

Angustia de muerte en niños

Indice

Resumen.....	3
Definición.....	4
Introducción.....	5
Una mirada rápida en la historia.....	7
El tabú de la muerte.....	8
Metodología.....	11
Muerte desde la perspectiva filosófica.....	12
Cuando los niños mueren.....	12
Los cinco estadios.....	17
Influencia de los padres en la perspectiva de la muerte.....	20
La experiencia como factor que influye en la formación del concepto de muerte..	21
La muerte en pacientes desahuciados.....	23
Psicoanálisis de la muerte.....	25
Angustia.....	34
Construir la muerte.....	35
El objeto, el sujeto y la muerte.....	36
Apéndice.....	37
Discusión.....	39
Conclusión.....	41
Bibliografía.....	43

RESUMEN

El propósito de este estudio es el de conocer si el niño es consciente de que puede llegar a morir al ingresar a un hospital. Por otro lado, conocer como es que el infante empieza a tener experiencias con la muerte real y cómo es que vive los diferentes duelos que se le presentan durante el tratamiento. Otro aspecto es el manejo de la angustia que el niño vive respecto a la muerte. El estudio está realizado a través de tres disciplinas:

Sociología: Como la familia, el medio y el concepto de muerte en la sociedad mexicana, influyen sobre el niño.

Filosofía: el sentido de la muerte como significado de dejar de ser, no ser, inexistente para lograr definir a la muerte.

Psicoanálisis: dentro del cual se intenta profundizar en aspectos como angustia, duelo, así como conocer el punto de vista de Freud, Klein, entre otros.

Palabras clave: Angustia, duelo, muerte

ABSTRACT

The purpose of this study is to know if the boy is aware that he can die when he enters to a hospital. On the other hand the importance to know how does the infant starts having experiences with real death and how does he defeats different duels that appear during the treatment. An other aspect is how the boy manages the anguish related with the death the boy defeats. The study is realized through three disciplines:

Sociology: What does he influence of the family, the environment, and the concept of death in mexican society produces in an ill boy.

Philosophy: The sense of death as meaning of stop being or not be to define death.

Psicoanalysis: It tries to go deep in aspects like anguish, duel, as well as to know the point of view of Freud, Klein, among others.

Key words: Anguish, duel, death.

DEFINICIÓN DE PALABRAS CLAVES.

CONCEPTO DE MUERTE: Gartley y Bernasconi (1967) mencionan que las teorías freudianas indican que la muerte es una fuerza motivadora en la vida, en algunos casos es una fuerza consciente y en otros casos es una fuerza inconsciente.

CONCEPTO DE MUERTE EN NIÑOS: Evelson y Grinberg (1962) mencionan que según Freud los niños no tienen una concepción realista de la muerte ya que hablan de personas muertas como si temporalmente estuvieran ausentes ya que en el inconsciente no cabe la idea de la muerte.

MUERTE FISIOLÓGICA: El ser vivo es un compuesto más o menos complejo de células, vivas también. Cada una de éstas es por naturaleza mortal, pero en la organización corporal nacen otras para sustituir a las muertas. Al cabo de un tiempo, más o menos largo según los seres, la renovación de las células vivas se hace más lenta, después cesa totalmente. Desde el punto de vista biológico, a muerte, cuando se trata de la muerte natural, no se presenta como un acaecimiento súbito, sino como un proceso lento. Puede decirse que, biológicamente, el ser vivo comienza a envejecer y por lo tanto a morir desde el momento de su nacimiento. Sin embargo, la muerte total del individuo no se produce hasta que la última de los miles de millones de células vivas que componen su cuerpo haya muerto. (Pérez, 1990)

ANGUSTIA: El cuerpo enfermo genera múltiples sensaciones corporales displacenteras que se traducen por angustia. Puede ser manifiesta o estar latente. Está vinculada a la defensa del yo, esa gran sede de angustia (Freud, 1926).

DUELO: Es la elaboración gradual de un afecto, el cual, si fuera descargado en su pleno vigor – es decir, la

cantidad total de catexis desencadenadas por la pérdida del objeto – arrollaría al yo (Fenichel, 1984).

La muerte es el hecho más universal y pronosticable de la existencia humana. Todo ser humano, sin excepción, debe enfrentarse con la muerte de sus familiares, amigos y conocidos y finalmente con su propio fallecimiento biológico. Si la perspectiva de la muerte es la cosa más segura de la vida, el momento de la muerte es la más insegura. Nunca se sabe cuándo ni cómo vendrá. Lo lógico sería pensar que bajo estas circunstancias se tratara de saber lo más que se pudiera acerca de este fenómeno y que cada persona se prepara para hacerle frente a ésta en cualquier momento. Sin embargo parece ser que ocurre lo contrario. El progreso de la civilización occidental y los triunfos tecnológicos de la ciencia mecanicista han ido acompañados de una profunda y creciente negación de la muerte. El occidental medio a lo largo de su vida intenta evitar enfrentarse con el tema de su mortalidad, ya sea emocional, filosófica o espiritualmente y cuando sobreviene la muerte, le pilla totalmente de sorpresa.

Esta situación se agrava debido a la posición a la que la ciencia moderna ha relegado a la conciencia humana. La conciencia se ve tan sólo como un producto de los procesos fisiológicos del cerebro. Por lo tanto, lo único lógico es considerar la destrucción del cuerpo y del cerebro como el fin absoluto del ser humano.

Para la mente científica occidental la muerte es la muestra final del fracaso humano. Es un doloroso recuerdo de los límites de la capacidad de controlar la naturaleza y su propio destino. La medicina contemporánea, con sus aparatos superespecializados y su magia técnica, considera a la muerte como algo que se debe conquistar o, al menos posponer a toda costa. Aunque el personal médico se esfuerza por prolongar la vida biológica, se presta muy poca atención a las necesidades psicológicas, filosóficas y espirituales del paciente, o a la condición en la que transcurren sus últimos días.

El énfasis principal de la profesión médica no es sólo el prolongar las funciones del organismo, sino que frecuentemente se altera la conciencia del paciente con drogas que no sólo adormecen el dolor, sino que también inhiben la conciencia del proceso de morir.

Un occidental típico tiene que enfrentarse a la muerte totalmente desprevenido, aislado del importante contacto social y saturado del espíritu nihilista de la filosofía materialista. El o ella se enfrenta con la más profunda de todas las crisis, la que afecta simultáneamente a las dimensiones sociológica, emocional, filosófica y espiritual de su ser y, sin embargo, hasta hace poco los psiquiatras y psicólogos dejaban de lado el proceso de la muerte.

Los profesionales de la salud mental, aunque exploraban cada uno de los aspectos de la vida humana con minuciosidad y pedantería, no ofrecían ayuda psicológica al moribundo y consideraban que el tema de la muerte no tenía que ver con la psicología, la psicopatología ni la psicoterapia.

Esta situación ha cambiado dramáticamente durante la última década. Como resultado de las investigaciones de Elizabeth Kübler-Ross, Raymond Moody y otros, ahora hay un vívido interés por la muerte y el proceso de morir, tanto entre los profesionales como entre los profanos. Pero a pesar del agudo entendimiento sobre la importancia de la muerte y el proceso de morir, y a pesar de todo el trabajo que se ha hecho, todavía no se ha desarrollado ningún método para aliviar el sufrimiento de los que están muriendo.

UNA MIRADA RAPIDA A LA HISTORIA

Aries, siempre atento a la historia de las ideas de la muerte en occidente, refiere que la indiferencia ante la muerte se remonta, con sus especiales características, al fin de la Edad Media.

Es representativo de esta actitud Giovanni Battista Gelli, que muestra indiferencia ante la enfermedad, y los auxilios espirituales ante la muerte. Él desea una muerte inconsciente, la más parecida al sueño. Morir sin darse cuenta, es la gran ventaja que tiene el animal sobre el hombre. Así, poco a poco se empieza a poner a la

muerte a discreta distancia y no en primer plano como en la Edad Media.

Esta tendencia se acentúa en la segunda mitad del siglo XVIII; comienza con un sentimiento crispante hacia la nada que coexiste con la esperanza en el mas allá, y culmina con un cierto tipo de indiferencia hacia la muerte y a los muertos, como un abandono a la madre naturaleza en las elites ilustradas, y como un despreocupado olvido en las masas urbanas. La sociedad se sitúa en una pendiente hacia la nada.

Después de la segunda mitad del siglo XIX se da un cambio sustancial en la relación del moribundo con su entorno. Se experimenta un gran embarazo ante la muerte y no se sabe cómo manejarla.

Alrededor de 1930 principia, con el progreso de la medicina, la etapa de esconder la muerte en el hospital. Este fenómeno se generaliza a partir de 1950. De este modo, el peso del cuidado del enfermo y moribundo se desplaza de la casa al hospital, y la muerte se hace menos visible.

En 1956 Geogrey Gorer, denuncia que así como el sexo fue desprovisto de alma y comercializado, animalizado y despersonalizado, así la muerte en la sociedad está siendo sometida a los mismos parámetros muerte y violencia resulta un popular espectáculo. Gorer protesta por la trivialización de la muerte por un lado y la inhibición de ella, por otro. Ambos aspectos banalizan la muerte.

Más recientemente, el 13 de mayo de 1976 se exhibió en la Televisión Americana un largo documental de 4 horas, titulado Dying. Ariés analiza detalladamente la película, que revela más la opinión pública actual que la literatura reciente sobre la muerte. Un común denominador es la resultante de los cuatro casos estudiados, la muerte es algo sin importancia; ha sido despojada de su sentido trágico y convertida en un hecho ordinario. La muerte se considera un hecho técnico ordinario, tan insignificante como necesario. (Ariés, en Pérez, 1990)

EL TABU DE LA MUERTE

El tratar de huir de la muerte ha sido una actitud constante de todas las épocas, pero en el siglo XX esta actitud se ha acentuado tanto que se ha convertido a la muerte en verdadero tabú.

