o el camino real hacia el inconsciente a que se refería (Freud, S. 1967), sin dejar de nombrar a Jung (Jung, C. G. 1964) para quien los sueños eran mensajes proféticos del yo en desarrollo.

Comencé mi trabajo profesional con niños, pero en pocos años pude tener la certeza de que mi relación con ellos no era la que yo hubiera supuesto; opté entonces por el área de diagnóstico en Problemas de Aprendizaje en el Centro de Orientación Psicológica de la Universidad Iberoamericana en 1976. (COP) Durante los tres años siguientes impartí clases en la especialidad de Terapia Educativa e inicié la maestría en Orientación y Desarrollo Humano y posteriormente fui profesora de tiempo completo, primero en el COP y posteriormente en el Posgrado de Desarrollo Humano, dando clases para los centros de Extensión Universitaria e Integración. Al finalizar la maestría estudié en la Escuela Humanista Erich Fromm una especialidad de 6 años en Higiene Mental y Psicoterapia, bajo la enseñanza tutelar del Dr. José F. Díaz y Díaz, uno de los alumnos directos de Fromm durante su estancia en nuestro país y conocidos en México como el grupo de los Doce Apóstoles, y desde entonces me he dedicado formalmente a la práctica profesional de la orientación y la psicoterapia.

Como respuesta a mi inquietud sobre el tema de la muerte, complementé mi formación con el Dr. Alfonso Reyes Zubiría precursor en México del estudio formal de la Tanatología como una ayuda profesional a los enfermos terminales. En mi trabajo como orientadora siempre me veo expuesta al contacto constante con la elaboración de algún tipo de duelo: por muerte, por enfermedad, por pérdida de la pareja, etc., por lo que cada proceso de acompañamiento se convierte para mí en un privilegio de descubrimientos y una oportunidad de aprendizaje.

Estudié la especialidad en Terapia Gestalt en el Instituto Katún como respuesta a mi inquietud sobre el trabajo con los sueños, ya que para el Enfoque Centrado en la Persona el material onírico no es más relevante que lo que pueda ser cualquier experiencia de la persona.

El arte, por otro lado, especialmente en su expresión plástica de la pintura y la escultura, ha sido una de mis grandes pasiones, por lo que en el año de 1999 estudié la especialidad en Terapia de Arte que me ha servido como un complemento valioso en la ayuda a enfermos terminales, porque en ocasiones el paciente que no puede expresarse ya verbalmente, lo hace a través de sus manos y de su creatividad.

Diseñé e impartí desde julio de 2002, un curso al que llamé: “El Arte como herramienta en la ayuda psicológica y educativa” dirigido a profesionales dedicados a las áreas de salud y educación, participando con mis alumnos en la experiencia de mirarse a sí mismos a través de sus propias expresiones creativas.

Lo mismo llevé a cabo en el Centro de Alzheimer “Francisco Espinosa”, dando soporte y desarrollo al personal que a diario se ve impactado por la frustración y la pérdida.

Estas son en resumen las inquietudes que me llevan a realizar este trabajo, en el que pretendo comprender el significado de los sueños en una paciente terminal.

3.4. Descripción del trabajo

Se trata de Karen, una mujer, quinta de una familia compuesta de nueve hijos en donde la madre muere por problemas circulatorios a los 38 años, después del nacimiento del último hijo. El padre, americano de nacimiento y veterano de la Segunda Guerra Mundial, decide repartir a sus hijos en casa de sus hermanos radicados en Nueva York y Filadelfia mientras reorganiza su vida después de la muerte de su esposa y dos años más tarde regresa por ellos después de haber contraído matrimonio con una amiga de su ex esposa, una mujer soltera de 40 años que lo apoya económicamente con su trabajo, pero que no acepta a los niños. Sólo, a decir de la propia Karen, se “apodera” del menor de dos años, a quien sobreprotege e intenta separar de sus hermanos por el desprecio que desde el inicio manifestó hacia todos los demás. Todos los hijos fueron alejándose de la casa paterna a temprana edad, haciéndose económicamente independientes.

Karen estudia para maestra normalista y a los 17 años consigue una beca para la universidad de Austin, Texas para hacer una especialidad en Deficiencia Mental y Autismo. A los 20 años regresa a México a realizar un posgrado en Educación Especial en la Universidad Iberoamericana y terminando sus estudios se casa a los tres meses de una ruptura, para ella inesperada, de un noviazgo en el que había puesto todas sus expectativas; tanto de no regresar a la casa paterna, como de creer que el matrimonio resolvería su creciente sentimiento de desamparo y soledad.

Pronto se embaraza y nace su primera hija a los 10 meses de casada y cuatro años después tiene otra niña. Aunado al notorio deterioro de su matrimonio, padece, al igual que su madre, un mal circulatorio después del parto que pone en riesgo su vida por un largo período y queda con severas secuelas de trombosis que la hacen vivir en dolor

permanente, hasta que años más tarde le descubren el Síndrome Antifosfolípido Primario (Alina-Díaz, 2003) poco común en México, que consiste en la propensión constante a desarrollar trombos, por lo que de manera permanente tiene que verse sometida a tratamiento con anticoagulantes y analgésicos para el dolor, que difícilmente acepta pues para entonces ha desarrollado un umbral muy alto ante el dolor.

Llega conmigo en noviembre de 1981, fecha en la que yo estaba cursando mi segundo año de maestría y accede a ser entrevistada en cámara de Gesell. Desde entonces inicio con ella un proceso supervisado de orientación en el que por principio toca como puntos centrales de su problemática, una sensación de profundo menosprecio hacia sí misma; culpa por todo lo que no funciona en su relación de pareja y confusión entre lo que piensa y siente de sí misma y de su relación y la referencia totalmente opuesta que recibe del exterior, mostrando imposibilidad para discriminar entre ambas.

“...estoy segura de que todo lo que me dice Alonso es cierto. Asegura que soy horrible, que sólo me casé con él por el interés de su dinero, que no sirvo como mujer y que duda que como madre pueda hacer algo distinto”.

“Alonso dice que es un excelente amante, que no se explica cómo se casó conmigo, que de haber sabido que yo era una mujer tan defectuosa, jamás me hubiera pedido matrimonio”.

“Creo que Alonso tiene razón; nada de lo que hago sale bien. Arreglo a los niños temprano, preparo el desayuno que le gusta y ya cuando es hora de irnos, aunque sea sólo a misa, apenas se va levantando, dice que no tiene hambre, que de seguro volví a preparar puras porquerías y que mejor nos vamos a quedar en casa porque le avergüenza que lo vean conmigo”.

“Invité por primera vez a cenar a los padrinos de mi hija a la casa y a pesar de que nos conocemos de mucho tiempo, Alonso dice que sólo los invité para humillarlo porque durante la cena comenté que nosotros no teníamos copas para vino”.

Durante el primer año del proceso de orientación, como lo muestran estos cuatro ejemplos elegidos aleatoriamente de mis notas, a Karen le resulta imposible dar una opinión personal respecto a su posición dentro de la relación de pareja. El peso emocional de cuanto le sucede está dado por lo que “dice el otro”. No posee para entonces ninguna herramienta personal que le permita voltear a verse. Ante cualquier intervención de mi parte, surge la elaboración intelectual de que pensar en ella es egoísmo, que hacerlo es pecado, que su obligación como casada es ser incondicional con su marido y que de lo contrario puede ser condenada por no cumplir con el débito matrimonial.

“...lo que no entiendo es por qué si hago todo lo que la Iglesia dice que es el sacramento del matrimonio; complazco a Alonso en todo lo que me pide, me sacrifico y me callo lo que no me gusta para hacerlo sentir bien, por qué no me siento feliz”.

“...la Madre Teresa de Calcuta dice que hay que dar hasta que duela y yo me he propuesto como única meta amar incondicionalmente; siempre he oído y estoy segura que es mejor dar que recibir, pero entonces, debo estar haciendo algo muy mal”.

“¿No será que yo no tengo la capacidad de amar incondicionalmente? Bueno, creo que sí la tengo porque siempre hago lo que los demás quieren que yo haga.

De igual manera, cualquier posible confrontación al respecto, parecía no hacer ninguna resonancia en ella. Su defensa ante el dolor la rebasaba. Ese primer año y medio de orientación se convirtió básicamente en un período de acompañamiento, un espacio emocional que ella esperaba semanalmente con ansiedad, argumentando ser el único lugar en el que se sentía escuchada. Despedirse le fue doloroso. No tuvo siquiera la posibilidad de procesar el duelo. Una semana antes su marido le avisó que se irían a vivir a Guadalajara; él había conseguido empleo allá y en sólo cuatro días ella renunció a su trabajo en la escuela, empacó su casa y se fue. Aproximadamente a los 2 años recibí una nota de ella diciendo:

Patricia:

Repentino adiós, repentino cambio. Estoy feliz, conseguí un empleo como asistente del dueño de un laboratorio. Es un genio y le aprendo mucho. Alonso perdió el trabajo, pero gracias a Dios a mi me está yendo muy bien, no tengo de que quejarme.

Tú, ¿cómo estás? Perdóname por despedirme tan rápido, me siento culpable por ello. Te debía una disculpa. Gracias y que Dios te bendiga.

Karen

A mediados del año 93, recibo en mi casa, la mañana de un domingo, la visita inesperada de Karen. Inusual en ella, se presenta llorando y sin previo aviso, lo que para quien se guía muy convencionalmente por normas de conducta, resultaba imperdonable, pero ese día no podía contener su angustia.

Su pensamiento y su lenguaje están totalmente desarticulados. La dejo que desahogue; salta de una idea a otra sin ningún orden y lo único que me deja saber en concreto es el pánico que siente al haber descubierto que su hija de 13 años está teniendo relaciones sexuales con un novio sumamente violento; que se

habían tenido que regresar de Guadalajara porque su marido nunca más pudo conseguir trabajo y que el laboratorio en el que ella prestaba sus servicios había suspendido su participación en México.

Refiere también que el último año ha vivido en una vecindad rodeada de prostitutas y drogadictos y que lo que detonó la decisión de su regreso fue que su hija mayor había caído en una depresión profunda llegando hasta una parálisis facial completa; además una de sus primas fue a visitarla a Guadalajara y no pudo dar crédito a las condiciones tan precarias en la que los encontró e insistió en regresarlos, brindándoles el soporte económico para que reiniciaran su vida en la ciudad de México.

