

Este trabajo está realizado para la **FUNDACIÓN VIVIR UN BUEN MORIR** cuya misión es promover una cultura social para facilitar un buen morir y mantener los valores de la cultura de Paz y de Crecimiento Espiritual basados en el Amor Compasivo, la Sabiduría y la Ecuanimidad. Para ello impulsa y organiza actividades culturales, educativas, sociales y sanitarias, en beneficio del mayor número de personas posible.

www.vivirunbuenmorir.es



FUNDACIÓN

VIVIR UN BUEN MORIR

Cuatro tipos de muerte

**Estudio sobre la muerte biológica,
muerte psicológica, muerte sociológica
y muerte espiritual.**

Curso 2017/2018

Lucia Cambra Sanchez

Ontinyent, Abril de 2019

Quiero agradecer a la Fundación VBM por ayudarme en la oportunidad de crecer como persona, por haberme dado todas las herramientas y experiencias necesarias para empezar este camino.

....

Deseo agradecer a Mar Lopez y a sus colaboradores su aportación humana y su entrega y, felicitarlos por tan gran labor.

....

Y en especial deseo agradecer a mi padre que me haya dado la sabiduría, con su experiencia de final de vida, de poder poner a su servicio todo lo que he aprendido con la misma humildad que lo he recibido.

Índice

Agradecimientos	2
Índice	3
Introducción	4
Delimitación y planteamiento del problema de la investigación	4
Justificación	5
Objetivos	5
Desarrollo	5
La vida y la muerte	7
La fase terminal	9
La muerte biológica	13
La muerte psicológica	17
La muerte sociológica	19
La muerte espiritual	21
Resumen	26
Bibliografía	27

Introducción

En la presente exposición se abordará la idea de los cuatro tipos de muerte: la muerte biológica, la muerte psicológica, la muerte sociológica y la muerte espiritual. Para poder llegar a conocer un poco más a fondo estos términos, se planteará una reflexión primera sobre la expresión de la vida y la muerte, después se expondrá el concepto de la fase terminal y un pequeño desarrollo de los modelos de muerte arriba mencionados, concluyendo con un resumen integrador.

Delimitación y planteamiento del problema de la investigación

La muerte es un proceso que se inicia cuando empieza la vida, trae consigo esta paradoja, se nace para morir, pero en el intervalo entre ambos se tiende a disfrazar el peso de la despedida y a acomodarse en la cotidianidad, olvidando en el quehacer diario la última puerta que se abrirá y que se cruzará irremediablemente. Bajo esta reflexión, este trabajo nace y se abre paso. Llegar a esa puerta con las condiciones favorables para atravesarla, irá en función de la aceptación y la comprensión de lo expuesto. Aprender e integrar la muerte desde todos sus ángulos ayudará a acercarse a un proceso mucho más fácil, ya sea en la propia muerte como en la muerte de los seres queridos.

Poder dar el enfoque correspondiente, implica un compromiso que tiene la finalidad de dar luz y claridad a los factores por los cuales, el tránsito, deje de parecer tan desconocido y se pueda incluir un concepto unificado entre la muerte física, psíquica, social y espiritual.

Para lograr este objetivo se analizarán estas ideas en profundidad. En primer lugar, se hará un recorrido sobre los conceptos de los que se ocupa esta investigación, tomando como referencia distintas ideas de los principales autores y aspectos bio -psico-socioculturales.

Justificación

La inspiración y la fuerza con la que este tema ha tomado forma en estas páginas no ha sido otro sino el poder aceptar el proceso de muerte después de haber entendido todos los aspectos que la engloban. Cuando los componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales están en armonía, una buena muerte puede tener lugar sin complicaciones añadidas. La falta de información implica un déficit en las condiciones que se consideran óptimas y que restan al propio doliente para poder afrontar su etapa final y de duelo.

Objetivos

La intención es fusionar y dirigir este trabajo hacia una exposición individualizada sobre los tipos de muerte que se afrontan en el tránsito hacia la finitud. Se ha querido detallar la singularidad de cada uno para la comprensión de los conceptos diferenciables que existen entre ellos. El propósito, pues, es exponer de forma simple, aunque precisa, la idea de todas las perspectivas que engloba el final de vida y esto se conseguirá cuando se haya podido integrar la comprensión de la muerte no solo como la pérdida de la vida física, sino como el cómputo de todos los aspectos psicosociales y espirituales que también la componen.

Desarrollo

La muerte ha sido protagonista en todas las formas humanas de entendimiento. La sociología, la medicina, así como la psicología y otras, estudian y analizan el concepto como un simple hecho aislado y no incluyen la noción global de muerte en sus posibilidades. Las religiones y la teología contienen enfoques culturales con la mirada puesta en un campo diferente que abarca lo trascendental, pero olvida lo sociopsicobiológico y, ante esta separación de paradigmas, aparecen en la actualidad algunos grupos más incluyentes, con abordajes y puntos de vistas postmodernistas. Estos grupos se adentran en las ideas más importantes de la física, la biología, la psicología, la sociología, la teología, la filosofía y la religión, unificándolas. Para ellos,

la visión del proceso de morir es un conjunto de factores de varias índoles, englobando con esta idea la esencia de todos sus precedentes. Así pues, con la composición de un nuevo punto de mira, se empieza hoy en día a abrir paso la posibilidad de integrar los distintos tipos de muerte y a darle un lugar a aquellos aspectos que también interfieren en la calidad con que se realiza el tránsito, para darle cabida a un duelo anticipatorio favorable y para orientar en el entendimiento de los acompañantes. El estudio aquí expuesto, aunque despliega cada modelo de forma individual, intenta abordar la idea con la integración y la inclusión de todo el conjunto, para así concluir con una comprensión aunada.

Todas las culturas han incluido la muerte en su saber popular, utilizando su propio contexto sociocultural, otorgando distinta importancia en cada una de ellas y, en consecuencia, diferente manera de abordarla. En este texto se expone la imagen occidental de nuestros días, en la que prevalece la necesidad de alargar la vida y mantenerse siempre ante la actitud y la presencia del joven que cada uno fue. Esto acompaña a creer que, llegado el momento, el ser humano adquiere un estado de entendimiento por el cual la muerte se hace evidente y, con ella, una serie de manifestaciones en donde la propia persona ha de empezar a tomar conciencia de sus circunstancias, incluyendo en ellas la pérdida de todas las aptitudes que, como ser humano, lo mantienen apto para la vida misma como tal. También hay una parte de este proceso en donde, tanto el doliente como los acompañantes, asumen la evidencia para asentir a una de sus mayores vivencias, sea de la índole que sea. Por ello se pasea por los distintos tipos de muerte atendiendo a cada uno en el paradigma que lo integra, científico/médico, psicológico, social y espiritual/religioso teniendo el primer tipo una metodología empírica-racionalista y los restantes una visión fenomenológica e interpretativa.