El memento mori (recuerda que vas a morir) del saludo cartujo, parece que se ha desterrado del planeta. Y si en el cartujo podría parecer obsesión por la muerte, en el mundo ha aparecido la obsesión de su olvido.

En general, hablar de la muerte o reflexionar sobre ella, es considerado algo lúgubre, morboso, irritante, o al menos de mal gusto. Y esto aun en los funerales. En los velatorios se charla de negocios, se cuentan chistes, se liga, se flirtea y algunas veces se reza.

En efecto, actualmente ya casi nadie muere en casa (y esto también es parte del tabú) rodeado de sus seres queridos. Se muere en el hospital atendido por fríos o indiferentes profesionales de la muerte. Los niños no tienen acceso ni al hospital, ni al velatorio, ni al cementerio.

Por un lado se teme tanto al dolor y a la agonía, que se considera como muerte ideal la que acontece de improviso (al menos no sufrió), sin que se de cuenta, inconscientemente. Al enfermo se le trata como a un niño, se le oculta su gravedad (no se vaya a morir del susto), se le roba su muerte. Por otro lado, se propicia un deshumano encarnizamiento terapéutico: se lucha a toda costa y a todo costo contra la muerte; no se acepta la condición mortal del hombre.

Ante la muerte se le pedía al estoico ataraxia, es decir dominio de sí, dignidad; al cristiano, serenidad y esperanza; al hombre moderno, sólo discreción: Ocultar y reprimir el dolor y el llanto bajo las gafas oscuras o el velo negro. Cada vez con mayor rapidez se hace desaparecer el cadáver, no sin antes embalsamarlo y maquillarlo, para luego destruirlo lo más posible: incinerarlo. Es precisamente con la muerte falsa como el modo americano de morir llega a un compromiso entre el tabú de la muerte y el culto a ella, que imponen las

necesidades psicológicas y las convenciones sociales. Todo esto hace pensar si, como en otras áreas, en México no se está importando en el mismo paquete modelos extranjeros y cultos paganos, que contradicen ricas y sanas tradiciones.

Para los antiguos mexicanos la oposición entre muerte y vida no era tan absoluta como para el mexicano contemporáneo. La vida se prolongaba en la muerte, y a la inversa. La muerte no era el fin natural de la vida, sino fase de un ciclo infinito. Vida, muerte y resurrección eran estadios de un proceso cósmico, que se repetía insaciable. La vida no tenía función más alta que desembocar en la muerte, su contrario y complemento; y la muerte, a su vez, no era un fin en sí; el hombre alimentaba con su muerte la voracidad de la vida, siempre insatisfecha. El sacrificio poseía un doble objeto: por una parte, el hombre accedía al proceso creador (pagando a los dioses, simultáneamente, la deuda contraída por la especie); por la otra, alimentaba la vida cósmica y la social, que se nutría de la primera.

El advenimiento del catolicismo modifica radicalmente esta situación. El sacrificio y la idea de salvación, que antes eran colectivos, se vuelven personales. La libertad se humaniza, encarna en los hombres. Para los antiguos aztecas lo esencial era asegurar la continuidad de la creación; el sacrificio no entrañaba la salvación ultraterrena, sino la salud cósmica; el mundo, y no el individuo, vivía gracias a la sangre y la muerte de los hombres. Para los cristianos, el individuo es lo que cuenta. El mundo, la historia, la sociedad está condenado de antemano. La muerte de Cristo salva a cada hombre en particular. Cada persona es un Hombre y en cada uno están depositadas las esperanzas y posibilidades de la especie. La redención es obra personal.

Ambas actitudes, por más opuestas que parezcan, poseen una nota común: la vida, colectiva o individual, está abierta a la perspectiva de una muerte que es, a su modo, una nueva vida. La vida sólo se justifica y trasciende cuando se realiza en la muerte. Y ésta también es trascendencia, más allá, puesto que consiste en una nueva vida.

La muerte moderna no posee ninguna significación que la trascienda o refiera a otros valores. En casi todos los casos es, simplemente, el fin inevitable de un proceso natural. En un mundo de hechos, la muerte es un hecho más.

También para el mexicano moderno la muerte carece de significación. Ha dejado de ser tránsito, acceso a otra vida más vida que la vivida. Pero la intrascendencia de la muerte no lo lleva a eliminarla de la vida diaria. Para el habitante de Nueva York, París o Londres, la muerte es la palabra que jamás se pronuncia porque quema los labios. El mexicano, en cambio, la frecuente, la burla, la acaricia, duerme con ella, la festeja, es uno de sus juguetes favoritos y su amor más permanente. Ciertamente, en su actitud hay quizá tanto miedo como en la de los otros; mas al menos no se esconde ni la esconde; la contempla cara a cara con impaciencia, desdén o ironía: si me han de matar mañana, que me maten de una vez.

La indiferencia del mexicano ante la muerte se nutre de su indiferencia ante la vida. El mexicano no solamente postula la intrascendencia del morir, sino la del vivir. Las canciones, refranes, fiestas y reflexiones populares manifiestan de una manera inequívoca que la muerte no los asusta porque la vida nos ha curado de espantos. Morir es natural y hasta deseable; Cuanto más pronto, mejor. La indiferencia ante la muerte es la otra cara de la indiferencia a la vida. Matarse porque la vida, la suya y la ajena, carece de valor y es natural que así ocurra: vida y muerte son inseparables y cada vez que la primera pierde su significación, la segunda se vuelve intrascendente. La muerte mexicana es el espejo de la vida de los mexicanos. Ante ambas el mexicano se cierra, las ignora. (Paz, 1984).

METODOLOGIA

OBJETIVO: Conocer la angustia que se manifiesta en los niños respecto a la muerte desde el punto de vista filosófico, psicoanalítico y sociocultural.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿El niño tendrá conciencia de que una de las consecuencias de su enfermedad puede ser la muerte?

H.A: Los niños al entrar al hospital no tienen conciencia de que una de las consecuencias de su enfermedad puede ser la muerte.

H.O: Los niños al entrar al hospital ya tienen consciencia de que una de las consecuencias de su enfermedad puede ser la muerte.

La muerte como separación de alma y cuerpo es quizá la definición más popular en occidente. Separación significa ante todo supresión de una unión. La muerte como fin de la vida.

La muerte da a la vida humana una enorme seriedad: ella es histórica, única e irrepetible con un significado inderogable. La vida entre un verdadero principio y un verdadero fin. Ella no sería un ensayo provisional, sino que la vida del hombre tendría gracias a la muerte una importancia decisiva.

(Heidegger 1926) El hombre es una posibilidad siempre abierta, ya que el ser humano (dasein) no sólo tiene ser sino que tiene que ser. Su ser no es estático, sino siempre está presionado hacia delante, hacia su propia realización, siempre más allá de sí mismo. En otras palabras, el ser humano nunca está completo sino que siempre incluye la posibilidad de ser más.

La muerte es la posibilidad más importante que ilumina la existencia del ser humano, ya que la muerte es la suprema y máxima posibilidad del ser humano en este mundo la muerte es la posibilidad que contiene y abraza todas las otras posibilidades. Ella es una posibilidad insuperable en tanto que las demás posibilidades son superables y secundarias comparadas con la muerte. Así mismo la muerte es la más propia, personal, insustituible e incommunicable de las posibilidades, además, siempre presente.

CUANDO LOS NIÑOS MUEREN

La muerte de un niño al parecer es especialmente cruel y sin sentido. Los niños son también un símbolo; son la promesa de que la vida se renueva, de que hay algo que sobrevive a la propia muerte. Cuando un niño muere, muere también con él esa esperanza.

La muerte de un niño resulta mucho más difícil de aceptar. Que padres, esposos, hermanos y amigos mueran aún se puede intentar asimilar en paz; pero que también tengan que morir los niños es algo infinitamente más difícil de comprender y de aceptar internamente (Mittag, 1996).

Esto desde luego no siempre ha sido así. Al menos la actitud social frente al niño y la infancia ha cambiado profundamente en los últimos cien o doscientos años. En la antigüedad y todavía en la Roma imperial la muerte de los niños era una forma generalmente aceptada de control de la población. Y hasta bien entrada la edad media no se consideraba todavía al recién nacido como una persona. También era una práctica ampliamente extendida la eliminación de niños recién nacidos. A los lactantes se les dejaba morir de hambre, se los abandonaba, ahogaba y golpeaba o en el terreno fronterizo de la voluntad, el olvido y el descuido (Ariés, en Mittag, 1975) se les asfixiaba sin más en la cama de los progenitores. Todavía en el siglo pasado persistía la costumbre de no poner de primeras nombre alguno al recién nacido, porque no se sabía si sobreviviría. Por la misma época, en los registros de muchas familias americanas a los niños que todavía no habían cumplido un año se les designa sumariamente como sin nombre o anónimo (Ariés, en Mittag, 1982).

Hoy por el contrario, la muerte de un niño provoca en los progenitores una tristeza y desesperación agobiantes a la vez que sentimientos de fracaso y una vigorosa rebelión interna contra la crueldad del destino, que le ha arrebatado a su hijo. Justamente por ello es tan importante escribir también sobre la muerte de los niños.