Concertamos una cita para el día siguiente y desde entonces retoma semanalmente su proceso de orientación durante 3 años más. A los 15 años de casada y con un matrimonio casi terminado, no puede dar todavía el paso para divorciarse, a pesar de ser por completo responsable económicamente de sus hijos y de los gastos de la casa. Su marido desde el inicio, se desentendió en totalidad de la educación y economía de la familia, al grado que las hijas desde pequeñas le llamaban Alonso, sin conferirle ninguna autoridad y con gran rechazo cuando se les preguntaba por su papá. Todas las sesiones de ese tiempo estuvieron enfocadas a discriminar las razones por las que ya no podía estar en un matrimonio, que más allá de proveerle algún satisfactor estaba provocando en ella y en sus hijas, sentimientos de hostilidad y amargura.

Al decidir divorciarse, se enfrenta al rechazo familiar que efectivamente la condena desde el momento en que logra realizarlo, por considerar que vive en pecado. Únicamente el hermano al que antecede la apoya, ya que desde chicos existía entre ellos una alianza de protección pues él, por su orientación homosexual, también había sido excluido del núcleo familiar y ella a su vez era de la única que recibía apoyo incondicional.

Desde su divorcio permanece en el constante anhelo de una nueva pareja, aunque toda su energía está puesta en sacar a sus hijas adelante. Darles una carrera universitaria y mantener un nivel de vida decoroso la llevan a trabajar hasta 18 horas diarias durante los siete días de la semana, sin permitirse vacaciones, algún tipo de diversión o contacto con amigas o compañeras de trabajo. Por las mañanas trabaja en una escuela como maestra de inglés, obteniendo el premio de la Secretaría de Educación Pública como la Maestra del Año durante varios períodos escolares; por las tardes da terapia a niños con problemas de aprendizaje y algunas horas de la noche las dedica a realizar traducciones especializadas que le solicita la embajada americana, pues es perito traductor de la misma.

Cuando su hija mayor concluye su carrera profesional y empieza a trabajar, ella decide tomar un curso de Desarrollo Humano en el que en la primera clase conoce a un hombre del que textualmente escribe: *“Por esta soledad tan terrible que siento, me relacioné con un hombre que conocí. Cuando por primera vez lo vi, algo en él me atrajo, creo que fue su descuido personal, su profunda tristeza, su confusión, su desamparo. Pensé: alguien así en esas condiciones no puede rechazarme, cómo podría hacerlo si se ve tan necesitado como yo... Cuando se fijó en mí, mi vida empezó a ser completamente feliz. Por fin mi sueño se había realizado. No puse ni un pero. Su educación y nivel social eran muy diferentes a los míos, pero eso a quién le podría importar, si yo ya tenía un ser especial, y todo lo demás era pecata minuta”*.

A los pocos meses de estar en relación con él y sentirse profundamente enamorada, le diagnostican cáncer de páncreas y deciden operarla; más como una cuestión “caritativa” que curativa, pues los médicos afirman que de no realizarla, la muerte sería sumamente dolorosa y por asfixia. Al abandonar el hospital le pronostican por estadísticas escasos tres meses de sobre vida.

Pocas semanas antes de su operación vuelve a buscarme después de 5 años de no tener contacto con ella y desconociendo su situación, sin ningún preámbulo me dice: *"Vengo a pedirte un favor, quiero que me ayudes a morir. Tengo cáncer de páncreas, sé que me queda muy poco tiempo de vida y tengo dos pendientes: buscar a Judith una amiga con la que viví cuando me salí de mi casa y que me maltrató tanto; necesito saber si le hice algo y pedirle perdón. Quiero también buscar a mi suegra y entender por qué me lastimó; por qué teniendo tanto dinero permitió que sus nietas estuvieran un tiempo con hambre, saber por qué sobreprotegió a su hijo. Necesito perdonarla"*.

Después de su cirugía establecimos un nuevo compromiso de trabajo. Nos veríamos dos veces a la semana en mi consultorio hasta que fuera capaz de desplazarse y cuando no estuviera ya en condiciones de hacerlo, nuestros encuentros serían en su casa, las sesiones semanales que ella sintiera necesarias.

Tuvo una reacción física favorable después de la operación, no así emocional, ya que su pareja habló con su hija, sin que Karen lo supiera y le comentó no poder lidiar con su propia angustia y con el cáncer de su mamá y decide retirarse después de la operación. Esto hace que Karen, que vivía para ese entonces sólo en función de él, caiga en una profunda depresión, que reprime en el momento en el que al mes y medio él regresa, le pide perdón y reanudan así su relación.

A partir del regreso de este hombre sus síntomas de claro deterioro dieron un giro; el dolor desapareció casi por completo. Las relaciones sexuales, inexplicables ya para los médicos suplen el uso de la morfina.

Se niega a tomar los antidepresivos y sólo ingiere aquellos medicamentos que ayuden a su proceso digestivo que desde la operación se encuentra muy dañado. La pérdida acelerada de peso se detiene considerablemente, su apetito aumenta y decide interrumpir en la segunda sesión el tratamiento de quimioterapia, una vez que en la primera, su malestar rebasó sus límites soportables.

Su estado de ánimo mejora al grado de querer irse a vivir sola para disfrutar de su pareja sin la oposición de sus hijas, quienes hablaban de su relación como de “su experimento antropológico”. Tiene la fuerza de enfrentar a toda su familia que no sólo la acusaban de abandonar a sus hijos, sino de vivir una relación de “pecado” y decide gastar el dinero de su liquidación en pequeños viajes de 3 o 4 días a las playas de la república que siempre había querido conocer.

Rebasó los pronósticos de vida que se le habían dado y de 3 meses iniciales, tuvo una sobre vida de 1 año 8 meses, período en el cual viví con ella un proceso de acompañamiento de tres veces por semana, hasta unos días antes de su muerte.

Con su consentimiento fui realizando un registro por escrito, más que de cada sesión, si de los sueños que se manifestaron desde antes de conocer su enfermedad, ya que en ninguno de los períodos en los que habíamos trabajado con anterioridad, había llevado a sesión ningún material inconsciente. Extraje los sueños que en mi opinión reflejan las etapas de duelo por las que fue atravesando hasta su muerte (Kübler-Ross, E. 1994).

3.5. Fundamentación metodológica

3.5.1. Justificación y descripción de la metodología

Elegí la Metodología Cualitativa para la elaboración del Estudio de Caso por tratarse de un trabajo con fines exploratorios que obliga al diseño de una investigación flexible en donde las preguntas puedan irse formulando durante el proceso mismo en que ocurren los eventos, además de que aunado al marco teórico del Enfoque Centrado en la Persona para la comprensión del desarrollo humano, permite ver el escenario y a las personas desde una perspectiva y prospectiva holística (Alvarez-Gayou, J. 2003).

Por tratarse del contacto con un enfermo terminal, cabe la investigación cualitativa dado que paciente y orientador interactúan de un modo natural y no intrusivo; además de que se pueden observar los efectos que ambos ejercen sobre el otro, tratando de controlarlos o reducirlos al mínimo, o al menos entenderlos al momento de interpretar los datos.

Dado que la investigación cualitativa intenta comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas y lo mismo pretende el Enfoque Centrado en la Persona a través del desarrollo de la cualidad empática, este tipo de investigación resulta esencial para experimentar la realidad tal como la experimenta el otro (Rogers, C. 1951). De igual manera, al incluirse en el Estudio de Caso una serie de hechos y eventos únicos que experimenta la persona por primera vez –su cercanía con la muerte– el método cualitativo, que también incluye la cualidad de ver las cosas como si estuvieran ocurriendo por vez primera, permite que se elaboren los hechos sin dar nada por sobreentendido, pues todo el proceso se convierte en si mismo en tema de investigación (De Garay, 2001).

En el acompañamiento de la persona hacia su propia muerte surge una serie de cambios de conducta que la desconciertan al grado de convertir el proceso en un desajuste emocional en donde ella además de verse abatida por la propia enfermedad y dolor, tiene que lidiar con cambios inesperados de comportamiento que no fácilmente puede contener. Por ello es importante que la investigación cualitativa, incluya todas las perspectivas del paciente como valiosas sin buscar la *verdad* o la *moralidad* (Hernández-Haddad, 1988).

Tanto el Enfoque Centrado en la Persona, como la investigación cualitativa, son humanistas, por lo que este Estudio de Caso pretende abordar en lo posible la vida interior de la persona, su confrontación con la muerte, el dolor y el sufrimiento; su contacto con la esperanza, el amor y el enamoramiento; la frustración del tiempo que se acaba y el recuento de sus éxitos y sus fracasos (Sanmartín, R. 2003).

Las condiciones especiales de tratamiento con el paciente terminal (visitas hospitalarias y a domicilio y sesiones en consultorio) favorecieron al igual que el método cualitativo, permanecer próxima al mundo empírico. Observar al paciente en una cama de hospital, ver posteriormente su interacción familiar y tener un contacto directo con su vida social, no filtrado por conceptos ni definiciones, fue de gran ayuda, aunque en ocasiones difícil, en función de mantener el rigor de la investigación misma (Rodríguez, G. 1999). Por estas mismas circunstancias, las sesiones con Karen no pudieron ser grabadas ni tampoco tomaba notas durante las mismas, por lo que la mayor parte de las veces llegando a casa escribía lo más fielmente posible lo esencial de la sesión y en especial los sueños que eran mi foco de interés. Posteriormente cuando trabajábamos sobre algún sueño, se lo llevaba por escrito y así podía cerciorarme de que mi transcripción hubiese sido lo más apegada a su relato (De Garay, G. 2001).

3.6. Presentación del caso

3.6.1. Fragmentos de las sesiones en que se presentaron los sueños

Agosto 18- 2001

Después de 5 años de no saber de ella, salvo por su invariable tarjeta de felicitación por Navidad me pide una cita para reiniciar su proceso y en la sesión me dice textualmente:

- *“Vengo a pedirte un favor: quiero que me ayudes a morir. Tengo cáncer de páncreas, sé que me queda muy poco tiempo de vida, tres o cuatro meses tal vez, y tengo dos pendientes: buscar a Judith, la amiga con la que viví cuando me salí de mi casa y que me maltrató tanto; necesito saber si le hice algo y pedirle perdón. Quiero también buscar a mi suegra y entender por qué me lastimó; por qué teniendo tanto dinero permitió que sus nietas estuvieran un tiempo con hambre, saber por qué sobreprotegió a su hijo. Necesito perdonarla”.*

- ¿Y cómo te sientes con todo esto?