Este proceso de investigación propone dar sentido a los cuatro tipos de muerte en cuanto a sus diferencias y procesos se refiere. Se busca crear y fomentar una conciencia, entendiendo que se facilita con esto la comprensión compasiva para que todo aquel que apoye la integración de estos conceptos, encuentre en el saber, y no en el desconocimiento, el camino para permitir el tránsito, favoreciendo al máximo su cometido.

La vida y la muerte

Así escribía Madame de Servigné en 1689: “¡Cómo será nuestra ceguera que, aunque avanzamos sin cesar hacia nuestro fin y cada vez somos más muertos que vivos, esperamos los últimos suspiros para sentir lo que la sola idea de la muerte debería inspirarnos en todos los momentos de la vida!”⁽¹⁾.

La idea del vivir está estrechamente relacionada con aquellos fundamentos psicológicos, origen de una naturaleza social que han ido evolucionando con el desarrollo de una cultura, que inyecta valores y creencias que, añadidos a la propia experiencia individual, conforma en la persona lo que es. Por ello, la muerte sólo tiene sentido cuando, durante la vida, se ha colmado una labor que es considerada por uno mismo de suficiente valía.

La forma de entender la vida determina profundamente la manera en que se percibe el acercamiento a la muerte y, del mismo modo, el conocimiento y la estructura para concebirla determinarán la forma en que se enfrentará. Esta idea la apoyaba Platón (387 a.c) cuando decía que “la vida es un entrenamiento para la muerte”⁽²⁾. La actitud de aceptación e integración de la experiencia, tanto de la vida como de la muerte, ayudará o perjudicará el abordaje de la misma en la propia persona y en los demás, así como el duelo que ello conlleva.

La vida es un concepto al que se puede hacer alusión porque desde ella se toma la conciencia de todo lo expuesto anteriormente. El ser humano es, sin duda, todo aquello que forma su narrativa. La vida es un libro que se va escribiendo con la secuencia de lo vivido y, el sentido se le va dando con aquello en que se fundamentan las creencias que se tienen respecto a la maestría que se alcanza. El último capítulo es para todos el mismo: la muerte, pero el cómo se plantee respetará el contexto y el hilo conductor. De la experiencia de vida se obtiene el discernimiento necesario para definirla, pues en ella se crea el enfoque, sin embargo, también hay que iniciar el camino hacia la muerte con igual actitud, el tránsito es un proceso que se puede hacer desde la sabiduría necesaria para colmarlo.

Autores como Marian Alizade (1996) manifiestan que "nadie tiene experiencia de su propia muerte de forma directa, sí en cambio, representaciones del objeto "muerte"

que se inscriben en los sistemas mnémicos...Se puede, pues, enunciar que no hay representaciones de la muerte, pero sí, representaciones acerca de la muerte” (3).

Para Freud no hay formas imaginadas de la propia muerte en el inconsciente. Explica que las ideas mentales provienen de experiencias ocurridas o derivadas de ellas. Por este motivo, con la palabra muerte se está aludiendo a un concepto del que no se tiene nada registrado como experiencia emocional, se llega a él como un mero conocimiento.

André Green (1991) respalda la teoría de Freud y nos ayuda a entender la idea de que la noción de muerte no existe en el inconsciente “No basta con decir que nuestro yo conoce experiencias de aniquilamiento, o de peligro de aniquilamiento, para sostener en razón de ello que existe una idea de la muerte. Creo que una de las cosas que nos permite enfrentar la muerte es, precisamente, que no hay idea de muerte en el inconsciente. Por otra parte, construimos siempre una proyección narcisista de lo que ocurriría tanto después de la muerte individual como de una destrucción colectiva” (4).

Es por ello que, aunque la idea sea vaga y estos autores solo hagan apología del último instante de vida, no se puede dejar olvidado el procedimiento y la actuación de afrontar la muerte incluyendo lo que la experiencia colectiva nos brinda como referencia y soporte.

En el tema que se aborda y aceptando la idea de la ambigüedad de la muerte como concepto abstracto, se ve apropiado darle cabida a lo concreto. Por ello se recuerda que el hombre posee un soporte biológico que le permite interactuar con el medio y que no se puede obviar, porque el cuerpo es la forma por la cual el ser humano adquiere sus propias experiencias. Así pues, cuando el cuerpo asume su partida se ha de recordar la razón de sus necesidades, entendiendo la totalidad de cada uno de los aspectos que lo componen, tanto químicos, mecánicos, propioceptivos, sensitivos, nutritivos, etc. Esto lleva a la olvidada carencia de los cuidados que en vida facilitarían la muerte.

No obstante, ni tan sólo lo abstracto, ni tan sólo lo tangible y corpóreo definen la vida y la muerte como lo absoluto. Otro aspecto que describe a una persona en su condición de humano es la propiedad psico-afectiva, que va unida a la muerte por todo aquello

que el cuerpo demanda como tal: las caricias, la dulzura de los cuidados en la manipulación del cuerpo, la escucha afectiva, las miradas, etc. Todo esto compone un número de necesidades que, tanto el moribundo como los acompañantes, activan en su paso por el duelo anticipatorio.

Concluimos pues, entendiendo que la vida y la muerte adquieren un carácter psicofilosófico y que el cuerpo adquiere una propiedad manifiesta y, aun así, pese a sus diferencias, acaban necesiéndose, dado que tanto la vida como la muerte se muestran ofrecidas en un cuerpo y en un contexto determinado.

La fase terminal

“Sentirse enfermo es esencialmente percibir con mayor o menor intensidad una amenaza” ⁽⁵⁾ R. Bayés (2001).

Se entiende la muerte como la cesación de la vida, y con este principio, se decide estirar la idea para llevarla al momento en donde empieza realmente a poder ser reconocida e incluida: la toma de conciencia de la misma.

El aumento de la esperanza de vida que define la sociedad actual favorece la aparición de enfermedades que, por su condición incurable se acerca a un resultado último que es, en esencia, el tema que se aborda en estas líneas. Se define así la fase terminal como aquella que transcurre desde la presentación de una enfermedad o una lesión irreversible, que no responde al tratamiento específico. Hasta el momento de la muerte, la supervivencia del paciente es variable (meses o días), en relación al momento en que se establezca el diagnóstico. Este estudio se apoya en dicha fase final.

Comprendido el concepto, se puede hacer una subdivisión de las fases en la evolución del paciente apoyándose en las etapas de Victor T. Chang (2000):

- La etapa inicial de estabilidad, que sería aquella en la que el paciente no presenta síntomas intensos ni alteración de su estado funcional.