Cuando, por ejemplo, mueren de una afección cancerosa niños ya mayores, se aplica realmente todo lo dicho hasta ahora; Sólo que el dolor, la rebelión y la tristeza son por lo general todavía mucho más intensas que cuando muere un adulto, y que para los parientes y amigos resulta aún más difícil hablar de la muerte con el niño.

Para los padres, los médicos, el personal asistencial y demás cuidadores eso significa estar a disposición del niño, darle a entender inequívocamente que se le quiere y que no es algo inútil, responder honradamente y de un modo congruente con su grado de desarrollo a las preguntas que formule y alentarle activamente a que exprese sus ideas y sentimientos de palabra o por otros medios (dibujos, juegos) (Mittag, 1996).

La mayor parte de los niños sufrirá menos si no se les separa de su hogar, de sus padres y sus hermanos. También para los padres es a menudo consolador estar a lado de su hijo moribundo. Algunas investigaciones norteamericanas han demostrado que casi en la mitad de los casos en los que un niño ha muerto en la clínica, al menos uno de los progenitores necesita ayuda psiquiátrica; mientras que eso no ocurre casi nunca cuando el hijo ha muerto en casa (Buckingham, 1987). Por lo demás, aquí juega también un papel el hecho de que las familias que cuidan a un niño moribundo en el hogar disponen quizá ya de antemano de mejores recursos para controlar las crisis y por lo mismo después de la muerte del hijo necesitan con menos frecuencia de apoyo profesional. Pero hoy se sabe también por muchas autodeclaraciones que los padres asimilan más fácilmente la pérdida de su hijo, cuando el niño ha muerto en casa o al menos estando ellos presentes. Muchas madres cuentan que para ellas había sido después infinitamente importante el haber convivido la agonía de su pequeño y que el niño hubiera muerto en sus brazos.

En general, no constituye ningún impedimento el que, además del niño enfermo, haya en la casa otros hermanos mayores o menores. Tampoco es necesario ir de puntillas en una casa en la que hay un niño agonizando. Una de las grandes ventajas precisamente que presenta la situación doméstica es que el niño puede tomar parte hasta el final, al menos de una manera pasiva, en la vida diaria.

A lo cual se añade que la mayor parte de los niños nada hay que teman más que el ser diferentes de los demás niños. Siempre que es posible quieren llevar una vida normal, quieren ir a la escuela, jugar, comer de todo lo que comen los otros niños y distinguirse lo menos posible de los amigos sanos. De ahí que para los niños resulten especialmente difíciles de soportar ciertos inconvenientes, como por ejemplo la pérdida del cabello a efectos de la quimioterapia. El estar en casa y no en el hospital representa también para los niños una especie de normalidad.

Es difícil la decisión de sacar del hospital a un niño enfermo de muerte para llevárselo a casa, porque de ordinario, tratándose de un niño, es más difícil de aceptar internamente que va a morir y que es inútil cualquier intento de salvación, que cuando se trata de un adulto. La mayor parte de los padres sólo estarán en condiciones de cuidar de su hijo gravísimo cuando, tras numerosas conversaciones con los médicos, se han hecho a la idea de que realmente no queda ninguna esperanza para su pequeño. Es un conocimiento que resulta infinitamente difícil de aceptar.

Muchos padres harán hasta el final esfuerzos desesperados por salvar todavía a su hijo. De ahí que con frecuencia insistan todavía en un tratamiento máximo, cuando los médicos que tratan al pequeño han renunciado ya a toda esperanza. No hay sitio para la decisión de llevarse al niño a casa para que muera. Se cree perfectamente comprensible que médicos y otros ayudantes profesionales hacen bien en aceptar esa manera de obrar.

Ante una afección incurable de su hijo muchos padres se vuelven también a otros métodos alternativos de curación, a menudo incluso oscuros, de los que sin embargo se prometen un remedio. Para los médicos que tratan al enfermo eso resulta a menudo muy difícil. Perciben el comportamiento de los padres como un rechazo radical de la medicina académica y en muchos casos temen con razón un empeoramiento del estado del niño debido a esa decisión paterna. En ocasiones hasta puede darse una perplejidad totalmente personal,

porque los padres a menudo no reconocen el gran esfuerzo de los médicos y no parecen prestarles confianza alguna.

El psicólogo y médico de Friburgo, doctor Fritz Muthny ha recogido las posibles funciones positivas de la adopción de métodos alternativos de curación y ha señalado vías favorables de actuación (Muthny, 1990). Considera como aspectos positivos ante todo el mantenimiento de la esperanza, que ayuda a evitar la resignación, la entrega y la depresión personales. También el que a través de métodos alternativos se abren quizá posibilidades añadidas de tratamiento y alivio. Finalmente, a menudo se deriva de todo ello un mayor apoyo social, que puede favorecer a los padres y al niño.

En tales casos, los médicos deberían continuar mostrándose abiertos a los padres, pues de otro modo ya no podrán ganarse su confianza. Deberían meditar asimismo de una manera realista sobre el grado de peligro efectivo para el niño y reflexionar sobre los propios motivos, valoraciones y objetivos. Y, finalmente, tendrían que estar dispuestos a reconocer los propios límites y las limitaciones de su arte de curar.

La ocupación de los padres, a menudo exclusiva, en la enfermedad de uno de los hijos representa las más de las veces un grave problema para los demás hermanos. Tal vez eso puedan asumirlo más fácilmente, cuando en la propia casa viven el hecho del porqué los padres tienen tan poco tiempo para ellos y cuando, por su parte, pueden asumir algunas responsabilidades en la atención a su hermano enfermo. También después de la muerte de la hermana o del hermano enfermo tienen los hermanos que superar una múltiple pérdida. Sienten tristeza por su hermano muerto, por la dedicación que sus padres no han podido prestarles en las semanas y los meses pasados y todavía tienen que asimilar la pérdida derivada del hecho de que los padres en luto todavía les faltarán emocionalmente por un largo tiempo. Efectivamente, la situación familiar tras la muerte de un niño con muchos hermanos es una situación que se vive con angustia y desolación extremas.

Por eso hacen bien muchas familias por conseguir en esa época difícil la ayuda y apoyo de fuera. Actualmente en muchas ciudades existen grupos para familias que han perdido a un niño. También pueden prestar ayuda las instituciones de asesoramiento locales, las instituciones públicas y privadas. (Mittag, 1996).

LOS CINCO ESTADIOS

Cinco etapas diferentes se presentan en el siguiente orden aunque hay ocasiones en que se puede dar una etapa antes o después que otra.

• NEGACIÓN O AISLAMIENTO

La negación no solamente es usada durante las primeras etapas de la enfermedad, sino que también suele aparecer más tarde y a veces de vez en cuando. Su función es de servir como amortiguadora después de recibir una grave noticia no esperada. Es una defensa temporal que pronto es reemplazada por una aceptación parcial. Una vez superada ésta, el paciente será capaz de hablar de su salud, de su enfermedad, de su mortalidad e inmortalidad.

• ENOJO

Cuando la etapa de negación no puede seguir manteniéndose por más tiempo, se reemplaza por sentimientos de envidia, coraje, rabia, resentimiento y enojo. Entonces el sujeto se pregunta: ¿por qué a mí?. Para el personal del hospital y para la familia resulta muy difícil enfrentarse al paciente que se encuentra en esta etapa. Esto se debe a que estos sentimientos son removidos en todas las direcciones y luego es proyectado al ambiente. Esto hace del encuentro un evento doloroso, por lo que los familiares tratan de evitar o retrasar las visitas siguientes y esto sólo aumenta el enojo y de la inconformidad del paciente. Lo trágico es cuando nos damos cuenta de las razones que llevan al paciente a ser tan agresivo y entonces la persona agredida lo toma como una agresión personal. Quizá si nos detuviéramos a pensar en esto, nos daríamos cuenta que nosotros

experimentaríamos los mismos sentimientos si de pronto nuestras actividades se vieran coartadas. En esta etapa es muy importante, el entendimiento, el respeto y la buena atención del paciente.

- REGATEO

Esta etapa es menos conocida pero no por eso de menos ayuda para el paciente. Suele presentarse en intervalos pequeños de tiempo. Es característica de esta el tratar de llegar a un acuerdo casi siempre con Dios. El regateo tiene como fin el intentar posponer lo inevitable, para lo cual hay que pagar un precio determinado. Por lo general, también suele incluirse la promesa de que el paciente no pedirá más si se le garantiza esta postulación. Sin embargo, Kübler–Ross observó que ninguno de sus pacientes guardaba tal promesa. Menciona que psicológicamente las promesas que suelen hacerse pueden estar asociadas con sentimientos de culpa por lo que es importante tomarlas en cuenta y analizarlas con el paciente para su mayor tranquilidad. (Kübler–Ross, 1972).

- DEPRESIÓN

Cuando ya no es posible que los pacientes terminales nieguen su enfermedad debido a las múltiples intervenciones quirúrgicas, hospitalización constantes, baja de peso y debilidad, entonces los sentimientos de agresión y hostilidad desaparecen y a cambio existe un profundo sentimiento de pérdida. La depresión es un arma que puede ayudar a la preparación de la pérdida inminente de todos los objetos amados. Esta etapa facilita el paso a la siguiente etapa, la etapa de aceptación, por lo que de nada sirve tratar de levantarle el ánimo al paciente, ya que esto no permitiría al paciente ver su muerte inevitable. Sería contraindicado decirle que no esté triste, ya que es ahora cuando el paciente está en el proceso de perder todas sus cosas y personas queridas. Si se le permite expresar su tristeza encontrará una aceptación final en una forma más fácil y estará realmente agradecido a las personas que compartan esta etapa de su enfermedad sin que constantemente tengan que pedirle que no esté triste.