Creo que más que hablar de cómo me siento me gustaría que me ayudaras a elaborar un plan de acción porque no me queda mucho tiempo.

- Karen, cuando me hablas de un plan de acción, qué expectativas tienes, qué sientes cuando lo dices.

- *Realmente no siento nada, ayer apenas me dieron la noticia en Nutrición y por eso me urgía buscarte cuanto antes. No tengo tiempo que perder. Lo único que me tiene un poco inquieta y no sé ni por qué es un sueño que tuve la semana pasada. ¿Recuerdas cuando hablábamos hace años de que yo decía*

mucho pero jamás soltaba prenda?, pues no se me va a olvidar nunca una pregunta que me hiciste al conocerme. Dijiste: ¿Me podrías decir tus sueños? Rápido te contesté que cuáles, los de día o los de noche; sonreíste y me invitaste a decir los que yo quisiera. Se me quedó grabado porque te dije: yo nunca tengo sueños. Los de día me parecen una pérdida de tiempo y los de noche no los recuerdo jamás. Al final me respondiste: está bien, algún día...

- Y llegó el día por lo que escucho.

- *Sí, soñé que estaba dando clases en la escuela y de repente me empezaba a escurrir entre las piernas un cuágulo sanguinolento y negro que se desparramaba por todo el salón.*

- ¿Puedes darte cuenta la emoción que te evoca?

- *Ninguna. Mejor preferiría hablar de otras cosas.*

NOTAS DE LA SESION

Me siento impactada por ella, por su frialdad, por su prisa, por la forma en que me relató su sueño. En su tono irónico pude captar su enojo, pero reflejárselo, lo creí inoportuno; ni siquiera ha pasado un día de recibir la noticia de su enfermedad y ya está avocada a lo práctico, a sus pendientes, a lo que tiene que resolver. Como bien me dijo, en este momento, todavía no hay tiempo para sus sentimientos.

Vi de nuevo aparecer su gran necesidad de pararse en el “deber ser”; perdonar, ponerse en paz, resolver lo inmediato. Pude captarla envolviéndose en una serie de actos impulsivos, en los que no cabe aún la reflexión. Detenerla fue imposible. Su prisa, su ansiedad, la escisión de sus sentimientos, no hacen más que evidenciarme su miedo.

Cómo me sorprendió saber de su enfermedad. Siempre me habló de su deseo de morir joven. Recuerdo cómo llamó mi atención al compartirme muy al principio

de su proceso que lo único que tenía presente de su Primera Comunión, fue la petición a Dios de morirse a los 50 años.

Hoy se me viene toda su historia encima. Puedo ver en ella a las dos personas de las que siempre hablamos: una, la Karen práctica, positiva, radiante, llena de vida, siempre ayudando y sirviendo a los demás, con una sonrisa franca y una voluntad

férrea y otra mujer, la que nunca se permitió mostrar al mundo: temerosa, triste, pero por sobre todo, con una profunda huella de soledad y abandono. Hoy me pregunto cuál de esas dos facetas aparecerá ante la inminente presencia de la muerte.

No me permitió entrar a su sueño, pero qué importante el contexto en el que me lo relata, sobre todo el énfasis que pone en que jamás había recordado alguno. Pude sentir su ambivalencia, porque me lo contó como si tuviera que “vomitarlo”, pero creo que era más fuerte aún el impacto emocional de tener cáncer.

Agosto 25-2001

Llega a la sesión con la noticia de que la van a operar y ocupa la mayor parte del tiempo en ello. Me habla de que se trata de una cirugía que según le explican es más caritativa que curativa porque nada más es para que no muera por asfixia. Con su habitual ironía comenta que está convencida de que los médicos son tontos.

-¿Por qué lo dices?- pregunto.

- *Pues como si hubiera otra forma de morir.*

- ¿Y tú que quieres, por qué te someterías a la operación?

- *A mí me da igual, pero mis hijas insisten en que me deje operar porque ellas no quieren ayudarme si me asfixio.*

- ¿No crees que deben tener mucho miedo?

- *No, no lo creo. Pienso que han de tener la esperanza de que me quede en la plancha y no tener que batallar conmigo.*

- Y si así fuera, ¿cómo te sientes con eso?

- Nada, si yo estuviera en su lugar creo que preferiría que mi mamá se muriera rápido. De hecho así se murió la mía.

- Entonces les vas a dejar la responsabilidad de la decisión a ellas, aunque tú no quieras operarte.

- No, ya les dije que si me voy a operar. Total quién quite y de verdad me muera en la sala de operaciones...(pausa) eso de verdad sería una delicia.

NOTAS DE LA SESION:

Se despidió sarcásticamente: “Nos vemos en Gayosso”

No hubo posibilidad de tocar sus sentimientos y menos aún profundizar en ningún aspecto. Era como si en ese momento hubiera roto el vínculo conmigo. No tenía manera de escuchar. Su decisión estaba tomada y cuando Karen decide, no puede permitirse cambiar su postura, pienso que es la única manera que encuentra de tener control sobre sus emociones, porque sé que está aterrada y conociéndola, también muy enojada con sus hijas. De nuevo percibí su miedo, pero más aún su dolor., sobre todo sabiendo lo que le afectan las respuestas de ellas. Sólo a través de sus hijas se ha podido voltear a ver y así reconocer su propia frialdad. Hablan de la muerte aparentemente sin ninguna dificultad, sin ningún contenido emocional, pero eso es lo que permite ver el bloqueo defensivo, su incapacidad para tocar el miedo y cualquier otro sentimiento que pudiera estarlas amenazando.

Karen necesitaba un apoyo emocional para tomar la decisión de operarse o no, pero creo que ante la imposibilidad de analizarlo a través de sus sentimientos, actuó de nuevo su impulso y responsabilizó a sus hijas de tenerse que operar para no causarles problemas a la hora de su muerte.

Hicimos el trato de que ellas me llamarían en caso de que quisiera que la visitara en el hospital o si lo prefería, dejar la posibilidad abierta para tener un contacto telefónico.

SUEÑO 2

Septiembre 14-2001

Me llama del hospital, me dice que está sola, que Ismael (su actual pareja) no se ha aparecido desde que la operaron. Me comenta sentirse desesperada, pero sobre todo arrepentida de haberse dejado operar.

- Creo que si me hubiera hecho caso, ahorita ya no tendría que estarte llamando, a la mejor ya estaría muerta.

- ¿Quieres que nos veamos?, le pregunto.

- Me da pena que me veas así.

- Y si logras pasar sobre tu pena, ¿quisieras que habláramos personalmente?

- Es que Nutrición te queda muy lejos...(pausa) pero si puedes, creo que me gustaría poder platicarte algo.

La única negociación posible fue visitarla el 16 de septiembre, porque su mortificación y su necesidad de cuidar mi tiempo, mi trabajo y que yo no me molestara en desplazarme, hacía imposible llegar a un acuerdo. Era tan difícil para ella lidiar con su propia angustia que cualquier situación que saliera de su control, le resultaba imposible de manejar.

Ya en el hospital, apenas me vio se soltó llorando, aunque de inmediato hizo todo el esfuerzo por contener el llanto.

La encontré en el pasillo, empujando con dificultad el aparato que sostenía el suero; iba rumbo a los baños para intentar bañarse sola. Me ofrecí a acompañarla y quedarme fuera de las regaderas por si necesitaba ayuda. Sabía que se rehusaría pero aceptó al darse cuenta de que a pesar de todos sus intentos no lograba hacerlo sola.

- *Después de 30 años de conocerme, no debería importarme que me veas las nalgas, ¿o sí?*

- Siempre he pensado que aunque parezca extraño, es más fácil mostrar el alma, no crees.

- *Si, ahora me doy cuenta, pero nunca lo hubiera creído. Es lo que más trabajo me ha costado de estar aquí. Todo mundo te ve, no hay pudor. Me dejan destapada para cambiarme las sábanas y entran y salen enfermeras, afanadoras y personal de intendencia y parece que te vuelves transparente.*

- Conociéndote, me puedo imaginar toda tu mortificación.

- *Me pasa algo raro. Es la primera vez en mi vida que me ha pesado ser rubia y de ojos azules, sobre todo aquí en donde me salgo totalmente de la norma.*

Compartir cuarto con otras cinco personas ha sido una experiencia muy interesante porque veo que no tengo de qué quejarme.

- No me extraña tu comentario, sobre todo si tomamos en cuenta de que tú siempre minimizas lo que te pasa.

- *Es que de verdad, junto a todas estas persona, lo mío no es nada.*

- ¿Y si no te comparas con nadie, alguna vez lo que te pasa tiene importancia?

- *Sólo ahora, pero no en función de mi enfermedad. Lo que más me está haciendo sufrir y es por lo que quise que vinieras es por Ismael. Llevo aquí casi tres semanas y él no se ha aparecido: Sabe que tengo mi celular y tampoco se ha hecho presente por teléfono. ¿Tú crees que le resulte tan repugnante que ya no quiera verme?*

- ¿Tú te sientes repugnante?

- *Yo si, no ves que dicen que el cáncer te va pudriendo por dentro, a la mejor eso le da asco y créeme que lo entiendo; si es así está bien, pero necesito que me lo diga personalmente.*

- Y tú, ¿no le has llamado?

Por su expresión parecería que le hubiera preguntado algo insólito. Me sentía en una posición incómoda, pues ya días antes sus hijas me habían hecho saber que le habían prohibido a Ismael que se parara por ahí; que no querían que hiciera sufrir a su mamá. Habían tomado la decisión, sin consultárselo a ella. Sintieron que era la oportunidad de deshacerse de él, porque desde el principio les parecía poca cosa. A decir de Karen nunca tuvieron la sensibilidad de voltear a ver sus necesidades.

- *¿Tú crees que deba hacerlo?*

Mas bien yo te diría que no se me han olvidado las palabras que me dijiste hace un mes que nos volvimos a ver.

- *Pero ni siquiera te hablé de él...*

- Pero si me hablaste de ti y oí la fuerza con la que me dijiste que no te quedaban muchos meses de vida y que no había tiempo que perder.

