



UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

PSICOLOGÍA SOCIAL

**MANEJO Y CONCEPCIÓN DEL ARQUETIPO EN SEROPOSITIVOS Y EN
ENFERMOS TERMINALES DE SIDA Y SU INTERACCIÓN EN EL ENTORNO
SOCIAL**

T E S I N A

PARA OBTENER EL TITULO EN LA LICENCIATURA DE PSICOLOGIA SOCIAL

PRESENTAN:

JOEL ARELLANO ALONSO / JORGE SANTILLÁN RÍOS

MÉXICO D.F. SEPTIEMBRE 2003

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

PSICOLOGÍA SOCIAL

**MANEJO Y CONCEPCIÓN DEL ARQUETIPO EN SEROPOSITIVOS Y EN
ENFERMOS TERMINALES DE SIDA Y SU INTERACCIÓN EN EL ENTORNO
SOCIAL**

T E S I N A

PARA OBTENER EL TITULO EN LA LICENCIATURA DE PSICOLOGIA SOCIAL

PRESENTAN:

JOEL ARELLANO ALONSO / JORGE SANTILLÁN RÍOS

ASESORES.

PROF. JAIME PEÑA SANCHEZ

PROF. DAVID M. GARCIA GUZMAN

LECTOR:

PROF. MIGUEL REYES GARCIDUEÑAS

INDICE

Página

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1

EL ARQUETIPO (LA IDEA ARCAICA)

- 1,1 Orígenes de los arquetipos
- 1.2 Componentes de los arquetipos
- 1,3 Características de los arquetipos
- 1.4 Tipos de arquetipos y su manejo

CAPITULO 2

CONCEPTO DE MUERTE (LA ETERNA...DUDA)

- 2.1 Miedo a la muerte
- 2.2 La vida eterna

CAPITULO 3

ENFERMEDAD TERMINAL (EL NUEVO CAMINO)

- 3.1 SIDA (enfermedad terminal)
- 3.2 "Contextualización"
(Un bosquejo del SIDA en nuestro trabajo y experiencia)

CAPITULO 4

CONCEPTO DEL ARQUETIPO MUERTE EN EL SEROPOSITIVO Y EN EL ENFERMO TERMINAL DE SIDA (" Y LA CRISALIDA SE ROMPE ")

- 4.1 El sentimiento de angustia y negación de la muerte
- 4.2 La depresión
- 4.3 La preparación hacia la muerte
- 4.4 La aceptación de la muerte

CAPITULO 5

ASPECTOS EN LA VIDA DEL SEROPOSITIVO Y EN EL ENFERMO TERMINAL DE SIDA EN DISTINTOS ÁMBITOS (EL NUEVO GUERRERO)

- 5.1 Contexto social (familia, trabajo y vida social)
- 5.2 Concepto de vida-muerte en el enfermo terminal
- 5.3 Sentimiento de fe (espiritualidad)

CAPITULO 6

EI DECESO (" LA DESPEDIDA ")

- 6.1 Algunas reacciones ante el deceso
(personas allegadas y/o familiares)
- 6.2 Luto y asimilación de la perdida

COMENTARIOS FINALES (CONCLUSIÓN)

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

El hombre moderno, el individuo cuya sociedad juzga por una rentabilidad, por un status o por un poder adquisitivo, independiente y alienado en muestras de hedonismo, son algunas características que sobre todo en la cultura occidental, vienen a reflejar la principal (a nuestro juicio) actitud en el "hombre de hoy"... aquella mirada "sin sabor", representa la parquedad con que hemos venido viendo la vida y sus procesos más establecidos y aprendidos, lo lineal, la vida-muerte.

Si bien es cierto que el hombre social no puede apartarse del engranaje ritual que se estipula a muchos actos o sucesos de la misma sociedad; si es algo claro que el hombre en esa "búsqueda" (¿?) de sentir y trascender así mismo, cada vez parece que se ve más encallado o inmóvil ante el "oleaje" de una sociedad que rompe con la autocrítica, reflexión o individualidad (entiéndase crecimiento mental y espiritual), el hombre debería estar enarbolado y no perdiendo tiempo en no toparse con aquello que nosotros llamamos "vibra", algo que se podría explicar con el sentir y/o sacudirse con lo "bueno y malo" de la vida, es caer en la cuenta de que se está vivo, que cada vez se despierta se encadenan procesos en el desarrollo personal y humano.

Sin embargo, el hombre ha ido abandonando muchos "procesos" o los ha relegado por considerarlos fútiles o "superficiales" en la sociedad, y uno de ellos es el suceso de la muerte, el cual no solo se ha visto lejano o "superficial", sino que en el Occidente sobretodo acarrea un bagaje de reticencias consigo, el cual convierte al suceso en algo aversivo, infuncional, aislado, etc. Del mismo modo que se enfoca la muerte, se enfocan las situaciones que encierran o nos acercan a ese mensaje de muerte tan arcaico en la mente del hombre como el mismo, y encontramos pues que los cementerios, la vejez (inconsciente) o las enfermedades terminales, etc. nos viene a reafirmar ese "mensaje"... de final, pérdida o muerte.

Así pues, de este arquetipo "clásico" del hombre. La muerte y de las imágenes que nos remiten directamente a el (en este caso, la enfermedad terminal) surge la idea de concatenarlos y perfilar así nuestra investigación, el... "arquetipo de muerte en enfermo de VIH".

Ahora bien, el hecho de esta conjugación de "conceptos" muerte-enfermedad, tiene raíces o es eco de dos investigaciones que realizamos anteriormente, la primera sobre la estigmatización en enfermos con VIH (1994), y las observaciones etnográficas que hicimos alrededor de las exequias o rituales de muerte en la Ciudad de México (1996), estas investigaciones y las experiencias personales que vivimos en relación con el tema principal (muerte), permearon la decisión sobre lo que íbamos a trabajar.

De esta forma acordamos abordar el trabajo de la siguiente manera; el primer capítulo, de seis que conforma el trabajo, hablan acerca de los conceptos claves o básicos del arquetipo, sus funciones, sus características, punto de manejo y/o enclave en la sociedad.

El segundo capítulo nos remite al arquetipo o concepto de muerte, e intentamos dar una explicación o al menos armar al lector de la "pequeña" parte que vamos a usar del arquetipo muerte, de hecho como se menciona en el mismo apartado, el intentar dar un concepto de muerte sería eso ¡un intento!. Y es que como se observará en el desarrollo del trabajo, es imposible establecer un único parámetro que nos permita dilucidar "claramente" el hecho de la muerte.

La enfermedad terminal ("el nuevo camino"), es como nombramos al tercer capítulo, del cual obviamente tratamos el aspecto de la enfermedad mortal y del paciente con VIH, sin tratar de ser repetitivos o superficiales en cuanto al manejo

de la enfermedad, médicamente hablando, ya que nos propusimos darle un aspecto menos técnico, pero más aguzado en cuanto lo que es VIH

Llegamos así a la columna vertebral de nuestro programa de investigación, con los capítulos cuatro y cinco en los que hablamos del entorno del seropositivo y el enfermo terminal de VIH, tocamos los aspectos individuales, intra e interpersonales en cuanto al concepto de enfermedad, muerte, y entorno social, y así ir armando las respuestas a nuestros cuestionamientos iniciales o esenciales.

Para finalizar, hablaremos de los procesos y rituales de elaboración del duelo, a través de las diversas reacciones de la muerte, de hecho este es una parte de la conclusión, es también una de las partes que más nos "fortaleció" por decirlo de una forma; es el capítulo en el que se aplica lo aprendido en los capítulos anteriores y etapa "dura" de nuestro trabajo de campo.

Al mencionar el trabajo de campo, tenemos que aclarar que la planeación de la metodología tuvo que ser programada de acuerdo -evidentemente- a lo que necesitábamos, por eso nos decidimos a hacerla con un carácter cualitativo y con un sistema que nos permitiera ahondar en el individuo (entrevista, observación participante y estudio de caso), y utilizando también varias herramientas como la fotografía, videos, audio y demás material bibliográfico.

Decidimos así, hacer un análisis de todas las entrevistas, reuniones, talleres (tanatología por ejemplo), videos, etc. Para hacerlo más comprensible, pero sobretodo más sustancial. De ahí también acordamos que en algunas partes explicaríamos fácilmente el trabajo de campo, ya sea con unas líneas de las entrevistas, meditaciones personales de las experiencias en el cuidado de enfermos, crónicas de eventos y demás material. Para llegar al objetivo esencial, que era de "conocer para aprender y proponer ante el concepto de muerte, "arquetipo que persigue al hombre desde que este se establece como tal".

Nadie sabe con respecto a la muerte
sino constituye realmente la mejor bendición que puede concedérsele al hombre,
pero la gente la teme,
como si de cierto fuese el mayor mal.

Ahora es el tiempo de partir, yo a morir, vosotros a la vida,
pero quien de nosotros será feliz,
todos lo ignoran menos Dios.

Palabras de Sócrates, al ser juzgado y condenado a muerte.

C A P I T U L O 1

LOS ARQUETIPOS (LA IDEA ARCAICA)

Concepto de arquetipo

El concepto de arquetipo está íntimamente relacionado con el de inconsciente colectivo, acuñado por C. G. Jung. El término inconsciente en general se ha transformado a través de la historia, incluso llegó a desaparecer durante el materialismo y resurgió en la Psicología médica de la orientación científico-natural.

En primera instancia, hacía referencia a contenidos mentales olvidados o reprimidos. Para Freud, es precisamente el lugar de reunión de esos contenidos olvidados y reprimidos, y de ellos se desprende una significación práctica, cabe aclarar que son de naturaleza exclusivamente personal, y Freud apreciaba ya el contenido arcaico-mitológico de lo inconsciente.

"Un estrago, en cierta medida superficial de lo inconsciente, es sin duda, personal. Lo llamamos inconsciente personal. Por ese estrago descansa sobre otro más profundo que no se origina a la experiencia y la adquisición personal, sino que es innato: lo llamamos: **inconsciente colectivo**. He elegido la expresión "colectivo" porque este inconsciente no es de naturaleza individual sino **universal**, es decir, que en contraste con la Psicología individual, tiene contenidos y modos de comportamiento que son **cum grano salis**, los mismos en todas partes y en todos los individuos. En otras palabras, es idéntico a sí mismo en todos los hombres y constituye así el fundamento anímico de la naturaleza suprapersonal existente en todo hombre".¹

La existencia psíquica se legitima por la presencia de contenidos concienzializables. Por eso es posible hablar de un inconsciente cuando se puede verificar la existencia de contenidos del mismo.

¹ Jung C.G., "Arquetipos e inconsciente colectivo" Ed. Paidós. Buenos Aires. 2da. Edición 1974, pág. 10

Los contenidos del inconsciente personal son denominados **complejos de carga afectiva**, y forman parte de la intimidad de la vida anímica. Por otra parte los contenidos del inconsciente colectivo los llamamos **ARQUETIPOS**.

Esta denominación resulta útil y precisa porque refiere que los contenidos del inconsciente son tipos arcaicos, o mejor aún, primitivos.

En las doctrinas tribales aparece el arquetipo en una forma modificada en donde los contenidos de lo inconsciente se ha transformado en formulas conscientes, transmitidas bajo la forma de **doctrina secreta**, la cual se refiere a una transmisión de contenidos colectivos originalmente procedentes del inconsciente.

Otra expresión común de los arquetipos es el mito y la leyenda; tratándose de formas especialmente configuradas que se han transmitido por largos lapsos. Es por eso que el concepto "arquetipo" se puede aplicar indirectamente a las representaciones colectivas ya que en realidad se refiera a contenidos psíquicos no sometidos a una elaboración consciente alguna.

El arquetipo muestra por lo general el influjo de la elaboración consciente que juzga y que valora. Su manifestación inmediata tal y como se produce en los sueños, visiones, es mucho más individual, incomprensibles o ingenua, que por ejemplo en el mito. En otras palabras, el arquetipo representa un contenido inconsciente que al hacerse consciente y ser percibido, cambia de acuerdo con cada conciencia individual en que surge.

El arquetipo de las representaciones religiosas posee como todo instinto una energía específica la cual no se pierde aunque la conciencia la ignore.

Se puede aceptar la posibilidad de que todo hombre tiene todas las funciones y cualidades humanas medias, lo cual puede ser traducido a la existencia en todos los hombres de los factores religiosos normales o sea los arquetipos, **"quien consigue despojarse de una fe religiosa, lo hace merced a la circunstancia de que tiene otra a mano"**.

"Frente a los resultados de la moderna Psicología, ya no puede quedar ninguna duda de que existen arquetipos que nunca fueron conscientes. A mi modo de ver, no existe ningún motivo sólido para rechazar la hipótesis de que todas las funciones psíquicas que hoy son inconscientes fueron antes inconscientes y obraba entonces, sin embargo, aproximadamente igual que si hubiesen sido inconscientes. Se podría decir también que todo lo que el hombre produce como fenómeno psíquico ya existía antes en un estado natural inconsciente"²

Jung contribuyó al estudio de los procesos de simbolización como ningún psicólogo; no es exagerado afirmar que los conceptos más importantes de él son el arquetipo y el símbolo, los cuales están íntimamente relacionados. **Los símbolos son la manifestación externa de los arquetipos.** Los arquetipos sólo pueden expresarse a través de símbolos, desde los arquetipos están íntimamente arraigados en el inconsciente colectivo desconocido e incognoscible para el individuo". Los arquetipos constantemente dirigen la conducta del individuo. Sólo el análisis de los símbolos, los sueños, las fantasías, las visiones, los mitos y el arte, nos permite aproximarnos al conocimiento del inconsciente colectivo.

Jung considera a los sueños como productos naturales y espontáneos dignos de ser tomados en serio y que producen un efecto aunque no sea notado ni entendido.

"Los arquetipos pueden ser vivenciados como motivos o como imágenes, su efecto se hace sentir en especial en situaciones humanas muy típicas o de alto contenido emotivo, como pueden ser el nacimiento o la muerte, el triunfo sobre obstáculos naturales, estadios de transición en la vida, como la adolescencia, y experiencias de peligro extremo o que inspiren temor"³

² Ibídem pág. 155

³ Fordharm, Frieda. "Introducción a la Psicología de Jung". Ediciones Morata. Madrid España pág.28

En el concepto del arquetipo está implicado el de inconsciente colectivo, aunque por otra parte los arquetipos pueden tener un aspecto personal.

Las imágenes antes mencionadas parecen poseer una energía y un poder propio, pueden inspirar acciones creativas o destructivas (una obra de arte o una explosión de loco frenesí), representan el tesoro que la humanidad ha acumulado y de la que ha producido sus dioses y su demonios, y todos aquellos pensamientos e influyentes sin los cuales el hombre dejaría de ser hombre.

Los arquetipos se hayan muy próximos a los que Platón llamaba "idea", la cual entendemos como una imagen primitiva de suma perfección y cuya parte oscura de llena ya no se haya como la idea. Para Jung, el arquetipo lleva implícita una estructura bipolar tanto una parte oscura como una luz inmanente. Los arquetipos podían denominarse también autoretratos de los instintos, imágenes del pasado, acontecimientos psíquicos.

1.1. Orígenes del arquetipo.

Su origen lo ubicamos en los mitos o simbolismos del hombre en general. Estos motivos y símbolos juegan un papel decisivo en la vida psíquica en su totalidad, un carácter funcional dominante y una carga de energía muy elevada, por lo que Jung, al principio (1912) los denominó "imágenes primigenias"; Burckhardt los llamó protoimágenes, y más tarde (1917) "dominantes del inconsciente colectivo". Sólo a partir de 1919 les llamo arquetipos.

Podemos aventurarnos a suponer que las imágenes primordiales, arquetipos se formaron durante los milenios en que tanto el cerebro como la conciencia humana iban superando el estado animal; pero sus representaciones, es decir, las imágenes arquetípicas dada su cualidad primordial se ven alteradas en base a la era en la que aparecen.

El hombre primitivo se hallaba tan ocupado en la formación de símbolos y la creación de una religión como lo estaba con el cultivo de la tierra, la caza y la pesca o con la satisfacción de sus necesidades básicas. A pesar de cierta actitud denigratoria actual contra la religión, el hombre y la mujer de hoy siguen siendo tan religiosos como lo eran aquellos primitivos.

Al respecto del origen de los arquetipos existe una crítica de las ciencias naturales ya que excluye la posibilidad de la herencia de caracteres o recuerdos adquiridos a lo cual Jung respondía: " no se trata de representaciones heredadas, si no de civilizaciones heredadas, o sea, de un modo heredado de función psíquica de aquel modo y manera congénitos según el cual el pollo viene del huevo, el pájaro construye un nido, cierto tipo de avispas encuentra el ganglio motor de la oruga con su origen y la anguila el camino a las Bermudas; lo cual se refiere a una norma de conducta. Ese es el aspecto biológico del arquetipo; de él se ocupa la Psicología Científica. Pero esta dentro, en la esfera del alma subjetiva".

1.2 Componentes de los arquetipos.

Los elementos componentes de los arquetipos, encuentran su expresión en los sueños, visiones, fantasías, mitos u leyendas, así como en el arte como ya se apuntó anteriormente.

El lenguaje de los sueños es simbólico y recurre a analogías, de allí deviene su carácter obscuro y aparentemente sin sentido. El hombre normal puede inferir la existencia del inconsciente colectivo por las imágenes mitológicas que aparecen en los sueños y con lo cuales no ha tenido contacto consciente previo. En ciertos casos se dificulta probar que tal conocimiento nunca existió (la posibilidad de que existía criptomnesia). En algunos tipos de desequilibrios mentales se desarrolla una asombrosa imaginaria mitológica en donde no existe ninguna posibilidad de que el sujeto haya adquirido por experiencia propia.

Un caso concreto de la aseveración anterior fue analizado por el mismo Jung en 1906 cuando atendió a un paciente en un hospital mental. El hombre en total desequilibrio mental; pero en sus períodos de tranquilidad describía visiones muy peculiares y aducía ideas e imágenes simbólicas fuera de lo común, hasta 1910 se logro dar luz a los símbolos mencionados por el paciente, ya que Jung casualmente se entero de que algunos papiros griegos habían sido descifrados, los cuales tenían coincidencia. La posibilidad de la criptomnesia quedaba descartada, ya que el paciente había sido internado en el hospital años antes de que apareciera el texto del papiro.

Los arquetipos detentan un papel decisivo en la economía psíquica, son el reflejo de reacciones instintivas, psíquicamente necesarias en determinadas situaciones, que esquivando la conciencia, por su disposición congénita a actuar determinan una conducta, cuyo sentido es una necesidad psíquica.

Nuestra voluntad nos permita dirigir y dominar ampliamente el espacio de nuestra conciencia, mientras que el inconsciente constituye un orden y una continuidad independiente e ininfluyente por nosotros, los arquetipos constituyen sus centros y campos de fuerza. En el sentido de estas fuerzas, los contenidos que caen en el inconsciente son sometidos a un *orden visible*, inaccesible al conocimiento consciente, continuamente desviado de su camino, modificando su apariencia por nosotros desconocida.

1.3 Características de los arquetipos

Podemos decir que dado que todas las manifestaciones en tanto son de naturaleza típica y general-humana descansan sobre bases arquetípicas, ya sea que se expresen en un plano biológico, ya en el psicobiológico o en el espiritual de la ideación.

Los arquetipos existen **a priori** para el individuo, son coherentes al inconsciente colectivo, es por ello que están sustraídos al devenir y parecer del sujeto.

"Si estas estructuras psíquicas y sus elementos han existido siempre, es una cuestión de la metafísica y por ende no puede ser contestada por la Psicología". "El arquetipo es metafísico porque es trascendente a la conciencia" pertenece a su esencia a lo "psicoide", es decir a la esfera de lo análogo, a lo "psíquico" dice Jung.

