



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

LA VALORACION DE ENFERMERIA EN LOS PROCESOS DE DUELO Y MUERTE

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE SERVICIO SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES DE TITULACION

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

AURORA MORALES ESPINOZA

DIRECTORA DE TRABAJO: LIC. EN ENF. TERESA SANCHEZ ESTRADA



MEXICO, D. F.

1998.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

260111



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PADRE, EN TUS MANOS ENCOMIENDO MI ESPÍRITU

Padre,

déjame poner unas líneas en tu "Diario" antes que se acabe la tarde. Porque ya queda poco sol en las bardas. Y el reloj no da las horas, las quita.

Sé que vas a venir a juzgarme en el momento mismo en que yo me marche. Despiértame por si me hallas dormido, anestesiado, inconsciente, descerebrado, con ese inútil parpadeo que se llama vida artificial.

Soy un hombre, ¿me ves? Soy todo el hombre. Amasado en barro pecaminoso. Mirame, Padre, por si yo no puedo verte entonces. Cuando de nada sirva el suero, el marcapaso, las radiaciones, el sedante. No habrá otra fuerza más que la que tú me des.

Pasa, háblame, vuelve a hablarme. ¿Qué hora es? Es la hora de la fiebre, del pulso perdido, del temor, del corazón vuelto loco. ¿Qué hora es? La noche. Pasa, dime una palabra, la que más te gusta a ti y a mí. Ha llegado el paso de este mundo. ¿A dónde? Mi pecado está siempre delante de mí.' ¿Estás ahí, Padre? Miralo, agoniza. Es el estertor, la turbia mirada, la boca abierta, frío, cada vez más frío. El médico dice: ha muerto. ¿Y tú qué dices, Padre? Dime la palabra que espero: hijo, pobre y querido hijo mío.

Joaquín Antonio Peñalosa.

*Esc. Dr. Francisco Macías Alonso
Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, (UPAEP)*

AGRADECIMIENTOS

Antes que a nadie deseo dirigir esta dedicatoria a todos los pacientes y familiares que colaboraron en este trabajo. Deseo aclarar que muchos de ellos ya no están aquí pero donde quiera que se encuentren Dios les bendiga y gracias por todo.

Muy en especial a Jorge.

De él aprendí que no únicamente con la muerte se sufren pérdidas: sentimentales, morales, espirituales o físicas. También existen al separarse del ser amado; en ambos casos se llevan consigo parte de uno mismo.

A la memoria de mi abuelita.

Ella fue el motivo de inspiración para la realización y comprensión de este proyecto.

A mis padres:

Sra. Surya Gpe. Espinoza Romero

Sr. Raúl Morales Pedraza

También agradezco a **mis hermanos:**

su compañía y alegría. Con ello he superado momentos profundos de tristeza y desolación.

Y mi más sincero y profundo agradecimiento a:

Los asesores sin los cuales no hubiese sido posible este trabajo. A todos ellos gracias.

Lic. Teresa Sánchez Estrada

Dr. L. Alfonso Reyes Zubiría

Dr. Jesús Robles Villa

Dr. Fernando M. Saldivar Galindo

Dra. Alexandría Hernández Dworak

Pastor Rubén Moreno Figueroa

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. PROCESO DE DUELO Y MUERTE EN PACIENTES TERMINALES.	3
1.1 Antecedentes	3
1.2 Muerte	11
1.2.1 Conceptualización	11
1.3 Muerte Apropiaada	24
1.4 Aspectos socioantropológicos de la muerte. Conceptos ritos y tradiciones en México.	26
1.4.1 Filosofía de la vida y de la muerte	32
1.4.2 Civilización Occidental	33
1.5 Proceso del morir	33
1.5.1 Concepto	33
1.5.2 Etapas	34
1.6 Personalidad en el Proceso de Duelo y Muerte	39
1.7 El Proceso de Duelo	44
1.7.1 Conceptualización	44
1.7.2 Etapas de Duelo	47
1.8 Aspectos que influencian los procesos de muerte y duelo	56
1.9 Algunos aspectos religiosos y culturales acerca de la muerte y procesos de duelo	59
1.9.1 La Iglesia Católica	60
1.9.2 Judaismo	62
1.9.3 Budismo	64
1.9.4 Musulmanes	65
1.9.5 Hinduismo y Sikhismo	67
1.9.6 Humanistas y ateos	68
1.9.7 Protestantismo	68