- *¿Me podrías dejar sola un rato? Voy a llamarlo, pero antes tengo que contarte un sueño que se ha repetido todos los días de esta semana. Quiero entender qué me quiere decir, sólo sé que me despierta en las noches con angustia y ya no me puedo volver a dormir: sueño que acabo de dar a luz a una niña. Al amamantarla me doy cuenta de que por ambos pechos me escurre, junto con la leche, que la niña apenas puede tragar, una enorme cantidad de un líquido negro y espeso que va llenando el cuarto, luego sale al pasillo y así va llenando todo el hospital y las calles. Asombrada quiero quitarme a la niña del pecho, pero siento cómo está prendida del pezón y cada vez que intento retirarla ella más se afianza.*

NOTAS DE LA SESION:

Creo que ese momento de cercanía física e intimidad fue clave para que Karen pudiera pasar sobre tantas normas de moralidad y prejuicio que no la dejan estar acompañada de una manera más cercana y natural.

En mi experiencia de vida cotidiana, ni como orientadora he estado cerca de una persona a la que le cueste tanto proveerse de cualquier estímulo que le provoque bienestar, ni qué hablar de placer. Si siente dolor, lo soporta. Si por algún descuido las enfermeras la dejan mal acomodada en la cama, no es capaz de voltearse para encontrar mejor postura y menos aún pedir que alguien lo haga por ella. Puede resistir el hambre y la sed a pesar de tener síntomas visibles de deshidratación.

Salí del hospital con la certeza de que mi lealtad está con Karen y no con sus hijas. Las dos tenían la esperanza de que me aliara con ellas para quitar de en medio a Ismael. Pienso que ante la muerte, la vida cobra una dimensión diferente y yo no tengo por qué coludirme e impedir lo que ella anhela tanto.

Su sueño me pareció de gran contenido simbólico y su reacción ante él fue de muchos cuestionamientos. Se rebelaba a la sola idea de que su enfermedad le estuviera pasando a ella; argumentaba sobre los porqués de su embarazo, de que a estas alturas de su vida ella diera a luz a una niña. Parecía por momentos confundir la frontera entre su realidad y el sueño. Ella no podía aceptar que no estuviera embarazada de Ismael cuando era lo que más quería en ese momento.

Al profundizar en el sueño Karen se sentía sucia, como si todo lo que saliera de ella fuera malo. Me comentaba que el sueño la despertó en repetidas noches y que sentía que se le salía el corazón y que en el ruidoso silencio de su cuarto compartido sentía que todas las pacientes se podían dar cuenta de lo repugnante que era ella.

Vuelven a irrumpir los sentimientos devaluatorios. Está tan frágil, tan vulnerable, que pareciera que ante la enfermedad y la amenaza de la muerte todas sus defensas se resquebrajan y finalmente sale a la luz su verdad.

SUEÑO 3 (5 meses después de la operación)

Enero 30.2003

- Estoy feliz...nunca me había sentido así. Ismael es tan maravilloso, que todo lo que hace me parece perfecto... también estoy enojada pues todos los doctores que me vieron me aseguraron que me quedaban 3 meses de vida y ya llevo 5; y eso no es lo que me enoja, sino que previendo que no iba a llegar a Navidad, regalé toda mi ropa de invierno y ya no tengo que ponerme... ni yo me entiendo, quiero vivir pero sólo por Ismael... no me explico dónde estaba, por qué nunca me di cuenta de que la vida era algo más que sólo trabajar y trabajar. Siempre me enojé con todos los que me lo decían, pero para qué dejaba de trabajar si no había un Ismael en mi vida. Aunque mis hijas digan que estoy entretenida con "mi estudio antropológico" no me importa...quiero que me ayudes a ver cómo le hago para irme de mi casa. Mis hijas ya tienen que ver por ellas mismas, da igual que sea ahorita o cuando me muera y creo que prefiero ir viendo cómo se desarrollan lejos de mi, porque todavía a estas alturas, quieren que yo les haga todo y no tengo fuerzas, lo único que quiero es estar con Ismael y ellas lo siguen rechazando y haciéndole groserías...una amiga me presta un departamento amueblado que tiene desocupado y no tengo ni siquiera que pagarle renta, de lo único que me tengo que hacer cargo es de los gastos de administración...sé que se me va armar con toda mi familia, pero estoy decidida...nadie me apoya, a todos se les hace una locura que quiera vivir sola, pero tengo derecho...yo quiero decidir cómo quiero morir...si nunca me atreví a decidir cómo vivir, no me puedo detener en estos momentos...total si me condeno y si vivo en pecado los últimos días de mi vida, Dios sabe que siempre viví de acuerdo a las normas que me enseñaron, y aparte nunca fui feliz, en cambio ahora sí lo soy y lo voy a defender cueste lo que cueste, no cabe duda de que "los buenos principios sólo llevan a malos finales".

- Karen, te das cuenta que cuando me pides ayuda, es porque tú misma ya te ayudaste. Te oigo tan clara, tan decidida...

- *¿Tú crees que se valga pedirle a Dios que me de más tiempo para disfrutar a Ismael, aunque esté en pecado?*

- ¿Y qué es lo que te hace pensar que estás en pecado, sobre todo cuando por primera vez te oigo pararte en lo que quieres, en lo que necesitas y en lo que te hace feliz...qué no será más pecado vivir eternamente infeliz y dentro de unas normas y principios que por lo que oigo ya son obsoletos para ti y más ante la cercanía con tu muerte?

- *Pues creo que en eso necesito tu ayuda; pero si fuera pecado...estoy dispuesta a morir y condenarme. Ismael, el sexo y su ternura bien lo valen.*

- Y empezaste la sesión diciéndome que habías tenido otro sueño impactante...

- *Ah! Es cierto, soñé que estoy aterrorizada, en un gran mercado como la Central de Abastos, nunca he estado ahí pero supongo que así es. No sé para dónde moverme, ni a cuál puesto ir. Quiero comprar muchas cosas, pero siento que llevo el dinero justo. Como paso un tiempo inmóvil, un hombre se me acerca y me dice: Güerita, si quiere yo la llevo a donde va. Yo le contesto: lléveme al puesto de la fruta, pero sólo le puedo dar 30 centavos. El se molesta y entonces suplicándole le vuelvo a decir: "bueno, si me lleva al puesto de las verduras, le pudo dar 1 peso con 75 centavos".*

En otra escena estoy frente a un puesto de flores y pregunto el precio de la docena de rosas, la marchanta me dice que cómo las quiero: con espinas cuestan 15 pesos y sin espinas 8. Me suelto llorando porque sólo traigo 10 pesos y ya no me va a alcanzar para el taxi de regreso. Despierto con mucha angustia y llorando. Patricia ¿tú crees que me estoy volviendo loca?

NOTAS DE LA SESION:

La siento en gran confusión y caos. Moviéndose entre el pecado y sus ganas de vivir como desea; entre el deseo de vivir sola y el pánico a la crítica por dejar a sus hijas; con la motivación de su relación y el miedo a la condena.

La percibí como en su sueño, como una pequeñita perdida en el mundo sin saber hacia dónde moverse.

SUEÑO 4 (1 año después del diagnóstico inicial)

Julio 28.2003

- Quiero empezar la sesión contándote mi sueño, porque me hizo acordarme que hace muchos años varias amigas me dijeron que en los sueños se podía llegar a sentir un orgasmo. Siempre pensé o que estaban locas o que eran muy fogosas, porque qué casualidad que si a todas les sucedía, a mi, jamás, aunque me lo trataba de explicar pensando que si de día nunca había sabido lo que era un orgasmo, menos lo iba a distinguir de noche. El caso es que anoche me desperté con un orgasmo muy intenso, aunque ahora sí puedo decir que nada parecido a los que he tenido con Ismael...no se si mi sueño tenga que ver, pero soñé que estaba en una casa antigua, mi ropa y la de las personas que estaban a mi alrededor también lo eran.

Estoy sentada en un sillón en medio de la sala en la que se está llevando a cabo un baile y yo soy una de las invitadas, pero me siento muy inadecuada porque jamás me imaginé estar en una casa como esa, lujosa y elegante. Cuando me veo en el espejo estoy criticando mi peinado y mi vestido y un hombre muy guapo me toma del brazo para sacarme a bailar y en ese momento me siento la mujer más hermosa y afortunada del universo. Pienso para dentro: “qué glamorosa me siento, al fin la vida me hizo justicia” y al dar un giro tomada de la mano de mi pareja siento que tengo que contener un grito de emoción y en ese momento me despierta un orgasmo.

Suena a que me estoy volviendo una puta, ¿no crees?

- Me pregunto más bien, si no será que te estás volviendo mujer... (silencio)

- *¡A buena hora!*

- Hace apenas unas cuantas sesiones me decías que tu vida valía la pena a partir de conocer a Ismael; que ni siquiera tus hijas habían logrado despertar en ti, en tu cuerpo y en tu vida, ninguna de las emociones que has conocido con él.

- *Si es cierto; creo que si digo “a buena hora” no es porque me arrepienta de lo que estoy viviendo, sino que sólo me pregunto, por qué hasta ahora. Tú mejor que nadie sabe lo que yo anhelé siempre vivir lo que estoy viviendo ahora...pero se me está acabando el tiempo, eso es lo que no entiendo...apenas estaba empezando a disfrutar algo en mi vida y me lo quitan. Nunca pedí cosas para mí, ni para mis hijas, siempre me conformé con lo que me tocó vivir, yo sólo le pedí a Dios una sola cosa: que me permitiera amar incondicionalmente...*

- ¿Y lo estás haciendo?

- *Si...y no debería quejarme, porque bien sabe Dios lo que yo amo a este hombre. A la mejor es una blasfemia lo que te voy a decir, pero ni a Dios lo amé nunca como lo amo a él. Lo veo y me parece perfecto: lo que habla, todo lo que sabe y me enseña, cómo me cuida, cómo me ha enseñado a disfrutar mi cuerpo, a sentirlo. A veces me da pena con él cuando me ve desnuda, porque ya no tengo carne. Quiero taparme para que no se me vea mi esqueleto y me dice que ahora si parece de verdad un buen político porque tiene el mejor hueso del mundo. Cuando me lo dice me siento tan amada...(cambio hasta de tono). He estado leyendo sobre el cáncer de páncreas y dicen que es el cáncer de la soledad... ¿Tú crees en esas cosas...?*

- Y si no lo ponemos en los libros sino en tu experiencia de vida, ¿tú que dices?