Es tanto más transitorio y personal es el origen de un problema, más oculto, detallado y demás firmes contornos es el arquetipo en el que se expresa el problema, cuando más impersonal y general sea su modo de manifestaciones, más confuso o sencillo será su lenguaje descriptivo.

El arquetipo puede aflorar en diversos grados psíquicos y planos, en diferentes constelaciones y se adapta en sus modos de manifestación, en su "atuendo", a las situaciones correspondientes y continua siendo el mismo en su configuración y significado fundamentales.

"Lo que siempre dice el contenido arquetípico es, en primer termino, *parábola verbal*: Si habla de Sol, lo identifica como el León, con este al Rey, y al tesoro custodiado por el Dragón, ya al fuerza vital o "salud" del hombre; no es ni lo uno ni lo otro, sino un tercero desconocido, el cual permite ser expresado con mayor o menor acierto mediante todas estas parábolas, pero que permanecen desconocido e in formulable, contrariado simple al intelecto.

1.4 Tipos de arquetipos

El número de arquetipos es relativamente limitado, porque corresponde a las "posibilidades de vivencias típicas fundamentales" que el ser humano a experimentado desde siempre.

Para nosotros en aquella "experiencia primitiva" que ello representa y a la cual sirven de mediadores. Los encontramos en todas las mitologías, tradiciones religiosas y misterios.

Es un rasgo esencial de la religión el dar expresión consciente a los arquetipos. La experiencia de la imagen de Dios o arquetipo de Self es ciertamente lo más vital y lo más arrebatador que puede ocurrir a un hombre y sin ancla de ninguna clase podría el hombre ser "barrido por los vientos". El hombre precisa experimentar la imagen de Dios dentro de sí mismo y vivenciar su correspondencia con las formas que su religión proporciona para ello.

Los arquetipos más representativos son: **El Nacimiento, la Muerte, la Resurrección, la Fuerza, el Héroe, el Dios, el Demonio, el Sabio anciano, la Madre, el Niño y los Animales.** Para explicar como se origina un arquetipo tenemos por ejemplo la fuerza: el hombre, ha estado expuesto a la fuerza de la naturaleza desatada (huracanes, terremotos, inundaciones, etc.) de la cual ha extraído la noción de fuerza, que lo ha fascinado y la trata de controlar. Esto explica por que al niño le gustan las armas de juguete, el adolescente desea una estruendosa motocicleta y el científico trata de obtener energía mediante la desintegración del átomo.

Manejo o utilidad de los arquetipos.

El arquetipo puede modificar nuestra actitud consciente, incluso trocarla en la contraria; por ejemplo en el sueño reconocemos al padre idealizado en una cabeza humana, con patas de macho cabrio, o en Zéus irritado con un haz de rayos en la mano, o en una ménade a la dulce y mala esposa, etc., lo cual prueba que el inconsciente “previene” y precisamente lo “conoce mejor” y puede salvar de una falsa apreciación.

El Prometeo arrebatado al fuego, el Hércules matador de dragones, los números mitos de la creación ,el pecado original, los misterios de los sacrificios, el parto virginal, etc. representan determinadas figuras y contenidos del inconsciente colectivo. En cada psique individual pueden aflorar los arquetipos con vida nueva, ejercer su acción mágica y condensar de “mitología individual”.

La suma de los arquetipos significa para Jung la suma de todas las posibilidades de la psique humana: un material enorme, inagotable, de conocimientos antiquísimos sobre las relaciones mas profundas entre Dios ,el hombre y el cosmos. Descubrir este material en la propia psique, despertarlo a una nueva vida e integrarlo a la conciencia significa anular el aislamiento del individuo e incorporar al curso del eterno acontecer.

En sus investigaciones Jung insistió en sus estudios sobre la **Sincronicidad como principio de condiciones causales**. Con ello arrojó nueva luz sobre fenómenos de percepción extrasensorial aunque fueran científicamente explicados de un modo insatisfactorio, como telepatía, clarividencia, los llamados milagros”,etc.

Por medio del estudio de los arquetipos encontramos que el hombre posee una “función” religiosa, lo cual influye sobre su camino tan poderosamente como lo pueden hacer los instintos de la agresión y del sexo.

Consideraciones generales acerca del arquetipo Muerte

El término arquetipo, originalmente acuñado por Carl Gustav Jung, discípulo de Freud que se separa de él en 1912 y que en sus trabajos acerca del inconsciente colectivo retoma el concepto, el cual hace referencia en esencia a formas universales de ideas que poseen alto contenido emocional y en las cuales, el género humano se siente identificado, por ejemplo, el miedo que el hombre siente ante la obscuridad y su temor a las serpientes; ya que en tiempos primitivos, en la obscuridad se encontraba sujeto a grandes peligros y a las mordeduras de serpientes eran con frecuencia de consecuencias fatales.

Acerca del arquetipo muerte, podemos mencionar que existe un contacto con él en determinados momentos cruciales de nuestra existencia y debido a la enorme carga emotiva que se genera en el entorno y las secuelas que puede dejar en las personas creemos que radica su gran importancia.

De igual modo entra en juegos diversos sentimientos que se manifiestan en diferente magnitud entre los actores involucrados en el proceso tales como: sarcasmos, burla, amor, miedo, culto, simpatía, etc.

Respecto a las manifestaciones culturales que se presentan ante el suceso destacan las festividades tradicionales que tienen lugar a nivel nacional, siendo las más importantes incluso internacionalmente las que corresponde a Janitzio y Mixquic.

No podemos dejar de mencionar los ritos que se llevan a cabo en escenarios de carácter oscila como los velatorios y los cementerios, siendo estos últimos en donde crece la asistencia de personas en días especiales tales como el día del padre y el día de la madre.

CAPITULO 2

CONCEPTO DE MUERTE ("LA ETERNA...DUDA")

Hablar del concepto o significado de la muerte nos redituaria en una ilimitada y heterogénea tarea de la cual difícilmente saldríamos “avantes”, ya que es claro que la palabra muerte acarrea un inacabable, andamiaje de conceptos los cuales no podríamos concretarlos en unas cuantas páginas sin temor de quedar “cortos” y es que la muerte no la podemos estudiar como la muerte “in situ” o de “facto” ,ya que la muerte la componen hechos inaislables.

Podemos decir que la muerte se mueve básicamente en tres ordenes ,los cuales no son excluyentes entre si, al contrario en muchos casos (mayorías) se entremezclan para dar una gestal concatenadora, los ordenes a los que nos referimos son el biológico, metafísico y psicológico y en cuanto al ejemplo de una expresión en el que pudiese quedar plasmados unos o más ordenes, seria el siguiente artista o personaje de importante parafernalia ,a quienes los medios dictan muerto ,pero a quienes los fans, admiradores, etc., dictan vivo (y nos referimos al recuerdo),da muestra clara del concepto de muerte biológica, pero no social, y en algunos casos el “actor” vive o entra al terreno metafísico, al dotar, sale la investidura de guru. seguirá vivo en otro plano.

El caso anterior, muy esquemáticamente intentara ejemplificar la trascendencia o evolución en la muerte. Intentemos ahora escalonar los conceptos de la muerte. Hablemos de la muerte biológica, metafísica y psicosocial para dar una concreción tácita, debemos remitirnos a la etimología o concepto general de las tres palabras ,así bien entendemos que la muerte biológica es la antesala o el requisito (al menos para la metafísica) para que un hombre y “su sociedad” sea sacudido por los eventos actuales, ritos, etc. Que confieren a la muerte; es obvio que para entrar a la muerte metafísica se tuvo que tener un cuerpo que abandonar.⁴

⁴ Excepto en el caso del personaje de Castaneda, **Don Juan Matus**, el cual “muere” o trasciende sin aniquilación corporea (no necesariamente) “las enseñanzas de Don Juan”

La muerte biológica es la más segura o dicho de otra forma es la menos debatible ,es la comprobable, la que reglamenta o atiende a una ciencia ortodoxa- la que se puede certificar a partir de la medicina en el caso más exigente, ya que por lo general uno mismo puede “asegurarla” también. Y es que nadie pueda debatir que el ejecutado en la guillotina siga vivo ,amen de los pocos conocimientos médicos que se tengan.

Punto aparte son las muertes clínicas de las que regresaron algunos enfermos, los cuales en muchos casos traen consigo material para discernir en cuanto al terreno metafísico (ilusiones, visiones, voces, luces, etc.)

La muerte biológica es simple y llanamente el cese de las funciones corpóreas o fisiológicas, la aniquilación de toda respuesta biológica en el cuerpo.

Son las muertes metafísicas y sociales de las que más nos ocuparemos en este trabajo, ahora bien mucho dirán que la muerte metafísica o el arquetipo de esta se encuentra contenida en lo que llamamos muerte social, ya que la forma de expresar un concepto arquetípico es en el colectivo o en actitudes que al ser categorizadas o calificadas de inmediato se les confiere un rasgo social y saben que....? tienen razón, sólo que nosotros hacemos la diferencia en el tratado metodológico ,de abordarlo así pues, llamamos muerte metafísica al concepto de transición que envuelve a la muerte, vida eterna, reencarnación, etc. Y es que para “nosotros” en este trabajo, la muerte social es que componen o conjuntan los eventos, culturales, sociales y rituales de muerte para cada parte de la sociedad.

Algo de tomar en cuenta es que la muerte metafísica no existe como tal o al menos el concepto de muerte es aquí donde no se circunscribe al sinónimo de aniquilación, cese, final, etc., y todo lo que se asocia con muerte en muchos casos; ya que la muerte en el terreno metafísico es “el nacimiento del ser” y la muerte física es el hecho biológico que evoluciona del mundo inmaterial es el paso del “alma y/o cuerpo etéreo” a otra vida.

La muerte social la podemos entender como la inexistencia o anulación de la persona en su status universal. La muerte social responde al bagaje de simbolismos, ritos, y cultos mortuorios; así como a los eventos sociales, entendidos estos, en sus momentos de nacimiento, desarrollo, punto álgido y delineamiento y/o hasta desaparecer del mismo, la muerte de ciertas instituciones clarifican esto desde la familia entendida como célula social hasta el engranaje de un sistema social o de un gobierno (socialismo, capitalismo, etc.)

Podemos decir que la muerte es el concepto que perennemente acompaña al hombre; sabemos que el acto de muerte es algo que todos sin excepción tomaremos algún día, es lo único innegable en cada uno de nosotros, a cada uno de nos pernea de manera distinta ,podemos decir que en cierta forma”la línea di vida” o estilo de ésta,puede o responde a la idea de muerte que cada uno de nosotros tenemos.

Las actitudes ante la muerte son tan disímiles como culturas en el mundo, e incluso dentro de una misma cultura existen diferentes conceptos de muerte sujetos a diversos contextos.

En lo que las sociedades encuentran cierta similitud de tener un “ritual de muerte”, la analogía radica en que toda cultura, ya sea arcaica o avanzada, con distintas concepciones de la realidad, con riqueza o pobreza de los elementos a su alcance, en el medio circundante, o ante la diversidad de razas y lenguas, siempre habrá un rito, acto, ceremonia o actitud ante el muerto.

Toda sociedad tiene exequias, que representan el andamiaje sobre el cual se erige su cultura. La muerte es un acto social y las exequias el perfil y características de éste.

Los ritos evolucionan y tienen caracteres religiosos y sociales (metafísicos y materialistas) son como mencionamos ya, el espejo de una sociedad o de ciertos individuos ya que la muerte tiene significados tan variados como individuos en la sociedad, la muerte puede ser así, un alivio o sufrimiento, una pena o felicidad, angustia o descanso hasta el fin o comienzo. Es el arquetipo poderoso que habla del principio y el fin del “in-pase” y la trascendencia.

Encontrar un concepto de muerte es encontrar un concepto de vida (hay tantos y diferentes)

El acto de muerte “nos pesa tanto” porque sabemos que nosotros tenemos que “pasar” por eso a nadie le preocupa su nacimiento o el acto de nacer por que sabemos que ya pasamos por eso además de que conocemos la parte subsecuente al nacer, pero nadie sabe (?) que hay en la muerte. Es la muerte el único acto que vivimos a través de los demás.

Aquí la única experiencia de nuestra vida que es completamente actuada por los demás, es nuestra última experiencia, la que no existe, la que no actuamos pero la que ya en el pasado vivimos de diferentes formas, la muerte de un individuo es un verdadero acto social en el que curiosamente no solo hay "un actor" .

La "muerte" es sin duda el arquetipo más vivo entre nosotros.

Todas esas sensaciones son vividas por la mayoría de las personas, menos que el concepto de muerte sea un concepto creador, como el que enarbolan algunos grupos o filosofías de la vida como el dualismo Zen, por ejemplo.

Sin embargo en el aspecto social ,nuestra muerte es sin duda la única experiencia.

2.1 Miedo a la muerte

Todos en cierta forma tenemos o poseemos una reacción al menos de cierta reticencia en relación a la muerte, se le tiene miedo a la muerte en esencia, quizá porque es lo único seguro que tenemos en la vida, el único acontecimiento del que sabemos no podemos escapar, y además es lo más desconocido, lo indescifrable, amén de que el hombre incansablemente ha buscado una respuesta(s) a la sucesión de la muerte. Y es que paradójicamente a pesar de que estamos rodeados y todos somos candidatos a la muerte, la inquietud o temor siempre de alguna manera estarán presentes.

Ahora bien ,si todos sabemos que vamos a morir, el hombre también “carga” con un poderoso concepto (arquetipo) el de la egocéntrica inmortalidad; nuestro inconsciente no cree en su propia muerte, se maneja como un inmortal.

Freud nos lo explica de esta forma:

“El inconsciente (compuesto por nociones pulsionales) no conoce cada negativo...Para el inconsciente, la muerte representa también dos actitudes ambivalentes, por un lado admite que la muerte es la aniquilación de la vida y por otra parte la desmiente como irreal”⁵

La muerte como mencionamos anteriormente tiene evidentes pesos muy diferentes en las culturas, de ahí que un culto o veneración en una sociedad pueda significar lo más aberrante en otra; el rito de la muerte es quizá uno de los eventos o actos sociales más característicos de una sociedad.

Encontramos así que el miedo a la muerte en el occidente esta fuertemente vinculado con una perdida material, es sinónimo final, limite, corrosión, putrefacción, cadáveres, etc.

⁵ Freud,S., “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico”

En occidente se hace mucho hincapié de lo palpable, "lo concreto", en este caso el cuerpo humano es fuente de muchos temores, de ahí el miedo a la descomposición, a los esqueletos, a lo que en occidente se ve de la muerte.

Un análisis especial competará el culto que se les rinde a los cráneos, hecho que en muchas partes de la Europa medieval así como en Mesoamericana y Asia fue ponderante, ya que se le atribuía a los cráneos la base del poder post mortem.

Mención aparte merece el culto que nosotros hacemos a nuestros muertos, con la elaboración de calaveras de azúcar a las que se les pone en la frente el nombre de algún difunto - o vivo - es un hecho, el mexicano es un capítulo sui generis en el análisis del culto a la muerte, ya que su "interacción" con los muertos, en el día de sus festejos, es sinónimo muy particular de la cultura mexicana.

Volviendo con el temor a la muerte podemos decir que cada expresión de rechazo o miedo a ella es una estampa de la vida misma, una historia de nosotros mismos. ¡La muerte la "vivimos" como hayamos aprendido a morir en la vida!

L. Vincent Thomas manifestó alguna vez que los miedos con respecto a la muerte se podrían agrupar en tres rubros; miedo a la muerte, miedo al después de la muerte y el miedo a los muertos. Y es en realidad en estos tres aspectos de engranaje gigantesco, donde el hombre proyecta sus actitudes, acciones, expresiones, etc. del acto de morir, y analizándolos de cierta forma podemos entender todo lo anterior. "Miedo a morir" de ahí se desprenden el concepto de la bella y la mala muerte, entendida la primera como aquella que llega de repente, sin dolor, sin agonía o la esperada aunque con aceptación.

Por otro lado ,la mayoría teme a la muerte violenta, dolorosa, aquella que acarrea un proceso de disfuncionalidad lento y que carcome, es en si, hablar de dolor, la muerte es igual a dolor y de dolor no se habla, se evita, se teme al dolor.

Otro aspecto que causa miedo con respecto a la muerte o al morir, es el dejar “pendientes”,el no cumplir con los compromisos asumidos o trabajos “encomendados” , el dejar a la familia en el abandono, a los seres queridos con los compromisos, causar dolor a los nuestros con nuestra muerte, etc.

Tenemos miedo de encontrarnos con la sociedad en el momento de morir, a encontrarnos con el vacio, hacernos jueces de nosotros mismos, a la “agonía psicología”.

El post mortem ¿y después de morir qué? .Esto también encierra grandes miedos el hombre teme a lo que dijimos anteriormente, a “el mas allá” a la incertidumbre de esto, teme al castigo, a las ideas del infinito, dolor, a la eternidad, a todo lo que numerosas culturas han creado respecto a la vida eterna, en relación obviamente con la expiación, castigo o pago de lo “malo” de nuestra vida.

Existe también, en cuanto al temor post mortem, el miedo al inpasado eterno, la nada, el miedo a la espera (?) interminable, “obsesión de la nada nos dice Vicent Thomás, por ello, algunos para acabar de ese sufrimiento” se hace incinerar ya que el cuerpo es el que recibe el “castigo”, de ahí también el miedo que se tiene a la descomposición, misma que se “alivia” como dijimos antes con la enmienda de la cremación.

Otro miedo a nuestro post mortem es el incumplimiento de los ritos mortuorios o religiosos necesarios para nuestra “vida espiritual”.

Mucha gente católica por ejemplo expresa sus deseos de las mismas o novenarios necesarios para el descanso o redención del alma y al igual que los católicos, los musulmanes, budistas, judíos, etc., y todos los que hablen de “trascendencia” necesitan cumplir con un rito, esto compete también aun sin número de actos sociales involucrados.

En el que si eres exitoso, eres buen estudiante, buen hijo, mala pareja, estarás reflejando y representando el deseo general o status quo.

El otro miedo conocido, es que algunos expertos mencionan como el apego, esta intención egocéntrica de dirigirse en la vida, el apego entendido como la absorción del concepto materialista del ser. (soy en cuanto a la sociedad). El hombre existe de acuerdo al concepto social. Sabemos que es imposible salir de esto. Si vives en sociedad, pero el término al que nos referimos va encausado hacia el conocimiento interno para el “apoyo” (principio budista).

Y hablando de sociedad es importante curar el miedo a lo vivo y a la intrascendencia. Esto sin dudar en el moribundo; se trabaja con el concepto de “desapego”. Finalmente, el miedo a los muertos, se ve mejor reflejado en las actitudes de reticencia hacia los cementerios, historias de aparecidos, fantasmas y demás. Numerosas culturas veneran o respetan a las almas de ciertos espíritus para no ser visitados por estos, en algunas culturas incluso se practican ciertos “mecanismos” a los cadáveres para asegurar el no retorno de ciertos muertos (mutilaciones, extrema sellado de las fosas, atados, etc.)

Podemos decir también que el miedo a la muerte encuentra mayor respuesta en el desconocimiento de uno mismo, los alcances y razones que se tuvieron para “ser” en esta vida.

Todas estas observaciones o cavilaciones las obtuvimos de nuestra experiencia etnográfica de este trabajo. Y es difícil hablar de miedo o de esa sensación cuando fuimos a la ceremonia de día de muertos en la alameda o en la plaza Brasol en la Roma y es que miedo fue lo último que sentimos al ver rostros y estrechar manos e intercambiar comentarios con la gente presente, estas sensaciones también son difíciles de concretar, así como las experiencias con el VIH.