- La etapa sintomática o de estado, caracterizada por la presencia de complicaciones generadoras de sufrimiento, con mayor o menor grado de alteración funcional, que no afecta a la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- La etapa de declive, en la que las complicaciones están presentes de forma continua o se objetiva un deterioro funcional importante que altera, en mayor o menor medida, la capacidad del sujeto para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- La etapa final o fase agónica, en la que están presentes signos más o menos intensos del proceso de morir, con gran deterioro de la situación funcional, con complicaciones provocadoras de sufrimiento intenso y con un pronóstico inferior a 1-5 días.

La evolución de una a otra etapa puede ser de forma brusca o paulatina y no existen factores pronósticos de una supervivencia concreta con un poder predictivo elevado, una vez que se ha establecido la fase terminal. ⁽⁶⁾

Para poder situarse en el desarrollo, se empezará a abordar el tema del enfermo desde el momento en que recibe la noticia, ya que se entiende que el inicio de una fase terminal empieza cuando la enfermedad se manifiesta como incurable, aunque la propia persona no haya tomado conciencia de ella, pero en esta tesitura solo es el cuerpo como tal el que aborda un deterioro, sin incluir aquellos aspectos biopsicosociales que se identifican después con la certeza del proceso que empieza.

La mayoría de los autores como Parkes, L. Bowlby-West, Leick y Davidsen-Nielsen y Elizabeth Kübler-Ross entre otros, abordan el tema del duelo anticipado y coinciden de forma unánime en tres fases del procedimiento por el cual el enfermo va transitando estados emocionales hasta aceptar la muerte:

1. Etapa de shock. Es el momento inicial en que se recibe la noticia. Las reacciones más frecuentes suelen ser de incredulidad, desasosiego, desorden, confusión emocional, bloqueo mental o cognitivo. Esta etapa puede durar horas o días en función de cada persona y, aunque se progresa linealmente en el proceso del duelo, puede volver a reaparecer puntualmente en etapas posteriores.

2. Etapa de rabia y tristeza. Se empieza a asimilar la enfermedad y, con ella, aparece la tristeza. Paralelamente, se buscan responsables o se cuestionan los diagnósticos de la enfermedad. Se buscan soluciones alternativas. La tristeza alterna con la rabia.

3. Etapa de organización. Asimilado lo irremediable de la situación, el enfermo y su entorno van buscando la mayor comodidad para la situación, cerrando temas pendientes, asumiendo e incluso pudiendo compartir y hablar sobre cómo será la vida cuando el enfermo ya no esté.

La fase terminal es, por tanto, el camino que recorre la persona desde que se hace consciente de la enfermedad hasta su último aliento. Es por ello que este estudio pasea por los distintos tipos de muerte presentando un pequeño esbozo de su importancia y su función en el proceso de morir.

Para poder introducir el tema que ocupa esta investigación, se utilizará una visión que mantiene el nexo de lo hablado y es la que expone Philip Rice con sus 4 tipos de muerte:

- Muerte Clínica (MC)
- Muerte fisiológica (MF)
- Muerte psíquica (MP)
- Muerte sociológica (MS)

En su libro se hace un estudio sobre los periodos del desarrollo humano, en el que se transita desde la concepción hasta la edad adulta incluyendo la vejez y, en la quinta parte, habla de la muerte como parte del ciclo vital. Se acerca a los cambios que tiene la vida bajo un prisma científico, psicológico y sociológico y es por ello que se ha visto oportuno exponer, como una perspectiva complementaria, sus 5 modelos explicativos de muerte:

1.- Proximidad Ideal: En este patrón, la fase terminal empieza cuando la persona se da por vencida, aunque aún existe algo de esperanza de vivir, la gente empieza a alejarse (MS), el moribundo acepta (MP), el cerebro deja de funcionar (MC) y finalmente el cuerpo muere (MF).

2.- Rechazo social al paciente: Las otras personas rechazan al doliente y se alejan (MS) mucho antes de que ocurra el fallecimiento. Esto conduce a la muerte psíquica que, al final, produce muerte clínica y la muerte fisiológica.

3.- Rechazo social y del paciente de la muerte: Tanto el paciente como la gente cercana se niegan a aceptar la muerte, por lo que, cuando llega, puede precipitar una reacción de conmoción. Lo mismo ocurre cuando el deterioro es súbito y la muerte ocurre en contra de lo que se esperaba.

4.- Rechazo a la vida por parte del paciente: El paciente rechaza la vida y enferma psíquicamente, esto recibe la desaprobación social y los esfuerzos de los amigos y familiares tratando de motivarlo para que viva.

5.- Rechazo social de la muerte por medio del mantenimiento artificial: Existe una negación social del hecho de que ha ocurrido la muerte psíquica y clínica y se mantiene al paciente vivo por medios artificiales. La moralidad y la ética de dichos procedimientos artificiales son la actualidad de temas de gran controversia. ⁽⁷⁾

En este trabajo, y respetando el aporte que hace Philip Rice visto anteriormente, se quiere incluir también el aspecto espiritual/religioso como parte del proceso de morir. A esta conclusión se llega entendiendo la importancia de que lo fundamental para el enfermo terminal, al vivir en un mundo marcado por el dolor y el sufrimiento y por las pérdidas que lleva implícita la enfermedad y la terminalidad, es la necesidad de encontrar el sentido de la vida, de sus porqués, de todo aquello que, de una forma muy íntima, abarca parte del dolor del proceso de la despedida inevitable.

Como resumen y aportando un pequeño esbozo de resolución a la fase terminal, el Instituto Mexicano de Tanatología (2006) señala que, la mejor forma de disminuir el sufrimiento ante la muerte cercana es mediante un proceso de toma de conciencia, que permita que la persona mayor o paciente, se desahogue. Para lograrlo, se trabaja con los siguientes aspectos:

1. La aceptación de la muerte inminente. Ayudar a comprender su naturaleza, de tal modo que viva positivamente la última etapa de su vida.

2. Aduñamiento de la propia muerte. Que la persona resuelva sus problemas, que exprese su voluntad, que considere su muerte como parte de su crecimiento como ser humano.
3. Aprovechamiento del tiempo que quede de vida. Considerar el último tiempo como una oportunidad para lograr, en la medida de lo posible, concretar sueños, anhelos, objetivos.
4. Encontrar un sentido a la propia vida. ⁽⁸⁾

Muerte biológica

La muerte física del ser humano es la única, de todos los tipos de muertes que se mencionan en este estudio, que admite una demostración tangible en cuanto y tanto su manifestación visible la evidencia, un destino que varía en cada persona atendiendo a sus necesidades y circunstancias individuales, lo que conlleva un tránsito más o menos apacible, así como más o menos largo en el tiempo. No obstante, no hay un momento de muerte concreto, sino que hay un proceso, fases por los cuales la mayoría de los mortales, en su finitud, experimentan de una u otra manera y orden.