- Hasta hace unos meses yo hubiera dicho que no .Yo siempre me sentí muy llena de cosas interesantes, de actividades; nunca me alcanzaba el tiempo para nada.

- Ni siquiera para darte cuenta qué tan sola te has sentido toda tu vida, verdad...

NOTAS DE LA SESION:

El silencio fue profundo, su llanto, aún más. Son tan pocas las ocasiones en las que se permite llorar, que guardé silencio junto con ella porque sus lágrimas lo decían todo. Me sentí muy conmovida, sentí que toda yo estaba llorando con ella y por ella. Me hizo la seña de que me fuera. No había mucho más que decir.

Me llama la atención cómo empieza a sentirse merecedora de un buen trato. Cómo ante la más mínima prueba de afecto se entrega, casi puedo pensar que se pierde, se funde con el otro.

SUEÑO 5 (1 año 3 meses después de la operación)

Noviembre 11.2003

-Patricia he bajado 40 kilos, ¿lo puedes creer? Tuve mi primera sesión en la Clínica del Dolor; yo no sé para qué me obligaron a ir. El doctor que me operó me dijo que era requisito para que me pudiera prescribir la morfina, dice que no entiende cómo puedo soportar el dolor con una simple inyección de Dolac, pero descubrí algo importante, aunque no me atreví a decírselos porque de seguro me iban a tachar de loca. Cuando llega Ismael puedo estar retorciéndome del dolor y él ni siquiera lo nota, porque como siempre quiero tener relaciones y él siempre quiere darme gusto, ni cuenta se da, pero ya van varias veces que me pasa que un orgasmo es como la dosis de morfina ideal. Yo también pensé que estaba loca y por eso no me había atrevido a comentártelo, pero el otro día que me metí al chat internacional de enfermos terminales de cáncer de páncreas, un señor americano que está a unos días de morir comentó que las endorfinas, eran la morfina natural del organismo y

pienso que tiene toda la razón; aunque también me dijo, junto con otros, que no me hiciera la fuerte, que no tuviera miedo de aceptar la morfina, que el dolor también desgastaba mucho y que yo estaba haciendo esfuerzos innecesarios por contener el dolor. Yo les dije que tenía mucho miedo de hacerme adicta a la morfina y sabes qué me contestaron: “no te preocupes, antes de hacernos adictos...nos vamos a hacer ángeles”.

- ¡Qué manera tan dulce, para decir verdades tan amargas!

- *Sí, me pareció increíble... (silencio) Pasaron tantas cosas en esa cita en la clínica del dolor que me siento muy cargada y confundida. Yo creía que estaba haciendo las cosas lo mejor posible. No dar molestias, no quejarme, dejar ir a mis hijas y resulta que todo está mal.*

- ¿A que te refieres con que todo está mal?

- *A algo que tú ya me habías dicho, pero que yo no entendía: hacerme responsable de mi enfermedad...yo pensé que el aguantarme era hacerme responsable.*

- Y hoy, ¿cómo lo entiendes?

- *Pues la doctora me dijo, igual que tú, que ese sentido del humor sarcástico, resultaba muy agresivo para mi y también para los que están cerca queriéndome acompañar, especialmente para mis hijas. Dijo que riéndome de esa manera de mi, de mis huesos y de mi dolor, precisamente lo que hacía era impedirme tocar el dolor y también imposibilitaba que mis hijas pudieran sentir su propio dolor y despedirse de mi...fue tan impactante Patricia, que de verdad quiero que me perdones, porque ya me los habías dicho y yo no te hacía caso...*

- No creo que sea motivo para que me tengas que pedir perdón. Créeme, yo siento que lo que estás viviendo es tan fuerte, que obviamente vas a utilizar todos tus recursos y más, para no sentir.

Y de verdad Karen cuando yo veo esa defensa tan grande con la que te estás resguardando del dolor, me merece tanto respeto... que sólo internamente me digo: tengo toda la certeza de que Karen lo va a poder tocar algún día.

- *¿Y puedo saber por qué estás tan segura?*

- Sí, porque no se me olvida que tú me pediste que querías morir conscientemente y te he visto dar todos los pasos necesarios para lograrlo.

- *Entonces por qué no puedo, por qué tengo estos sueños tan horribles. Esta semana tres veces soñé casi lo mismo, que estaba en la puerta de la escuela dando por el micrófono la salida a los niños cuando pasa un camión escolar que me engancha con la defensa por el tórax a la altura del páncreas y empieza a dar vueltas a la manzana. En la primera vuelta se me clava un vidrio en la garganta que no me deja gritar y conforme el camión sigue pasando frente a la escuela, una y otra vez, se me va pegando en el cuerpo un montón de basura, envolturas de papitas, cartones, latas de refresco oxidadas, hasta que quedo totalmente cubierta. Mi mayor desesperación es que nadie de la escuela me escucha y por lo mismo el vidrio logra desgarrarme la garganta.*

NOTAS DE LA SESION.

Por fin tocó el dolor y yo con ella.

En esta sesión acabé de convencerme de dos cosas: una, que el verdadero cuidado al otro está en decir la verdad; que aunque duela, la verdad no daña, la verdad fortalece, nutre, aporta recursos y expande la conciencia y la otra es que el contacto con el dolor entra en la conciencia cuando estamos listos para recibirlo; ni un minuto antes.

Cuántas y cuántas sesiones habíamos vivido intentando romper la coraza, utilizando todos los recursos posibles para que ella pudiera unir sus experiencias con su dolor y no había manera.

Estaba tan convencida de que su vida era feliz y que lo difícil lo tenía que pasar por alto u ofrecérselo a Dios que tuvo que llegar la enfermedad y la amenaza de muerte para que a través de la doctora de la Clínica el Dolor, Karen se asomara a la inmensidad de su experiencia dolorosa.

SUEÑO 6 (3 meses antes de su muerte)

Enero 5.2004

-Tuve una experiencia increíble el fin de semana... pero lo más increíble de todo es que este año ha sido el más feliz de mi vida. Cualquiera que me oiga va a decir que estoy loca: una moribunda, con cáncer, sin trabajo, lejos de sus hijas y siendo la más feliz...Pues sí, la más feliz. Fui con Ismael a Tequisquiapan a realizar otro de mis sueños: me subí en un globo aerostático. Creo que fue un ensayo de lo que va a ser tocar el cielo...fue maravilloso, no lo podía creer, por momentos me preguntaba si era efecto de la morfina, si estaba alucinando, pero volteaba y veía la cara de Ismael y entonces me aseguraba de que era verdad, porque su expresión se parecía tanto a lo que yo sentía que ya no lo dudaba. Regresando me acompañó a comprar el vestido para mi funeral. Miss Karen la monja, la mocha, la anticuada, la que nunca quería que la vieran, si esa...se compró un vestido rojo; total, si este año he roto con todas las normas de la Santa Madre Iglesia y de mi honorable familia por qué no ponerme un vestido rojo para que me entierren. Además compré la música que quiero que mis hijas pongan cuando arrojen mis cenizas en Cancún: (tarareando la canción) her name was Lola, she was a show girl, Copacabana....sabes Patricia, tuve otro sueño en donde me veo en un lago apacible remando suavemente en un pequeño bote y en cada brazada que doy con los remos, siento mi voz interna que dice "ya me estoy acercando a la fuente".

Este sueño que tuve anoche es el único que empieza a tener un sentido; sin que tú me tengas que ayudar, es como si algo dentro me avisara que ya estoy cerca, no tengo miedo, estoy en paz, no tengo pendientes. Me siento tan afortunada...la vida en este año fue muy generosa conmigo, tanto, que hasta me dio la oportunidad de que la relación con Ismael fuera lo suficientemente corta, para que fuera perfecta. Nunca había tenido una fiesta y me festejaron mis 50 años en grande...nunca había tenido una casa para mi sola y con todas las cosas que yo quisiera ponerle y este año, el último, supe cómo era mi gusto; no lo sabía, siempre había vivido con gustos ajenos.

NOTAS DE LA SESION:

No había nada que decir. Estaba tan cansada...Sólo la escuché. Hubo muchos silencios, pero tan, tan placenteros, que me siento afortunada de acompañarla. Cualquiera que diga que es difícil acompañar a un moribundo, no sabe de lo que se pierde. Esta sesión fue como hacer un recorrido por su vida. Es increíble ver esta otra parte de Karen. La entendí tanto cuando me decía de su imagen mongil hace años cuando fue a esas primeras sesiones a la Ibero, que sólo porque he vivido cerca de ella lo puedo creer. Su energía me sigue impresionando; apenas se puede poner en pie, tiembla tanto con la morfina, que no sé de dónde puede sacar la fuerza para estar volando en un globo. Me parece admirable. Hoy es de esas sesiones en las que puedo estar segura de que uno, como orientador, es el que verdaderamente se enriquece al tener a un ser humano al frente. ¿Nos tendría que pagar una persona por una sesión como estas?

SUEÑO 7 (a 2 semanas de morir)

Marzo 1°.2004

Entro a su cuarto y me la encuentro sentada en su sillón viendo hacia el jardín. Al acercarme la veo ya con mucha dificultad para hablar por los visibles rasgos de deshidratación. Sus labios están totalmente partidos, hay que remojárselos constantemente con una gasa. Aún así me dice:

Creo que ya llegó la hora, ya no siento fuerzas para hablar. Las piernas casi no me sostienen, sólo quiero ver el jardín...qué raro, ya ni siquiera quiero ver a Ismael. Me siento como en el sueño que tuve anoche, en el que me veo escalando una montaña de piedra bastante escabrosa y aunque me siento sumamente débil y ya casi sin fuerza, continúo con voluntad y entusiasmo porque en cada paso que doy hacia arriba siento que estoy a punto de tocar el sol...Patricia, no me quiero morir sin darte las gracias, fuiste de las mejores cosas que me pasaron en la vida.

- ¿Aceptarías por la relación que tenemos de tantos años, que sea yo quien te de las gracias? Tú hace más de año y medio me pediste que te ayudara a morir conscientemente. Fue difícil que me lo pidieras. No tenía idea de lo que eso significaba, de lo único que estuve siempre segura es que si me comprometí a acompañarte en tu vida, no tenía por qué dudar de hacerlo en tu muerte. Sólo quiero que tú también te vayas con la certeza de que para mi ha sido una bendición recorrer este camino contigo. Recuerdo que siempre te inquietó saber si hay otras vidas o no y yo jamás te di una respuesta, pero hoy quiero que sepas que si acaso las hay, estoy convencida de que algo muy bueno he de haber hecho en la otra, para que en esta me tocara acompañarte hasta el final...Adiós Miss Karen.