2.2 Vida eterna

El concepto de vida eterna o el entendido como tal, tiene raíces arcaicas en el hombre, la muerte, la disfunción, etc. Sólo alcanza lo material, lo corpóreo, lo humano eso si se destruye.

El concepto de espíritu, energía, etc., es la respuesta humana que todos los hombres enarbolan para dar causa a esa egocéntrica inmortalidad del inconsciente, el cual responde a los ritos religiosos, tan vastos y variados como culturas existen en el mundo.

Explicar cada cultura nos llevaría muchísimo tiempo nos conformamos con advertir que el hombre tiene “planes o proyectos” de una vida eterna como su vida misma amen de que esto se encuentren o concatenen en generalizaciones o ritos – por decirlo de una forma – como lo son las expresiones cristianas, budistas, islámicas o cualquier otra creencia o filosofía.

Algo que podemos decir también a favor de la misma “hambre” con la que ven o han visto los hombres a la vida eterna, es que todas buscan una u otra cosa, “reproducir” a la persona tal y como fue, transmitida, idealizada, etc. Es decir, la creencia de reencarnación o transmutación, no sólo en otro cuerpo, sino en otra especie incluso idealizada, sublimada o transformada, corresponden a creencias en las que la resurrección cristianismo, brahmaismo, etc. – tienen cabida, es como habláramos del alma o espíritu “personalizado” como ente consciente e interactivo, el alma proyectada, la que es castigada o bendecida el individuo incorpóreo, al que se somete todo o la mayoría de los conceptos religiosos en el que se establece el espíritu como la esencia del hombre, fruto y móvil de la vida eterna.

La otra forma o interpretación en la que se ve envuelta la vida eterna es la transferencia de energía, vibra, fuerza, etc. Esta tendencia se concreta en la transferencia o “supervivencia” a través de la trascendencia energética, son ente sin conciencia, sin conocimiento, todo es flujo, fuerza...concretando es una “metáfora, una vibra....una luz.”

La vida eterna para algunos es la respuesta al miedo de no saberse nada, de perderse en ello, la vida eterna en una opinión personal (experiencias propias y cercanas) ,es “un espacio necesario de trascendencia espacial y temporal en un momento, acto, suceso o acción definida.”

Así bien la vida eterna es y seguirá “perseguida” siempre, amen de opiniones diferentes, como la del Dr. Kastler, quien no admite la supervivencia personal ya que le parece “una explotación de nuestro instinto de conversación, una proyección de este instinto más allá de su fin natural, un egoísmo trascendente”, para él lo esencial es el altruismo, darse a los otros. “A partir del momento en que se ha logrado esto, todo lo demás y en particular nuestra propia muerte, carece de importancia.”⁶

Lo que es un hecho es que el hombre ha evolucionado en su concepto de la vida eterna y aún ahora en “plena modernidad” o pugna religiosa hablando del cristianismo –occidente- (el hombre se ve en la inmortalidad con acciones como endogénesis o la clonación; en estas dos se busca una supervivencia, aunque permeada con caracteres técnicos y científicos; es al mismo tiempo una búsqueda

⁶ Dolto Françoise.. “une Psychanalyse Chertenne”

de cierta inmortalidad; claro ejemplo además de curioso es el mito del vampiro, que puede ejemplificar de cierta forma como el hombre ha buscado vida eterna y a este concepto lo ha influenciado -obviamente- el contexto cultural. ¿Porque lo anterior?...es sencillo, los vampiros cambian como la sociedad, hasta llegar a casos en que los vampiros son admitidos por bellos, justicieros, arrepentidos, etc.⁷

Lo anterior expuesto y sometido sólo a la “parafernalia” del vampirismo, aunque sirve para esclarecer el devenir del concepto que hemos estado retomando....LA VIDA ETERNA. Finalmente este concepto, será siempre el significado del “vivir” para cada uno de nosotros y la manera en que se lo proponga y plantee.

Algo que casi es general en los pacientes que visitamos, sobretodo con los que convivimos y entrevistamos, era el concepto no de vida eterna si no el de “vida terrena” (?). Es decir que la mayoría intenta vivir su “paraíso” en este mundo, esto sin abandonar sus, intensas o no, creencias metafísicas.

⁷ Reentiéndase que modificamos los mitos o conceptos para cierta convivencia basta con ver programas de T.V., cine, teatro, en la que los vampiros son los personajes “buenos” del show.

CAPITULO 3

ENFERMEDAD TERMINAL ("EL NUEVO CAMINO")

En las sociedades occidentales se resalta la salud, la vida y la juventud. La muerte es un tema que suele evitarse, incluso cuando es eminente, suele negarse, pero no es raro que ocurra solo en salas de hospitales, sino también en el “cosntructo” de la comunidad.

Ahora bien pasemos a describir los procesos básicos o “claros” de la experiencia de la muerte de una manera concisa. (si es que se puede hacer) mismos que desde nuestra investigación observamos de la siguiente forma.

Etapas de la agonía:

La primera etapa es la negación donde el enfermo no esta preparado para reconocer la gravedad de su enfermedad, algunos conservan la negación hasta la muerte y hablan de planes futuros que harán cuando mejoren.

Una vez que la persona pasa la etapa de la negación, se presenta un periodo comprensible de enojo y hostilidad: ¿porqué me sucede esto a mi? ¿qué hice para merecer este castigo?.

La tercera etapa es la de regateo, en donde se cree como en la niñez que la buena conducta se recompensa y las malas acciones se castigan. Por lo tanto, prometer ser muy bueno puede conllevar a adquirir una revocación de la decisión que la muerte es inminente.

Cuando el paciente se percata de que sus esfuerzos de arrepentimiento son inútiles, suele presentarse la fase de la depresión, en donde el individuo contempla todo lo que ha amado en al vida y lamenta perderlo.

La etapa final del proceso de agonía se presenta cuando el paciente ha aceptado que pronto va a morir y se prepara para ello.

El enfermo terminal

Se define como paciente terminal al enfermo en que la posibilidad de resolución – incluso temporal- de la enfermedad, no puede obtenerse con medios específicos tales como cirugía, radioterapia o tratamiento médico.

Estado terminal es el momento en que el personal médico y de enfermería –hoy todavía- pronuncian la frase:”no hay nada que hacer” y comienzan a alejarse del paciente. Y en cambio la pérdida de esperanza y la sensación de soledad que constituyen el peor aspecto del sufrimiento de los pacientes, puede reducirse considerablemente, e incluso anularse, ¿Cuáles son las enfermedades que a pesar de darse en forma muy generalizada parecemos incapaces de controlar?...quizá los casos de las afecciones cardiovasculares, el cáncer, el SIDA y las enfermedades de los pulmones como la bronquitis o la neumonía son quienes más contestan esta pregunta. Más de una de cada tres personas muere a causa de una afección cardíaca o de vasos sanguíneos que irrigan el cerebro. Una de cada cinco muere de cáncer o SIDA. (Hablando de enfermedad terminal).

El cáncer puede causar la muerte desarrollándose en los tejidos de órganos vitales e interrumpiendo su función ordinaria. las enfermedades del sistema respiratorio conducen con frecuencia a anular la función vital de los pulmones, la cual consisten proporcionar a la sangre oxígeno y extraer de ella el dióxido de carbono. y la enfermedad del SIDA que altera el funcionamiento del sistema inmunológico haciendo muy susceptible al organismo humano hasta de las infecciones que antes le resultaban fáciles de manejar.

Diagnóstico de la enfermedad terminal

Cuando la persona enferma se haya al borde de la muerte, se observa que su función vital está claudicando y le resulta difícil recobrarlo lo cual es un vestigio eminente de una situación fatal.

Si se diagnóstica la enfermedad incurable con mucha premura, impondrán al enfermo una penosa actitud de resignación que le impedirán recibir las primeras oportunidades de tratamiento, producto de una angustia mental a causa de anticipar su muerte en futuro inmediato.

Un rasgo importante de la situación de la enfermedad terminal consiste en la incertidumbre que se genera, ya sea por que el diagnóstico de la enfermedad no se ha establecido totalmente o por que no se sabe que curso tomará la dolencia en un caso concreto, amen de los errores de diagnóstico en afecciones mortales. Aunque cabe aclarar que los diagnósticos en afecciones mortales son cada vez más raros.

Otra causa de incertidumbre es el pronóstico la constituyen las impredecibles posibilidades de recuperación de los enfermos terminales.

El malestar físico en la enfermedad terminal

A menudo se teme a la muerte como la fuente posible de sufrimientos físicos, aunque aquella puede sobrevenir sin molestias. Con frecuencia se quieren tener certezas sobre aspectos de la propia muerte: tiempo que tardará en consumarse, el grado de posibilidad de que se presenten grandes dolencias físicas y si existen remedios que puedan paliarlas. Tanto la intensidad del dolor como la duración y las posibilidades de un alivio completo del dolor se hayan relacionadas. Un agudo

sufrimiento es de corta duración hasta que sobreviene la muerte repentinamente. Un ligero grado de dolor puede soportarse con facilidad. De durar poco no abatirá a una persona que si dura meses enteros. El hecho de que la enfermedad final transcurra despacio puede ser ventajoso en vez de temible.

Por ejemplo, una persona anciana satisfecha, bien atendida, tal vez experimente poco o ningún sufrimiento (disipación lenta de las urgencias de la vida y los deseos de vivir). Una enfermedad mortal puede estar en estado latente o con perturbaciones menores mientras se despliega la vida con plenitud.

La duración de la enfermedad terminal

Las enfermedades mortales, mayoritariamente, van de los extremos de la catástrofe repentina a la de la prolongada dolencia. con frecuencia terminan con un periodo de enfermedad en que no se ve ningún vestigio antes de que la muerte sobrevenga; estado de graves restricciones, pérdida de autonomía y tal vez de dolor.

3.1 SIDA (enfermedad terminal)

EL SIDA

Escuchar la palabra “SIDA” en ésta época es una forma de establecer una relación con un fenómeno que nos hace pensar en la muerte y de alguna manera provoca una sensación de angustia, angustia que divide, que separa, pues tiene que ver con las eternas interrogantes del ser humano a través de su historia ¿Quién soy?, ¿De donde vengo?, ¿a dónde voy?.

El SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es una enfermedad contagiosa e incurable, hasta ahora, que afecta la capacidad del organismo para defenderse de las infecciones, es decir, como ya la mayoría sabemos, ataca y acaba con el sistema inmunológico del hombre, situación peligrosa, ya que nos deja a merced- mortal de alguna enfermedad aún siendo esta no tan grave.

México ocupa en el continente el tercer lugar en cuanto al número total de casos se refiere, sin embargo respecto al número de casos por unidad de población, es decir, la tasa, nuestro país se sitúa en el octavo lugar.

El virus del SIDA ataca a hombres y mujeres por igual, independientemente de su edad o preferencia sexual. Los síntomas pueden aparecer entre los 6 y los 10 años después de adquirida la enfermedad.

La enfermedad es transmitida principalmente por las siguientes vías:

- Por transfusiones de sangre contaminada.
- Por contacto sexual con una persona infectada.
- Por transplante de órganos contaminados.

- Por utilizar jeringas, agujas, bisturíes o cualquier objeto punzo cortante contaminado.
- Cuando la madre está infectada, puede contagiar a su hijo durante el embarazo y/o al amamantarlo.

Y los *síntomas iniciales más comunes del SIDA* son los siguientes:

- Pérdida de peso de más de 5 kgs. Al mes, sin causa justificada (como dieta o aumento de ejercicio).
- Fatiga sin causa aparente, especialmente si está combinada con dolor de cabeza, mareo o vértigo.
- Diarrea constante por más de 2 semanas, rebelde o tratamiento médico habitual.
- Fiebre o sudores nocturnos persistentes.
- Inflamación de los nódulos (ganglios linfáticos) del cuello o bajo los brazos por más de tres meses.
- Tos fuerte y seca (que no sea de fumador) rebelde a tratamiento.
- Manchas blancas que cubren el interior de la boca o garganta.
- Formación de moretones con mayor facilidad de lo normal.
- Hemorragias sin causa aparente por cualquier orificio del cuerpo.

Algunos casos en los que el *SIDA no puede ser transmitido*, son los siguientes:

- Por saludar o abrazar a un enfermo de SIDA.
- Por usar o compartir baños, lavabos, tinas y albercas.
- Por el estornudo o la tos.
- Por trabajar con un enfermo de SIDA.
- Por picadura de insectos.

- El virus que produce el sida es poco resistente al frío o calor, detergente, cloro de uso casero, alcohol y agua oxigenada ya que para sobrevivir requiere de una célula viva.
- Se ha demostrado que el virus del SIDA no se transmite por el sudor, saliva, lágrimas u orina.

Algunas medidas preventivas son:

- Mantener relaciones sexuales sólo con su pareja.
- Usar el condón con espermecida durante las relaciones sexuales con parejas ocasionales.
- No compartir agujas, jeringas ni navajas de afeitar.
- Tener cuidado en la procreación ya que puede contagiar al producto.
- Exigir y comprobar que los médicos, enfermeras, dentistas y pedicuristas utilicen su instrumental de trabajo debidamente desinfectado.
- Mantener continuamente informado acerca de la enfermedad.

En caso de presentar algunos de los síntomas antes mencionados se recomienda tomar las siguientes medidas:

- Acudir al médico para recibir orientación, ya que pueden ser síntomas de otra enfermedad y él indicará si es necesario realizar algún estudio.
- El SIDA sólo puede ser detectado mediante estudios de sangre.
- Evitar toda relación sexual con su pareja o persona ocasional.
- No aceptar ni otorgar donaciones de sangre.
- Retirar del alcance de los miembros de la familia sus objetos de aseo personal (cepillo dental, hojas de afeitar y cortauñas. Sin caer en la paranoia.

Para nosotros trabajar con seropositivos fue un reto, no porque creemos que sea un peligro “perse”, sino por que nos paraba frente a nuestros prejuicios y miedos que esto significaba.

Emociones que debemos decir, salían muchas veces en el principio de nuestra onves haciéndola mas difícil, actualmente esa dificultad misma que hoy se ve muy ridícula ya que era basada en tontos y burdos estereotipos de los que hoy nos burlamos y hasta nos apenamos.

3.2 El relato (Esbozo etnográfico de un viaje en busca del guerrero)

A continuación aportamos un bosquejo general a partir de nuestra investigación en concreto sobre la enfermedad del SIDA:

En nuestra investigación tuvimos la oportunidad de asistir al congreso internacional del SIDA organizado en la antigua escuela de medicina en el centro histórico de la ciudad de México en el mes de OCTUBRE del año 87.

En el congreso se incluyó un vasto despliegue de información, cuento, talleres, conferencias, mesas redondas, testimonios de gente involucrada en la atención de enfermos y se contó con la participación de infinidad de organizaciones nacionales que trabajan en pro de la dignificación de los enfermos así como en la difusión de sus propuestas y sobre todo de información relacionada con la enfermedad del SIDA, encaminada a ampliar el conocimiento como inicial medida de prevención.

El congreso duro una semana y fue dirigido principalmente a especialistas en el área de la salud: médicos, enfermeras, psiquiatras, psicólogos, entre otros, pero también estaba invitado el público en general. Se noto muy buena participación de los profesionales de la salud y también del público en general, integrado principalmente por estudiantes y algunas personas interesadas aunque en menor número.

El grueso de la gente asistía a los talleres conferencias y exposiciones y la formación documental y sobre grupos de apoyo, tenia menos audiencia, lo cual era notorio porque en algunos talleres y conferencias había sobre cupo mientras que el material gráfico y escrito tenia poca demanda.

Nuestro acercamiento al congreso fue por una invitación de Francisco Lagunes y Anuar Luna quienes encabezan el grupo de redes de personas portadoras del VIH; quienes ellos denominan “sidáticos” términos que ellos consideran más digno comparado con el despectivo “sidosos”. Con Francisco y Anuar tuvimos una plática previa a nuestra asistencia al congreso.

Dentro del congreso tuvimos la fortuna de conocer al Dr. René García quien dirige la “ERMITA AJUSCO” perteneciente a “Albergues de México”. René es una persona de trato cordial y sereno quien de inmediato se ofreció a informarnos acerca de su trabajo en los grupos de autoayuda de personas infectadas de VIH asintomáticos y dentro de la propia “ERMITA AJUSCO” con enfermos terminales.

Todo aquello atrae de inmediato nuestra atención porque nos abre una importante puerta al desarrollo de nuestro trabajo de investigación. René nos invito a participar en los grupos de autoapoyo en donde las reuniones son los días Lunes por la tarde-noche y también a visitar a los enfermos terminales en “ERMITA AJUSCO”. Le planteamos grosso modo nuestra intención de conocer el trabajo y la gran utilidad para nosotros que nos permita participar en lo que denominamos; observación participante en los grupos de los días lunes para enriquecer nuestra investigación, así mismo aceptamos la invitación para visitar la “ERMITA AJUSCO”.

La coyuntura del congreso nos acercó rápidamente a tener contacto con el objeto de nuestra investigación que agradecemos a las personas que nos ofrecieron las oportunidades.

Nuestra primera meta es acercarnos a los enfermos terminales, para ello, contamos con la anuencia de René quien nos dice que podemos ir a “ERMITA AJUSCO” el fin de semana más próximo y podemos encontrarlo allá, nos ofrece

un mapa donde encontramos los principales puntos de referencia para llegar al sitio.

Para llegar al sitio pasamos por varias peripecias. Cuando pensábamos que nos encontrábamos cerca, resulta que apenas iniciábamos el camino, preguntamos en varias ocasiones a algunas personas sobre el lugar pero no lo conocían y recurriremos al mapa que nos dio René.

Cuando llegamos al poblado más cercano a “ERMITA AJUSCO” crece la incertidumbre porque avanzamos por un camino de terracería de un solo carril y la única guía son unos cuantos anuncios que nos indican la ruta hacia el sitio el cual se encuentra en un lugar montañoso y cuando finalmente llegamos, debemos avanzar hacia una hondada por un camino empedrado, ahí encontramos a “ERMITA AJUSCO”.

Se trata de un lugar remoto, enclavado en el bosque, apacible, agradable, silencioso, amplio, confortable, limpio, etc.. Al llegar buscamos a René y lo encontramos atendiendo a Patricia Palestinos (conductora de radio y catedrática formadora de locutores) y Jorge (un alumno de ella y actor de doblaje). Ellos conversan amablemente sobre las novedades más recientes sobre la ERMITA y sobre su vida fuera del albergue. Nos presentamos y los cinco (Patricia, Jorge, René, Jorge y Joel) visitamos a dos enfermos que se encuentran en ese momento, se trata de Federico y Nacho.

Patricia reconoce la labor de René en la ERMITA, menciona que se maneja principalmente con donativos de mobiliario y Monetario, la ayuda de personal voluntario, integrado por José Luis González y Francisco, las cuotas para los enfermos terminales se fijan de acuerdo a las posibilidades económicas de ellos, llegando incluso a ser gratuitas.

Primero visitamos a Federico quien al parecer es viejo conocido de Patricia, se nota muy cansado y abatido por la enfermedad pero se da ánimo para platicar, él menciona que se ha sentido mejor y espera seguir mejorando, su rostro es inexpresivo no gesticula en absoluto y constantemente traga saliva. En esta ocasión no intervenimos para no cansar a Federico.

Después visitamos nosotros solos a Nacho, el muestra gran disposición para hablar, parece tener necesidad de hacerlo y nosotros aceptamos, nos habla en términos generales lo que ha sido el desarrollo de la enfermedad en él, en el trabajo, con la familia, etc. Le prometemos regresar a visitarlo.