Médicos e investigadores, en sus estudios sobre la fase terminal, afirman que las personas asumen síntomas físicos que agravan los momentos finales, todos ellos relacionados a enfermedades cuya curación es irreversible. Según Von Guten CF (2005), pionero en el movimiento de hospicio, médico y escritor, hace referencia a los más frecuentes; “la dificultad respiratoria (71%), el dolor moderado a severo (50%), la incontinencia urinaria y fecal (36%), la fatiga (18%) y cerca del 50% de estos enfermos pasan más tiempo encamados” ⁽⁹⁾. Twycross (2003) declara que, además de todo lo expuesto “aparece la presencia de náuseas y vómitos, estreñimiento, confusión mental, inquietud y anorexia. Se evidencia también la pérdida de la fuerza muscular, del apetito y a veces la pérdida de la conciencia, manifestándose también la pérdida o disminución de la capacidad para ingerir líquidos y tomar la medicación por vía oral”⁽¹⁰⁾.

Así es como la muerte invita a vislumbrar los últimos días de vida, representada por la fase de agonía que a su vez se considera, temporalmente, las últimas horas de los

últimos 3 o 5 días, en el caso de que sean evidentes las señales o síntomas del propio proceso. Se destacan como más frecuentes “en las últimas 48 horas de vida: el delirio (51,7%), la hemorragia (20,7%), la disnea (17,2%), el dolor/disnea y la agitación/disnea con igual porcentaje de 3,4%” (11). No obstante, al proceso del cuerpo se le añade “el dolor y el sufrimiento físico que sobrevienen al drama psicológico y espiritual, del despojo que significa el morir” (12).

Llegado los últimos momentos, el cuerpo se entrega a las necesidades básicas y el funcionamiento del mismo merma en gran medida. La muerte biológica puede definirse, por tanto, en lo que en medicina se denomina el fallo multisistémico. La caída en picado de la función de los órganos uno a uno, en cuestión de días, horas o minutos. El último suspiro es la sabida muerte clínica, más conocida como paro cardiaco, que se produce cuando el corazón deja de latir y los órganos ya no reciben oxígeno. La muerte cerebral se define por la suspensión de actividad cerebral, donde la falta de funcionamiento de circulación y respiración derivan en la muerte de las células cerebrales, las cuales no se regeneran. Justo después de la muerte clínica y la muerte cerebral se produce la muerte biológica en ausencia de actividad orgánica, es decir, todas las células han dejado de funcionar. La muerte biológica puede tardar horas en producirse después de la muerte cerebral del cuerpo.

La experiencia clínica demuestra que, cuando el riego sanguíneo se interrumpe de tres a cuatro minutos, ya es imposible recobrar la conciencia. Determinadas áreas de la corteza cerebral son muy sensibles a la ausencia de oxígeno y demás sustancias nutritivas que les facilita la sangre. Además, las células nerviosas no pueden regenerarse como otras células de nuestro cuerpo. Si se destruye una porción de tejido cerebral, esa pérdida es irreversible. Añade también que, a veces, el enfermo recupera su función cardíaca y el pulso late de nuevo, pero no responde a los estímulos vitales propios de la vida sensorial. Su tronco encefálico, los ganglios más antiguos del cerebro, siguen funcionando y rigiendo una vida puramente vegetativa, pero la corteza quedó destruida y con ella su conciencia y personalidad humana ... la idea de que la ausencia de riego sanguíneo daña en profundidad toda la estructura nerviosa y con el electroencefalograma se

comprueba que los trazados eléctricos son ondulantes e irregulares. Durante el estado agónico, o en estado de coma, esas ondas presentan un perfil peculiar, demostrativo de la situación mórbida del paciente. Cuando se acerca la fase de necrosis de las áreas y núcleos nerviosos más importantes, la aguja del electroencefalograma traza débiles ondulaciones, que se resuelven finalmente en unas líneas rectas, inequívoca señal de que la actividad bioeléctrica cerebral ha cesado. Es la llamada «respuesta plana», signo definitivo de la muerte. Los especialistas insisten en que para que exista muerte cerebral han de cesar en sus funciones tanto la corteza o centros superiores como el tronco y médula nerviosos.⁽¹³⁾

La muerte evidencia el fin de la vida y, sin embargo, existe en la actualidad una gran controversia entre lo que se puede conocer como muerte cerebral y muerte encefálica. La primera lleva a un estado vegetativo, la segunda manifiesta la finitud del ser humano. Esta diferencia lleva en la actualidad a un debate ético y moral dado que los especialistas se enfrentan a la prolongación de la vida, aun cuando el funcionamiento del cerebro no está respondiendo. Marisa Barone (2007) afirma que "el estado vegetativo persistente es cuando la persona no tiene funciones cerebrales, pero conserva sus reflejos básicos, aunque esté en un estado de coma prolongado" ⁽¹⁴⁾. El profesor James L. Bernat (2017), especialista en temas alrededor de la muerte cerebral, propone entender la muerte como "el cese del funcionamiento del organismo como un todo" ⁽¹⁵⁾ para poder mantener la equivalencia entre la muerte encefálica y la muerte del individuo. Este concepto entiende que la muerte del organismo se produce cuando fallan irreversiblemente todas las funciones del cerebro, a pesar de que en algunos casos el paciente puede mantenerse mediante respiración artificial. Situaciones en personas cuya vida se visto truncada, por ejemplo, por un traumatismo de cráneo, hipoxia o enfermedades degenerativas entre otras, se exponen a un diagnóstico de cese en la funcionalidad del cerebro, pero siguen manteniendo la vida.

En el daño cerebral podemos identificar diferentes diagnósticos:

1.Coma: La persona yace con los ojos cerrados, no responde a los estímulos y carece de conciencia de sí mismo y del medio ambiente. Ausencia de apertura de

los ojos, aún ante estimulación intensa. Ausencia de conciencia de sí mismo y del medio ambiente.

2. Estado vegetativo: La persona parece despierta, pero hay ausencia de cualquier signo de conciencia. Abre y cierra los ojos. Ausencia de comportamientos reproducibles. Falta de respuesta a estímulos sensoriales, ausencia de conciencia de sí mismo y del medio ambiente. Ausencia de expresión o comprensión lingüística

3. Estados mínimos de conciencia: Períodos de despertar acompañados por signos inconsistentes, pero reproducibles de conciencia. Abre y cierra los ojos, responde a estímulos que no son simples reflejos, tiene conciencia de sí mismo y del medio ambiente y tiene comprensión y expresión lingüística

4. Coma vigil. Deterioro en la ejecución de movimientos voluntarios. Se puede comunicar mediante códigos oculares. Se encuentra consciente, pero tiene incapacidad parcial o total para ejecutar comportamientos motores. ⁽¹⁶⁾

Como ha podido entenderse, la muerte cerebral no es la muerte total del individuo, pero es un debate que en nuestros días implica el enfrentamiento entre los que apoyan la idea de no prolongar la vida ante el cese funcional del cerebro y los que quieren sostener la vida hasta que el corazón deje de latir. Es por ello que se ha querido hacer un inciso para poder ofrecer la visión y apoyar la reflexión de los dos puntos de vista.