NOTAS DE LA SESION.

Hoy acabó mi relación con Karen. Tengo sentimientos muy ambivalentes. Estoy muy triste porque ya no la voy a volver a ver y muy contenta porque su compañía me hizo tener otra perspectiva de la vida y de la muerte. Cada día que la vi, fue un día en el que yo ya no me quería morir, aunque fuera un pedacito.

3.6.2. Análisis de los sueños

En el presente trabajo analizaré los sueños como parte del proceso que Karen vivió al enfrentar su muerte, alternando las fases del duelo en los estados de ensoñación y vigilia.

Me parece importante señalar el énfasis de la función predictiva de los sueños que en su tiempo mencionaba Aristóteles, debido a que en la primera manifestación onírica que presenta Karen, parece confirmar que algunos símbolos –en este caso el cuágulo que escurre entre sus piernas- son reconocidos primero por el inconsciente, manifestándose en padecimientos somáticos que aún no han sido detectados clínicamente. El primer sueño que relata antes del diagnóstico médico, sugiere que posiblemente el padecimiento que aún desconocía provocó en ella como soñante las imágenes que posteriormente permiten deducir la función premonitoria de los sueños. (Freidberg, A. 1975).

Como se puede ver en su reacción ante el relato del sueño, manifiesta un proceso ambivalente, ya que por un lado existe en ella una gran necesidad de contar su sueño y aparentemente colocarlo como contenido central de la sesión, pero por

otro surge de inmediato la cancelación abrupta de cualquier sentimiento que la lleve a tocar el impacto sufrido por la noticia de su enfermedad, lo que denota a nivel de vigilia una **Negación** importante del impacto emocional.

Como sugiere (Kübler-Ross, E. 2004) podemos observar en Karen una alternancia de las fases de duelo; mientras que en la sesión primera niega y evade cualquier reacción de evidente bloqueo afectivo ante el sueño, el contenido emocional del mismo nos permite inferir la clara expresión de la **Rabia** y el enojo, aunque en la sesión lo único que deseaba era ponerse en acción como medida defensiva, que resguardara, por lo menos temporalmente, su sensación de bienestar y fuerza.

Al no poder contener sus sensaciones de profundo menosprecio y confusión entre lo que piensa y siente, lo externaliza e inunda su ambiente, arrojando hacia el exterior de manera agresiva, todo lo podrido y sucio que siente de sí misma, invadiendo su propio lugar de trabajo, sobre todo tomando en cuenta que dentro del contexto de la vida de Karen, la escuela y sus alumnos representan su mundo, aquello que la sostiene emocional, afectiva y económicamente. Cuando finalmente logró penetrar al contenido emocional de este sueño se dio cuenta que el significado de su vida había estado siempre puesto en el acto mismo de enseñar, por lo que para ella cobraba un doble sentido el ver cómo se le estaba yendo la vida (a través de la sangre, como símbolo del líquido vital) haciendo lo que siempre había disfrutado, pero al mismo tiempo contactando con el pánico de ensuciar aquello que verdaderamente sostuvo su existencia. El pensar que de ella pudiera salir aquel líquido negro que iba escurriendo por todo el salón, era congruente en ese momento con todos los sentimientos de vergüenza que la habían acompañado la mayor parte de su vida: siempre sintiendo algo sucio dentro de sí, siempre experimentándose inadecuada, en pecado o con algo defectuoso por lo que podía ser rechazada. Este sueño a decir de ella misma era como la radiografía de su propia vida.

Los sueños repetitivos hablan de una preocupación real en la vida consciente que no puede ser todavía expresado en palabras. Generalmente contienen una carga emocional que la persona no es capaz de contener y por lo mismo la verdad se oculta a través de símbolos que tienen que ser traducidos dentro del proceso de auto conocimiento. “La compulsión a la repetición tiene que ver con lo que aún no se ha podido elaborar dentro del proceso” (Saenz,C. 1997)

Este segundo sueño rico en simbolismo, representó para Karen gran desconcierto; no sólo porque nunca antes había recordado sus sueños, sino por el hecho de que se repitiera durante varios días consecutivos con un componente de angustia que en esos momentos le resultaba difícil contener. Casi al igual que en su primer sueño, en éste se vuelve a expresar ira y agresión. La primera frase que respondió al preguntarle qué era lo primero que venía a su mente, fue una reacción encubiertamente violenta de “por qué a mi, por qué en este momento, tanto que desee estar embarazada y tener una hija de Ismael, pero tenía que suceder ahora que me estoy muriendo”. Por sus comentarios parecía estar confundiendo entre la realidad y la fantasía, entre lo bueno que implica la leche nutricia y lo malo simbolizado también en este líquido negro que de igual manera inunda todo el lugar; así mismo, entre lo interno representado simbólicamente como una hija y lo externo, manifestado en ella como frustración, como si su embarazo y su hija fuesen reales.

Al abordar con ella este segundo sueño, surgieron varios cuestionamientos: ¿quién crees que es esa niña?, ¿qué es “eso” femenino que empieza a nacer en ti y qué se aferra con tanta fuerza a la madre no soltándole el pezón, aunque se esté ahogando? Definitivamente para ella era un hecho real, no lo podía ver como un sueño; lo único que le hacía sentido era ser madre nuevamente.

Se reprochaba ser tan mala madre y este sueño lo veía como una señal de que la vida le presentaba una nueva oportunidad.

Cuando retomamos el sueño, varias sesiones después, logró contactar con que esa niña podría ser ella misma aferrándose al pezón de su mamá. Con dolor se lamentaba nunca haberse podido dar cuenta de la falta que le había hecho desde su muerte. Siempre que habíamos intentado abordar algo de su pasado, o aún del presente, que permitiera asomarnos a ver sus carencias y necesidades afectivas, surgía de inmediato un bloqueo defensivo que con sarcasmo e ironía minimizaba, argumentando que no tenía tiempo que perder hablando de “esas cosas” que ya ni se podían resolver. Fue a raíz de este sueño en el que por vez primera pudo contactar con el dolor de la pérdida temprana de su madre.

En el tercer sueño también se puede observar mucha confusión y caos; no sabe ni cómo es el lugar en el que está, ni qué hacer. Su confusión ocurre ya no tanto en lo interno como en los dos primeros sueños, sino en el afuera. No puede discriminar si la quieren ayudar o la están agrediendo. Es como si se sintiera muy pequeña; hasta el manejo monetario que hace nos está hablando de la edad en la que se experimenta. Se maneja en pesos y centavos como una niña y en su confusión no distingue entre lo que quiere pactar. Lo bueno, lo positivo, lo alegre como las flores no puede recibirlo, parecería que prefiere las rosas con espinas, pero al mismo tiempo se angustia de que no le alcanza. Además nuevamente este sueño nos permite ver cómo se manifiesta su sensación en la vida en donde a ella nunca le alcanza nada para estar bien, como si no se mereciera nada y siempre fuera menospreciada y regañada.

Karen, que se documentaba y leía todo lo que caía en sus manos en relación a la muerte, pudo asociar este sueño con la etapa del **Pacto** que menciona (Arcelus, 1988). Aunque se sabía desahuciada, experimentaba una ligera posibilidad de que se le premiara por la buena conducta que había tenido durante toda su vida. “¿No será, decía, que este regateo que hago en la Central de Abastos, se parezca a lo que me pasa en las noches cuando rezo y le digo a Dios que si me concede unos días más para disfrutar con Ismael, yo le ofrezco a cambio mi dolor?”

Ya en el cuarto sueño, en el que se ubica en la casa antigua, parece manifestar que el proceso que está viviendo le está ayudando a sentirse merecedora de algo diferente a lo que siempre ha tenido. A pesar de su menosprecio y descalificación, aquí ya no es la niña de los sueños anteriores, ya creció, ya se muestra como mujer merecedora del afecto de un hombre. En la realidad como en el sueño, ya es capaz de sentir el placer de un orgasmo, que nunca había podido experimentar y aunque al final se califica como “puta”, ya puede sentirse merecedora de gozar de su sexualidad.

La **Depresión**, como otra de las etapas del duelo, la podemos ver expresada en su quinto sueño, en el que siente que nadie la escucha, que la agraden; que a pesar de sus gritos de auxilio nadie está ahí para ella. En este sueño podemos también observar un giro: la basura y la inmundicia ya vienen del afuera, en contraste con sus dos primeros sueños en donde claramente lo malo le venía de adentro. Parece como si hubiera podido sacar lo malo de sí misma y haber podido ponerlo en el exterior. Experimenta una fuerte sensación de ataque y agresión de su mundo exterior; siente en la realidad que lo que en un principio fue novedad para todo su entorno, ya después de un año de enfermedad se estaba convirtiendo en una carga para muchos.

Decidió entonces etiquetar sus muebles y objetos personales con el nombre de sus destinatarios y así como el vidrio en su garganta le impedía gritar y pedir ayuda, ya en su vida todas las señales externas denotaban depresión. Entrar a su casa era como asistir a una tienda de remates; ya se estaba despidiendo, quitando o regalando sus pocas pertenencias. Había en ella una profunda frustración, se sentía engañada por los médicos que según decía, le habían asegurado una sobre vida de tres meses después de la cirugía y llevaba más de un año de intensos dolores.

Aún así por momentos volvía a la lucha, sacaba fuerzas de su misma enfermedad y se iba de viaje, se subía a un globo aerostático, se calmaba el dolor dejándose sostener en el mar y no se quedaba con el deseo de hacer aquello que siempre quiso y no lo había podido lograr.

Tres meses antes de su muerte se presentó un sexto sueño en el que pareciera que el caos entre el adentro y el afuera se aclara; se apacigua toda la expresión agresiva que venía manifestando, al igual que la suciedad que la invadía interna y externamente. Como si en el proceso de su enfermedad y en el paralelo proceso de acompañamiento hubiera logrado un remanso, lo que se señalaría como la fase de **Aceptación**. (Kübler-Ross, 2004)

Aunado a ello, dos semanas antes de su muerte, me comparte el último sueño que representaba para ella la aceptación de lo difícil y escabroso que fue su camino.