Los grupos de autoayuda de los días Lunes por la tarde - noche son coordinados por René García, son esencialmente talleres vivenciales donde ocasionalmente participan psicoterapeutas atendiendo el taller. El grupo esta integrado principalmente por personas portadoras del VIH y algunos familiares de ellos. Nosotros (Joel y Jorge) nos identificamos como interesados y en "búsqueda", quienes creemos que dichos grupos nos ayudaran. La única condición es que trabajemos a la par del grupo....cosa que haríamos y con creces, gracias! (por cierto)

El trabajo inicia hablando cada integrante de cómo le fue en la semana, aspectos relevantes que desde comentar y además como se siente en ese momento física y emocionalmente. Siempre que se hable en el grupo debe hacerse en primera persona (p.e. yo me siento..... ,estoy....hice.....,vi.....,etc.) (técnica de terapia grupal que ayuda a los pacientes a conectar con sus emociones en una forma más intensa y genuina, que resulta más conveniente para un proceso de crecimiento y el eventual camino hacia la sanidad emocional), se le conoce como "retroalimentación co-escucha"

El tema abordado puede ser libre a propuesta de los participantes o por René en última instancia. Cada uno tiene turno para hablar y debe ser escuchado por los demás con el máximo respeto. Al final se concluye con una breve oración y buenos deseos para todos.

Nuestro principal propósito en el grupo es implementar la observación participante para tener un mayor acercamiento al objeto de nuestra investigación.

Otra actividad involucrada corresponde a asistir al VI encuentro interreligioso contra el VIH, efectuado en el auditorio Abraham González del Centro Médico Nacional donde se contó con una amplia participación de diversos agrupamientos religiosos así como personal voluntario que trabajan en albergues de México y profesionales de la salud que trabajan con personas portadoras del VIH y con enfermos terminales.

El ambiente fue solemne y sumamente emotivo, los grupos religiosos participantes quienes pronunciaron oraciones a favor de todas las personas afectadas por la enfermedad del SIDA, personas portadoras del VIH, sintomáticos y asintomáticos poniendo especial énfasis en los NIÑOS que vienen a ser las víctimas más inocentes de dicha enfermedad.

Grupos de autoapoyo

En los grupos de autoapoyo o autoayuda encontramos la participación más numerosa de participantes, se reúnen entre 30 y 50 personas por sesión, la mayoría asisten regularmente y existe buena disposición para trabajar en pro del grupo y del proceso personal de cada uno.

La mayoría son homosexuales y algunos son bisexuales, han constituido un conjunto sólido, muestran un enorme apego a la vida, tienen conciencia de la muerte pero no se obsesionan en ello ;están ciertos de que la población en general esta expuesta a morir en cualquier momento aun cuando ellos estén más cerca dada la peligrosidad de la infección pero no cejan en su lucha ;sus esfuerzos en pro de la vida están siempre presentes y contagian su entusiasmo a quien se encuentra deprimido, lo que ellos llaman, “tener un bajón”.

Ofrecen una invitación abierta a quien desee participar: seropositivos (se incluyen infectados sintomáticos y asintomáticos), familiares, voluntarios, terapeutas, etc.

Situación Social

Ellos se reconocen como grupo social fuerte, solidario, con algún reconocimiento por lo menos en la ciudad de México. Sus integrantes son gente dispuesta a participar en el trabajo encaminado a ayudar a los compañeros y personas que lo soliciten.

Su intención es difundir sus actividades hasta donde sea posible y aportar su ayuda, conocimientos y relaciones.

A menudo se mencionan sus actividades extragrupalas: difusión de información, trabajo voluntario, asistencia a visita de enfermos, asistencia a diversos foros para promover las actividades del grupo, ayuda económica para conseguir los medicamentos para personas con escasos recursos, entre otras.

Situación Económica

Se trata de un grupo heterogéneo porque no existen restricciones para aceptar a la gente; encontramos a profesionistas de clase media alta y hasta alta, personas de clase media y de clase trabajadora. Los primeros tienen acceso a mayor información técnica respecto al SIDA, asisten a exámenes periódicos para conocer sobre el estado de la infección, hablan del conteo de linfocitos TCD4+ (células que forman el sistema inmunológico y son atacados por el VIH) en sangre, sobre cargas de virus en sus organismos, tratamientos, medicamentos, etc., comparten información y ofrecen ayuda a quien lo solicite.

Situación Psicológica y Emocional

En términos generales prevalece un estado de evasión para no darle tanta importancia a la infección, para evitar entrar en estados de depresión profunda.

Constantemente se hace mención de la disposición de los integrantes del grupo para ayudar a los compañeros que lo soliciten en caso de que tengan “bajón” emocional alguna ayuda de otra índole, como conseguir información, fármacos, empleo, etc.

Los integrantes del grupo se esfuerzan en evitar a toda costa, pensamientos negativos, principalmente sentimientos de culpa, el rechazo, la estigmatización, etc. Y muestran un gran apego a la vida, al disfrute de todo lo que la vida nos ofrece. Pero inevitablemente aflora la emoción en las reuniones en la mayoría de los relatos.

Los investigadores por nuestra parte vemos la gran utilidad que ofrecen estos grupos, su función social es loable, le dan oportunidad a los seropositivos de beneficiarse con este tipo especial de terapia grupal, le dan fortaleza emocional que les permite asumir su condición más dignamente y también los hace más cuidadosos y responsables para evitar contagiar a otras personas.

En determinado caso pueden hacerse dependientes al grupo, pero de ningún modo será perjudicial para ellos, todo lo contrario.

Los seropositivos que tuvimos el gusto de conocer son personas amigables, no les agrada quejarse por su condición ni buscan una solución mágica, tienen conciencia plena del problema y no buscan responsabilizar a nadie por lo que les ocurrió.

Algunos agradecen a Dios la lucidez mental que obtienen a raíz del trabajo terapéutico en que participan porque ahora se permiten ver cosas que antes pasaban desapercibidas.

Los seropositivos en el entorno social son rechazados principalmente en el plano laboral, se les asocia con el desenfreno, la promiscuidad sexual y a la sexualidad por tal razón tienden a ocultar su condición de portadores del VIH y en caso extremo también su preferencia sexual debido a la homofobia que impera en nuestra sociedad.

La condena social puede estar presente dentro de la familia pero es más raro; en el caso de sus amistades si es más notorio el rechazo el cual puede ser devastador si no cuentan con apoyo de la familia o de algún grupo de ayuda a seropositivos.

El camino hacia la aceptación y la tolerancia de las personas portadoras del VIH avanza lentamente porque aun no han encontrado un genuino sentimiento de comprensión en el entorno social debido a que el problema no ha sido asumido con la importancia que se merece porque la gente cree estar muy alejada de verse involucrada en el problema, pero realmente el riesgo es latente.

Las personas portadoras del VIH que participan en los grupos de autoapoyo no se perciben como diferentes, saben del problema y no desdeñan su importancia pero no se obsesionan en reclamar atención de los demás ni que otros resuelvan sus problemas. Por el contrario, ellos se esfuerzan por si solos día a día para salir adelante. Los estados depresivos son raros en ellos y cuando aparecen intentan solucionarlos porque han aprendido o están en vías de poder manejarlos.

Algo que si les preocuparía es quedarse completamente solos o que los grupos de autoayuda desaparecieran.

Rara vez se les escucha quejarse, no culpan a nadie de lo que les paso y asumen que la ruleta de la vida no los favoreció, que fue un rato de mala suerte y que no ganan nada con solo lamentarse, que mientras vivan, seguirán luchando.

3.3 Enfermo terminal

Describir al enfermo terminal de VIH es una tarea en la que lo más importante es destacar la forma o intensidad con la que “luchan” y “disfrutan” la vida, hacer hincapié, sobre lo estigmatizados que son, sería minimizar lo más esencial – según nosotros- que la mayoría nos enseña.....!vivir! Vivir la “humanidad” y todo lo que esta palabra encierra hacia “adelante” “atrás”. Para nosotros son más que unos “guerreros” como dice René García, ya que luchan contra todo y “en todo” y es que casualmente una gran mayoría de sidáticos son luchadores sociales y/o activistas.

Muchos de ellos aislados de la sociedad, estereotipados como Miguel, otros buscando la voz que el camino espiritual les da o la fe como a Federico. Todos en su lucha, otros se conmueven o paralizan como los que vimos en las reuniones religiosas (niños), otros que te ponen a reflexionar y a vibrar como los que conocimos en las reuniones de los Lunes en Serapio Rendón (grupos de autoapoyo) y que decir de los inspiradores que observamos en las marchas y festivales como el del 2 de Noviembre, gente que actúa y otros que hacen libros como Francisco Lagunes, gente que protege y cuida a otros, es decir, no hay diferencias funcionales de un enfermo, parece ser, sin embargo las más pesadas son los estigmas y prejuicios que les abrogamos.

Cabe pues mencionar que para muchos el seropositivo puede ser un enfermo terminal, sin embargo la cruel realidad nos ha enseñado que el seropositivo de la noche a la mañana puede convertirse en enfermo terminal, pero lo más asombroso.....es que también pueden volver a salir. En fin, existe una delgada línea, de ahí que la filosofía de muchos seropositivos son la de un paciente terminal, es otro diferente al nuestro y eso es lo que aprendimos y como dicen : ¡están condenado a muerte...si ¡?pero quien no?!, tarde o temprano así es.

CAPITULO 4

**CONCEPTO DE ARQUETIPO, MUERTE EN EL
SEROPOSITIVO Y EN EL ENFERMO
TERMINAL DE SIDA
("Y LA CRISÁLIDA SE ROMPE")**

Tratar de explicar las fases arquetípicas o el proceso en el que los enfermos del VIH, ven o sienten el asunto de la muerte, es muy especial y diferente ; este aspecto “sui generis” por decirlo de cierta forma es debido al contexto y a la evolución de la misma enfermedad, así como la interacción que se da de la misma.

El saber cómo y de que muere una persona es esencial para entender el proceso del deceso del mismo, situación que con el infectado con VIH, vemos todo el tiempo.

Algunos autores, como Helen Kübler-Ross, Louis V. Thomas o John Hinton por mencionar algunos, manejan o clasifican los procesos de muerte de manera muy diferente entre si, debido a diferentes contextos en los que se pueden generalizar” los fallecimientos (ancianos, niños, enfermos terminales, condenados a muerte, etc.)

Así, encontramos que Kübler-Ross por ejemplo, maneja la muerte o clasifica sus etapas de esta forma: primera etapa, negación, rechazo; segunda etapa, cólera, enojo, ira; tercera etapa, preparación “aclimatación; cuarta etapa, depresión reactiva (tristeza en la que se pide oportunidad de desahogo), depresión preparatoria (sólo necesita como ayuda un silencio afectuoso); quinta etapa, aceptación de la muerte. Esta clasificación corresponde a los trabajos que Helene realizó con ancianos y es diferente a la que realizó Louis Vincet quien es antropólogo y sus conceptos difieren a los de John Hinton, quien realizó trabajos con enfermos terminales, que a su vez difiere en parte de lo que nosotros observamos con las personas infectadas con VIH-SIDA. Cabe mencionar que por ejemplo la misma Kübler Roos trabajó de manera diferente -obviamente- con niños que con ancianos, siendo los primeros su especialidad.

En fin, todo esto nos remite a lo que manifestamos anteriormente: "análisis contextual". De ahí que nosotros aprendimos que el arquetipo de muerte más general en el VIH es "la vida", lo escrito anteriormente nos lo confirma, es un reencuentro, una lucha, es aceptación, amor y paz.

Lo que es un hecho es que se transforma todo el concepto de muerte, en su mayoría es transformado al saberse VIH y en su mayoría lleva un proceso evolutivo de aceptación.

4.1 El sentimiento de angustia y negación de la muerte.

El sentimiento de angustia en el enfermo de VIH, en muchas ocasiones radica en la "poderosa" imagen que se desprende de la misma enfermedad ya que al morir de SIDA, conlleva una gran carga de bagajes sociales, estigmas y demás situaciones de orden social, amén de las implicaciones físicas que acompañan a la misma enfermedad.

La angustia en el sidático o en el seropositivo, radica en creerse "un condenado a muerte", como si la enfermedad marcara en poco o menos el tiempo de vida en comparación de las demás. La ansiedad aparece también al saberse "limitado" (por su padecimiento), al descubrirse aparentemente sólo o abandonado el enfermo se angustia por saber que tiene que separarse de su familia, de sus seres queridos, y de sus expectativas o de algunos planes para el futuro, ya que el tiempo, inexorablemente, se convierte, o el mismo lo transforma en verdugo. Surge así, el miedo al saber que no se lograron o se hicieron algunas cosas que no se pudieron concretar; de la misma forma sólo encontramos solución a respuesta en rechazo o negación de todo, en creer que es un sueño y pensar (desear) que esto no esté sucediendo, el humano -cómo todos- frágil mortal, trata de persuadirse paradójicamente de lo contrario: ¡como a mí!, ¿por qué yo?, ¡a mí... jamás!, etc.

En el seropositivo, por saberse o sentirse "sano" o "normal", no cree que posea una enfermedad mortal o incurable, es por ello que en algunas ocasiones aparece cierta hiperactividad, como queriendo engañar o convencer al cuerpo de que se está sano...

El ver al SIDA como una enfermedad lenta, da angustia; veíamos a nuestros entrevistados y algunos francamente depresivos y/o paranoides... y es que muchos de ellos se habían ya metido en la cabeza que vendría un "mal mayor a la

vuelta de la esquina". La angustia perenne se manifestaba en muchos de ellos y en la mayoría hasta de una manera injustificada.

En el cuerpo de ellos no solo se reflejaban los estragos fisiológicos sino más aquellos emocionales, esos que los obliga a muchos a pensar o preguntarse ¿llegaré a mañana?, ¿habrá cura?, ¿qué me pasará?, ¿tendré tiempo?...

Comienzan los juicios y surge en alguno la necesidad de hacer, examinar el pasado, ¡los pendientes... los pendientes! Y estos en muchos casos son insalvables mismos que crean, que "enaltece" a la "depresión perentorio"... ¡el vacío... la vacuidad!

4.2 La depresión.

Los círculos depresivos en el seropositivo, tiene ese crítico vuelco, ya que generalmente cuanto más se agudicen los estados depresivos, es cuando los enfermos caen en su propio padecimiento, es decir, cuando se ven al espejo, así como en otros o en la limitaciones de sus actividades todas estas situaciones anuncian sus malestares y padecimientos físicos, mimos que acentúan o hacen que aparezcan estados depresivos.

Por otro lado como mencionamos anteriormente, quienes padecen de VIH-SIDA tiene que cargar con algo más que la sintomatología de la propia enfermedad. El seropositivo y sidático debe luchar, con el andamiaje que conlleva el estar enfermo de sida en la sociedad.

Debido a esto y a muchas otras situaciones el enfermo de VIH, cae en pequeños abismos o estados críticos de animo, expresan un desinterés en si mismos y en los que lo rodean, muchos se arrastran al ostracismo o aislamiento del que sólo se sale volviéndose a sentir lo que paradójicamente se cree que se a perdido, y eso es, el sentirse vivo... vivo e interesado en si mismo, situación que algunos sólo encuentran en momentos de este tipo. Condición irónica pero "lógica" del ser humano.

Intenta describir o expresar los motivos por los que se encuentra en la depresión es una tarea difícil por lo interminables que son los motivos; además de los lógicos que pueden sonar cuando la visión de muerte la compaginamos o aparejamos con el sinónimo de pérdida (esto en el ámbito occidental).

Cuando hablamos con muchos de ellos sobretodo con los que no interaccionaban con otros enfermos, nos dejaba en el cuerpo una extraña sensación de nostalgia o añoranza, una necesidad sintomática en la que no clarificábamos nuestro deseo... es decir ¿qué es lo que añoro?... como si pasáramos por una pequeña duda.

Decía Ricardo Lernes en una de las sesiones de los grupos de autoapoyo.

-¿¡Qué hago aquí!?

Y eso fue todo; nos dejó sin *le motiv* nos produjo una sensación de nada, de vacío, de no sentir, con solo 3 palabras... y si, eso no es depresión... no se entonces que lo sea.

4.3 Preparación.

Este es el estado que nosotros llamamos "el desafío del yo" (" y la crisálida se rompe"), que el individuo al saber se su "inminente" o también según él su "próxima muerte", empieza a librar batallas de carácter existencial. Comienza a juzgarse, castigarse e intentar perdonarse o justificarse de lo que vivió o dejó de vivir, Inicia pues la fase de autoconocimiento, el estudio en el que ven o clasifican situaciones fútiles, como de gran trascendencia a la vez que racionalizaban los momentos y actos más viscerales o banales.

Observan y analizan sus defectos y virtudes, mismo hecho que recae en el interés o mejor dicho la gran preocupación por resolver lo que dejaron pendiente, tal como dejar asegurados a sus seres queridos, arreglar su deceso, tareas o metas, así como dirimir algunos conflictos que lastiman o pesan para él "viaje" que se pretende hacer.

La persona se transforma o como dicen ellos: " ¡soy yo mismo!, me quiero e intento aceptarme para aceptar a los demás". No es raro que surjan los acercamientos, encuentros o contactos con aquellos a quienes se les tuvo o tuvieron para con ellos reticencias, en palabras de uno de ellos (Lalo un compañero de los grupos de autoapoyo):

"Me vale madres, pero te respeto de verdad!"

así pues la principal característica de esta fase es la de autoconocimiento a través y con la ayuda de los demás, así como la de la búsqueda o solución de los "pendientes", que los encadenan a este mundo este proceso puede ser extenso o relativamente corto, las circunstancias las irán marcando un sinnúmero de situaciones de los quienes estamos alrededor debemos abrir más que los ojos... el espíritu, la diferencia entre la preparación y la aceptación puede ser tan frágil, como el caso de aquella madre cuyo hijo estaba postrado en la cama y en la fase

terminal de Sida, el muchacho parecía que se aferraba a no morir, como si esperará algo o a alguien, el chico agonizaba y su madre no se separaba, hasta que una persona se le acercó y le dijo son que oyera el muchacho -dígame que los perdona...dígame que lo deja ir-. En ese momento la madre se le acercó a su hijo, tocó su frente y le dijo -hijo te quiero mucho.. Y yo te perdono-. El chico la miró al mismo tiempo que sonreía y musitó: -mamá... tengo hambre... quiero comer unos bisteces-. Cuando regresaron con la comida, el chico ya no podría comerlos jamás... había partido y lo hizo hasta que su preparación terminó, al liberar el último pendiente... el perón de su madre.

Durante este proceso de intenta recuperar lo perdido, recuperar lo que se ha perdido y evidentemente en la mayoría de los casos lo que más se ha perdido... es uno mismo. Empezar a Autoconocerse, cuestionarse, enjuiciarse e iniciar el autoperdón. Se alivian los pendientes y la sensación de desapego, se hace más clara.

-Te contextualizas como un ser espiritual, sin pertenencias ni etiquetas que la sociedad te crea, eres tú.. Solo tú. (Daniel M. grupos de autoapoyo).

4.4 Aceptación

Esta es la parte más difícil de "llegar" y de hecho muchos fallecen sin haber aceptado su muerte. Esto es duro, sin embargo es muy comprensible cuando partimos de una sociedad con "matices accidentales", en la que difícilmente es aceptada; siempre será encomiable aquel que logra superar y esperar sin ansia, sin angustia y sobretodo reconfortado a su propia muerte.

En los caos que observamos de quienes enfrentaban su muerte con los rasgos descritos arriba, estos se encontraban serenos, sin prisas, tranquilos, pero sobretodo a gusto, satisfechos consigo mismos.

Les importaban las compañías y no las palabras, los sentimientos y no contextos sociales.

Aceptar la muerte es aceptarnos a nosotros mismo, nuestros deseos, virtudes, defectos, logros y limitaciones personales. Y respetamos eso". Respetar nuestras creencias, nuestro andamiaje personal... y espiritual, que fue lo que vimos en muchos por no decir en todos.