Kübler–Ross plantea tres tipos de depresión:

DEPRESIÓN REACTIVA, que se da como respuesta a la enfermedad, tratamientos, y cambios de estilo de vida; y la preparatoria, que surge como: DEPRESIÓN ANTICIPATORIA, a la muerte, en los pacientes terminales o en agonía, generalmente es silenciosa, a diferencia de la primera, durante la cual, el paciente tiene mucho que compartir, y necesita mucho de la comunicación verbal, y a menudo de interacción activa.

DEPRESIÓN ANSIOSA: cuadro clínico, en el que ocurren la depresión, y la angustia, es decir: además de que el paciente se siente deprimido, sufre de una fuerte ansiedad: teme que algo malo está por ocurrir, lo cual le preocupa seriamente. Hasta sus actividades habituales, le causan miedo.

- ACEPTACIÓN

Esta se presenta cuando el paciente ha tenido el tiempo necesario para elaborar su muerte durante cada una de las etapas ya mencionadas con ayuda del personal o de algún familiar o amigo. Entonces el paciente ya no estará deprimido, ni enojado por su destino ya que ha sido capaz de expresar sus sentimientos anteriores, ahora esperará el próximo fin de su vida con cierta expectativa. En la mayoría de los casos el paciente que atraviesa por esta etapa estará débil y cansado, por lo que tendrá la necesidad de estar sentado o de dormir durante pequeños intervalos. Esta necesidad de dormir tiene como finalidad el aumentar los periodos de sueño.

Es importante no confundir esta etapa con una de felicidad. Esta está casi vacía de sentimientos; es como si el dolor se hubiera ido, como si la lucha hubiera terminado y ahora viniera el tiempo para un último descanso. Esta etapa suele ser la más difícil para los familiares y por lo tanto es cuando más apoyo necesitan. El paciente logra encontrar algo de paz y aceptación, disminuyen sus intereses, frecuentemente desea que se le deje a

solas y cuando hay visitas no desea entablar largas conversaciones. La comunicación suele ser no verbal.

Dentro de las cinco etapas lo único que permanece constante es la esperanza, ya que tienen la idea de que puede aparecer algo mágico que los cure.

Kübler-Ross, indicó que según su experiencia adquirida con el trabajo de niños moribundos logró darse cuenta que de manera intuitiva los niños saben del resultado de su enfermedad y que como los adultos creen que los niños no saben ni entienden de la muerte, el niño siente que no puede compartir esta experiencia con ellos y mejor la comenta con más niños. (Kübler-Ross, 1983).

INFLUENCIA DE LOS PADRES EN LA PERCEPCION DE LA MUERTE SOBRE LOS NIÑOS

Portz(1964) en Schowalter (1983), encontró que para los niños mayores de siete años, las influencias ambientales más significativas para la formación del concepto de muerte son las actitudes que manifiestan los padres cuando estos se ven confrontados con el hecho de la muerte y cuando tienen que explicarles a sus niños lo que es la muerte.

En Steinzor (1978-1979), Share presentó un análisis entre las diferentes posturas (hablar directamente de la muerte intensificaría la ansiedad del niño y la incomunicación es lo que aumenta el miedo), concluyó que el acercamiento abierto no aumenta la ansiedad sino que la disminuye.

Furman concluye que el niño de dos a tres años es capaz de entender la muerte si su madre puede discutirla con él en una forma realista, siempre y cuando se trate de objetos poco catectizados.

Plank (1978), observó que ante la muerte, las respuestas de una madre sensible a su hijo ayudaron a disminuir el miedo inmediato que a este le provocaba la muerte. Por el contrario, como en el caso de A. Wildgangs, nadie se ocupó de él después de la muerte de su madre, por lo que se retiró del mundo exterior haciendo uso de su propio cuerpo para consolar su soledad en la obscuridad.

Zwig, en Schowalter (1983), en su investigación ya descrita, sostiene que cuando los niños piensan en la muerte, les da miedo y por lo tanto la niegan. Menciona que una de las causas principales por la que los niños temen a la muerte es la actitud misteriosa de los padres, ya que esta impide un aprendizaje e inhibe discusiones acerca de la muerte. Los adultos son los transmisores principales de la angustia relacionada con éste tema. Comenta que las creencias irreales que los negros atribuyen a sus padres sugiere que los padres son de poca ayuda en la formación del concepto de muerte y que probablemente la t.v. es una influencia mucho más fuerte para el desarrollo de éstas ideas. Comenta que un impedimento de los padres para discutir el tema de la muerte en una forma constructiva con sus hijos, es el no haber superado sus propios temores.

Gartley y Bernasconi (1967), concluyeron que los niños aceptan la muerte y que el miedo que les produce es causado por la observación de la conducta de los adultos.

Su investigación se refiere al desarrollo de las actitudes hacia la muerte. Afirma que los padres suelen proteger a sus hijos del hecho de la muerte y que cuando tratan de hablarles de la muerte se muestran sin habilidad para hacerlo y entonces le dicen al niño que papá se ha ido de viaje a un lugar muy lejano y por mucho tiempo, o tratan de hacerlos sentirse felices por el hecho de que papi está en el cielo.

Sus propias actitudes revelan a sus hijos que ni siquiera ellos se sienten felices. En fin, piensan que la muerte debe ser aceptada como parte de la naturaleza, igual que la vida.

LA EXPERIENCIA COMO FACTOR QUE INFLUYE EN LA FORMACIÓN DEL CONCEPTO DE MUERTE EN EL NIÑO

Steinzor (1978–1979), mantiene que es obvio que los niños que han experimentado la muerte dentro de la familia, desarrollarán más temprano el entendimiento de la muerte como algo eterno.

Plank(1978), se pregunta si el miedo a la muerte se desarrolla por las expectativas anteriores o si es innato y opina que es difícil imaginar como puede existir un miedo antes de que su objeto pueda ser entendido. Agrega que el punto de vista de que el miedo a la muerte es innato en el hombre y en las bestias y que actúa como una fuerza muy poderosa en el desarrollo mental del individuo humano ha sido propuesta por filósofos como Schopenhauer.

Caín (1963), en su artículo señala lo importante que es no solamente preocuparse por el paciente moribundo, sino también por su familia. En la revisión de datos clínicos y en sus observaciones encontraron que más del 50% de sus sujetos (niños cuyos hermanos habían muerto), tenían fuertes sentimientos de culpa, de tristeza, llanto y depresión. La mayoría seguía sintiendo culpa, de tristeza, llanto y depresión. La mayoría seguía sintiendo una culpa activa después de cinco años de la muerte del hermano. Sentían que ellos también debían morir o que debían haber muerto en lugar de su hermano, por lo tanto señalan que no debían disfrutar de nada, buscaban un castigo, merecían lo peor y constantemente sentían acusaciones masivas del super yo.

De estos niños 1/3 parte no se les permitió hablar de evento, no pudieron desahogar la culpa.

Ya que las fantasías agresivas que rodeaban al muerto dejaban al hermano sobreviviente en pleito y con una culpa intensa, el niño solía crecer extremadamente atemorizado de perder control de su coraje y se sentía como un asesino potencial.

Por lo general el hermano del muerto tenía un concepto distorsionado de enfermedad y muerte y de la relación entre enfermedad y muerte y de la relación entre enfermedad y muerte. Aprendieron que crecer implicaba morir. Generalmente crecieron con miedo a las enfermedades, aumentó el miedo hacia los doctores, asociaban hospital con muerte. Algunos necesitaban que se les asegurara que Dios a nadie le hacía daño, otros odiaron a Dios por el asesinato. Algunos niños temían morir igual que el hermano, por la misma enfermedad y en las mismas circunstancias. Aumentó el miedo a la muerte y los niños temían que en cualquier momento ellos o alguno de sus padres morirían.

En el 40% de los casos hubo aniversario celebrado con identificaciones histéricas, con los síntomas prominentes del niño enfermo, incluyendo dolores y miedos histéricos, ataques asmáticos, etc. Algunos padres impusieron la identidad del niño muerto a uno de los sobrevivientes. El 15% reveló distorsiones cognitivas relacionadas con la muerte del hermano y especialmente inhabilidad específica para manejar conceptos de tiempo y causalidad.

LA MUERTE EN PACIENTES DESAHUCIADOS

Waechter (1971) en Steinzor (1978–1979), después de haber trabajado en una investigación con niños fatalmente enfermos, crónicamente enfermos, temporalmente enfermos y niños sanos, todos entre seis y diez años, concluyó que aquellos niños que tenían una enfermedad fatal sabían de su muerte y podían hablar de ella. Comenta que no son pocos los clínicos que se han sorprendido con las formas en que los niños pequeños llegan a una comprensión muy temprana de la muerte como el fin de la vida.

Spintetta (1974) en Steinzor (1978–1979), comparó a los niños moribundos con los que tenían una enfermedad fatal. Encontró que a pesar de los esfuerzos de mantener a un niño con una enfermedad fatal, sin que sepa de su pronóstico, de alguna manera se da cuenta de la sensación de que su enfermedad es realmente seria y amenazante, está consciente de que su enfermedad no es ordinaria ni común. Agregó que el factor predominante en las respuestas del niño moribundo es la intensa angustia ante la separación de sus padres y otros adultos.

Easson en Steinzor (1978–1979), opina que el niño de siete años ante la idea de morirse estaría profundamente angustiado ya que sabe que la muerte lo separará de su familia. Aún no está seguro de adónde irá, ni por cuanto tiempo, pero sabe que la separación es inevitable en la muerte y no quiere irse.