1.10 La Actividad de Enfermería en los procesos de Duelo Muerte	70
1.10.1 La Enfermera y el Proceso de Duelo	70
1.11 Papel de la Enfermera	75
1.12 Tanatología	78
1.12.1 La Tanatología y el equipo de salud	80
1.12.2 El perfil del Tanatólogo	81
1.12.3 Los Derechos del Paciente Terminal	84
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	86
3. HIPÓTESIS	87
4. OBJETIVO GENERAL	87
4.1 Objetivos Específicos	88
5. VARIABLES DE ESTUDIO	89
6. METODOLOGÍA	90
- Cuadros y gráficas	94
- Conclusión	118
7. BIBLIOGRAFÍA	120
8. HEMEROGRAFÍA	122
- Carta de autorización. Anexo 1	123
- Guía de Entrevista. Anexo 2.	124

INTRODUCCIÓN

Este estudio tiene como objetivo fundamental dar a conocer el proceso de Duelo y Muerte que experimentan los pacientes terminales adultos. Para tal efecto se consideró conveniente realizarlo con pacientes hospitalizados diagnosticados como terminales en el área de oncología médica y quirúrgica del "CMN 20 de Noviembre" ISSSTE. Dentro de los casos observados tenemos diversas entidades malignas: cáncer cervicouterino, algunos cánceres de cabeza y cuello, del aparato digestivo, cáncer pulmonar, cáncer mamario, cáncer en aparato genitourinario

La mayoría de los pacientes terminales con sus respectivos familiares que ingresan al servicio de oncología no tienen una clara visión de lo que representa una enfermedad oncológica, ni terminal. Tal situación lleva con frecuencia al personal médico y paramédico a una aberración terapéutica la cual no cubre todas las necesidades que este tipo de pacientes requieren. En cambio si se reconociera que un paciente se encuentra en estado terminal (ET), el poder hacer válido tal diagnóstico por el personal médico y de enfermería junto con los familiares es de trascendental importancia. Un medio para lograrlo es a través de la Tanatología, ya que es una ciencia, y se define como tal por que tiene un objeto formal de estudio; "la muerte y el morir", convirtiéndose así en una disciplina científica, concibiendo al hombre como un todo en sus necesidades y en sus realidades físicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales, enmarca además un campo de reflexión e investigación conjugándose a través de las experiencias sin límites relacionadas con el enfermo terminal y en fase terminal, también con los que le rodean, familia, amigos, médicos, enfermeras, capellán, psicoterapeutas, trabajador social, abogados y en fin a todos aquellos que por algún motivo específico, tienen que ver con la muerte de un ser humano. Conjuntando lo ya mencionado, se dice que la Tanatología es también un arte y una especialidad propia de muchas y diversas ciencias.

Teniendo como objetivo principal el ayudar a morir al hombre con dignidad, plena aceptación y en total paz; además ayuda a los familiares del enfermo terminal a procesar su duelo y por supuesto, a los que cotidianamente se enfrentan al dolor de la muerte siendo estos los miembros del equipo de salud. De aquí parte el interés del estudio en cuestión esperando sea porta voz de todos los pacientes y familiares que participaron en esta investigación mostrándose ávidos de toda información, ayuda y apoyo acertados.

1. PROCESO DE DUELO Y MUERTE EN PACIENTES TERMINALES.

1.1 Antecedentes:

El cáncer se ha convertido en la segunda causa de mortalidad para los mexicanos; las estadísticas elaboradas por la Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud (SSA); establece que el año pasado fallecieron 48 mil 222 mexicanos por los padecimientos generados por algún tipo de tumor.