Es en esta fase donde nosotros aprendimos más de nosotros mismos como personas y no como investigadores a través de los demás.

Escuchamos y caemos en cuenta de la sabiduría del sentido común, del sentido humano. Muchos de ellos son sabios al haber "vivido ya su muerte" y estar "viviendo ya con el espíritu".

Se fortalecen con su propia "ánima" o "vibra", y este aspecto espiritual es el principal andamiaje para sobrevivir a su propia muerte.

Para "saber" si un enfermo acepta su muerte, hay que sentirlo (a él) más que conocerlo, del mismo modo la aceptación de la muerte se siente no se aprende.

Antes de hablar de este aspecto nos gustaría presentar una entrevista hecha a José Luis González quien forma parte del equipo personal y equipo voluntario que trabaja en "Ermita Ajusco" lugar para enfermos terminales.

ENTREVISTA 1

(Primera parte)

Jorge: ¿Cuál fue tu inquietud al decidir trabajar con enfermos terminales de SIDA?

J. Luis: Porque vi un momento en mi vida que estaba aceleradísimo, yo trabajaba en la calle y llegaba a tener 5 relaciones al día con diferentes personas. Al principio yo no sabía que era el SIDA, hasta que oí de esta institución y que era dirigida por un homosexual con el cual había cierta conexión conmigo. Entre a la institución, empecé a trabajar, me hice el examen para detectar el VIH, no tenía miedo ni preocupación porque no sabía lo que era el VIH. Ya sabía lo que era el SIDA, pero no como atacaba a la gente, que problemas traía y por ello se me hizo fácil hacerme la prueba, y salió negativa afortunadamente.

Después seguí con mi vida pero ya cuidándome más, después de atender gente con SIDA en sus casa me percate de su problemática, de su sintomatología de muchas cosas que ellos perdían y que yo no quería perder.

J: ¿Comentabas que iniciaste a trabajar hace 10 años con VIH-SIDA, a partir de ahí has estado trabajando cerca de los seropositivos?

J.L.: Si a partir de que llegué aquí, dejé de tener amigos heterosexuales, a la primera persona que le dije que era gay, fue a René y desde entonces me integre más a los grupos de homosexuales.

J: ¿En la actualidad crees que se estigmatiza a los homosexuales seropositivos igual que antes?

J.L.: Si, no tanto como antes, aunque ahora se sabe que el SIDA mata a todos por igual, se le sigue relacionando con el grupo homosexual, porque por ejemplo Federico ve al SIDA como un castigo a los homosexuales.

J: ¿Qué nos puedes decir acerca del vínculo a la fe religiosa de los enfermos terminales?

J.L.: Hay gente que aún siendo ateo,, en un grado avanzado de la enfermedad se acerca muchísimo a Dios, yo no he visto a ninguno que no vuelva a Dios sea cual sea su concepción, pero vuelve a Dios. Es como el temor a Dios, el castigo eterno. Yo no veo ningún pecado al ser gay, si fuera seropositivo tal vez pensaría diferente pero yo siento que Dios me da lo que necesito.

J: ¿La religión ayuda a los enfermos, p.e. el temor a Dios?

J.L.: No, no ayuda porque el temor no te ayuda nada en ningún aspecto de tu vida. Si vuelves a Dios debe ser con amor, no con temor ni con arrepentimiento; no creo que alguien con la capacidad de crear la naturaleza, los animales sea tan estúpido para no perdonar a los homosexuales; por lo menos a mí, Dios yo no concibo de esa forma y espero que cuando llegue la hora de morir yo siga pensando igual y me entregue a Dios como ha sido toda mi vida.

J: ¿Cambia tu concepto de la muerte antes y después del trabajo con enfermos terminales de SIDA?

J.L.: Para mí la muerte sí es dolorosa porque no soy yo quien muere sino ellos, y al estar en contacto con ellos, llevándoles la comida, la cena, platicando con ellos, bañándolos, en fin saliendo más de los que te cuentan su vida y se descubren ante ti y descubren sus miedos, se ponen a llorar contigo, no puedes poner un límite entre ellos porque no harías un buen trabajo, no estarías dando amor si no tienes una relación con ellos. Para mí la muerte sí es dolorosa porque me encuentro imposibilitado para poderlos guiar hacia la muerte. Yo les digo “no hay problema, vas morir bien tranquilo”.

Pero al momento de la muerte siento que se aferran a la vida, como que se agarran de todo: de su familia de Dios, de todo, como si estuvieran cayendo a un precipicio y quieren aferrarse a una rama. Es angustiante porque a mí me darían ganas de decirles: ¡suéltate no! Y por otra parte no se los puedo decir porque tampoco los

quiero dejar, es como una contradicción. Yo quisiera que me dijeran “ya me voy a morir, y dame esto porque es mi última voluntad”

Hay quienes hacen planes a futuro pensando que se recuperarán, incluso me preguntan ¿cómo me vez, crees que me recupere? Y para mí es difícil porque yo no les puedo mentir; les tengo que decir: -tu problema es así y yo creo que no sales, y lo más probable es que muera, y vete preparando porque se acerca tu muerte. Entonces verles el miedo, la angustia en la cara, verlo que te dicen que no los dejes morir y tu sabes que tienen que morir ya, es algo inevitable y me produce una importancia muy fuerte.

J: ¿En el caso de los enfermos terminales que atiendes, como te preparas para la eventual muerte de ellos?

J.L.: Día a día cuando voy a su habitación voy pensando que esta muerto el paciente, no quiero llegar a encontrar a cualquiera muerto y cuando los veo vivos me alegro. Como en el caso de Federico, que su organismo esta muy deteriorado y sólo comes una cucharada de comida al día, me gustaría hacerlo comer toda la comida pero, también se que su organismo se está preparando para morir, está ahorrando energía, es un proceso angustiante y pienso que si los veo un día mas, es un regalo para mi.

Los procesos de muerte que he visto han sido angustiantes porque aquí no existe el apoyo de un psicólogo, debes echatelos tu solito, hacer como le haces, p.e. René me dice: ¿Qué pasó?,¿Cómo le hiciste?,¿Fue muy angustiante?.

Yo no he logrado recuperarme de la primera muerte aquí, al entrar a la habitación ya huelo su aroma de él y siento lo que ocurrió recuerdo sus gestos y todo, después de haberlo tenido aquí por un mes sin ningún apoyo psicológico, yo no puedo asistir a los grupos de autoapoyo por entonces quién les da de cenar y los de allá no pueden venir. Con mi pareja yo platico con él a pesar de que él no tiene experiencia, tengo quién me escuche, puedo llorar a gusto y sacar lo que tengo, mentar madres si es necesario...

J: ¿Qué hay respecto de los familiares de los enfermos terminales de SIDA, Cómo se preparan?

J.L.: Los familiares son lo seres más estúpidos del mundo, porque quieren hacer tanto y en realidad no hacen nada. Es increíble que una madre haya prolongado la vida a alguien que está por morir o que traigan a la gente a morir aquí conmigo, que no he crecido con ellos que no tengo un lazo familiar más profundo.

Que llevarla a su casa, que va a morir de todos modos. Pienso que como ser humano preferiría morir en mi casa,, en el suelo, pero al lado de mi madre, con mis hermanos.

J: Dentro de los grupos de autoapoyo, hay gente muy fuerte emocionalmente por la fe religiosa, por su proceso, etc. Incluso tu desde tu caso y tu experiencia. ¿Qué tan importante crees que sea tener este bagaje?

J.L.: Creo que Dios es muy sabio y te da lo que necesitas, y si necesitas una enfermedad como SIDA , para que crezcas interiormente te la da no como acto de saña o crueldad sólo crecimiento y hay personas que si lo superan y otras no. Si yo no estoy infectado no ha sido por falta de ganas, me he metido con muchísima gente, es como que a mi no me toca eso y como advertencia : "cuídate pendeja porque tú si te mueres". Necesito ayuda y este es mi camino ayudando porque ya los necesito y aprendo es algo invaluable para mi. A pesar de que p.e. mi madres dice que estoy echando a perder mi vida, arriesgo mi salud, no gano dinero.

J: ¿Qué podemos aportar nosotros hacia estas personas?

J.L.: Yo he aprendido que no debemos comentarles: ¡que bien te vez!, ¡Que bonito esta el día! Porque ello reaccionan en forma negativa. Entrevistar a una persona yo lo veo mal porque si quiero hacer un trabajo entro sin nada, me siento en la cama de alguien, tomo su mano y trato de que no sienta que es un bicho que se está estudiando sino un ser humano con quien se esta compartiendo y de ese compartir va a salir un trabajo.

Acercarte a ellos y a hacerles sentir tu presencia, tocarlos , compartir sus alimentos, si te contagian una enfermedad tú lo superas porque estás bien.

Mucha gente me dice que porque no uso cubrebocas, guantes, porque yo se el trato es lo mejor que puedo darles, dinero no puedes darles.

Cuando están aproximándose a la muerte, se vuelven muy sensibles y perceptivos y detectan las mentiras, es cuando no puedes mentir ni decir nada y si tienes ganas de echarte un pedo, te lo echas, porque ellos están detectando todo. Es conveniente sensibilizarnos con ellos para saber cuando ya no desean nuestra presencia, p.e. cierran los ojos , hacen muchos movimientos, etc. En ocasiones desean la soledad para trabajar en su interior.

J: ¿Tú hablas con ellos o te hablan de la muerte, es espontáneo?

J.L.: Todo es espontáneo, yo no llevo una lista de los temas a tratar, en algún momento sale la muerte, sale su homosexualidad, su miedo, sus padres, sus rencores, sus frustraciones, la muerte, y cuando salga es porque él lo quiere tratar, es su trabajo, no el mío, es su necesidad. Uno debe ir con oídos, casi sin boca. Cuando detecto algún problema de miedo o angustia, trato de que exista el contacto, tocarles la mano, la espalda, la cabeza o

trato de acercarme un poco más a ellos si lo permiten, porque hay quienes no lo permiten, uno los toca y pareciera que les da un calambre.

J: ¿De qué modo podríamos integrar a los familiares a involucrarse a la problemática de un familiar seropositivo, incluido el tema de la muerte?

J.L.: Es algo difícil porque dentro de una familia cuando se habla del SIDA, en lo primero que se piensa es en la muerte y de lo que menos se quiere hablar es de la muerte y creo que al seropositivo se les debe hablar desde la raíz, decirles: “tu tienes VIH y te vas a morir, yo no lo tengo, pero también me voy a morir, al asumirse como portadores se sienten diferentes. –yo soy VIH, soy más sensible, a precio más ,la vida, soy más cariñoso, soy más bueno porque tengo VIH. Siendo que también puedes ser más bueno y cariñoso sin ser VIH porque también te vas a morir.

El VIH no te hace especial para nada, el VIH es como cualquier otras cosa. Cuando la gente deje de ver a los VIH como personas diferentes y se rompa todo eso, se podrá ver a toda la gente normal y alguien podrá entrar a un cuarto donde se encuentre un enfermo terminal sin ningún prejuicio.

Dentro de la familia es difícil porque no quieren participar en los grupos de autoapoyo, no quieren hablar del VIH, tampoco quieren tratar con personas más adelantadas que su enfermo porque inmediatamente dicen: este cabrón va a estar así también. Entonces mejor ignoró lo que a mí me duele, para esa parte no volteo, volteo para acá que está muy bonito y ya cuando llegue voy a ser muy fuerte, pero eso es muy estúpido porque eso tienes que verlo, tienes que saber de que se trata, como lo vas a mover, como lo vas a bañar, cuales son los medicamentos más adecuados si tiene una gripa o una calentura o una diarrea, ¿cuál?, Como cambiarle un pañal; Tienes que saber todo y si te interesa te debes meter en eso.

Yo por ejemplo ya no quería trabajar con muerte pero me entere que mi hermano tiene CANCER y yo me metí más en esto porque los enfermos a mi me están ayudando, yo estoy aprendiendo de ellos.

No es lo mismo pero es lo más cercano que encuentro. Cuando mi mamá muera, yo no quiero ir a emborracharme y hacer pendejada y media, yo quiero ir a trabajar al día siguiente porque es mi madre y me va a doler pero ella ya me dio todo el tiempo que me tenía que dar a mí y mis hermanos, también y ya no aferrarme tanto. Yo era de aferrarme a cualquier cosa, a relaciones amorosas, al trabajo, a muchas cosas y ahora no es que me valga madre sino que digo: bueno ya terminó, me duele y ya.

Aprendes que la muerte es un proceso y que después vendrá otra cosa, ya no pensar que aquí se acabo y hasta aquí, la muerte es como un poco más, con esto no quiero que alguien se está muriendo y entro muy campante, no, a mí me sigue aterrando la muerte, pero sigo trabajando en eso.

J: ¿Cuál es el concepto de muerte del enfermo terminal y el tuyo como persona seropositiva?

J.L.: Ellos van a la muerte como algo bueno para ellos, yo sólo he visto a una persona morir tranquila, como un suspiro, pero los demás presentan como una lucha toda su vida, todos sus sueños, su trabajo, su familia, sus amores, todo se revuelve y tratan de aferrarse a todo, a los recuerdos con mucho miedo y a final de cuentas la muerte gana y se mueren, es muy angustiante par a mi ver que no se tranquilizan; a una persona le di dos calmantes muy fuertes y el seguía como si no le diera nada con una angustia muy cabrona y no logre tranquilizarlo.

La persona que se fue bien tenía cerca de su madre, por eso es muy importante que estén cerca los que deben estar cerca los que deben estar cerca quienes quieren que estén en caso contrario ellos se aferran; y él dijo

que quería comer unas cosas, se le ofrecieron y murió suavemente unas horas después.

Otro muchacho me pidió que le llevara unos bosteces, se levanto después de una semana de no hacerlo – yo sabía que la muerte estaba cerca-. Se los traje, él dijo que se sentía bien que en una semana se iría a casa. Comió y empezó inmediatamente después la agonía, pero fue una lucha de las 4:00 p.m. a las 5:30 a.m. de que no se quería morir. Siendo que puedes entrar e irte rápido sin toda esa angustia.

Yo ahora veo la muerte como un paso a otro proceso, no se si exista reencarnación ó otro nivel. Dicen que los humanos van evolucionando siete veces, no lo sé, pero es un proceso de crecimiento para ti, para cada quien.

J: ¿Antes fue así?

J.L.: No, yo vi una persona que fue atropellada y no podía dormir sólo durante un mes, tenía 19 años y dormía con mi mamá despertaba aterrada. Una vez acompañe a un enfermo que murió y yo me quería morir con él pero dije: no hay nadie más y yo debo resolverlo, me sentí angustiado pero me despedí de él y quede muy tranquilo.

ENTREVISTA 1

(Segunda parte)

Jorge: ¿Qué puedes comentar sobre la estigmatización por parte de la sociedad hacia los seropositivos?

José Luis: son rechazados, creen que son retrasados mentales, incapaces de tomar decisiones, casi no opinan y lo que opinan sale sobrando; la familia cree que esta haciendo lo mejor para ellos; la sociedad en general estigmatiza, p.e., aquí en Sto. Tomás (Ajusco) si preguntas por el albergue para enfermos nadie te informa pero si preguntas por la casa de los “sidosos” todo mundo te dice hacia donde es.

J: ¿Qué puedes comentar acerca del concepto que tiene el enfermo terminal de las personas que lo visitan aparte de familiares y personal que los atiende?

J. L.: sienten que quines los visitan tienen cierta carga de morbo, pero no les importa, dada su soledad aceptan las visitas, algunos creen que la gente se acerca con miedo y eso no les agrada, lo detectan porque están hipersensibles.

J: ¿Cómo aprecias el paso de seropositivo asintomático a seropositivo sintomático y luego a enfermo terminal?

J. L.: al inicio encontramos una resistencia al paso del asintomático a asintomático y enfermo terminal, no admiten casi nunca que son enfermos terminales, que hasta ahí llegaron. Creo que si aceptarían su realidad, morirían más rápido y sufrirían menos. Por lo regular ellos se resisten y piensan en el trabajo, en la familia, su pareja, que se curaran, que subirán de peso y regresaran, eso se lo piden mucho a Dios; que les eche la mano;

como último recurso se acercan a dios y se aferran a él, es como un escudo que se forman para no admitir que la muerte está cerca.

J: ¿Cómo definirías la fase de la etapa terminal del enfermo, fuera del concepto médico, p.e. en el caso de Nacho?

J. L.: A Nacho lo veo como un enfermo terminal, tuvo una leve recuperación a partir de la promesa que le hizo a su familia de regresar, yo le comente recupérate y te regreso, pero falta observar si eres capaz de recuperarse o mantenerse en ese estado de animo, pero lo veo muy difícil, es como sí Federico (otro enf. term.) viera a su familia, se levantaría un poco, pero eso no significa que se vaya a recuperar.

J: ¿Qué papel juega la familia en el proceso del enfermo terminal?

J.L.: La familia empieza a intervenir desde que se entera que el elemento esta infectado de VIH, ya no lo dejan que cargue, que trabaje, que haga su vida normal, debe avisar donde está, debe comer huevito en la mañana porque es bien bueno, tiene que tomar su jugüito y cosas así. Todo eso lo hace más débil porque pretenden protegerlo de algo que no pueden protegerlo. Es el mismo quien debe protegerse pero ellos no lo ven así y provocan recaídas muy fuertes en el enfermo; lo ven postrado en la cama se desesperan, le piden que se recupere, pero ellos lo impulsan a no recuperarse, p.e., le dan el cómodo para que evacue, el pato..., le llevan la comida y cosas así. Yo no los ayudo hasta que veo que no pueden hacerlo.

J: ¿De qué forma interactúan los enfermos terminales con su familia?

J. L.: Ellos por lo regular son chantajistas cuando la familia los apoya fuertemente y los sobreprotege, se hacen dependientes, hubo un enfermo antes de que ustedes llegaran, él se había puesto la plancha en la mano porque le negaron algo, y amenazaba con suicidarse cada rato, había tomado no se cuantas pastillas, entonces es chantaje porque quien se quiere morir, se muere definitivamente, porque si tu estás con la decisión de que te vas a suicidar nadie te detiene, porque en un descuido lo puedes hacer y con cualquier cosa, pero si estás avisando que te vas a suicidar, es como decir, no me dejes solo porque me puedo matar.

Había un enfermo que me comentaba que quería viajar y hacer muchas cosas y la familia no lo dejaba, digo te queda p.e., un año de vida, haz lo que desees hacer.

J: ¿Qué recomendarías para ayudarlos a levantarse, en general?

J.L.: Ellos te guían a donde ellos necesitan ayuda, tu no necesitas hacer nada, porque ellos te sacan lo temas que les duelen; si les duele un rencor que tienen con su padre, lo abordan constantemente, con su madre, su abuelita, su pareja, que se yo; y depende de ti cómo puedas manejar esa información sin entrometerte ni colocar tus historias. p.e., decir: "fíjate que tengo una abuelita que le pasó exactamente lo mismo e hizo esto y lo toro y se alivio", no es mismo caso y debes relacionarlo ni involucrarlo con los problemas de él; ir manejando la situación de modo que ellos se den cuenta, porque uno desde fuera ve mejor el problema y esta más o menos la solución, pero no es cuestión de decirlo. La respuesta es hacer que él encuentre la solución, que se dé cuenta cual es el punto.

J: ¿Cómo interactúa el enfermo terminal en su entorno?