“La longevidad se ha convertido en un lugar común. (...) La hipótesis de Darwin de la selección natural está en vías de destitución por la cultura. Hasta los cadáveres han dejado de ser descartables y se reciclan: los trasplantes permiten fantasear con una supuesta inmortalidad del cuerpo...” Sahovaler (1995) ⁽¹⁷⁾.

Muerte psicológica

Cuando una persona asume el diagnóstico de su enfermedad se expone a la realidad aplastante de una vida que se acaba. Su vida, tal y como la conoce, es limitada. La llegada de una noticia que implica la finitud impone cambios no solo en el moribundo, sino también en su entorno más cercano. Se deben reorientar proyectos a una realidad presente, se enfrentan creencias y valores que en muchas ocasiones hacen ver

perspectivas distintas de las cuales, su llevada a término, se ve condicionada por un tiempo que se acaba. Las necesidades del enfermo son prioritarias y se han de tener en cuenta por encima de las de los propios acompañantes o del propio equipo médico, ya que es natural que el enfermo a veces se sienta angustiado, con rabia, que se sienta cansado o desesperanzado.

Entendemos que el elemento clave para comprender las respuestas emocionales de las personas al final de la vida, no es la presencia de determinados síntomas de naturaleza biomédica, social, psicológica o espiritual, sino el significado que el enfermo les atribuye en base al grado de amenaza que cada uno de ellos le genera.⁽¹⁸⁾ No es posible tratar la enfermedad como algo que le sucede sólo al cuerpo sin por ello infringir daño a la persona. La persona que sufre no es solamente su hígado, su colon, su pulmón o su mama; es también la vivencia de amenaza que le proporcionan su desamparo, su soledad y su dolor. Más todavía, en el caso de los enfermos graves, una vez descartado el síntoma como posible indicador de una terapéutica de curación, dicha vivencia de amenaza - la dimensión emocional del síntoma- manifestada por el propio enfermo, debe pasar a primer plano.⁽¹⁹⁾

El enfermo terminal sabe que va a perder a sus seres queridos y todo lo que en su mundo habita, sabe que la posibilidad de permanecer en esta vida tal y como hasta entonces la concebía tiene fecha de caducidad, sus proyectos de futuro se ven mermados y con ello se ve quebrantada su entereza. Sus habilidades físicas, psicológicas y cognitivas pueden deteriorarse con el proceso de la enfermedad y otras pérdidas, como la pérdida del control, la autonomía, la capacidad de hacer, la seguridad y estabilidad, todo esto influye en el aspecto psicológico cuya base se quebranta con la evidencia del momento. La pérdida del gozo, de aspectos de su identidad, ilusiones y esperanzas, todo se ve afectado, incluso lo material como sus posesiones o la lejanía de su casa al estar hospitalizado. Es por esto que ayudar al doliente a creer en sus propios recursos para afrontar este proceso, en donde su integridad y bienestar se ven amenazados, implica conocer cuáles son los recursos que tiene, para acompañarlo hacia la aceptación y reducir la impotencia que crea los síntomas que le generan sufrimiento.

Como muestra del dolor que a todos los niveles ocasiona la llegada de la muerte, Nicolás Sanchez, en su exposición en el congreso de Teruel que organiza SHAF, hace una exposición de la fenomenología del moribundo según el relato de León Tolstoi en su libro *“La muerte de Iván Ilich”* (1886) y en su comunicación añade respecto al sentir del que muere:

En cualquier caso, como decíamos, en el último tramo de su enfermedad el moribundo pierde un mundo común, viéndose progresivamente rodeado de un círculo de silencio o de una cháchara que intenta enmascararlo y que no le consuela. Cháchara o actitud mentirosa que incluye la ocultación de la gravedad de su estado, los circunloquios para no nombrar la muerte venidera, la actitud desenfadada que evacua y por tanto no atiende como merece la atrocidad de la situación en la que el moribundo se encuentra. De manera que lo más grave, lo que para él no tiene parangón en importancia, se banaliza. Llegado a un punto lo que casi exclusivamente interpela al moribundo es su cuerpo dolorido, más aún, su cuerpo reducido a mero dolor... Lo cual tiene como efecto un sentido del tiempo diferente que redundando en su soledad. Pues si el sano, descontado el tiempo ordenado y disciplinado del trabajo, puede permitirse ser errático, disfrutar ocupándose en esto o aquello, distraerse y olvidarse del curso del tiempo en su vivir inmediato y despreocupado, para el moribundo el tiempo adquiere una densidad, un peso del que no puede sustraerse. La rutina de las curas y medicinas pauta los días y las noches, mientras que el dolor alarga interminablemente un tiempo que no parece pasar, fijo en su textura, que hace indistintos los diferentes momentos. Un tiempo paradójico, por otra parte, pues esa detención aún es vida, posposición del final fatal. ⁽²⁰⁾

Por lo tanto, se concluye haciendo referencia a Twycross cuando dice que “la calidad de vida esencialmente existe cuando las aspiraciones de un individuo son alcanzadas y llenadas por su situación actual, siendo necesario disminuir la separación entre las aspiraciones y aquello que es posible alcanzar. En este contexto los cuidados paliativos se dirigen al enfermo y no a la enfermedad, aceptando la muerte y mejorando la calidad de vida, constituyéndose una alianza entre el enfermo y los prestadores de cuidados, preocupándose más con la “reconciliación” que con la cura”. ⁽²¹⁾

Muerte sociológica

El sociólogo Norbert Elías, en su ensayo *La soledad de los moribundos* explica que “cuando el moribundo siente que ya no tiene ninguna importancia para las personas que lo rodean, entonces está realmente solo” ⁽²²⁾, y continúa diciendo “Lo nuclear no es vivir sino sentirse solo”.

Se considera que la soledad es uno de los motivos más dolorosos y más evidenciados en cuanto a lo que concierne el final de la vida y su proceso. Sin embargo, la soledad, destruye o fortalece. Louise Hawkley (2011), cuya investigación se centra en el papel de los factores psicosociales, especialmente en la soledad y el aislamiento social, afirmó que “la soledad es como el hambre o la sed, un estado de carencia”, y afirma que “la felicidad surge de las relaciones personales ricas” ⁽²³⁾. Así también, Pedro Laín Entralgo (1943), médico y filósofo, señala que “sentirse enfermo es, esencialmente, percibir con mayor o menor intensidad: amenaza, malestar, miedo, impotencia, succión por el cuerpo y soledad” ⁽²⁴⁾.