Este rango sólo es superado por las personas que padecieron alguna afección cardíaca, donde se registró una mortalidad de 63 mil 609 personas.

El estigma de los tumores cancerígenos y otros ha crecido de tal forma en la sociedad moderna, que pasa a ocupar rápidamente un lugar privilegiado dentro de las causas de muerte.

“Una de las grandes transformaciones en el perfil epidemiológico de México registrado en el curso de las últimas décadas, ha sido, sin duda, el notable incremento de las defunciones por enfermedades crónico-degenerativas, dentro de éstas se encuentra el cáncer”, señala el estudio sobre “Tumores” elaborado por la SSA.

Así, siguiendo los datos históricos recabados por la propia SSA, se puede observar cómo los tumores pasaron de ser la decimocuarta causa de mortalidad en 1940, a la sexta en los 60, a la quinta en los 80 y a la segunda en 1995.

DEFUNCIONES POR TUMORES EN MUJER. 1994

La población femenina entre 40 y 69 años de edad tiene mayor riesgo de contraer cáncer del cuello de útero.

TIPO	NÚMERO	%
Cuello de utero	4,365	17.3
Mama	2,785	11.0
Estómago	2,172	8.6
Tráquea, bronquios y pulmón	1,826	7.2
Hígado	1,780	7.1
Vesícula	1,208	4.8
Páncreas	1,148	4.6
Ovario	937	3.7
Resto	8,999	35.7
Total	25,220	100.0%

FUENTE: SSA. Dirección General de Estadística e Informática, 1994.

DEFUNCIONES POR TUMORES EN HOMBRES, 1994.

En hombres los tumores de tráquea, bronquios y pulmón son la principal causa de mortandad por cáncer.

TIPO	NÚMERO	%
Tráquea, bronquios y pulmón	4,021	17.5
Próstata	3,017	13.1
Estómago	2,499	10.9
Hígado	1,532	6.7
Páncreas	1,042	4.5
Colon	718	3.1
Encéfalo	631	2.7
Resto	9,563	41.5
Total	23,023	100.0%

FUENTE: SSA. Dirección General de Estadística e Informática, 1994.

A pesar del considerable esfuerzo del programa de detección oportuna del cáncer una gran proporción de los casos se diagnostica tardíamente. Pero aún más, mientras que, de acuerdo con el mismo estudio, en los países desarrollados la mortalidad por este tipo de tumores tiende a disminuir, en México las cifras de defunciones han permanecido estáticas; alrededor de 4 mil casos al año. Además la patología comienza a incrementarse entre los

30 años de edad. Para 1994 se reportaron ya 1,409 casos de muerte por cáncer en personas de entre 15 y 24 años de edad.

De mantenerse las tendencias actuales, "la mortalidad por cáncer se duplicará en períodos de 20 años o menos, por lo pronto, en menos de dos décadas, esta enfermedad podrá llegar a provocar una cuarta parte del total de muertes".¹

Ante este escenario de acontecimientos decisivos en la vida del que padece dicha enfermedad, es de vital importancia enfatizar a quien se le denomina paciente terminal, y cual es la conducta a seguir sin olvidar que en determinado momento el aspecto humanístico-espiritual puede ser punto clave puesto que el aspecto biológico natural de la enfermedad cuenta con una significativa promoción para su prevención o curación, en cambio el otro aspecto aún es evadido por la mayoría de los que laboran en el área de la salud. Para ser más explícitos nos referimos a los que tratan directamente con pacientes terminales oncológicos y no le dan la debida importancia a tal aspecto, el cual debe ser prioritario entre tantos otros.

En nuestras comunidades rurales, las que mantienen la costumbre de atender sus enfermos hasta la muerte en su hogar, el duelo puede considerarse más sano y aceptable, ya que todos los miembros de la familia colaboran en forma activa, produciéndose un acercamiento, el cual ayuda a contemplar la muerte como algo natural, perteneciente al ciclo de la vida.

¹ Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud (SSA), 1994.