J.L.: Es dependiendo de ellos, algunos no le sacas palabra, ellos se abren cuando lo necesitan nada más, pero hay otros que entran a su habitación y fingen estar durmiendo, no significa que duermen sino que te vayas. Pero que una persona se abra debe haber un impulso. Ellos mismos están trabajando sus problemas, durmiendo o conversando contigo y cuando piensan o sueñan algo; p.e., Federico me comentó que veía la víbora como una semana antes de que ustedes vinieran, él veía una víbora en un árbol seco que hay fuera de la habitación, entonces es algo que él tiene, es algún miedo que tiene.

J: ¿En el caso de Federico crees que guardo alguna relación colapso que tuvo con la lectura de un salmo de la Biblia y el sueño?

J.L.: Pienso que sí, él se está atormentando por los "pecados" que cometió siendo homosexual, y mientras él no rompa con eso va a estar cerrado como ahora; no puedes decirle nada, él debe abrirse.

J: ¿De que forma se preparan los familiares para el advenimiento final?

J.L.: No se preparan, son torpes todo el tiempo, hay pocos que son realmente buenos para eso, yo en todo el tiempo sólo he visto a una mujer, a una madre, ella le dio el permiso a su hijo para que se fuera, porque su hijo empezó a agonizar y la psicóloga hablo con ella y le dijo: "pues es que debes dejarlo ir, no se va porque tú estás aquí", entonces ella se acercó y le dijo "te puedes ir", yo estaré bien y le empezó a hablar y el muchacho murió, fue el que murió mejor.

J: ¿Consideras esencial la participación de los familiares en la etapa final del enfermo terminal?

J.L.: Sí, es básica al 100% de una forma en que ellos entiendan que el va a morir, y que tiene poco tiempo, que es un ser vivo, que tiene un cerebro y es independiente y se respeta todo eso de él, que sufre y llora y tiene todos los problemas del mundo y es independiente y no por una medicina o algo se puede detener, él va a morir de todos modos.

J: ¿Después de toda tu experiencia con los enfermos terminales crees que ha cambiado tu concepto sobre la muerte?

J.L.: Si, creo que sí ha cambiado, ya no ver las cosas de manera que con la muerte todo termina todo. Hace algunos años deje de trabajar en albergues de México como tres meses, estuve deprimido, bajé de peso: pero ahora pienso: ya se terminó pero vendrá algo mejor. Veo la muerte como una evolución.

J: ¿Puedes relatar alguna experiencia que hayas tenido y consideres importante para ti en el sentido cambiar tu modo de ver las cosas para bien a para mal?

J.L.: Cuando empecé a visitar enfermos fue en el hospital "Gabriel Mancera" , entonces llegue un día, entre a un cuarto y le dije a un muchacho que estaba allí, le saludé, le dije quién era yo, y le dije: "te vengo a ayudar", él me preguntó: ¿tú eres seropositivo?, le dije: no; él respondió: entonces ¡vete a la chingada! Porque no sabes de lo que estas hablando-. Con el tiempo me di cuenta de que no iba a ayudar sino a recibir ayuda, entonces fue cuando cambió el síndrome de "la madre Teresa de Calcuta", cambio eso y voy a aprender de ellos.

J: Agradecemos mucho tu participación José Luis.

C A P I T U L O 5

**ASPECTOS EN LA VIDA DEL SEROPOSITIVO Y EL
ENFERMO TERMINAL
DE SIDA EN DISTINTOS ÁMBITOS
(*"EL NUEVO GUERRERO"*)**

El descubrirse como seropositivo tras las pruebas de ELISA y la confirmatoria WERTERNBLOT de fluido sanguíneo es de lo más desastroso, comentan de viva voz los portadores del VIH/SIDA, una experiencia de un pánico extremo en que la primera idea que viene a la mente es que la vida ha llegado a su fin, y que ya ninguna acción que pueda realizarse tiene sentido.

Se genera una enorme pena por el dolor que habrán de padecer los familiares al enterarse en primera instancia y después cuando se enteren las personas como allegados o por el morbo de los vecinos que pueda llegar a manifestarse si se llegan a enterar.

Por experiencias vertidas en el grupo de autoapoyo **Ermita Ajusco**, para seropositivos (en donde aplicamos la observación participante) así como en el Congreso Nacional de SIDA efectuado en octubre de 1997 en la antigua Escuela Nacional de Medicina en el Centro Histórico de la Ciudad de México, entre otros sitios, encontramos que algunas personas infectadas, comentaron por experiencia propia que la familia no siempre responde en forma satisfactoria, llegando inclusive a darles la espalda en todos los sentidos y en algunos casos, (los menos) ofrece apoyo incondicional y sin reserva a los seropositivos.

Las actitudes en el ámbito laboral en contra de los seropositivos son muy conocidas y comentadas; aunque la legislación correspondiente prohíbe el despido de personal infectado con el virus del VIH/SIDA, es bien sabido que si se difunde la noticia de que algún miembro del grupo laboral es seropositivo, éste recibe un trato "especial", se le persigue y se le acosa, forzándolo a dejar el empleo, son llegar a revelar la verdadera causa de su despido. Los seropositivos son víctimas de una estigmatización, razón poderosa por la cual muchos de ellos (algunos participantes de los grupos de autoapoyo, secciones de talleres de tanatología y los mismos enfermos terminales sidáticos) nos revelaron que se veían forzados a ocultar sus condición de seropositivos o enfermos terminales sidáticos (cuando era

el caso), argumentando algunos de estos últimos que su penoso estado actual de salud se debía a alguna otra enfermedad terminal tal como la diabetes.

A continuación relataremos la experiencia de René, Federico, Manuel y Nacho:

René:

El es una persona con alto status dentro de los grupos donde se mueve y participa, dada su condición de director de ALBERGUES DE MÉXICO en la ERMITA AJUSCO; su trabajo está centralizado prácticamente en los grupos de autoapoyo a personas portadoras del VIH/SIDA, él trata mayoritariamente con personas que comparten el problema, por ello, difícilmente se vería afectado por una situación de rechazo o estigmatización, todo lo contrario, él goza de gran reconocimiento y apoyo por gente de otros grupos vinculados por el problema, así como por personas de la sociedad civil, sensibilizadas con el problema de los enfermos.

A René no le preocuparía el hecho de enfrentarse eventualmente con una situación de rechazo porque dado su trayectoria el sería capaz de responder a los ataques de que fuera objeto, además el posee una paz interior y espiritual por su formación con los lamas que recibió en el continente asiático, situación muy favorable para él, debido a eso, consideramos que no saldría muy afectado. En este sentido reconocemos que el status de tipo social o económico, incluye sobremanera en el trato que pudieran recibir de los demás, dada su condición de portadores del virus VIH/SIDA.

Federico:

Llegó a ALBERGUES DE MÉXICO por recomendación de algunas religiosas y padres que conocen a René, quien lo aceptó sin ninguna condición a pesar de que Federico no cuenta con recursos económicos para costearse su permanencia en el lugar.

En el plano laboral de Federico se sitúa en la cocina de varios restaurantes de calidad, él se encuentra satisfecho con su trayectoria laboral, se considera bueno en lo que hace; relato que el trato con sus compañeros de trabajo y patronos es cordial, pienso que fue apreciado y no tuvo grandes problemas en ese contexto, aunque reconoce que ha cambiado varios empleos porque al final los patronos han hostilizado en él sin razón aparente.

A pesar de que él no se reconoce como víctima del rechazo y la estigmatización, en primer lugar por su condición de homosexual (que en ningún momento admite, y después como portador del virus del VIH/SIDA hace énfasis en los malos tratos y ofensas por parte de sus patronos que lo obligaba a dejar sus empleos. Con lo cual queda claro que el estigma está presente aún cuando la condición de los enfermos no sea tan evidente.

Esta situación operó en forma negativa en Federico, lo obligó a ocultar su preferencia sexual, lo llenó de culpas y sólo encontró refugio en la Iglesia católica donde no fue rechazado como enfermo portador del virus aún cuando él acudió a la Iglesia cuando ya se le manifestó la enfermedad.

Nacho:

Es otro de los enfermos terminales de VIH/SIDA que entrevistamos, él es oriundo del Edo. de México, llega a los 22 años se inicia trabajando como pinche (ayudante de cocinero), trabaja en diferentes restaurantes de comida internacional, escolaridad aproximada de secundaria actualmente (1997), trabaja en un restaurante del Centro Histórico, es una persona separada de su esposa, tiene un hijo, vive sólo y mantiene contacto con una hermana de él y un sobrino.

Es llevado por su hermana a **Albergues de México** tras de su desvanecimiento que tuvo en su trabajo y requirió de 10 días de hospitalización y posteriormente hubo necesidad de referirlo a la ERMITA AJUSCO.

Es un tipo que irradia optimismo que contrasta con su deterioro físico, posee una actitud abierta y no parece preocuparse mucho por su enfermedad, sabe que puede morir, pero tiene confianza en recuperarse y continuar trabajando.

Nos dice que cuando se entero de su enfermedad fue un duro impacto pero logro sobreponerse. No le importaba que se enteraran familiares o compañeros de trabajo pero que no se declaraba enfermo sidático porque tenia la certeza que derivaría en rechazo, estigmatización y pérdida del empleo por el cual decidió informarle a la gente que era enfermo diabético y su hospitalización se debió a un coma diabético.

Recalco que de no existir el estigma, él no tendría empacho en declararse como enfermo terminal sidático.

En el plano familiar, el motivo del rompimiento con su esposa fue a consecuencia de ella se enteró de la enfermedad de su marido y a partir de la separación no volvió a verla.

El único apoyo con que cuenta es el de su hermana y su sobrino a nivel económico y afectivo. Nosotros pensamos que es la única motivación que el tiene para vivir.

Manuel:

Es una persona de aproximadamente 40 años es llevado al ALBERGUE por un familiar, cuando lo contactamos es de reciente ingreso y ocupa el cuarto que tenía Nacho.

El posee un status económico e intelectual alto, es arquitecto de profesión y maneja 5 idiomas. Nuestro primer acercamiento es producto de referencias que José Luis nos proporciona, él es una persona afable, nos ofrece confianza y apertura. Tiene facilidad de palabra y conversación interesante y agradable. Es bisexual, maneja un profundo conocimiento de la enfermedad VIH/SIDA, la cual no le preocupa mucho, ve el problema con madurez, no tiene certeza de cómo adquirió la enfermedad y pretende ser lo más independiente posible.

Tiene un carácter vivaz y entusiasta, se ve deteriorado físicamente pero muy sano mental y espiritualmente.

Dada su condición económica y cultural ha podido satisfacer una de sus principales aficiones: viajar por el mundo, conocer y disfrutar de la cultura, costumbres y cocina de los lugares cercanos (el interior de México) y los más recónditos como Asia.

En ningún momento se reconoce como víctima de la estigmatización o el rechazo.

En cuanto a la vida social para el caso de los seropositivos se desarrolla en forma "normal" dentro de los cánones establecidos, aunque pueden existir problemas dentro del grupo familiar, sus intercambios sociales varían muy poco en tanto que la gente con la que se relacionan no se enteren de su condición de portadores del VIH/SIDA, su apariencia es de personas sanas, algunas de ellas hasta llenas de vida con un estilo de vida aparentemente tranquila.

" Situación común en los grupos de apoyo de personas portadores del VIH/SIDA, sintomáticas y asintomáticas, algunos de ellos, caso concreto FRANCISCO una persona de aspecto muy sano, fuerte, bien alimentado con gran disposición al diálogo y a la participación dentro y fuera del grupo. Aproximadamente un 80% de los participantes del grupo que observamos, pueden pasar por personas sanas dado su apariencia.

Relatan dentro del trabajo grupal la mayoría de los participantes que su desempeño laboral no se ve afectado y que de cierto modo su vida se ha enriquecido al incrementar su autoestima, sacudirse de culpas y su apego y amor por todo lo que ofrece la vida".

Si el entorno social en que se desenvuelve se hace público su estado de infectados de VIH/SIDA, sus relaciones sociales se ven perturbadas; hecho que se ve compensado en cierta medida con el gran apoyo que reciben y ofrecen a otros seropositivos y que les ayuda a restablecer de cierto modo el desequilibrio emocional que se genera, como resultado del rechazo al que se sometidos, el cual puede llegar a ser tan cruel y con resultados más negativos aún que los que el mismo virus. El hecho antes mencionado se ve efectivizado en los grupos de autoapoyo para seropositivos en donde se les impulsa a seguir adelante en la vida y luchar por ésta hasta donde sea posible.

En términos generales pudimos observar en los diversos contextos que nos colocó nuestro trabajo de investigación que existe un enorme activismo para difundir información sobre el VIH/SIDA y alertar sobre los riesgos implicados, en especial por ONG'S, la comunidad gay y la participación gubernamental (CONASIDA).

Destaca la participación de la comunidad gay porque tienen presencia en todos los foros donde se aborda la problemática en torno al SIDA; a la muerte y a la fe religiosa como una poderosa arma espiritual.

Curiosamente la comunidad heterosexual siendo el grupo dominante en la sociedad tiene una escasa participación, principalmente por parte de investigadores y profesionales de la salud (médicos y enfermeras) y de la salud mental (psicólogos, psiquiatras y terapeutas).

Nuestra investigación se sitúa en los grupos, de autoapoyo comandados por el Dr. René García empleando la técnica de observación participante, nos presentamos como personas simpatizantes del grupo porque familiares nuestros son seropositivos.

Dentro del grupo la mayoría son homosexuales con un alto grado de convicción y compromiso que representa el trabajo terapéutico grupal. El grupo está formado aproximadamente por 40 elementos que asisten en forma habitual, y otros tantos llegan por recomendación o por invitación. Se trabaja en sesiones semanales los días Lunes por la noche, con una duración de entre 2 y 3 horas. Al inicio cada integrante expresa en forma breve cómo se siente y algo relevante que le haya ocurrido en la semana. A continuación se proponen temas a tratar donde cada elemento debe participar en forma obligatoria. Al final de la sesión se informa sobre actividades que se pueden realizar durante la semana; todo el grupo se toma de las manos, se dice una oración y cada elemento dirige 2 ó 3 palabras a

todo el grupo y a continuación se recolecta una cooperación voluntaria para solventar gastos de material y la renta del local.

La mayoría de los participantes refiere que sus amigos y familiares les ofrecen apoyo de tipo moral y no se sienten rechazados, así mismo no pierden la oportunidad de afirmar la máxima del grupo: el respeto a los demás, la responsabilidad para impedir la propagación de la enfermedad del VIH-SIDA, la fe religiosa y su enorme gusto y apego a la vida, mostrando respeto por la enfermedad y su cercano vínculo con la muerte; tratando de vivir más intensamente y disfrutar todo lo hermoso que la vida nos ofrece.

En ocasiones se relata la forma como fue adquiriendo la infección, derivada principalmente, derivada principalmente de la promiscuidad sexual y la práctica del sexo sin protección, algunos drogas, poniendo énfasis en lo sencillo que hubiera resultado protegerse.

Algunos conciben a la enfermedad como una oportunidad que Dios nos brinda para revalorar nuestra existencia y la vida misma, así como apoyar a quien nos necesita, tal es el caso del Dr. René García. Algunos otros piensan que la enfermedad les ha propiciarse darse cuenta del valor de la vida, del amor y la convivencia con los demás y reconocen que en ellos se ha generado un mayor grado de percepción y sensibilización lo cual les agrada mucho.

En cuanto a sus actividades, ha habido una transformación: al principio todo era diversión y desenfreno, al sobrevivir la infección del virus, hubo un albergamiento, tristeza profunda (depresión), una contracción y pensamientos de muerte recurrentes; y dentro del grupo se da la posibilidad de ocupar ese tiempo de ocio que puede resultar nocivo para su estado físico y mental por lo tanto expresan agradecimiento al grupo por permitirlo observar desde otra óptica su problemática.

La experiencia que adquirimos en nuestro paso por la ERMITA AJUSCO, los grupos de autoapoyo, el Congreso Internacional y los encuentros religiosos fue muy enriquecedora para los fines de nuestra investigación, nos permite acercarnos a la problemática del VIH-SIDA y su vínculo con el arquetipo MUERTE. El lugar que ocupa en el contexto social, diferentes aspectos del trabajo que se realiza para ayudar física, mental y espiritualmente a los seropositivos sintomáticos y asintomáticos. Los intercambios que se pueden generar en los grupos de autoapoyo, talleres de tanatología, trabajo de difusión de las implicaciones de la enfermedad en el contexto social y familiar.

También pudimos adquirir conocimiento sobre el proceso de la enfermedad donde la infección hasta que sobreviene la muerte, y en que condiciones llega ésta.

5.1 Contexto Social (familia, trabajo y vida social)

La pandemia del SIDA ha trastocado ciertas estructuras de la sociedad porque nos ha impulsado a interesarnos más en evitar su expansión, y ha hecho que un gran número de grupos, instituciones públicas y privadas, se organicen para luchar a favor de la dignificación de los seropositivos, lucha contra el SIDA que incluye entre otras actividades, informar a la población sobre los riesgos de adquirir el virus y campaña de prevención y uso del preservativo, también tenemos a las organizaciones de redes de personas portadoras del VIH, talleres de tanatología y grupos de autoapoyo para sujetos infectados. Lo anterior es una clara muestra de la forma en que han evolucionado nuestras concepciones respecto al problema, de cómo la estigmatización del seropositivo tiende a disminuir en cierta medida, así como la gran difusión del uso del condón como práctica del sexo protegido, etc.

Nuestros entrevistados cuentan que su historia inicia cuando toman la decisión de hacerse la prueba de detección del VIH-SIDA cuyo principal indicador es la presencia de anticuerpos contra el VIH en el líquido sanguíneo; acción ejecutada ante la sospecha de ser portador de dicho virus como consecuencia del estilo de vida que han llevado, concretamente prácticas sexuales de riesgo: tener contacto sexual con varias parejas sin aplicar el sexo protegido (uso del condón).

Una vez que se tiene conocimiento de ser portador del VIH/SIDA, según testimonio de personas entrevistadas: personal que atiende a los enfermos terminales sidaicos, seropositivos que participan en los grupos de autoapoyo, especialistas en el tema de muerte y sida, así como algunos familiares de seropositivos y enfermos terminales. Quienes no tienen gran información sobre el SIDA al enterarse que son portadores del virus experimentan una gran depresión anímica, y quienes ya saben sobre la enfermedad salen temblando al enterarse de tal noticia.

Al enterarse la familia, no pueden dar crédito a la noticia, más cuando la reconocen como real, también reciben ese tremendo impacto emocional, y como comento José Luis -toda la familia muere contigo-.

Ya inmersa la familia en la problemática del SIDA ya sea porque un miembro del grupo sea seropositivo o enfermo terminal se enfrenta a un gran conflicto al interior del grupo donde la primera idea que surge es el ocultamiento de la enfermedad del seropositivo o del sidático, se tiene una gran desconfianza por lo que la gente pueda comentar al respecto.

Se tiene la idea de que la enfermedad está muy relacionada con los homosexuales y las prostitutas debido a sus prácticas sexuales, y por lo tanto, su condición de enfermos está justificada, y de ningún modo se está dispuesto a que se les identifique con tales grupos, haciendo de lado las otras posibles formas de contagio. Las familias por regla general no admiten "gays". Muchos de ellos se enfrentan a dos problemáticas: salir del closet y anunciar su enfermedad, una cae en la otra y viceversa, con todos los bagajes.

Algunos de estos muchachos los entrevistamos y la mayoría ciertamente manifestaron sapiencia al no estigmatizarlos... claro aquí es ésta grupo hubo "resbalones" específicos como el de la chica chilena que no quiso saludar a Nacho...-¡es que tengo una cortadita en la mano... y es que... uno nunca sabe!-.