El dolor social se evidencia en el moribundo por la preocupación que nace por su familia, por su economía, por la pérdida de sus roles y por el miedo al abandono y al aislamiento. David Le Breton (1999) dice que “las percepciones y las representaciones sociales de la enfermedad pueden modificar la manera como el enfermo percibe, asume y reacciona frente a sus síntomas” ⁽²⁵⁾. Es por ello que para el enfermo la conciencia de la muerte viene por la comparación de su vida con aquellos que a su alrededor están sanos, se imaginan que molestan con sus urgencias, con sus necesidades exigentes, creen que afectan a su entorno con sus cambiantes estados de ánimo y su variable percepción de la realidad que viven y, añaden a esto la sensación de estar alterando el orden cotidiano de los demás obstruyendo la vida laboral y social de los que le acompañan. Todo esto supone una carga para la persona que convalece, agravante que, por otra parte, le sumerge en una profunda soledad y desamparo, asumiendo una impotencia que genera e impide la conexión con la realidad a la que debe entregarse.

No por ello hay que olvidar que la familia se encuentra, del mismo modo, afectada por el sufrimiento de su ser querido asumiendo la dificultad física de su cuidado, la sobrecarga afectiva de la toma de decisiones, la incertidumbre sobre el futuro y los miedos culturales y propios hacia la muerte. Émil Michel Cioran, (1987) filósofo y escritor rumano nos dice en una de sus frases célebres que “es imposible asistir más de un cuarto de hora sin impaciencia a la desesperación de alguien” ⁽²⁶⁾, frase que pone al descubierto la crudeza de los cuidados en los momentos de dolor, sean del origen que sean.

Así la muerte desviste a la soledad con toda su carga original, dejándola al descubierto en la vulnerabilidad del doliente y, con la misma inercia, la soledad descubre al miedo. Lo no resuelto se convierte en una perturbación justificada, pero la intensidad y el tipo de miedo dependen de las relaciones sociales en la que la persona se encuentre inmersa, y la historia de las mismas. No obstante, hay que tener en cuenta que la medicina ha modificado las expectativas del temor a la muerte y, hoy en día, la angustia más evidente es el miedo al dolor. Sin embargo, el dolor no es solamente físico, sino también social, aunque ello depende de las condiciones sociales posibles.

La secularización generalizada de la vida y de las costumbres, así como el hecho de que la ciencia y la técnica no pueden ofrecer certidumbres equivalentes a las que ofrecían la religión y la tradición, como se pensó en algún momento en la modernidad inicial, hace especialmente conflictivo dar un lugar social a la muerte y a los moribundos ⁽²⁷⁾. Elias Norbert (1989).

La muerte social antecede a la muerte biológica. Los médicos y el personal especializado suelen fijar una distancia física argumentada hacia un aparente bienestar del paciente, que no son más que evitaciones contraproducentes. Los familiares y amigos no disponen de los recursos necesarios para un apoyo óptimo y este contexto hace que morir se convierta en un acontecimiento aislado, individual. Por lo tanto, el concepto de la muerte sociológica se concluye entendiendo que, la idea de la muerte construida en nuestra sociedad actual está avalada por el miedo generado ante la negación social que la evidencia.

Muerte espiritual

Así como tal vez no haya, dicen los médicos, nadie completamente sano, también se podría decir, conociendo bien al hombre, que ni uno solo existe que esté exento de desesperación, que no tenga allí en el fondo una inquietud, una perturbación, una desarmonía, un temor a no se sabe qué, a lo desconocido que él no osa conocer, temor a una eventualidad exterior o temor de sí mismo; tal como los médicos dicen a una enfermedad, el hombre lleva en estado latente una enfermedad, por la cual, en un relámpago, raramente un miedo inexplicable le revela la presencia interna. ⁽²⁸⁾

El sufrimiento físico del cual ya se ha hablado anteriormente implica el dolor del cuerpo en todos sus grados de manifestación. El dolor psíquico, si no está sobreexposto a ninguna patología extrema de demencia o similar, implica también un dolor moral, cobijo de las creencias entre lo que se ha determinado como el bien y el mal en la propia persona, en función a su cultura y su ideología, El dolor psíquico habla de los valores, de la conciencia. No obstante, cuando se entrelaza el dolor físico crónico con el sufrimiento moral, nace el aspecto más profundo e íntimo del doliente, un dolor que también adquiere su importancia y al que hay que darle un lugar, ya que se hace evidente y reconocible, y es un factor más de abatimiento. El sufrimiento moral lleva al sufrimiento espiritual y éste habla de la relación con el ámbito de la trascendencia, del sentido último de la vida, de la relación con Dios.

Cuando el ser humano siente la consternación de la muerte próxima, el apremio a la vida se da de una forma angustiosa, se impone la necesidad de encontrarle un sentido a la propia existencia. Con el miedo a morir, nace un sufrimiento que le da impulso a la vida, se teme el dolor en todas sus manifestaciones, por ello el ser humano es capaz de aventurarse a buscar el alcance de su historia personal. Toda esta contrariedad, así como el propio desorden que se crea a nivel interno y externo en el doliente, demanda en el final de vida, la necesidad del cuidado físico y anímico, y a más, las posibles implicaciones de apoyo espiritual, reconociendo la espiritualidad como factor de vulnerabilidad y aflicción intrínseco.

"Descubra lo que es divino, santo o sagrado en sí. Dedíquese a ello, cultívelo de su propio modo". Schwartz, A, (2006) ⁽²⁹⁾

Es por este motivo por el que aclarar los conceptos de espiritualidad y religiosidad se hace necesario. El Comité de expertos de la OMS sobre el alivio del dolor del cáncer y la Organización Mundial de la Salud, en un informe (1990) sobre el dolor por cáncer y cuidados paliativos, explican que "la espiritualidad y religiosidad, a pesar de estar relacionadas, no significan lo mismo. La espiritualidad va más allá de los dogmas de las religiones tradicionales. La religiosidad desarrolla dogmas, el culto y la doctrina compartidas, mientras que la espiritualidad está ligada a las cuestiones, a los aspectos de la vida humana relacionados con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales". ⁽³⁰⁾

Las creencias religiosas se refieren a creencias acerca de la fe, lo sobrenatural y lo sagrado o divino, que conlleva a la adoración de una deidad o deidades, además puede referirse a los valores y prácticas basados en modelos ideológicos de un líder espiritual. A diferencia de otros sistemas de creencias, las creencias religiosas tienden a ser codificadas y se refieren más a las ideas que a las prácticas. ⁽³¹⁾

William James (1919) conceptualizó lo espiritual como "el conjunto de sentimientos, actos y experiencias de los hombres individuales en su solitud, cuando se perciben a sí mismos en relación con lo que consideran lo divino" ⁽³²⁾. "La espiritualidad es lo que da sentido y profundidad a la existencia, y su naturaleza es singular, específica y personal" ⁽³³⁾ "es incluso una dimensión que trasciende lo biológico, psicológico y social de la vida" ⁽³⁴⁾, y se puede concluir la definición añadiendo que "lo espiritual ha sido definido como un estado interno caracterizado por un sentimiento de integración con la vida y el mundo, que se desarrolla en la singularidad del sujeto con independencia del origen, nacionalidad, género, confesión o filosofía de vida" ⁽³⁵⁾.