En cambio en la ciudad nuestros enfermos son trasladados a los hospitales, en los cuales son separados de sus familiares y seres queridos parcial o totalmente; depende de la opinión del médico, además de que se le mantiene conectado a los monitores haciendo más impresionante su estado. En estudios realizados demuestran que el médico a veces no le informa al paciente sobre su condición por dudar que el paciente pueda soportar la noticia, y aquellos que dicen responder a las dudas del paciente, sólo son evasivas. El paciente queda aislado social y emocionalmente sin poder expresar sus temores, la familia no revela al enfermo su condición y sufren por la situación y el silencio forzoso; un patrón que se da con frecuencia es que los familiares están enterados del diagnóstico pero el enfermo no, y además no saben como manejarlo fomentando así el aislamiento social del enfermo.

La pérdida de salud, es un evento que desequilibra y desafía la habilidad tanto del individuo como de su familia para hacerle frente dentro de un equilibrio que permita continuar la vida, la interpretación que de la enfermedad se tenga en cuanto a lesión narcisista y los planes futuros delinearán las adaptaciones conductuales correspondientes.

Se debe trabajar porque el paciente y su familia mantengan un clima de esperanza dentro de las condiciones más dignas que permita la enfermedad.

LA TANATOLOGÍA

Uno de los trabajos tanatológicos digno de presentarse como antecedente es el del Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiría, realizado en el Hospital "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE durante el año de 1994-1995".

El mencionado estudio fue un "programa piloto de Tanatología" para la atención de pacientes terminales y sus familiares. A un año de su instrumentación se aplicó una encuesta de opinión dirigido a las siguientes autoridades:

Subdirector de Medicina Familiar, Medicina Preventiva y Programas para la Salud.

Secretario particular del subdirector

Jefe de servicio de Medicina Preventiva

Jefe de programas para la salud mental (Promotor para la introducción del programa experimental del hospital).

La mencionada cédula que fue aplicada, es la siguiente:

ENCUESTA: de opinión de las autoridades del ISSSTE sobre el Programa Piloto de Tanatología para pacientes terminales y sus familiares, que se desarrolla en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos".²

1. ¿Qué es para Ud. la Tanatología?
2. Cree Ud. que las actividades de Tanatología tienen alguna utilidad para el paciente terminal? ¿Por qué?
3. ¿Cuál era su opinión de la Tanatología antes de que se iniciara el Programa Piloto en el H.R.A.L.M.?
4. ¿Cuál es ahora su opinión?

² REYES ZUBIRÍA, Luis Alfonso, comp. 2o. Congreso Nacional de Tanatología y suicidio. T-I, 1a. ed., Asociación Mexicana de Tanatología A.C., México, 1994, p. 54.

5. ¿Cuáles cree que son los beneficios que le aporta este Programa al Hospital?
6. ¿Cuáles cree que son los beneficios que le podría aportar a Ud.?
7. ¿Le gustaría saber más o algo en especial sobre Tanatología?
8. ¿Cree que es importante una preparación en esta materia en profesiones de asistencia? ¿Por qué?
9. ¿Considera que el Programa de Tanatología debería continuar en el H.R.A.L.M.? ¿En cuáles otros?

La información captada en la Encuesta de las autoridades del ISSSTE acerca del Programa Piloto de Tanatología que se llevó a cabo se puede concluir lo siguiente:

Todas las Autoridades coinciden en que la Tanatología es una disciplina de gran trascendencia la cual proporciona apoyo en la atención de pacientes terminales, eleva la calidad de vida tanto del Paciente como de la familia y ayuda al equipo de salud en la calidad del servicio para la atención hospitalaria. Pero no sólo eso, sino también promueve la necesidad de preparar una propuesta para la creación formal de servicio que incluye los objetivos, estrategias, alcances, estructura y forma de operación del Servicio de Tanatología.

Por la importancia de la Tanatología la Lic. Victoria Romero García, Profesora de la ENEO y Enfermera del "CMN 20 de Noviembre ISSSTE" realizó una investigación en dicho hospital en el año de 1994, para detectar cual es la actitud del personal de enfermería ante el paciente en fase terminal.