La consideración anterior se traduce en resentimiento a los grupos homosexuales, creándose la llamada homofobia; atribuyéndose en forma casi exclusiva la diseminación de la pandemia a dichos grupos. Al paso de los años sea generado un grado de evolución en lo que respecta a la estigmatización de los homosexuales seropositivos o a los enfermos terminales de SIDA, ya que ha disminuido un poco. En cuanto a la fobia al contacto físico con ellos también se ha

relajado. La mayoría nos comenta que ese lapso de juicio anacrónico ha ido disminuyendo.

Un hecho notorio es que las personas mayores continúan con el prejuicio respecto a los contagios, en tanto que los jóvenes manifiestan un mayor grado de apertura respecto al problema, hecho que queda respaldado por la participación de jóvenes latinoamericanos en un encuentro que tuvo lugar en la "ERMITA AJUSCO" perteneciente a **Albergues de México**, institución de asistencia privada sostenida por un patronato y dirigida por el doctor René García, sitio donde se manejan enfermos terminales sidaicos y donde los muchachos expresaban la idea de "humanidad" que debe emplearse para dirigir lugares, como el antes mencionado.

Volviendo a otros ámbitos, el laboral por ejemplo, en el se tiene la gran tendencia al ocultamiento por parte de los contagiados para evitar ser presa de la estigmatización y la posterior pérdida del empleo a pesar de que se goce de buenas condiciones de salud para trabajar.

En otro sentido, el enfermo tiene la oportunidad de participar en grupos de autoapoyo, talleres de meditación y de tanatología, así como activismo político, concerniente a la lucha contra el SIDA, hecho que les permite redefinir su concepción del problema, tratar de vivir lo mejor posible antes de llegar a la fase terminal de la enfermedad (fase SIDA), así como tener la capacidad de reintegrarse a la vida social a pesar de las adversidades impuestas por su condición de seropositivo.

La idea, dicen algunos es la de lograr un mayor grado de conciencia en la sociedad dada la dimensión del problema, impedir el avance del SIDA, hacer que la gente adquiera mayor conocimiento y se cuide y además que haya un mayor grado de apertura para tener intercambios con la gente, y tratar de hacer aun lado la estigmatización, la cual está marcada, según las palabras de una persona que

atiende a los sidáticos como: -cuestión de educación y cultura que nos hace ver a los seropositivos como minusválidos o de plano rechazarlos-.

José Luis quien trabaja como voluntario en la "ERMITA AJUSCO" nos hablaba sobre algunos detalles acerca de la vida de los enfermos en el albergue, nos decía que en determinados momentos, crece su grado de sensibilidad, consideran que ser portador del VIH los hace más sensibles, apreciar mejor la vidas, ser mejores, y ante todo tienen la necesidad de afecto y de que la gente los vea diferentes (sin prejuicios) y sin rechazo.

También comentaba que es muy común que los familiares tengan falta de conocimientos para manejar a los enfermos y que su reacción desde el inicio es de sobre protegerlos, no los dejan ser independientes en actividades tales como: trabajar, cargar algo o salir a la calle. Hecho que en lugar de ayudarlos les hace un gran daño y provocan recaídas en ellos..."las familias no les dicen ¡hazlo tú!, ni siquiera lo tienen que pedir lo protegen y lo arruinan, lo echan a perder..."

Todo lo anterior llega a provocar que los enfermos se vuelvan "chantajistas" y luego quieren que forzosamente se les cumpla cualquier capricho, llegando al extremo de amenazar con suicidarse, lo cual puede representar la advertencia:"... no me dejes sólo porque me puedo matar..."

5.2 Concepto de vida-muerte del enfermo terminal

Es de vital importancia la intervención de la familia en apoyo del enfermo terminal sidático. Por una parte, sabemos que es seguro que va a morir en un tiempo relativamente corto (en fase terminal el promedio de vida es de un año), que es un ser humano, que siente, que sufre, que llora, que tiene la enorme necesidad de afecto y compañía, y que si se va a morir, le gustaría que fuera cerca de su familia, en su casa.

La idea del arquetipo muerte en el enfermo terminal sidático es de una gran carga de angustia y pánico, que los hace aferrarse a la familia, a Dios a todo; es como caer a un precipicio y aferrarse con toda el alma a una rama salvadora.

René nos comentaba -"El guerrero hace su lucha y la muerte es solo una batalla en la que si bien la luchas, siempre, siempre ganas"-.

Se tiene la concepción de una muerte dolorosa que se traduce en llanto y angustia en un ambiente tenso donde juegan procesos de transferencia y contratransferencia, en donde se conjugan sensaciones, gestos, olores, etc.

Consideran que la muerte no es buena, no es amiga que representa una gran fuerza una lucha interna donde todo la experiencia se revuelve y salen a la luz los deseos de realizar planes inconclusos, intención de regresar al trabajo y hacer muchas cosas más.

Se tiene la tendencia a minimizar el daño orgánico a causa de la enfermedad como consecuencia de una recuperación espontánea y salen a la luz los deseos de realizar planes inconclusos, intención de regresar al trabajo y hacer muchas cosas más.

En la fase terminal resalta la importancia de la participación de cierto apoyo psicológico como preparación para bien morir, que significa, librarlo de culpas, de no dejar pendientes, cerca de las personas a las que quiere en el momento y el lugar indicado.

La intención de los talleres de tanatología es en esencia ayudar a enfermos como familiares y personal que los atiende conciencia de la muerte para vivir mejor, tratan ante todo de hacer que el enfermo luche por la vida en lugar de abandonarse.

Se pretende cambiar en la medida de lo posible ese concepto occidental de muerte lleno de miedo y angustia, de apego a lo material, rescatar todo lo que la vida nos ofrece (colores, olores, sabores y diversas sensaciones, etc.), y que nos hemos impedido disfrutar, así como los aspectos más viscerales de nuestra existencia.

Se trata ante todo de transformar nuestro proyecto de muerte en un proyecto de vida, de lucha y trabajar en todo momento a favor de una superación del estado físico y emocional que nos oprime de apartar la idea de muerte y de pensar en vivir, de perdonarnos y perdonar a los demás si es el caso, en síntesis la idea del bien morir, para dejar este mundo sin mortificaciones ni pendientes, en la mayor de las tranquilidades posibles.

5.3 Sentimiento de fe (espiritualidad)

Se tiene la tendencia por parte de algunos grupos religiosos a considerar que el SIDA representa un castigo divino hacia los homosexuales, tal vez porque en los orígenes de la pandemia se le asocio a este grupo dado que fueron los primeros casos que se descubrieron. Ahora que se sabe que todos somos candidatos a contagiarnos por diversas vías, a pesar de eso, las cosas han cambiado un poco en este contexto.

Evidentemente ese "castigo", en muchos se convierte en una loza que constantemente nos aplasta y crece al acercarse la muerte y la resolución del pendiente de aceptación...

En una ocasión estando leyendo la Biblia con Federico (enfermo terminal de la ERMITA AJUSCO) éste tuvo un ataque semiepiléptico, le leíamos el Levítico o las razones o caminos que un "buen hombre" debe seguir según la Biblia, cuando casi, casi se muere en nuestros brazos producto del tremendo conflicto que le causo el enfrentar a su fe religiosa mejor dicho con su condición homosexual misma y que la primera instancia castiga que la primera instancia castiga soslayadamente.

La iglesia católica acepta al sidático –no al homosexual- y en el hipotético caso de que lo acepte, no le quita de encima el rechazo, y la imposición de una enorme carga de culpa, haciéndole tal vez más daño que el mismo virus (porque tiende a acelerar el proceso de muerte). Se le obliga a orar durante mucho tiempo, lo que corresponde a la sanación espiritual, como paso previo a la sanación física; una vez cumplido con lo anterior se le hace la siguiente aseveración: ¡haber si Dios te perdona!. Por ser homosexual más que por ser sidático.

Un caso aparte es la actuación de la iglesia metropolitana, la cual establece que no es pecado ser gay, y lo que es más dice que en cuanto a practicas sexuales “todo está bien” no importa el número de parejas que tengas y seas homosexual o no; lo cual se explica tal vez por el hecho de que alguno dirigentes son gays.

La importancia de la espiritualidad ante la enfermedad terminal se ve reflejada en el gran apego que se genera hacia ella por parte de los seropositivos y los sidáticos, en forma más acentuada en estos últimos; se traduce en un regreso a Dios, aún para aquellos que han sido ateos, como respuesta a esta enorme carga de angustia.

El enfermo terminal efectúa una revalorización del grado de fe o apego a la religión como una especie de escudo, utilizando a Dios para tal efecto; como negación de la muerte que esta cerca.

Se da un mayor grado de sensibilización cuando se está apunto de morir, es un momento propicio de apertura par hablar espontáneamente y con franqueza de la muerte, plantear la ida de que el temor no ayuda; si se requiere volver a Dios, debe ser con plena convicción y hacerlo más que nada con amor, no con arrepentimiento. Reconocer que Dios es sabio y que te da lo que necesitas.

“el escenario era un auditorio (Centro Médico siglo XXI), cada uno en turno, representando a cada una de las religiones, se pasaba al frente y se ofrendaba una acción religiosa caracterizada y estructurada de acuerdo a los cánones de cada religión... y todos no solo la respetaban... participábamos en ella. Debemos decir que ha sido una de las experiencias más conmovedoras en el espíritu que hayamos tenido”.

Otra función fundamental que ofrece la fe religiosa es, ser un instrumento de sanación espiritual principalmente y física. Que la enfermedad terminal puede representar la oportunidad de lograr un crecimiento espiritual, del cual se desprende una preparación para el bien morir y que en todo caso sus implicaciones tienen ese fin básico.

Observa a la muerte como transición, como un proceso de crecimiento, como un paso a otro nivel superior de evolución, alejado de miedos y culpas, y es este sentido la fe espiritual pasa a ocupar un lugar muy importante para los enfermos terminales oncológicos como medio de bienestar emocional.

Finalmente haremos mención sobre la gran aportación en lo que toca a la fe religiosa por parte de Dr. René García, Director de Albergues de México. Ya que él no escatima en recursos y conocimientos (los cuales son considerables, ya que él lleva 15 años involucrado en asuntos de fe religiosa) en pro de los internos del ERMITA AJUSCO.

El Dr. René privilegia en gran medida el uso de la fe religiosa a favor del bienestar emocional de los enfermos que atiende y también participa en los encuentros interreligiosos que se efectúan una vez por mes en diversos recintos, entre otros, la sala de congresos del Centro Médico Nacional siglo XXI.

Dichos eventos tenemos que mencionar que en lo particular jamás habíamos visto algo parecido. Musulmanes, judíos, cristianos, budistas, católicos, todos juntos, respetándose y orando y/o rezando juntos una oración, un matra, deseo o rezo que todos sin importar la religión hacen respetando o fluyendo juntos.

CAPITULO 6

EL DECESO ("LA DESPEDIDA")

Es el parteaguas o el inicio de una batalla que es librada por quienes van a partir y los que se quedan. El inicio de infinidad de procesos sociales espirituales y religiosos que tienen un orden y una obligación in situ (religioso, espiritual y social).

Enfrentamos a la muerte de un ser allegado es enfrentarnos a juicios a relaciones, a castigos y a infinidad de sensaciones sobre todo y emociones; paradójicamente el hombre al menos accidental piensa en la muerte igual que todo el mundo pero en este en especial difícilmente se prepara para su muerte y para la asistencia de otros.

La muerte viene a ser la máxima de nuestra catarsis, trátase de la nuestra o la de un ser muy allegado. La muerte de acuerdo a nuestro pensar es un verdugo, un salvador o en algunos casos un simple portero a cierta indiferencia (el caso de los occidentales después de la muerte no hay nada) es que la muerte por el complejo arquetipo que encierra, tiene significados tan disímiles como el comienzo y el final, el dolor y el alivio, la desdicha o felicidad, el vacío o plenitud.

Es el deceso un rito social en el que el occidente pareciese se le ha dado un carácter superfluo, consumista y hasta banal; el occidente debe aprender a morir en la propia vida pero antes obviamente entender porque cuando hablamos de morir en vida nos referimos a vivir la muerte e interactuar con un proceso que no necesariamente debe ser doloroso.

Entender a la muerte en nuestra opinión personal como un proceso y no como un final. Entender así la muerte ayudará así a quienes nos quedamos aquí y perdemos a alguien a disfrutar de la vida contemplando a la muerte como un proceso más de vida y no un proceso antagonista de ésta. Solventar los miedos a la muerte es como resolver los miedos de la vida, entender el proceso de la vida es aceptar y entender el proceso de la muerte.

6.1 Algunas reacciones ante el deceso

Encontrar o describir las actitudes frente a la muerte, obligadamente nos remite a contextualizar o especificar "ciertas situaciones", ya que son innumerables las conductas que se observan ante un difunto.

Existe una enorme complejidad y riqueza de medios concebidos que por lo imaginario, para organizar y entender la tristeza, la lucha contra el dolor de la separación y la angustia ante el deceso, se incluyen los actos permeados por las creencias, sistemas de pensamiento, la liturgia de ritos, la técnica para reencontrar a los muertos, "recuperar lo que en su nuevo estado pueden ofrecer a los que se quedan, etcétera.

De hecho podemos decir que son un cúmulo de emociones, que pueden rodear a los allegados al difunto y que pueden ir desde el sentimiento de vacío, abandono, ansiedad, tristeza, etc. etc. Describirlas a todas estas o explicar a través de cada uno de los participantes en el duelo, y es que la reacción alrededor de la muerte a través de los demás, la conducta alrededor del fallecido radica sobre todo también en la historia y catarsis en el difunto (de acuerdo a la relación), elaboramos y trabajamos nuestra vida en esa misma muerte, el ser humano, vive su muerte a través de la de los otros, y es la muerte en muchos casos el ensayo, análisis, concatenación el resultado de nuestra vida.

Como mencionamos antes, la muerte, es una catarsis, o mejor dicho el acto de morir, es el momento de "elaboración o expresión", (psicoanalíticamente hablando), dramáticamente o desestresante por decirlo de una forma.

En nuestras investigaciones pudimos observar ciertas actitudes "clásicas" o regulares durante el deceso reacciones de familiares, allegados, o simples conocidos así como "de los actores" circunstanciales (acompañantes, curiosos, trabajadores mortuorios, etc.). En la "parafernalia" del acto de muerte.

En muchos aparecieron los sentimientos de culpa o autoflagelación, ¿por qué no lo interne antes?, pude haber hecho esto por él, hubiera, si quizás, etc. Siempre aparecemos limitados , muchos de los familiares o amigos se preguntaron si fueron "justos o buenos para el difunto" y a varios evidentemente les surgió la angustia, ese sentimiento que muchos expresaron diciendo ¿Quién nos perdonará?, ¿Quién nos condonará nuestros castigos?, ¿Quién?.

En estos procesos encontramos "receptores" para la expiación de nuestras culpas y surgen así las proyecciones o desplazamientos, recriminamos a actores, en el caso de enfermos o a nuestros propios familiares, al hermano que no atendió al padre o la madre como deberían ser, la cuñada o cuñado a quienes algunos culparon " de la mala vida que ofrecieron a sus difuntos" etc., y que decir de Dios q quien entendemos sabio (por ser Dios) y sin embargo parece absurda, ilógica e injusta "su decisión " de llevarse a un allegado, estas reacciones pueden desencadenar otras más como la cólera, el odio o enojo ante la vida y ante el difunto (rara vez se da el enojo con el muerto en momentos inmediatos al deceso de este, es parte de cierto rito en el que él muerto, "es bueno en plenitud") ya que es este quien se abandona, se va y deja nos acompañara o servirá más, se sufre de cierta forma nuestro egoísmo "si el egoísmo más natural en el ser humano.,".

En fin se pasa por infinidad de reacciones las cuales tendrían que ser contextualizadas y entenderse de esta forma ya que las reacciones pueden ser generalizadas pero a la vez tan disimiles por condiciones tan particulares entre sí que podemos observar por ejemplo que el ser humano puede llegar a la costumbre de ver la muerte como ciertos doctores: personas involucradas en conflictos bélicos independientemente de la relación entre los fallecidos y estos.

Ya que uno u otro de cierta forma la muerte juega un papel consuetudinario en la vida de estos. Sin embargo hay que hacer hincapié, que no es la costumbre o lo sistemático de la muerte lo que hace que no podamos acostumbrarnos a ella sino el desconocimiento en el entendimiento mecanizado de nuestras vidas. Así también como para algunos parece ser inocuo a la muerte hay quienes reaccionan incluso con hipocondrías y hasta verdaderas enfermedades surgidas de una excelsa somatización; son; evidentes y conocidos los casos de colitis y otras enfermedades derivadas de la tensión, preocupación de los allegados al difunto.

El difunto dinamiza e interacciona con nosotros vía espíritu, esa alma o ente a quien nosotros damos conciencia, y es así que luego varios imaginan su presencia, la ven, escuchan o sienten. Y es que es común para algunos hasta necesaria esta elaboración entre el difunto y los allegados para sobrellevar la muerte.

En fin hay diversas actitudes frente a las muertes, como muertes para los individuos. En los casos que nosotros observamos (personas infectadas de VIH), se dan estas actitudes, como se dan otras más, no hay diferencias substanciales en cuanto al sentimiento de muerte, como la viven o sienten, hay diferencias contextuales como los rasgos de empatía e identificación que se expresa cuando se ve morir un miembro de la misma "comunidad" o un individuo espejo como algunos dicen, evidentemente la mayoría elaborará su propia muerte (como hacemos toso) en circunstancias de esto actuara de modo específico (altruismo, autoconocimiento, revaloración, ira, impotencia, lucha, etc., etc.).

La muerte o la actitud frente a esta tiene caracteres muy individuales dependen en mucho de la relación que se haya tenido con el difunto como mencionamos ya anteriormente. A Godin manifiesta tres actitudes en relación a esto⁸: a) relación narcisista, en donde las relaciones circulan a través del funcionalismo o utilidad

⁸ "Le Mort aut elle change" 1971

que el difunto nos daba; b) relación marcada por una dominante agresiva en la que la culpabilidad juega un papel preponderante, c) relación magnética en la que los lazos de vinculación amorosa mira la pauta de los sentimientos a seguir en relación con el difunto.

Ahora bien, si es cierto que la conducta ante el deceso es subjetiva. En la modernidad en ciertas culturas occidentales (en la mayoría) los muertos no tienen cabida, es imposible hablar de una simbiosis entre los vivos y muertos (merecen nuestros festejos de día de muertos) los vivos tienen lugar en el que los muertos han sido expulsados o "exorcizados" como diría Vincent Thomas, en "Occidente el interés es la acción y rentabilidad de la vida".

6.2 Luto y asimilación

Las exequias o ritos religiosos post mortem, tienen como finalidad ser la catarsis social, evento rito, para la "aceptación de la muerte", así encontramos que mientras los católicos hacen misas o novenarios, los judíos llevan sus vestiduras rasgadas en señal de duelo por ejemplo, todos estos ritos tienen la finalidad social, un papel y un giro en el ritual que debe llevarse a cabo para cumplir con cierta ordenanza, parte esencial en el camino de aceptación de la muerte. No importa que se religioso, el morir en la sociedad (aunque bien es cierto cada vez es más solitario) implica llevar o cumplir con cierta parafernalia (velación, entierro, etc., etc.)

En toda sociedad por arcaica o moderna siempre existirán (¿?) ciertas exequias. Ahora bien, para adaptarse a la muerte no sólo basta con cumplir con lo que ya mencionamos anteriormente, el acostumbrarse a una "perdida" es difícil y el tiempo varia mucho, de acuerdo a cada contexto y concepto que se tenga de la muerte.