Hace una recapitulación de su vida y puede ir nombrando lo bueno y lo malo que vivió. Ya para este momento podía discriminar entre ambos.

Creo que el poder darme las gracias, fue como si finalmente aceptara que también tuvo alguien que la cobijó, sintiéndose merecedora de algo bueno en su vida.

En conclusión, puedo decir que los sueños se convirtieron para Karen en el espacio espiritual en el que fue encontrando respuestas a la angustia existencial de enfrentar su propia muerte. Le sirvieron también para completar su experiencia de vida.

Ella, cuyos enormes ojos azules estuvieron siempre pendientes de lo externo, al palpar su cercanía con la muerte pudo finalmente volver su mirada al interior y enfrentar con valentía la sombra de su vergüenza y sus culpas; de su profundo auto rechazo y menosprecio y más que nada de la intensa soledad que siempre estuvo presente, pero que sólo pudo contener y aceptar al final de sus días. Fue un privilegio acompañarla en este proceso y escucharla decir, cómo cada símbolo de sus sueños se iba convirtiendo en “telegramas enviados por Dios” para ayudarla a despedirse de su cuerpo, de sus hijas, de su pareja y de la vida.

Fue importante ver cómo sus sueños le sirvieron de vía para ir integrando esas partes fragmentadas que jamás había podido contactar. Se hizo dueña de su dolor y de su sufrimiento; de su hostilidad y su agresión; de su fortaleza, pero también de la rudeza consigo misma; de su enorme soledad y al mismo tiempo de su capacidad para acompañar a otros. Finalmente se despidió de este mundo con la experiencia de su amor y su pasión por la vida.

Considero también que las técnicas que proveen diversas aproximaciones teóricas en el manejo de los sueños son sumamente valiosas, pero ninguna de ellas se puede equiparar a la importancia del vínculo afectivo dentro del ambiente terapéutico de respeto, congruencia y empatía.

3.7. Conclusiones Generales: Reflexiones

3.7.1. Mi enfrentamiento con el dolor

Más allá de lo que dicen muchos textos de que el dolor es un área de oportunidad que fortalece, por mi parte puedo decir que a través de esta experiencia, lo aprehendí. No sé si la próxima vez que me enfrente al dolor de otra pérdida pueda decir lo mismo, porque lo que sí pude concluir es que el dolor es una experiencia única, del momento, que nos arriesgamos a vivir o la rechazamos, pero que nuestra alma siempre vive como nuevo cada enfrentamiento con el dolor.

Pude percibir cómo la mayor parte de quienes estaban cerca de Karen lo primero que intentaban era buscar una explicación intelectual que les permitiera entender el por qué de un dolor que les parecía absurdo e inagotable. Pasaban del desconcierto a la incredulidad; de la culpa a la indignación. Se preguntaban por qué se dejaba morir como si de alguna manera su muerte se pudiera evitar si ella hubiera sido más cuidadosa antes los indicios de su enfermedad. ¿Sería que ante un "no significado" de su vida, parte de ella habría deseado morir?, no lo sé, pero lo que me enseñó del dolor fue:

* Que existe la creencia generalizada de que la mayor fuerza en la vida está dada por la capacidad para soportar el dolor, sin embargo cuando éste se presenta y las defensas ya no son sostenibles, los seres humanos podemos contener y enfrentar nuestro dolor sin evadirlo o negarlo, así como desarrollar la posibilidad de vivirlo y acercarnos a sanarlo.

* Que cuando se intenta negar el dolor físico o emocional, la persona se vuelve más vulnerable. Por el contrario, cuando se manifiesta y se vive con plenitud, la consecuencia es la fortaleza.

* Que cuando el dolor físico en el enfermo es muy intenso y prolongado, hay una reacción de angustia en el entorno y se presentan con frecuencia manifestaciones de rechazo, miedo, risa o sarcasmo y muchas otras expresiones de evasión.

* Que cada ser humano lidia con el dolor de maneras diversas de acuerdo a su cultura, edad, formación religiosa y de valores. Lo que puede ser universal es que lo que nos capacita para asimilarlo y enfrentarlo es nuestro propio proceso de desarrollo de la conciencia

* Que sólo la vivencia de los dolores tempranamente reprimidos puede anular los bloqueos emocionales.

Fue muy claro en el caso de Karen ver cómo la muerte temprana de la madre y la separación inmediata del núcleo familiar y de su país, provocó en los hermanos y en ella misma un endurecimiento importante ante el dolor. Fue hasta su enfermedad que casi todos ellos hablaron por primera vez de lo sucedido 40 años atrás e inesperadamente fueron juntos al cementerio donde se hallaban los restos de su mamá y empezaron a elaborar el duelo jamás vivido.

3.7.2. De cara ante la muerte

Con Karen tuve ante mí a una persona con la que siempre me identifiqué, con ambiciones y maneras similares de ver la vida y que además prácticamente tenía mi edad. Ella de alguna manera era en este momento una especie de espejo en donde yo me podía mirar y decir: "Sí, Patricia, tú también te puedes morir, no vivirás por siempre, esto te puede pasar". Sentirlo fue reconfortante, no tuve miedo, fue como acercarme dulcemente a la muerte y aprendí:

* Que la muerte es una experiencia tan intensa y desgarradora, que nos invade sin dejar lugar -en un inicio- para nada, ni siquiera para nosotros mismos. Llegado un momento somos más nuestros muertos que nuestros vivos.

* Que con cada ser amado que muere nosotros morimos un poco, pero también es cierto que ellos comienzan a vivir en nosotros de un modo que jamás lo hicieron en vida (supongo que ha de ser porque no podemos defendernos de su ausencia como lo hacíamos de su presencia).

* Que existe la creencia de que una muerte repentina, por enfermedad o accidente, es un privilegio para el que parte, aunque traumático de asimilar para los que se quedan. Mi visión se modificó en este proceso porque creo que el verdadero privilegio está dado por la posibilidad de enfrentarnos a la muerte de una manera consciente y reflexiva que nos permita hacer una profunda revisión, concluir pendientes y alistarnos para el momento que ha sido la fuente principal de angustia en nuestra vida: la muerte.

* Que ante la amenaza real de la muerte, las cosas, el tiempo, los valores cobran un sentido diferente. Los objetos importantes, pierden su significado. Cuando se han cerrado los asuntos pendientes con las personas más cercanas, pareciera que la relación empezara a soltarse de amarres y se quedara verdaderamente libre el vínculo afectivo.

* Que la muerte deja un tremendo vacío de la persona que se va; se acaban las maneras de explicarse dónde quedaron esas personas tan amadas y sólo por momentos se siente el leve consuelo de que aquel que partió está en un mejor plano y en un contacto más cercano con aquello que nos enseñaron como la “verdadera felicidad”.

* Que a pesar del lapso prolongado de la enfermedad, ante la inminencia de la muerte existe una reacción generalizada de incredulidad que lleva a intentar comprobar que lo que se está viviendo es real: tocar el cadáver, constatar su temperatura, etc., como si a través de ello se manifestara la curiosidad interna por develar los misterios de la muerte.

* Que tal vez todos los cuestionamientos y esfuerzos para entender una muerte que parece prematura son simplemente intentos para protegernos del miedo y el dolor de que nos pase lo mismo.

* Que no todo está bajo nuestro control, a veces sólo necesitamos tiempo para aceptar que hay cosas que son porque son; así nada más. Mejor darle una vuelta a la hoja y sigue viviendo.

3.7.3. Mi comprensión de la naturaleza humana

* Que los seres humanos generalmente no creemos poder soportar el dolor, pero llegado el momento de enfrentarlo sacamos fuerza de nuestra propia naturaleza y pareciera que el dolor mismo va desarrollando nuestra capacidad para contenerlo.

* Que nuestra naturaleza humana es perfecta: cuando ya no podemos resistir el dolor, de manera natural lo evadimos, nos resistimos a él o lo negamos, aunque al minuto siguiente podamos enfrentarlo con relativa facilidad. Así como nuestro organismo físico se desmaya naturalmente ante un dolor que no puede soportar, nuestra psique consigue de mil maneras evitar el dolor hasta que estamos capacitados para contenerlo.

* Que uno viene a la vida a aprender, a tratar de hacerse feliz en el día a día. Que a veces estamos arriba y a veces abajo y que en el lugar donde nos encontremos tendríamos que aprender a decir: “esto pasa, es cíclico”, porque en definitiva nuestra naturaleza es cambiante, está en continuo movimiento.

* Que una vez que pasa el impacto emocional de la proximidad de la muerte, nuestra naturaleza humana surge con fuerza y permite con la conciencia de uno mismo, permanecer en la vida y hasta el último momento ser capaces de desarrollar potencialidades nunca antes experimentadas.

* Que cuando el ser humano tiene conciencia de sí mismo, necesariamente toma conciencia de su muerte física, de su vacío, de su soledad, de su aislamiento y falta de identidad, que a fin de cuentas son expresiones de otras formas de muerte.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, A. (2006). *Reeducación Emocional*. México: Editado por el Instituto Nacional de las Mujeres.
- Alina-Díaz, C. (2003). Reporte médico: “*Síndrome Antifosfolípido Primario*”. La Habana, Cuba: Revista del Instituto de Hematología e Inmunología.
- Alvarez-Gayou, J.L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y Metodología*. México: Paidós Educador.
- Arcelus, M. & Atkin, L. (1988). *La psicología en el ámbito perinatal: duelo y muerte*. México: Editorial Médica del Instituto Nacional de Perinatología.
- Bermejo, J. (2005). *La muerte enseña a vivir. Vivir sanamente el duelo*. Madrid: Ed. San Pablo.
- Bonete Perales, E. (2004). *¿Libres para morir?: en torno a la tánato-ética*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bowlby, J. (1983). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Cabodevilla, I. (1999). *Vivir y morir conscientemente*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cabodevilla, I. (2001). *En vísperas del morir: psicología, espiritualidad y crecimiento personal*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Campbell, J. (1984). *El héroe de las mil caras: psicoanálisis del mito*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Cohen, E. (2005). *El Silencio del Nombre. El rito judío de la muerte*. Apuntes
- De Garay, G. (2001). *Cuéntame tu vida. Historia oral: historias de vida*. México: Ed. Instituto Mora.
- Engel, G.L. (1964). *Grief and Grieving*. American Journal of Nursing,
- Fagan, J. & Shepherd, I., (1978). *Teoría y Técnica de la terapia guesáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Frankl, V. (1987). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Ed. Herder.
- Frankl, V. (1978). *Lo que no está escrito en mis libros*. Barcelona: Ed. San Pablo
- Freidberg, A. (1975). Tesis. *La interpretación de los Sueños*.
- Freud, S. (1967). *La Interpretación de los Sueños, Obras Completas, Vol.I* Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1968). *Aportaciones a la interpretación de los sueños. Obras Completas, Vol.III*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1970). *Duelo y Melancolía*. Obras Completas Madrid: Biblioteca Nueva.