Solnit (1983), en su artículo acerca de los niños moribundos, comenta que los niños con una enfermedad terminal, no suelen preguntar directamente si morirán y entre los que lo hacen hay niños desde los cuatro y cinco años. Indica que antes de dar una respuesta a esta pregunta, es necesario entender lo que el niño pregunta, investigando primero lo que significa morir para el niño. Afirma que entre más sólida y efectiva sea la unión familiar, los padres estarán mejor capacitados para aceptar la enfermedad. Los niños suelen expresar sus preocupaciones fundamentales ya sea a través de preguntas directas o indirectas. Sostiene que invariablemente sienten a un nivel significativo lo que está sucediendo, quizá lo sientan al leer las caras gestos o sintiendo la tensión en su ambiente. Indica que para el niño moribundo el hecho de sentir que sus padres no lo pueden ayudar, aumenta el terror que sienten por el dolor, la tristeza de los que los rodean y la soledad de estar en el hospital. Propone tres tareas principales para confrontar al niño y a sus padres.

1–Reconocer lo que es la enfermedad en términos de sus temores y esperanzas. Explicarles a los padres qué tan seguro o inseguro será el éxito de la enfermedad y el tratamiento y qué pasos deben tomarse para entender mejor la naturaleza de la enfermedad amenazante. Se debe tomar en cuenta el nivel del niño y sus capacidades, anticipando las preguntas que el niño podrá hacer para dar una respuesta según su nivel, lenguaje, pensamiento abstracto y sus capacidades emocionales y cognitivas.

2–Hacerles saber a los niños y a los padres qué tratamientos disponibles hay, cuáles son los específicamente indicados y cuáles los opcionales, así mismo, deberán ser informados de los efectos y objetivos del tratamiento.

3–Permitir a los padres que movilicen sus recursos y que entiendan sus opciones para hacer las decisiones que ellos deseen en cuanto al tratamiento y cuidado de su hijo. (Solnit,1983).

Los resultados indican que en el tema relacionado con el hablarle a un niño de tres a seis años de su enfermedad terminal, hubo mucha diferencia de opiniones. Las secretarias, los clínicos y las enfermeras estudiantes estuvieron en su mayoría de acuerdo. En cambio, el grupo de servicio y el de los médicos fueron los que menos estuvieron de acuerdo.

En el estudio de Natterson Dnudson (1960), antes ya mencionado, observaron que el miedo realista a la muerte demostrado por los niños más grandes es importante por varias razones:

1–En los mayores el miedo a la muerte tomó una prioridad sobre los otros miedos.

2–El miedo a la muerte parece ser una función de una capacidad integrativa altamente desarrollada y de un sentimiento de realidad.

3–El miedo a la muerte en los más grandes fue urgente, penetrante y persistente, mientras que en los más chicos, las manifestaciones del miedo a la muerte fueron vagas.

PSICOANÁLISIS DE LA MUERTE

La muerte imaginaria y la muerte simbólica no tienen ya el mismo sentido: Si la primera desempeña la función de una máscara, de una palabra vacía al rededor de la muerte que guarda su secreto, la segunda está ligada a una Palabra, la del Padre muerto que funda la ley y el Deseo. Ella le da un sentido a la vida, a esta vida de la que nos dijo Freud (1988): 'Si quieres soportar la vida, debes estar dispuesto a soportar la muerte'.(Thomas, 1993)

La muerte imaginaria es la muerte imaginada, la del otro, por supuesto, ya que la nuestra escapa de nuestra mirada: La idea de nuestra propia muerte es incansable. El pensamiento de que no seremos más, no puede ser pensado. Lo que se imagina o fantasea lo es al rededor de este impensable. (ibid, 1993) Se ignora todo lo referente a la muerte – como al nacimiento –, el lugar, la hora, el cómo y el porqué.

El sujeto entra en el juego en tanto que muere. No hay sujeto del origen, a sí como no lo hay de la muerte, la muerte es terrible por que no se sabe y porque no se sabe que se está muerto. El escenario primitivo es el lugar o el tiempo no reconocible desconocible de la Nada donde se origina el Sujeto; de esta Nada que no puede decirse, de este `antes' sordo a todo secreto, del que lo propio es no ser poseído por nadie. (ibid,1993)

La muerte imaginaria es por lo tanto el modelo de todas las muertes actuales, pasadas o posibles, pero un modelo que es la negación de todo verdadero modelo, porque esta nada no dice nada, se contenta con ser la nada, o si se prefiere, la falta. Por el contrario, la muerte simbólica le da un sentido a la vida a través de la Palabra del padre muerto que funda la filiación mediante la ley que su muerte introduce. A partir de esta muerte, simbólica `muerte del padre', se hace posible el acceso a lo simbólico, a la palabra.(ibid. 1993). El Padre muerto funda la coherencia, tanto del sujeto como de su discurso. Es sobre este fondo de negatividad activa, la ausencia/presencia – el ausente (puesto que ha desaparecido) / presente (ya que ocupa la consciencia de los sobrevivientes)– del Padre muerto, que se funda el deseo del hijo o de la hija, pues la ausencia esta vez es nombrada, la ignorancia es reconocida desde ahora como tal.

El acceso a la palabra y al deseo sólo se hace posible cuando ya no hay que dominar o seducir a la muerte, cuando ésta se ha convertido en la Ley.

Llegar a lo simbólico es reconocer lo imaginario como tal, develarlo como mistificación.. (ibid 1993). Esta interpretación Lacaniana nos permite así encontrar el lugar destinado a lo imaginario y más aún a lo simbólico, a los cuales la muerte remite necesariamente. Ella aspira a pertenecer al orden de lo verdadero.

Escribe Heidegger (1926), desde la filosofía: El ser ahí puede conseguir una experiencia de la muerte y sobre todo dado que es esencialmente ser con los otros. El otro, ya cadáver, posibilita una imaginaria de intercambio entre vivos y muertos.

Si bien nadie puede tomarle a otros su morir (Heidegger, 1926), cada uno se escuda con un saber superficial sobre la universalidad de la muerte del saber profundo, vivencial. El ambiguo saber no vivencial acerca de la cotidianidad de la muerte ayuda a encubirla. Cuando se transforma en cierta, adopta la forma de una amenaza que se hace carne.

Dos valores opuestos se inscriben sobre el pensar la muerte: uno, de máximo coraje en tanto se enfrenta el miedo y se mira de frente lo perezoso de la existencia y la castración universal de la especie. Otro, de máxima cobardía en tanto constituiría una defensa frente a un miedo más grande aún que el de morir: el miedo a la vida. Resulta claro que la relación vivencial del hombre con la muerte genera un complejo campo de representaciones y de afectos.

La muerte presenta dos facetas siguiendo la dualidad pulsional: una positiva, constructiva; otra negativa, destructiva. Desde la primera faceta se constituye en una compañía psíquica que ayuda a sortear los obstáculos de la vida y a tolerar las frustraciones. Conduce en muchos casos a la sabiduría. Desde la segunda faceta, es vehículo de destrucción. En este punto se abre el tema de la fascinación por la muerte presente en múltiples experiencias (deportes riesgosos, traumatofilia, actos fallidos que rozan la muerte, etc.).

El hombre primitivo que yace en nuestro interior presa de mecanismos no superados (Freud,1919) revive en la magia y en la omnipotencia del pensamiento vivencias de daño, de castigo, de violencia, de amenazas espantosas, de cuerpo despedazado, etc. El hombre narcisista, en cambio pregonaba desde el inconsciente que nunca morirá. Con furia y dolor narcisista enfrenta las señales de paso del tiempo que desmienten y ponen en

jaque desde el principio de realidad la fantasía del inconsciente.

Junto con Heidegger, se puede enunciar que la angustia ante la muerte es angustia ante el poder ser más peculiar, irreferente e irrefutable. El ante qué de esa angustia es el ser en el mundo mismo. Más adelante agrega: no hay que confundir con el temor de dejar de vivir la angustia ante la muerte. Este no es un sentimiento cualquiera y accidental de debilidad del individuo, sino,, en cuanto fundamental encontrarse del ser ahí, el estado de abierto. En la angustia ante la muerte resulta puesto el ser ahí ante sí mismo en cuanto entregado a la responsabilidad de la posibilidad irrefutable. (Heidegger, 1926).

El por morir ha de elegir sus últimos actos y palabras, decidir sobre su fin, impartir órdenes y deseos, exigiendo, libre e imbuido de la dolorosa importancia del paso que media entre estar en el mundo y ya no estarlo nunca más. Dueño de sí, reafirma de esta manera la dignidad de su ser, más allá del dolor, la mutilación u otra herida corporal. Él es más que su cuerpo y se sostiene en el sentimiento de integridad. La muerte con su cortejo de ansiedades desbordantes ha sido domada. El sujeto se ha apropiado de ella, él conduce y dirige el último tramo. Consciente de la inminencia de su partida, sostiene la mirada en el límite. Está alternativamente en su mundo de despedida, de angustia ante el cambio que lo devolverá a lo inorgánico, y también está del lado del mundo, en esa antesala de la desaparición, desde donde se contempla en una dimensión histórica, elaborando, desarrollando el espacio de relativización y observando el carácter mortal de todo ser viviente.

La cuestión de la representación de la muerte es un tema complejo. Freud fue concluyente: la muerte es un concepto abstracto de contenido negativo para el cual no nos es posible encontrar nada correlativo o en lo inconsciente (1923).

Nadie vive su muerte e imprime una huella mnémica de ese acontecer. La muerte, al no poder constituirse en experiencia, queda excluida del universo representacional.