Quizá el primer paso para una rehabilitación sea "entender", "aceptar" la muerte, el fallecimiento, asumir el deceso y saber que no hay forma de regreso, intentar comprender que un evento, la vuelta de la vida a ese tal y como lo conocimos no será posible (esta puede ser una forma). Hay que procurar que quién se queda debe continuar: "el vivo a vivir y el muerto a bien morir" reza un dicho, y es algo que algunos terapeutas nos comentaron , dicen que debemos voltear la vista hacia lo asequible de la vida, recuperar y revalorizar lo hermoso de la vida, gozar de lo que se tiene y no mortificarse por lo que no se puede tener, hay que entender los procesos de nacer, crecer y morir, y para quienes estamos vivos, maravillarse, si, potencializar lo bueno y bello que puede ofrecer el estar vivo comenzando a hacer que los dolientes aprecien desde un amanecer hasta el gusto banal de un simple chocolate, es decir, valorar y apreciar las satisfacciones de las necesidades del hombre (vitales y sociales) realizar y concretar los rituales de vida que existen como existen los de la muerte.

Es importante conciliarnos con lo pendiente que hayamos dejado con el muerto, entender al muerto en sus defectos y virtudes, para elaborar y practicar el autoperdón, sobretodo (ayuda terapéutica, muchas veces, para aniquilar angustias que causen los incomodísimos pendientes), muchas de las veces también las muertes acarrear escisiones en ciertas relaciones familiares o sociales, las cuales tendrán que ser dirimidas, esto es ajustar lo que ha quedado inconcluso. Esta tarea es difícil y muchas veces requiere de un cierto tiempo en el que ciertas heridas comienzan a cicatrizar, es decir, a través de la elaboración o entendimiento de lo humano, lo que dijimos antes, defectos y virtudes del occiso.

El camino hacia una recuperación puede estar influenciado por muchas otras cosas más, una de ellas es el papel que juega la familia o las relaciones afectivas alrededor del fallecido, es decir por demás lógico que una familia, unidos, amorosos o simplemente "omnipresentes" ayudará mucho al devenir y sustento del duelo, generalmente en esta sociedad, la muerte es una "perdida" y uno de los principales sentimientos que por ende aparecen son el vacío y cierta soledad, al que un círculo afectivo, encontrará la manera de solucionarlo de una mejor manera.

Otro punto importante, y en algunos casos medular es el concepto de espiritualidad o religiosidad que se tenga en cuenta a la muerte, ya que este, en infinidad de ocasiones redime con mucho (en algunos casos revierte: expiación de culpas, castigos, etc.) el dolor de una pérdida, y es que como lo explicamos ya con detalle en los primeros capítulos, el hombre sufre una pérdida que en la vida eterna o espiritual, no favorece, es decir, siempre habrá cierta esperanza de reencuentro, incluso antes de nuestra propia muerte -fantasmas, actividades espiritistas, etc.)

En la espiritualidad encontramos mucho apoyo, incluso alivio, al encomendar muchas veces a nuestro propio muerto, a esas fuerzas metafísicas en las que encontramos un respaldo y tranquilidad (redención, Dios, Nirvana, etc., etc.)

A continuación tomaremos y reproduciremos algunos extractos de una entrevista llevada a cabo en el Centro de Terapia Breve A. C., lugar en el que la terapeuta Marijose García nos tendió la mano..

22 de enero de 1998

Entrevista 2

Dra. María José Gómez y Guzmán

Jorge (J): ¿Cuál es tu concepto de muerte personal y técnico?

Marijo (M): Técnico qué pasa con la muerte y que pasó con la muerte, no, interesa que paso con los vivos.

La muerte para ocurre se acaba todo, no hay más, para mi no hay ni reencarnación, ni fantasmas, sólo queda lo que uno quiere conservar del muerto.

J: El mexicano tiene una serie de ritos respecto a la muerte, en algunos de ellos manifiesta su miedo a la muerte, tu como española ¿Cómo puedes explicar ese miedo?

M: Es el miedo que tenemos todos a dejar existir o desde el punto de vista sistémico, la locura como la no existencia como dejar des ser para los demás. Al morir voy a dejar de significar, me van a olvidar al dejar de estar presente. Las creencias que uno tiene respecto a la muerte determinan como vivimos la muerte de otros.

J: ¿Qué aspecto crees que ayudan a la aceptación de la muerte de un ser querido?

M: Más esencial es pasar por todos los rituales que tienen que ver con la muerte, esto lo observamos en todas las culturas. Así como hay rituales de vida cuando un individuo llega al mundo. En México los rituales que tenemos pueden ser: el velorio, la levantada de la cruz, el vestirse de negro, los nueve rosarios o nueve misa, la comida que ofrecen los dolientes, etc. Conmemorar cada año o fecha específica ver al muerto o enterrarlo ayudan a la aceptación.

Pensar que no habrá nada en el mundo que haga regresar al muerto, es algo definitivo.

J: Creer que existe la reencarnación, vida eterna, o ser “visitados por el muerto”, ¿evita o retarda la aceptación?

M: Alargo este proceso y entre más largo el proceso más doloroso a la vez limita al doliente para relacionarse con los demás, relaciones afectivas, con amigos, familiares, con la pareja.

J: ¿Qué podría ayudar a l muerto a “bien morir”?

M: Bueno al muerto a bien morir y al vivo a bien vivir. Para el muerto esta posibilidad, es despedirse, tomar cada uno las cosas positivas y negativas que se tuvieron en vida. Perdonar el vivo al muerto y el moribundo al vivo.

Culturalmente manejamos la idea de que el muerto era muy bueno, no se le puede reclamar cosas ni hablar mal de él sin embargo todos hemos hecho cosas malas al otro, y se quedan estos rencores cuando alguien muere. Sí el muerto puede reconciliar estos hechos, lo ayuda a bien morir.
Es como romperse el anclaje

J: ¿Qué tan importante es el aspecto de la Fé para incorporarlo en la terapia?

M: Nosotros como terapeutas debemos tomar la guía de creencias de nuestros pacientes y esto incluye a la fe. Debemos respetar sus creencias religiosas y tomarlas en cuenta. Cuando uno va a sugerir unas tareas, estas deben ser acordadas al sistema de creencias del paciente. Por otra parte, sí un paciente es ateo, no podemos pedirle que vaya nueve veces a la iglesia porque esto va en contra de sus creencias. Todo tipo de creencias siempre están presentes en el espacio terapéutico.

J: ¿Personas ateas podrían apegarse a la idea de Dios antela cercanía de la muerte?

M: Es importante la presencia de la familia en cualquier aspecto de la vida pero sobre todo en aquellos cambios vitales en el proceso, llámese el nacimiento, el matrimonio, la muerte. Para que un moribundo tenga un bien morir es importante que tenga a sus seres queridos cerca.
Que tenga la posibilidad de reconciliación con todos los integrantes de la familia.

Para el doliente, el que se queda, le permite compartir el dolor con la familia. Para un proceso de duelo mas sano es importante compartir el dolor. En familias que son más secas y dicen: “ya me siento bien, ya no pasa nada”, el dolor se intensifica y se alarga. Por ejemplo en el caso de los niños se preguntan si realmente no les importó la partida del ser querido ante esa fachada de supuesta fortaleza. Mientras más se hable de lo ocurrido, aunque sea repetitivo y aburrido es mas sano para todos.

J: ¿Al moribundo cuál es el momento más apropiado para hablarle de la muerte?

M: Yo creo que desde el momento que el moribundo empieza a hablar de la muerte, uno lo puede tomar, llega un momento e que sabe que va a morir aunque nadie se lo quiera decir. Aunque toda la familia le diga “estas bien, te vas a curar”, el moribundo lo sabe y lo mejor es poder hablarlo con él, quitar esa fantasía de que; “te vas a componer en seguida”.

J: ¿Cómo hablar de algo tan difícil como la muerte al enfermo terminal?

M: Es difícil porque culturalmente del dolor no se debe hablar. De hecho cuando alguien muere se recomienda “no hablar de eso” no dejar hablar al otro, no preguntar, se cree que es morboso preguntar. Pero poder hablar es lo mejor para todos incluso con el enfermo terminal, hablar lo mas claro posible.

Aun en un caso afortunado que el enfermo terminal se salve, es muy bueno poder haberse reconciliado con sus amistades y familiares, en ese periodo donde la muerte no se dio, regresar a una vida más saludable.

Algunos hospitales especializados en enfermedades terminales como en el caso del siglo XXI y otros especializados en SIDA, están incluyendo sesiones de terapia con los enfermos terminales y los familiares. Se están encontrando alguna mejoría en los enfermos.

A los niños mientras más claro se les hable y con la verdad, será mejor. Decirles que la muerte es un viaje sin retorno, la gente se muere para siempre.

J: ¿De que forma se puede intervenir con la gente para ayudarles a sentir mejor cuando muere un ser querido?

M: Lo más importante es decirle a las personas que su ser querido se murió y no hay manera de regreso como el primer paso a la aceptación aun que es muy cruel decirlo y sentirlo pero ayuda a la gente a sentir y aceptar que su ser querido no regresará y le ofrece la posibilidad de volver a reintegrarse a la vida; la finalidad de los que se quedan es seguir viviendo y seguir viviendo bien como bien dicen: “el muerto al hoyo y el vivo al pollo”.

Dentro de los rituales, en terapia se manejan los rituales de vida, después de todos los de muerte, para recuperar todo lo hermoso que tiene la vida, cosas que en un momento de duelo se olvidan; por ejemplo a uno se le olvida la variedad de sabores que tenemos al comer, de olores, de nuestras amistades, sonidos agradables y esta es la parte que habría que hacer recuperar al doliente.

Respecto al que va a morir, como puede morir bien, pues reconciliándose con todo lo que deja pendiente, yéndose sin dejar pendientes. Y así la familia tiene también la posibilidad de arreglarlo con el moribundo, va a tener un duelo mucho más saludable. Si se muere alguien y las personas están en una buena situación es más fácil para el que se queda sobrellevarlo que si se muere alguien y se quedan enojadas o con sentimientos de culpa o después un pleito o alguna cosa así.

Para eso la interacción con familiares o con amigos es muy importante tanto para el moribundo como para los otros para "saldar cuentas" como se dice.

J: Te queremos agradecer mucho Marijo.

Es así como la religiosidad o espiritualidad, animismo, bioenergética, etc., el único medio en el que necesitamos seguridad y rehabilitación cuando queremos pensar en el que se va, el que ya no está con nosotros o tarde o temprano viviremos también.

Si bien es cierto que estamos hablando del que se queda e incluso del que ya partió, debemos mencionar lo importante que resulta, elaborar la muerte de aquellos que están próximos a partir (enfermos terminales, condenados a muerte, etc.) y para éstas situaciones, como ya vimos, lo principal es dirimir, resolver o encomendar nuestras preocupaciones o tareas inconclusas, es decir no dejar pendientes sobretodo lo que concierne a los conflictos de relación familiar o afectivas, ya que son las que causan más angustia... "estar bien, estar en paz, estar feliz y satisfecho conmigo mismo". Así decía un amigo: -Procura no cargar más que a ti mismo, tus consecuencias y tu historia, pero sin pendientes ni conflictos, solo a tu mismo-.

Otro aspecto importante y nada novedoso, es la necesidad de trascendencia, perdón, inmortalidad, disfrute, descanso, etc. que da el saberse eterno, al saber que no nos perderemos en la nada, el sabernos seguros o protegidos dentro de lo desconocido de hecho este último es muchas veces la respuesta de hasta el más laico o ateo que se encuentra en los pies de la muerte. Y es que en esos momentos estas sólo tú únicamente, tu majestuosa y pequeñísima humanidad te acompaña hacia un camino en que las diferencias dimensionales son abismales o

que no tiene parámetro material, materialismo análogo a la pobre condición humana que es representada por el mismísimo cuerpo y limitaciones propias.

Diríamos finalmente que para entender o asimilar la muerte tenemos primero que hacer lo propio en la vida misma, entender nuestra propia vida.

COMENTARIOS FINALES (CONCLUSIÓN)

Cuando hablamos de conclusiones no deseamos que se nos remita a un contexto en que se conceptúe la "conclusión" como el fin de la comprobación de una hipótesis, o el escaño final de algún trabajo metodológico-científico-experimental, ya que nuestro concepto de conclusión y sobretodo en este trabajo de investigación, es de finalizar con el conocimiento, aprender de lo observado y de lo vivido, y no el de ratificar lo que ya se sabe, es decir, comprobar hipótesis (que por cierto tuvimos al inicio de la investigación así como planteamientos de objetivos)⁹

El proyecto "cumplió" con lo objetivos programados, sobretodo en el general o esencial -para nosotros- que es el de conocer para aprender, entender y comprender pero más que nada intentar y lograr ser propositivos en cuento "lo que damos cuenta".

Siguiendo con lo que "nos dejos o aporto" el trabajo coincidimos que bien podemos especificarlo en apartados como estos; por mencionarlo de alguna forma: "la muerte y el enfermo de VIH" o "enfermedad y deceso"; todo lo que conforma el concepto que hemos trabajado, el arquetipo de muerte, el inconsciente colectivo de enfermos y allegados, ante el evento de la muerte. Y es de esta última de la que desprendemos las siguientes conclusiones o preceptos, basados obviamente en el entorno que estudiamos.

"De dolor no se habla", y es que hablar de dolor (en muerte) es "malo" e intocable en una sociedad occidental, no es conveniente darle "importancia". A la muerte se le ve como perdida, y hay que "superarla" y una de las formas de hacerlo es no pensar en ella, creerla lejana y además como dijimos antes dolorosa.

⁹ Ver anexo

El hecho de creerla lejana no es ilógico ya que el hombre ha sido permeado por lo que Freud llamó "egocéntrica inmortalidad"; y es que el hombre retoma con gran reticencia la muerte, eso conduce a llevarla en el inconsciente al lado negativo, "lo imposible de suceder", de ahí "que nos creamos" que la muerte es algo improbable para nosotros y los nuestros, y además lo remitimos a un proceso ajeno a la vida cuando está "primera condición", la que nos constriñe inexorablemente a la "segunda".

De aquí desprendemos también, el hecho importante que constituye el logro, un autoconocimiento personal, para entender los procesos propios y de la vida, es ver también la posibilidad (para algunos) de lograr la "liberación del imaginario", el poder obtener el "desdoblamiento corpóreo e ideológico del bagaje material" como piensa V. Thomas, o volviendo con el imaginario nos dice Levi Strauss, "lo imaginario (eficacia simbólica) reclama su actualización, pues en un sentido la contiene. Resulta desdeñable si sustituye a la acción que provoca, anima o acompaña, pero es altamente benéfico, si la compensa cuando ello es imposible".

El hombre actual en su alineación olvida muchas veces todo lo anterior.

Tenemos que lograr ese desapego terrenal, o mejor dicho ese apego hacia los objetos materiales, el cual se refleja en esa angustiante necesidad de "no perder en la vida", de adolernos con esas pérdidas que se excerban con los sentimientos magnificados de apego, en una sociedad de interés abocados a la "rentabilidad" y superficialidad del funcionalismo material, incluyendo evidentemente a los propios individuos.

Algo que también nos arroja esta "experiencia", es el hecho importante que debe tener el prepararse para un evento del cual nunca escaparemos... la muerte, este comentario puede sonar muy lógico o fatuo pero lo que queremos concretar es lo esencial que es el de toma un taller (por ejemplo) i el de hablar de la muerte con los nuestros ya a nosotros mismos evidentemente.

Y es que toda la gente puede y toma cursos o estudios, con la intención de realizar "preparaciones" para cualquier evento o circunstancia de la vida y nunca para el evento que cumple con el 100% de probabilidad de llevarse a cabo, como lo es el morir, nadie garantiza que lo "aprendido" de algo o alguien lo apliques en tu vida... nada, solo la muerte lo hace, solo ella es segura.

Retomando el carácter que tiene el prepararse para morir, nosotros encontramos en el enfermo de VIH las "mejores" lecciones. Ellos en palabras propias mencionaban que habían comenzado a vivir a raíz de haberse contagiados, y este es más que una simple situación de valorización o reflexión ante el contexto que lleva a cambiar la vida de un seropositivo.

La vida es la misma, pero ahora se entiende mejor, se comprende a uno mismo y se comprende la vida y la muerte. Mención importante son los conceptos del "guerrero" o del "apoderamiento" , precepto que crea una convicción importante en el hombre, "la de tomar decisiones, apoderarse de la vida, sustentar los proyectos, tener conciencia, etc." Podemos decir, que las principales lecciones que nos llevamos fueron las de carácter humano, la de la "vibra". Y es que debemos considerar que las fases de la muerte en un enfermo terminal son etapas "humanas", procesos espirituales y personales y no pasos fisiológicos y/o biológicos.

Hay que hacer como dice cierta frase o mejor dicho ayudar a que así sea, " el muerto a bien morir y el vivo a bien vivir", que el vivo a través de la muerte aprende en su vida para comprender y entender la suya, cuando llegue el momento, ya que como se encara la vida se encara la muerte.

Para finalizar, queremos retomar un aspecto del enfermo con VIH, el cual relacionamos con los conceptos de muerte que manejamos, y este es el de la muerte o aislamiento social, que en estos casos se provocan por la estigmatización del virus y a la que inclusive muchos enfermos de VIH contribuyen, al no "manejar" conceptos como los del "apoderamiento" o del autoconocimiento. Y que decir de la ignorancia de la gente, permeada por la escasa y nula educación sexual que tiene el país.

Para concluir podríamos hacerlo con el manejo de los tres siguientes "conceptos personales": autoconocimiento, desapego, liberación, resumidos en la frase descrita abajo:

"Autoconocerse para obtener el desapego y arraigo que nos impida ver o cumplir con los compromisos y pendiente para nuestra liberación personal"

Ya me di al poder que a mi destino rige.

No me agarro ya de nada, para así no tener nada que defender.

No tengo pensamientos para así poder ver.

No temo ya a nada, para así poder acordarme de mi.

Sereno y desprendido, me dejará el águila pasar a la libertad.

Juan Matus, extraído de los libros escritos por Carlos Cataneda

ANEXO

OBJETIVOS:

- ψ Conocer el proceso de aceptación de la muerte en enfermos terminales y personas allegadas.
- ψ Conocer como interaccionan los enfermos terminales en su entorno.
- ψ Saber el manejo social que le damos al enfermo terminal.
- ψ Encontrar formas de "alivio" anímico y/o espiritual del enfermo terminal.
- ψ Aportar propuestas y métodos de superación, convivencia y relación en el enfermo de VIH y sus familiares.

HIPOTESIS:

- ψ El sentimiento de amor recíproco entre enfermos y allegados a éstos es un factor importantísimo en la aceptación, convivencia y superación de la inminente muerte, junto al sentimiento espiritual de fe.
- ψ En términos generales, los familiares son el principal apoyo que tienen los enfermos terminales para integrarse de alguna forma en la vida cotidiana.
- ψ La sociedad coarte de manera significativa a los enfermos terminales limitando en la mayoría de los casos su accionar en diversos ámbitos.

BIBLIOGRAFÍA

- Basave Fernández del Valle. Metafísica de la muerte
Editorial Limusa.
- Carnes James. Muerte y existencia: una historia conceptual de la muerte
Editorial Fondo de Cultura Económica
- Colono Gómez Jesús. Muerte cerebral: biología y ética
Editorial Universidad Navarra
- Elias Norbert. La soledad de los moribundos
Editorial Cal y Verda
- Hinton, Jhon M. Experiencias sobre el morir
Editorial Ariel. Barcelona
- H. Raymond. Del mito a la religión en la psicología analítica de Carl G. Jung
Editorial Amarrótu
- Lorrane Sherr. Agonía, muerte y duelo
Editorial Manual Moderno. México 1989
- Progoff I. La psicología de Carl Gustav Jung y su significado social
Editorial Paidós
- Thomas, Louis Vincent. Antropología de la muerte
Editorial Fondo de Cultura Económica.
México D.F., 1983