Para la persona cuyo final está siendo visible es evidente que no solo le invade el sufrimiento implícito de la finitud, sino que sus circunstancias también están marcadas por las pérdidas que se viven a todos los niveles, las físicas, las cognitivas, las afectivas e incluso las espirituales. Con ello se abre un debate por el cual el moribundo entra en conflicto al final de la vida. Hay una parte de su ser humano, tal y como

entendemos el aspecto más arcaico, que teme perder la imagen arquetípica de la inmortalidad. Hay una esperanza escondida de que hay un Dios o algo mucho más elevado que permitirá que la muerte no sea una realidad. La fe oculta que se encuentra bajo los ideales culturales y sociales del doliente, así como esa voz interior que, por el contrario, asegura que la muerte solo es un tránsito, sumergen a la persona, si esto no es aceptado, en parámetros de incompreensión e incredulidad.

La partida, para la psique, adquiere un significado que es transferido a un plano simple y llano de una mente lógica, en donde la muerte solo es un final. Speck, (2005) señala que “es evidente que este sufrimiento está marcado por pérdidas que degradan y corroen los sentimientos de la integridad y plenitud, del valor personal, de la esperanza, de la confianza en una entidad divina. De este modo, se decreta la muerte anticipada enmarcada por los muros del silencio, de la negación” ⁽³⁶⁾. De acuerdo con Abiven (2001), “morir en primer lugar es tener que romper los lazos de amor, el apego a las cosas, a los lugares de que se gusta... es muchas veces también, cualesquiera que sean las convicciones filosóficas o religiosas que se tuvieron durante la vida, verse enfrentado con la interrogación de la pos-vida” ⁽³⁷⁾.

Otra visión no tan lejana es la que se tiene sobre los principios de los cuidados paliativos que reconocen una dimensión espiritual o trascendente que deriva del impulso humano intrínseco de encontrar un significado y un deseo casi universal de lograr un cierto sentido a la propia vida en relación con otras personas y el mundo. Esta engloba los aspectos de la experiencia de cada persona, de sus creencias y de sus relaciones que tienen una importancia inherente y una conexión sentida con algo mayor en lo que se puede creer. ⁽³⁸⁾

La actuación ante este proceso, en primer lugar, es entender que el moribundo asume un sufrimiento manifiesto en su última etapa por el que la vida se sumerge en un torbellino de dudas y temas irresueltos. Rosseau (2000) propone, como orientación práctica, algunos pasos a seguir, como “el control de los síntomas físicos y la presencia para el apoyo; fomentar una revisión de vida, para así reconocer el propósito, el valor y el sentido de la vida; trabajar con la culpa, el remordimiento, el perdón y la

reconciliación; facilitar la expresión religiosa; reformular metas; fomentar prácticas de meditación, con enfoque más en ayudar que en curar” (39).

Es por esto que, en este estudio, se incorpora la importancia del acompañamiento espiritual y/o religioso en la fase terminal del moribundo. Esto implica integrar en las comprensiones presentes esos momentos finales, los cuales pueden, en muchos casos, ser los más trascendentes dentro de la existencia de un ser humano.

La gran propuesta de formas en que se ve entendida la espiritualidad en cada persona, tanto en la finitud como en el acompañamiento, obliga a ambos lados a afrontar de un modo humilde y honesto el conocimiento del grado de espiritualidad que cada uno sostiene, en función a un proceso evolutivo consciente e integrante de todos los demás aspectos entendidos anteriormente. Esto quiere decir que, habiendo asumido al ser físico tal como ha sido y es, habiendo reconocido al ser psíquico o moral y habiendo entendido la importancia socio/cultural, se puede así, completar el ciclo de las comprensiones que se agitan ante la llegada de la muerte inminente. La espiritualidad entra a completar el círculo holístico integrándose con todo su peso, como así lo han hecho todos los demás aspectos que, en su globalidad, forman una única intención: la persona. Por ello, es necesario darle cabida a un alcance más, lo trascendente, lo que no puede ser empíricamente demostrado, aquello que llega bajo una influencia más allá de lo comprensible, aquello que no deja de ser parte de un todo individual. El acompañante ha de entender su propia espiritualidad para poder ayudar al moribundo en la suya.

“Como el derecho a la vida, la atención espiritual debe ser un derecho esencial de todos los seres humanos a la hora de morir; tenemos derecho a que no sólo nuestro cuerpo sea tratado con respeto, sino también nuestro espíritu”. Sogyal Rinpoche

Se entiende pues que, para acompañar en el acercamiento a lo espiritual, se ha de tener en cuenta las creencias del doliente en cuanto a la transcendencia misma, la creencia de vida más allá de la muerte, desde las tan mencionadas visiones de seres queridos esperándolos al otro lado o hablándoles, hasta las sensaciones de gratitud hacia una simple pero grandiosa sensación de plenitud, comprender y aceptar la soledad, la paz infinita que manifiesta la conexión con un sentir y una experiencia

superior que, por momentos, se muestra con la influyente confianza para transitar con entrega el paso al otro lado.

Por ello, el acompañamiento en la espiritualidad es, así como explica Lunn (2003) “el encuentro con aquellos que le pueden ayudar a conectarse o reacerarse a las cosas, a las prácticas, a las ideas y principios que son la esencia de su sentido de vida, estableciéndose una conexión entre el que ayuda y el que necesita de ayuda” ⁽⁴⁰⁾.

Por otro lado, se ha de tener en cuenta la posibilidad de que la espiritualidad vaya de la mano del aspecto religioso en aquellas personas que todavía lo asocian. Por ello, el estudio de Pargament (1997), un psicólogo que se basa en los planteamientos de Lazarus y Folkman (1984) sobre afrontamiento al estrés, aporta un abordaje religioso que se comienza a desarrollar a finales de los años ochenta, su modelo de “coping religioso”. Pargament define su método como: “aquel tipo de afrontamiento donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos de vida estresantes, tanto como para facilitar la resolución de problemas”. El modelo de Pargament hace referencia a tres estilos de afrontamiento:

1. Estilo autodirigido: en el cual las personas confían en sí mismas más que en Dios para resolver sus problemas.
2. Estilo elusivo o evitativo: en el que la responsabilidad es dejada en manos de la divinidad.
3. Estilo colaborativo: en el que se establece una dinámica compartida entre el hombre y Dios en el proceso de afrontamiento. ⁽⁴¹⁾

La espiritualidad, por tanto, así como la religión, realizan un papel importante en el momento de la llegada de la muerte. El moribundo encuentra en sus creencias el colchón que le facilita la paz que necesita para afrontar el proceso que vive.