La idea de la muerte remitiría siempre a la representación de la castración. Esto se encuentra en concordancia con la definición de representación introducida por Lalande: lo que uno se representa, lo que forma el contenido concreto de un acto de pensamiento y especialmente la reproducción de una percepción anterior. No hay percepción de la muerte propia por definición de la muerte misma en tanto suceso que aniquila por siempre el aparato psíquico.

La diferencia es un organizador psíquico. Señalo las principales diferencias: hombre–mujer, ausencia–presencia, vivo–muerto. Cada uno de estos pares excluye al otro, sin embargo siempre están presentes para que puedan existir como pares. Al morir se tiene la presencia del cadáver pero la ausencia como ser humano.

La muerte propia no tiene representación. En psicoanálisis se ha confundido representación con experiencia. Nadie tiene experiencia de su propia muerte en forma directa, sí en cambio representaciones del objeto muerte que se inscriben en los sistemas mnémicos. De la misma manera en que se tienen representaciones de lugares que no se conocen, de estados que no se han vivenciado, de sucesos que no han acaecido y de la muerte del otro, del extraño o del ser querido.

La idea de una cierta forma peculiar que el sujeto tiene para experimentar–representar su muerte. Experiencia parcial y representación parcial así como representación anticipada de un futuro inevitable.

G. Raimbult (1975) destaca otras representaciones en su escucha de niños próximos a morir: soledad, despedazamiento, vacío, temor a no despertar, pérdida del movimiento, de los sentidos, del mundo, del pensamiento, etc.

La muerte constituye una representación especial junto a otras representaciones, tales como la castración o el

vientre de la madre (Le Guen,1992). Lo irrepresentable asoma en estas privilegiadas representaciones que tienden a un absoluto que se ejerce desde la imaginación, que no deriva de experiencia pero sí de percepción sobre el otro. Representaciones nacidas no de lo directamente vivido sino bajo la forma de la anticipación imaginaria de un acontecer futuro.

Se puede, pues, enunciar que no hay representaciones de la muerte pero sí en cambio, representaciones acerca de la muerte.

Hay que considerar ahora otra cuestión: la representatividad del afecto. Sabido es que la pulsión está representada por representaciones y afectos, y que los destinos de los afectos son los más importantes.

El afecto y la representación están íntimamente entrelazados aun cuando se manifiestan desde diversas instancias psíquicas y a veces sólo una de esas dos vertientes de la pulsión pueda ser objetivada.

El afecto, para exteriorizarse y comprenderse, requiere de una mediación: imagen o palabra. En el inconsciente planean afectos puros, afectos aislados, culturas puras de afecto cuya función específica de representación, la representatividad que les es propia, se exagera por el hecho mismo del aislamiento, de la desinserción. La expresión del dolor puede ser el afecto característico en este hecho.

Lo intolerable de su representación consciente y la desmesura de los afectos displacenteros que evoca dan cuenta de diversas combinatorias. En primer lugar, la muerte emerge como un nombre cuyas letras generan significantes. Los significados que irán germinando en el cultivo de estas combinatorias se enlazan con múltiples afectos.

Puede ser de utilidad incorporar la rica distinción de los tres registros (imaginario, simbólico y real) aportada por Lacan al campo del psicoanálisis. Ciertas representaciones de la muerte habrán de seguir las vertientes de conformación del orden imaginario (mudez, silencio, flores cortadas, etc.); otras, las leyes de organización del orden simbólico, sustentadas en la idea de castración. Remiten a corte, límite, fin, ley inapelable de tener que morir. En lo referente a lo real, más allá de la realidad tangible de la muerte expresada por el cadáver, por un dedo separado del cuerpo, etc., asoma lo irrepresentable, lo imposible, lo inaprehensible.

Siguiendo esta línea Mahler representa este tipo de pérdidas cuando el niño comienza a diferenciar entre el yo – no yo, y más adelante cuando comienza a tener la suficiente energía para lograr la separación e individuación. Pues, el niño al alegrarse de la madre va a tener una representación de cuando la vivió como una pérdida y esto le provocará angustia que más adelante será la que viva al enfrentarse a la muerte.

Cuando la representación de la muerte adquiere carácter traumático, el sujeto expuesto a un dolor psíquico intenso destroza espacios internos representacionales y se sumerge en el campo de lo irrepresentable. El dolor hace de afecto.

La conciencia frecuente de la mortalidad posible e inmediata durante la travesía de la vida en salud suele ser un poderoso preventivo de derrumbe psíquico cuando la muerte se convierte en una realidad.

Es interesante considerar los estados de larga pre-muerte que obligan a una persona a convivir por meses o años con una enfermedad de mal pronóstico y desagradable nombre (cáncer, SIDA, etc.). Cuando las remisiones no son totales, el organismo está vulnerable y ciertas actividades o funciones corporales no pueden llevarse a cabo en forma normal. El avance de la enfermedad va produciendo cambios: dolores varios, amputación de una parte del cuerpo, discapacitación en ciertas áreas de funcionamiento (juego, relaciones objetales, autonomía, etc.). Los familiares y el propio paciente deben realizar el duelo de la irreversibilidad de la situación. Nunca más esa persona recobrará la salud y con ella el estilo de estar en el mundo que lo caracterizaba. A lo sumo mejorará, pero ciertas secuelas lo acompañarán por el resto de sus días.

En el consultorio, un familiar se conmueve, desesperado de no poder reencontrar al ser querido de antes. El duelo que se instala no es frente a alguien que ya no está vivo sino frente a alguien que ya no es más como hacía poco era, alguien que ha modificado su carácter, su cuerpo, en forma negativa. El duelo de la muerte es precedido por este duelo anticipado que incluye elementos de despersonalización (ya no lo reconozco, ya no es el de antes). El enfermo y sus familiares asisten a la pérdida de la imagen del paciente en estado de salud.

El pre-duelo, en cambio, es un duelo completo en sí mismo que consiste en que ha muerto definitivamente el ser querido en estado de salud. El que está ahora a su lado ha sido transformado por la enfermedad a tal punto que en algunos casos no se lo reconoce más.

No sólo atender al que llega al mundo, sino también al que parte de él. El estado de moribundo es el estado de la inminencia de la muerte. Por lo tanto, es un estado de urgencia.

El otro, el que mira al moribundo, a veces se asusta y pone distancia psíquica con él, pues este no solo representa al otro moribundo sino al Otro inexplicable. No quiere confundirse ni creer que eso que le sucede a su pariente, a su amigo, etc., también le tocara en suerte un día a él. Múltiples combinaciones vinculares pueden observarse en el par vivo-por morir. A veces el por morir tiene que consolar al que continuará todavía vivo, otras veces la familia ejerce sobre el moribundo un cerco de silencio, al sentirse incapaz de enfrentar los afectos y representaciones de la despedida. Se crea un pacto mutuo de mentiras para alejar la toma de conciencia compartida de una muerte.

Dentro del pre-duelo se hace la diferencia entre muertes eróticas y muertes tanáticas o secas. En las primeras prevalece el erotismo no sólo de la muerte sino también de la vida de la persona que murió. Ese ser erótico deja una impronta de vida y una orden de persistir en la alegría de vivir a sus sobrevivientes amados. El muerto erótico ayuda a los sobrevivientes a duelarlo, y así recuperarse posteriormente para los placeres de la vida. El ser tanático, en cambio, deja una impronta mórbida, enfermiza, culpas y reproches, y una orden de persistir en la amargura y en el dominio de la vida mortífera. En este caso, el muerto actúa en el superyó de los sobrevivientes limitando sus placeres e imponiendo una suerte de obediencia de persistir duelando y de no disfrutar demasiado de la vida. En el caso de una muerte erótica, el muerto señala a sus seres queridos la responsabilidad de ser dichosos sin él, de recordarlo sin melancolía en la alegría de vivir que les ha enseñado o procurado.

El muerto en su cultivo de la pulsión de vida dona su ejemplo de vida y de muerte. La muerte ha hecho de broche final a una vida para la vida. La muerte también fue para la vida.

La muerte tanática siembra destrucción y caos. Asoma lo siniestro y la tragedia. La herencia es traumática y el duelo se hace difícil. Baranger (1961) ha conceptualizado el objeto muerto-vivo. Escribe: En los estados de la serie depresiva el proceso del duelo no puede llevarse a cabo y el sujeto queda, en forma más o menos encubierta, atado a un objeto que no puede ni revivir ni morir del todo. Diríamos que la persona en estado depresivo vive sometida a un objeto muerto-vivo. Más adelante dice: El sujeto es habitado por un objeto interno casi muerto, pero la única persecución que ejerce este reside en sus exigencias para con el sujeto. Lo mantiene esclavizado y lo obliga a una actividad reparatoria estéril. (Baranger, 1961).

Se pueden distinguir tres mecanismos psíquicos principales en las personas que han sido sometidas a experiencias traumáticas extremas y que son derivadas a tratamiento psicoanalítico una vez alejadas del foco traumático:

1-La identificación con el agresor: identificados con los personajes o el medio violento, estas personas infringen a su vez las leyes sociales y, en un movimiento psíquico de rebeldía y asociabilidad, se declaran francamente del lado de la marginalidad exhibiendo las distintas características de las psicopatías y de las sociopatías.

2-La inhibición: Los sucesivos traumas han detenido el proceso de desarrollo del pensamiento, la expansión de los afectos y el flujo comunicativo en el medio social. Entonces se retraen, se aíslan, en una suerte de estado de mínimo intercambio con el entorno. Se encierran en una coraza defensiva esquizoide para no seguir sintiendo los potenciales advenimientos traumáticos.