- Fromm, E., (1957). *The Forgotten Language*. New York: Grove Press, Inc.
- González-Garza, A. (1987). *El Enfoque Centrado en la Persona*. México: Trillas.
- Grund, S. (2004). *Hematology & Oncology*. New Britain: VeriMed Healthcare.
- Gendlin, E. (1985). *Let your body interpret your dream*. Wilmette, IL., Chiron.
- Hernández-Haddad, V. (1988). *Trayectoria del duelo en muerte súbita y en muerte por enfermedad crónica o enfermedad terminal*. Madrid: Ed. San Pablo.
- Jacobs, S. (1993). *Maladaptation to loss*. London: American Psychiatric Press, Inc.
- Jacobi, J. (2002). *El hombre y sus símbolos según Jung*. Barcelona: Biblioteca Universal Contemporánea.
- Jung, C.G. (1964). *Teoría del Psicoanálisis*. México: Ed.Nacional S.de R.L.
- Jung, C.G. (1969). *Las Enseñanzas del Sueño en: Los Complejos y el Inconsciente*, Madrid: Alianza Editorial.
- Jung, C.G. (1969). *Significación individual del sueño en: Los Complejos y el Inconsciente*. Madrid: Alianza Editorial.

- Kübler-Ross, E. (1994). *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Grupo Zeta.
- Kübler-Ross, E. (1999). *La Rueda de la vida*. Barcelona: Grupo Zeta.
- Kübler-Ross, E. (2004). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Random House.
- Lerner, M. (1974). *Introducción a la psicoterapia de Rogers*, Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lindemann, E. (1944). *Symptomatology and management of acute grief*. American Journal of Psychology,
- Moore, T. (1992). *El cuidado del Alma*. Barcelona: Urano.
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida: guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Olmeda, M.S. (1998). *Las mentes del duelo*. Madrid: Master Line S.L.
- Osadolor, I. (2005). *Logoterapia para mejorar el sentido de vida en pacientes con ansiedad ante la muerte*. (Archivo computadora)
- Perls, F. (1973). *El Enfoque Gestáltico: testimonios de terapia*. Chile: Cuatro Vientos.
- Rodríguez, G. & Gil, F.J. & García, J.E. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Aljibe.

- Rogers, C. (1951). *Client Centered Therapy*. Boston: Houghton, Mifflin Co.
- Rogers, C. (1957). *The Necessary and Sufficient Conditions of the Therapeutic Personality change*. *Journal of Consulting Psychology*, Vol.24, No.2.
- Saenz Castellanos, C. (1997). *El Sentido psicológico de la aparición de la muerte en los sueños*. México: Editores Nuevos.
- Sánchez, E.J. (2001). *La Relación de ayuda en el duelo*. Madrid: Sal Térrea.
- Sanmartín, R. (2003). *Observar, escuchar, comparar, escribir. La práctica de la investigación cualitativa*. México: Ariel.
- Stein, M. (2005). *El Mapa del Alma según Jung*. Barcelona: Luciérnaga.
- Vallés, C.G. (2000). *Elogio de la vida diaria*. Santander: Sal Térrea.
- Wehr, G. (1991). *C. G. Jung: su vida, su obra, su influencia*. Barcelona: Paidós Testimonios.
- Weiss, Peter, (1973). *El duelo*. Barcelona: Lumen.
- Worden, W. (1991). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Anexos

Anexo 1

Algunas consideraciones sobre el Síndrome Antifosfolípido Primario

El síndrome antifosfolípido, descrito inicialmente como lupus eritematoso sistémico, aparece en personas que no reúnen criterios de alguna enfermedad conocida, por lo que su identificación y tratamiento adquieren gran importancia en personas con fenómenos tromboticos aparentemente inexplicables y en mujeres con abortos y muertes fetales recurrentes sin otra causa reconocible. Su diagnóstico se hace en presencia de trombosis arterial y trombosis venosa. Se resalta que la anticoagulación ante fenómenos tromboticos debe realizarse de forma indefinida (Alina-Díaz,C. 2003).

Manifestaciones Clínicas:

Forma subaguda: caracterizada por migraña recurrente, trastornos visuales y disartria ocasional con posibles antecedentes de trombosis venosa profunda o abortos a repetición. Forma grave: caracterizada por insuficiencia valvular rápidamente progresiva y trombosis diseminada.

El principal rasgo asociado al síndrome, son las trombosis, tanto arterial como venosa, lo cual se distingue de otros muchos trastornos por hipercoagulabilidad. Esta trombosis intravascular se expresa clínicamente en forma de episodios recurrentes y las manifestaciones clínicas dependen del territorio afectado. El territorio arterial mas implicado es el intracraneal, se hace evidente por ataques transitorios de isquemia (ATI) o estableciendo áreas de infartos únicos o múltiples, lo cual puede, incluso, evolucionar a demencia multiinfarto.

Las trombosis intracardíacas, el infarto del miocardio, la hipertensión pulmonar, la trombosis de la arteria mesentérica, la necrosis vascular de la cadera por trombosis adrenal, han sido reportados como parte del fenómeno trombótico. Los vasos arteriales periféricos y los distales pueden afectarse y producir gangrena.

Las manifestaciones neurológicas reportadas con mayor frecuencia son: epilepsia, migraña y mielitis transversa. Manifestaciones cutáneas que remedan vasculitis, úlceras venosas.

Tratamiento:

Las bases del tratamiento en estos pacientes no están todavía establecidas, aún existen controversias. El tratamiento profiláctico en aquellas personas que tienen dicho síndrome sin manifestación clínica no está indicado. Los fenómenos trombóticos tanto arteriales como venosos son indicación de tratamiento anticoagulante. La duración del tratamiento debe ser la indicada habitualmente para dicho fenómeno trombótico, aunque algunos autores sugieren que sea indefinido para prevenir las recurrencias, ya que están descritas cuando se retira la anticoagulación. En los pacientes con fenómenos trombóticos, a pesar del tratamiento anticoagulante, se ha recomendado el tratamiento inmunosupresor asociado.

Anexo 2

Cáncer de páncreas

Causas, incidencia y factores de riesgo

El cáncer pancreático es el cuarto tipo de cáncer que más muertes causa en los Estados Unidos. Esta enfermedad es ligeramente más común en los hombres que en las mujeres y el riesgo de padecerla incrementa con la edad.

La causa de esta condición se desconoce, pero es más común en las personas fumadoras y en las obesas y casi un tercio de los casos se puede atribuir al consumo de cigarrillos. Existe una controversia acerca de si la diabetes es un factor de riesgo para esta enfermedad. Se sabe que una minoría de los casos está relacionada con síndromes hereditarios. (Grund, S. 2004).

Síntomas

- Pérdida de peso
- Dolor abdominal
- Pérdida del apetito
- Ictericia
- Náuseas y vómitos
- Debilidad
- Fatiga
- Diarrea
- Indigestión
- Dolor de espalda
- Depositiones de color arcilla
- Palidez
- Depresión

Tratamiento

En el momento del diagnóstico, únicamente el 20% de los tumores pancreáticos se pueden extirpar por medio de una cirugía y el procedimiento estándar que se utiliza se llama pancreaticoduodenectomía (procedimiento de Whipple).

Esta cirugía para cáncer pancreático se debe hacer en centros médicos que realicen este procedimiento con frecuencia. Algunos estudios sugieren que los hospitales que realizan al menos 9 resecciones pancreáticas por año tienen mayor éxito con este procedimiento.

Cuando un tumor se encuentra limitado al área del páncreas pero no se puede extirpar, se recomienda una combinación de radioterapia y quimioterapia. La quimioterapia se utiliza usualmente sola cuando el tumor se ha extendido a otros órganos (metástasis) como el hígado. El agente quimioterapéutico estándar que se utiliza es gemcitabina, el cual brinda un mejoramiento clínico en aproximadamente el 25% de los pacientes, aunque se pueden usar otros medicamentos.

Los pacientes como Karen, que presentan obstrucción biliar (bloqueo de los vasos que transportan la bilis), a quienes no se les puede extirpar el tumor totalmente, necesitan la resolución de dicha obstrucción y, para hacerlo, generalmente se emplean dos métodos: la cirugía y la colocación de un *stent* biliar, similar a los que se colocan en las arterias del corazón para desobstruir los bloqueos.

El manejo del dolor y de otros síntomas es una parte importante del tratamiento de un cáncer pancreático avanzado. Un hogar para pacientes terminales puede ser muy útil tanto para el manejo del dolor y de los síntomas, como para brindar apoyo psicológico al paciente y a la familia durante el curso de la enfermedad.

Expectativas (pronóstico).

Algunos pacientes con cáncer pancreático al que se le puede hacer resección (que puede ser extirpado quirúrgicamente) se curan, sin embargo las tasas de dicha curación son significativamente inferiores al 50 %.

Frecuentemente, se hace quimioterapia y radioterapia después de la cirugía para intentar aumentar la tasa de curación. En los pacientes con cáncer pancreático que no se puede extirpar completamente con cirugía, o con cáncer que se ha extendido más allá del páncreas, en la actualidad no es posible la curación y el promedio de supervivencia es generalmente de menos de un año. Tales pacientes podrían considerar la posibilidad de vincularse a estudios clínicos (una investigación médica para determinar el mejor tratamiento).

Complicaciones.

El cáncer pancreático puede ocasionar pérdida de peso, coágulos sanguíneos, disfunción hepática, infecciones, dolor y depresión. Síntomas como el dolor se pueden controlar usualmente con un manejo agresivo del mismo. Se debe buscar asistencia médica si se presenta dolor abdominal persistente, pérdida del apetito, fatiga, dolor de espalda u otros síntomas de esta enfermedad.