Resumen

Se llega así a la comprensión de que, la fase terminal, es un proceso de adecuación a un final, que implica la adaptación a todo el conjunto de factores que la engloban y

que, para ello, tener presente que tanto el cuerpo como la psique, así como el contexto sociocultural y sus creencias espirituales/religiosas, van a interferir en la calidad con la que el doliente viva sus últimas experiencias en una vida que mengua.

Los tipos de muertes vistos en este trabajo no siguen secuencia ni orden, se van dando todos a la vez y se van expresando de forma distinta, siendo la muerte biológica la que colma con la expiración y el último aliento el final esperado.

La visión unificada y la comprensión del saber adquirido en estas páginas, podrán dar una idea del concepto de muerte en todas sus formas, entendiendo que la muerte es una, vivida bajo todos los aspectos intrínsecos del ser humano.

Bibliografía

1. Citado por: Marcos Gomez Sancho. *Morir con Dignidad*. Aran Ed. (2005) pg.61
2. *Fedón*, (387 a.c). 67 c-d, paginación de Stephanus
3. Alizade AM. (1996) *Clínica con la muerte*. Buenos Aires. Amorrortu).
4. André Green, Jean Laplanche, P. Ikonen, E. Rechartdt, H. Segal, D. Widlocher, C. Yorke. (1991). *La pulsión de muerte*.
5. Ramón Bayés. (2001) *La enfermedad como amenaza* en *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. pg. 35-42.
6. Chang VT. (2000) *The value of symptoms in prognosis of cancer patients*. Portenoy RK, Bruera E, editors. Oxford: Oxford University Press. pg. 23-54.
7. F. Philip Rice. (1997) *Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital*. Quinta parte. Prentice Hall.
8. Instituto Mexicano de Tanatología. (2006) *¿Cómo enfrentar la muerte?*, México, Trillas. *Revista latinoamericana de psicología*, Colombia, 2007. Vol. 39. Núm. 3. Pg. 632-634.
9. Guten C.F.V. (2005) *Interventions to Manage Symptoms at the End of Life*. *Journal of Palliative Medicine*. pg. 88-94.
10. Twycross R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Edição, Lisboa: Climepsi. pg. 13-179.
11. *Enfermería Global* N° 18 Febrero 2010 Página 3.

12. Monge, M.A; Castro, P. (2002) *La Muerte, Final de la Vida Humana*. In: Medicina Pastoral. Pamplona, Edições Universidade de Navarra. pg.189-222.
13. Percy Zapata Mendo. Cirujano médico. (2013). Casa Grande. Perú. El Centro de Tesis, Documentos, Publicaciones y Recursos Educativos. Recuperado de; monografias.com. *La muerte (El Proceso)*.
14. Marisa Barone, integrante del comité de ética del Instituto Nacional Centro Único Coordinador de Ablación e Implantes (INCUCAI). Agencia nacional de noticias Télam (2007).
15. La Fundación Víctor Grifols i Lucas. *Cuadernos*, Barcelona, 14 de septiembre de 2017. artículos de James Bernat, profesor de Neurología y Medicina de la Universidad de Dartmouth
16. Monti MM, Laureys S, Owen AM. BMJ. 2010. 2 de agosto. *El estado vegetativo*. pg. 341.
17. Sahovaler, J. (1995). *Pensando la muerte*. Revista de Psicoanálisis, LII, nº 1. pg. 121-122.
18. Bayés R, Limonero JT. *Prioridad en el tratamiento de los síntomas que padecen los enfermos oncológicos en situación terminal*. (1999) Medicina Paliativa. Vol. 6. pg.19-21.
19. Cassell EJ. (1982). *The nature of suffering and the goals of medicine*. N Engl J Med,306;639-645.
20. Recuperado de: X Congreso Internacional de Antropología Filosófica de Teruel, 14-17 de Septiembre de 2010. *Mente y cuerpo. Para una ontología del ser humano*.
21. Twycross, (2003) R. *Cuidados Paliativos*. 2ª Edição, Lisboa: Climepsi. pg. 13-179
22. Juan Carulla Torrent, Josefa Mª Pérez Lianes, y Mireia Guzmán Pérez. *Despedida del paciente en la fase final de la vida*. Servicio de Oncología médica. Hospital Universitario "Vall d'Hebrón". Barcelona, recuperado de <https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo>

23. Louise Hawkey en la Jornada sobre La soledad. Asociación Amics de la Gent Gran. Barcelona (2011).
24. Lain Entralgo, P. (1943). *Estudio de la Medicina y Antropología médica*. Madrid, Escorial.
25. Le Breton D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral, pg. 23-25.
26. Cioran E. M. (1987): [LC1] Revista Tanatos nº4. pg. 48.
27. Elias Norbert (1989) *La soledad de los Moribundos*, Fondo de cultura Económica, México D.F
28. Kierkegaard, S.A. (1979) *O Desespero Humano-Doença até Morte*. In: Kierkegaard, S.A. Os Pensadores. São Paulo: Editora Abril S.A. Cultural e Industrial, pg. 311- 446.
29. Schwartz A (2006) *Theory of cultural value orientations: Explication and applications*. Comparative Sociology, pg.101
30. World Health Organization. *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Technical report series 804 (1990) (reunidos en Ginebra del 3 al 10 de julio de 1989).
31. Font, J. (1999). *Religión, psicopatología y salud mental introducción a la psicología de las experiencias religiosas y de las creencias*.
32. William James (1919), citado por Mytko y Knight, 1999, p. 440
33. Emblen, J. (1992). *Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature*. Journal of Professional Nursing, 8(1), pg. 41-47.,
34. Rivera- Ledesma, A., & Montero-López, L. (2007). *Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos*. Salud Mental, 30(1), pg. 39-47
35. Soeken, K.L. y Carson, V.J. (1987). *Responding to the spiritual needs of the chronically ill*. Nursing Clinics of North America, 22, pg. 603-611.
36. Speck, P. (2005) *Spiritual/religious issues in care of the dying*. In: Ellershaw, J Wilkinson, S. Care of the Dying. New York: Oxford University Press, pg. 90-105.
37. Abiven, M. (2001). *Para uma Morte mais Humana*. 2ª Edição. Loures: Lusociência, pg.31.
38. Zborowski M. (1969) *People in pain*. San Francisco: Jossey-Bass. pg. 31-33.

39. Rousseau, P. (2000) *Spirituality and the Dying Patient*. Journal of Clinical Oncology, 18(9): 2000-2002.
40. Lunn, J.S. (2003) Spiritual Care in a Multi-religious Context. J Pain Palliative Care Pharmacother, 17: pg.153-166
41. Revista Diversitas – *Perspectivas en Psicología*. (2009) Vol. 5, No 2, Japcy Margarita Quiceno, Stefano Vinaccia

La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo mediante la lectura de artículos, estudios y proyectos de investigación utilizando bases de datos, de las cuales las más consultadas han sido:

- a. FECYT
- b. Google Académico
- c. SciELO