3-La reparación. Como escriben Laplanche y Pontalis (1971), es el mecanismo, descrito por Melanie Klein, en virtud del cual el sujeto intenta reparar los efectos de sus fantasmas destructores sobre un objeto de amor. En los casos aludido, el objeto de amor ha sido dañino y acceder a su reparación requiere esfuerzos psíquicos especiales si el sujeto no ha de quedar apegado a lo negativo (Anzieu, 1990) y ha de superar parcialmente los efectos perjudiciales ejercidos sobre él. El culto de lo destructivo se ha convertido en un aprendizaje incorporado y debe ser desactivado. Proceder a hacer bueno al objeto malo, vale decir, al objeto odiado por la ambivalencia u odioso desde la realidad como lo son los objetos cuando impera el horror familiar. El proceso principal consiste en la decatectización de las experiencias traumáticas, con miras a que estas descarguen sus efectos repetitivos patógenos y liberen al sujeto del encadenamiento psíquico con sus consecuencias mortíferas, al cual en caso contrario se vería sometido de por vida.

El trabajo elaborativo conducente a la reparación indica la vía hacia la salud mental. Lo traumático va siendo elaborado y aceptado, la pulsión de vida habrá de triunfar sobre la de muerte. Los núcleos patógenos pierden eficacia y el sujeto se va liberando y preparando para concurrir a los acontecimientos no traumáticos de la vida y para recibir experiencias signadas por la categoría de lo positivo. Al reparar a los seres que los han dañado, no habrán de identificarse con los seres que los han dañado, no habrán de identificarse con ellos. El trabajo reparatorio los reconcilia con la vida a pesar de las malas experiencias padecidas en manos de sus primeros objetos de catectización. En una suerte de inversión del contenido de la fantasía, en vez de suprimir el mal que imaginariamente se le ha causado al objeto primario, como sucede cuando no han existido experiencias de horror, se debe reconsiderar el mal que el objeto primario le ha causado al paciente en mayor o menor grado para recuperar la bondad del objeto o, un paso más allá, cierta indiferencia con el objeto, lo que posibilita sustraer carga traumática de representaciones y afectos para dejar a la libido libre en su transcurrir hacia nuevas catectizaciones más positivas.

Elaborar la muerte es un trabajo que se le ofrece tanto al que va a morir como al aún viviente. No siempre tiene lugar. No importa: cada cual muere como mejor puede. En realidad, elabora más fácilmente aquel que ha tenido presente en su vida la hora de su muerte y en cierta forma se ha ido preparando para ella. A pesar de que concuerdo con Aulagnier (1979) en que nadie sabe cómo se habrá de comportar exactamente en el momento de la muerte ni cómo será esta, cierto es que la forma de estar en el mundo de un ser humano.

Es conveniente distinguir la elaboración de la muerte en salud de los procesos psíquicos que se ponen en marcha cuando una enfermedad empieza a desplegar su curso. Una cosa es saber que uno va a morir y otra cosa es vivenciar que ese morir está muy cerca, más cuando hay que soportar el desfallecimiento del cuerpo y sus graduales deterioros camino a la extinción.

Elaborar la muerte no implica meramente derivar el exceso de carga y ligar con asociaciones las representaciones y los afectos vinculados a ella. Implica tomar conciencia (insight) y reordenar los senderos psíquicos de tal manera que se produzca un cambio psíquico, una nueva forma de aprehensión de la realidad y una modificación cuantitativa y cualitativa del vivenciar de los afectos. Desde esta perspectiva elaborar quiere decir resolver, solucionar un atascamiento psíquico que deriva en síntomas y malestar. Es transformar, captar nuevas conexiones en el marco del vínculo transferencial cuando hay un tratamiento en marcha.

LA ANGUSTIA

El miedo a la muerte nos domina más frecuentemente de los que advertimos. (Freud,1915).

El cuerpo enfermo genera múltiples sensaciones corporales displacenteras que se traducen por angustia. Puede

ser manifiesta o estar latente. Está vinculada a la defensa del yo, esa gran sede de angustia (Freud, 1926). La angustia constituye una suerte de velo que cubre las ideas negras, al decir de una paciente. Como si al aparato psíquico le resultase más soportable por momentos el displacer del afecto que la conciencia de la representación. Ante la representación, no de la propia muerte impensable sino de algo que se llama muerte, de una X que implica la idea del aniquilamiento, un aflujo de estímulos invade al sujeto.

Estar ante la muerte hace emerger en el psiquismo el orden de lo nuevo. Aparece la espera ansiosa (Freud, 1926), espera de algo que será llenada por una fantasmagoría de diverso contenido que por momentos se transforma en espera de algo sin objeto, impreciso. La señal de angustia será gatillada cada vez que se reactive un símbolo afectivo frente a una situación de sufrimiento que todavía no está presente pero cuya inminencia se aguarda y se trata de evitar.

La amenaza que viene de adentro es vivida como exterior al yo. El imaginario se vuelca en las imagos del cuerpo despedazado (Lacan, 1948), de castración, de mutilación, de devoración, de estallido del cuerpo, etc. Estas imagos despiertan angustia y vivencias de los siniestros. Asoma lo que Winnicott (1974) describiera como angustia inconcebible, angustia sin nombre, invasora e invalidante, que un paciente solía denominar momentos de desesperación total.

La hora de morir es una hora de miedo frente al gran objeto fobígeno, la castración (Freud, 1926). Castración ya no proyectada en una parte del cuerpo como los ojos o el miembro viril (Freud, 1915), sino castración del cuerpo en su totalidad, castración del yo, definitiva, irreversible. El objeto de cuya posible pérdida reacciona el sujeto con angustia es nada menos que el yo y todo lo que muere con él. Es una pérdida con mayúsculas, pérdida de Todo. Emerge la dimensión de lo impensable y lo irrepresentable. Se resignifican anteriores pérdidas (del vientre materno al nacer, del destete, etc.). El yo se siente abandonado por el superyó protector y librado a los poderes del destino, constituyéndose esto en una nueva fuente de angustia.

CONSTRUIR LA MUERTE

Construir la muerte quiere decir trabajar con un paciente y sus múltiples espacios psíquicos para lograr un producto: la mejor muerte posible. Para ello es necesario que se arme organizada o espontáneamente un marco de contención útil, un andamiaje en varios niveles que dé apoyo, compañía y alivio físico y psíquico.

EL OBJETO, EL SUJETO Y LA MUERTE

Considerando un acto de muerte: de un lado está el ser, la persona, la masa viviente, el cuerpo que padece su estado de inminencia de ruptura con la vida, y del otro, los vivientes que cuidan y atienden los acontecimientos últimos. Entre todos forman una circularidad vital, un entrecruzamiento de ideas y de afectos. Se plantean dos posiciones: la de sujeto y la de objeto.

El objeto siempre está del lado de enfrente, es el otro, ya esté ubicado en el mundo externo, ya forme parte del mundo interno. Puede ser tangible u ocupar un lugar psíquico fantasmáticamente eficaz. El objeto es lo otro dentro o fuera de uno mismo, pero lo otro que en su facticidad puede tornar feliz o infeliz la vivencia de estar vivo. El objeto externo es ante todo presencia, corporeidad visible, emisor psíquico en su estar ahí. Entre el objeto externo y el objeto interno se crea el trabajo de acompañar al muriente un espacio transicional (Winnicott, 1953) que sostiene una cierta ilusión en medio de los movimientos regresivos y la conmoción de la partida.

El objeto externo actúa:

Como presencia en sí desprovista de cualidad. Se ofrece como cuerpo acompañante, posible anclaje de un apego, como contacto presente; como presencia generadora de cualidades. Por ejemplo, una presencia puede generar nostalgia si representa a otro ser que no puede estar ahí en ese momento (muerte lejos de casa, en un

frente de batalla, etc.); como objeto de comunicación en intercambios múltiples de información.

La relación de estos objetos con el sujeto se basan en pulsiones, que le brindaran al niño la suficiente energía para enfrentar la muerte. El primero es el del apego o pulsión del apego Bowlby (1969) que es la fuerza ligadora que lleva a que el sujeto se apegue a los objetos de apoyo. El estado de vulnerabilidad requiere que se le suministre una dosis extra de cuidado.

APENDICE

LOS DERECHOS DEL PACIENTE

- Vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, espiritual, vocacional, y social, compatible con el estado resultante de la progresión de la enfermedad. La fase terminal de la vida es también una fase de crecimiento, y desarrollo personal.
- Vivir independientemente y alerta, este derecho le permite ejercer su autonomía.
- Tener alivio de su sufrimiento físico, emocional, psicológico, intelectual y social.
- Conocer, o rehusar conocer, todo lo concerniente a su enfermedad, su estado, el proceso de morir.
- Ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores, pero competentes en su campo, y seguros de lo que hacen. La atención del enfermo terminal y su familia, implica: sólida formación científica, y un cuidado humano, afectuoso y cálido.
- Ser el eje principal de las decisiones que se tomen en la etapa final de su vida. Si el enfermo está incapacitado, entonces la familia o la persona responsable. Deber del tanatólogo (en equipo con el personal médico), velar porque las decisiones sean las que más beneficien la calidad de vida del paciente, y las que contribuyan al mantenimiento de su dignidad humana hasta el morir.
- Que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente, ni se apliquen medidas extremas o heroicas para sostener sus funciones vitales. El médico y el tanatólogo, deben ayudarlo a morir del modo más humano posible.
- Hacer el mejor uso creativo de su tiempo. El mejor uso posible del hoy, ya que el mañana es incierto, si es que llega.
- Que sean tomadas en cuenta, antes y después de su muerte, las necesidades y temores de sus seres queridos. Atender a la familia, hacer un rápido diagnóstico de sus necesidades y temores, atender sus necesidades, poner en acción la red de soporte extensa, y facilitar los recursos prácticos, atender el proceso de duelo.
- Tiene derecho a morir con dignidad, plena aceptación, en total paz, y tan confortable y apacible como sea posible. Respetable siempre, los deseos propios del paciente, frente a su propia muerte, aliviar sus síntomas, asegurarle que no estará sólo en el momento de su muerte.

LA DIGNIDAD HUMANA, PUEDE Y DEBE SER MANTENIDA Y RESPETADA, TANTO EN EL VIVIR COMO EN EL MORIR.

DISCUSIÓN

El niño no tiene consciencia del significado de la muerte y que puede llegar a ser presa de ésta al entrar a un hospital, sino que va formando el concepto de muerte real mediante las representaciones que va creando a través de la experiencia que le da la enfermedad, el tratamiento y la estancia en el hospital.

Es importante señalar que la angustia que el niño manifiesta ante la entrada a un hospital no es respecto a la muerte, sino a la separación de los padres. La angustia que el niño puede llegar a tener frente a la muerte es debida principalmente a como el niño ha vivido sus pérdidas tanto reales como imaginarias vinculadas con sus padres y la interacción con estos.

El significado de muerte para el niño está relacionado con el símbolo la imagen y lo real que implica este concepto, de esto depende que el niño comprenda este concepto y sea aceptado por él. Para que el concepto de

muerte logre ser significativo y aceptado por el niño se puede discernir que el niño cuente con la suficiente capacidad de abstracción y haber vivenciado pérdidas tanto reales como fantaseadas. Para que el niño acepte el concepto de muerte es necesario que sus representaciones simbólicas sobre sus pérdidas que simbolizan la muerte sean gratificantes y que estén lo mejor posible elaboradas, en este aspecto podemos mencionar que es a través de la catexia depositada en dichas representaciones que el niño logra formar huellas mnémicas de éste aspecto, dependiendo de cómo sean dichas huellas, será como el niño vivirá y se enfrentará a la muerte.

La influencia de los padres y la comunicación de estos sobre la muerte serán de gran importancia para que el niño adquiera o no el concepto adecuado sobre lo que será aquello con lo que se enfrente el resto de su vida. Si bien es cierto que el niño necesita de la negación de la muerte para continuar su vida, es importante que logre aceptar dicho paso definitivo en la vida de cualquier ser humano, pues de esto depende como enfrentará la vida.

A través de los pasos mencionados por Kübbler – Ross se puede notar las diferentes actitudes del niño así como de sus figuras significativas frente a la muerte. Es en estas etapas donde se puede percibir la madurez en la comunicación de temas tan difíciles y tan velados. Por otra parte, la etapa donde el niño permanezca más tiempo va a indicar el tipo de relación que tiene frente a sus huellas mnémicas de las pérdidas anteriores.

CONCLUSIONES

A lo largo del trabajo y mediante la revisión bibliográfica y la relación multidisciplinaria respecto a este tema se logró demostrar que el niño no es consciente de que puede morir cuando entra a un hospital, es decir, se cumple la hipótesis alterna.

- El niño no cuenta con huellas mnémicas sobre la muerte y es necesario de estas para poder tener angustia, pues es el recuerdo de algo vivido es lo que genera la angustia.
- El niño comienza a darse cuenta de lo que es la muerte a través de la relación con el otro y no solo consigo mismo.
- El hecho de que el niño tenga representaciones de diversas pérdidas, ya sean reales o imaginarias, no quiere decir que estas den la experiencia de muerte.
- Es necesario tener la suficiente capacidad de pensamiento abstracto donde se le den valores a las cosas para poder aunque sea de manera vaga darle un significado a la muerte.
- A través de la vivencia diaria en el hospital, el niño va adquiriendo el concepto de muerte mediante las representaciones de pérdidas que el niño va experimentando (desde cambios físicos hasta su libertad). Por otra parte elaborando dichas pérdidas las cuales le ayudan a lograr abstraer el concepto de muerte.
- La influencia del medio así como de la familia será determinante para que el niño logre abstraer el concepto de muerte.
- La angustia al llegar a un hospital se basa en la separación de los padres y las huellas mnémicas que el niño tenga de separaciones anteriores.
- El niño necesita en esta etapa que se de un apego y una actitud lo suficientemente gratificadora y significativa para que enfrente mejor las pérdidas tanto reales como imaginarias.

BIBLIOGRAFÍA

- Alizade, M. (1996). **Clínica con la muerte**. Amorrortu. Argentina.
- Aries, P. (1977). **La muerte en occidente**. Argos Vergara. Barcelona.
- Aulagnier, P. (1979). **Los destinos del placer**. Petrel. Barcelona.
- Bleichmar, H. (1981). **El narcisismo**. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Caillouis, R. (1939). **El hombre y lo sagrado**. Fondo de cultura económica. México D.F.
- Cesio, F. (1982). **La palabra en la obra de Freud, en Freud y la palabra**. Kargieman. Buenos Aires.
- Dagdug, C. (1994). **El impacto y desarrollo de una enfermedad terminal en el paciente y su familia**. México D.F. Tesis. UIA.
- Evelson, E. y Grinberg, R. (1962). **El niño frente a la muerte**. Revista de Psicoanálisis. 14 Oct.– Dic. No. 4.
- Fenichel, O. (1984). **Teoría Psicoanalítica de las neurosis**. Paidós Ibérica. Barcelona.
- Ferenczi, S. (1914). **Thálassa, una teoría de la genitalidad**. Letra Viva. Buenos Aires.
- Freud, A. **La guerra y los niños**. Paidós. Buenos Aires.
- Freud, S. (1916). **Lo perecedero**. Biblioteca Nueva. Buenos Aires Vol. III
- Freud, S. (1919). **Lo ominoso**. Pequeña Biblioteca Calamus Scriptorius. Barcelona.
- Freud, S. (1923). **El yo y el ello**. Biblioteca Nueva. Buenos Aires. Vol. II.
- Furman, R. (1964). **Death and the young child**. Some preliminar considerations. The psychoanalytic study of the child.
- Garbarino, H. (1986). **Estudios sobre narcisismo**. Biblioteca Uruguay de Psicoanálisis. Montevideo.
- Gartley, W y Berasconi, M. (1967). **The concept of death in children**. The journal of genetic psychology.
- Grinberg de Ekboir, J. (1983). **Sobre la aceptación de la propia muerte**. Psicoanálisis (APDEBA), vol. I, nº1.
- Heidegger, M. (1926). **El ser y el tiempo**. Fondo de Cultura Económica. México D.F.
- Kerlinger, F. (1988). **Investigación del comportamiento**. Mc Graw Hill/ Interamericana de México. México D.F.
- Khan, M. (1963). **El silencio como comunicación, en La intimidad del sí mismo**. Saltés. Madrid.
- Klein, M. **Psicoanálisis de las perturbaciones psicológicas**. Paidós. Buenos Aires.
- Kübler Ross, E. (1972). **On death and Dying**. The Macmillan Company. New York.
- Kübler Ross, E. (1989). **La muerte: Un amanecer**. Ediciones Luciernaga. Barcelona.
- Lepp, I. (1967). **Psicoanálisis de la Muerte**. Carlos Lohlé. Buenos Aires – México.
- Mittag, D. (1996). **Asistencia práctica para enfermos mentales**. Herder. Barcelona.
- Muktananda, S. (1981). **¿Existe realmente la muerte?**. SYDA. E.U.A.
- Muthny, F. (1990). **Alternativas Médicas**. Trillas. México D.F.
- Paz, O. (1984). **El laberinto de la soledad**. Fondo de cultura Económica. México D.F.
- Pérez, V. (1990). **El hombre y su muerte, preparación para la muerte**. Jus, S.A. de C.V. México D.F.
- Plank, E y Plank, R. (1978). **El juicio y el razonamiento en el niño. Estudio sobre la lógica del niño (II)**. Guadalupe. Buenos Aires.
- Raimbault, G. (1975). **El niño y la muerte**. Saltés. Madrid.
- Rosolato, G. (1983). **El narcisismo**. Ediciones del 80. Buenos Aires.
- Saldaña, M. (1989). **Estudio comparativo de la percepción del concepto de muerte entre un grupo de niños con cáncer y un grupo de niños sanos**. México D.F. Tesis. UIA
- Segal, H. (1996). **Introducción a la obra de Melanie Klein**. Paidós. México D.F.
- Showalter, J. (1983). **The child and death**. Columbia University Press. New York.
- Steinzor, B. (1978–1979). **Death and the construction of reality: a revisión to the literature from 1960**. Omega. 9. (2).
- Thomas, L. (1983). **Antropología de la muerte**. Fondo de Cultura Económica. México D.F.
- Tubert, S. (1987) **La muerte y lo imaginario en la adolescencia**. Saltés. Madrid.
- **Webster's NewWorld Spanish Dictionary**. Webster's New York.

- Winnicott, D. (1953). **Objetos transicionales, en Realidad y juego**. Gedisa. Barcelona.
- Wittgenstein, L. (1930). **Conferencia sobre la ética**. Paidós. Buenos Aires.
- Ziegler, J. (1976). **Los vivos y la muerte**. Siglo veintiuno editores. México D.F.
- Zinser, O. (1992). **Psicología Experimental**. Mc Graw Hill7 Ineramenricana de México. México D.F.

1

2