De ella se reporta la siguiente información:

El estudio incluyó a elementos de enfermería de los diferentes turnos y categorías, de éstos, la mayoría sólo trabaja en esta institución.

Destaca que para la atención del paciente en etapa terminal, la mayoría del personal es profesional.

Los entrevistados al ser observados mostraron molestias cuando les asignan este tipo de pacientes y sólo un mínimo lo señala en el instrumento de recolección de datos.

El hecho de que el paciente fallezca durante la jornada complica la planeación del trabajo y difiere los cuidados a los otros pacientes por ser prioritaria la atención de la agonía, el apoyo al moribundo y los cuidados al cadáver para agilizar los trámites administrativos y acortar la estancia en el servicio de éste por la inquietud que genera en el entorno.

Es relevante que más de la mitad del personal encuestado anote en la cédula que "platica con el paciente inconsciente durante la realización de los procedimientos", en tanto en la observación no muestra este comportamiento.

El personal de enfermería afirmó que otros procedimientos que realiza al paciente terminal en orden de importancia son: "trato humano y cálido", "evitar el dolor", "proporcionar atención de enfermería general y específica de acuerdo a su padecimiento". Contrariamente a lo expuesto, se identificó que el personal de enfermería "NO" efectúa curaciones de catéteres, "NO" permite la permanencia del familiar en la habitación del paciente y "NO" platica con los familiares de éste.

Del personal entrevistado mencionan que es importante explicarle al paciente cada procedimiento. Al cruzar la información con lo observado se identificó que este personal "NO" explica al paciente los procedimientos. Como se observa, existe dificultad para romper el silencio en la relación con el paciente.

Las principales prácticas de enfermería en la atención del paciente en etapa terminal de acuerdo al orden de importancia por su prioridad afirmaron son las siguientes: "mantener las vías aéreas permeables", "registro de signos vitales con frecuencia", "vigilar permeabilidad de soluciones parenterales", "cambios de posición frecuente", "cambios de ropa de cama", "reportar al médico la evolución del paciente y realizar anotaciones en la hoja de la enfermera", "realizar el control de líquidos y administrar medicamentos y efectuar curaciones de catéteres.

Respecto a la prioridad en la atención al paciente en etapa terminal, por número de pacientes asignados el personal aduce que es necesario atender primero a los menos graves y dejar al final al paciente en etapa terminal por el tiempo que consume el cuidado de éste.

Otro hecho importante que resalta dicha aportación es que la reacción de más de la mitad del personal de enfermería entrevistado, cuando uno de sus pacientes fallece, es de aceptación, un regular número refiere tristeza y el mínimo indiferencia.

La diversidad de los resultados que se presentan, indican el desconocimiento del personal de enfermería en cuanto a la muerte, situación que origina que el personal asuma una actitud de rechazo al paciente en etapa terminal; por lo que es esencial que el personal disponga de adiestramiento o información en el área de la tanatología.

Sumado a lo anterior, la deshumanización en el equipo de salud e insuficiencia de los recursos humanos y materiales.

Se sabe que pocas enfermeras escapan un grado de depresión o desánimo ante paciente en etapa terminal. Esta confrontación cotidiana puede resultar dolorosa, incómoda, difícil o angustiante, si la enfermera no se encuentra preparada para su manejo y menos aún para permitirse hablar de muerte o bien poder expresar sus propios sentimientos.³

Se ha determinado en diversos estudios realizados, que las enfermeras que se involucran poco con sus pacientes, son las que tienen mayor predisposición a deprimirse o desanimarse. También son ellas quienes tienen mayor inseguridad en su capacidad técnica y de percepción e identificación de las necesidades de sus pacientes por lo que es importante estar dispuesta a hablar, a admitir los propios temores, dudas, inquietudes, y a escuchar en forma empática como manera de disminuir la carga afectiva propia y del equipo de trabajo en que se encuentre integrada.

En la mayoría de los casos la atención de enfermería se da por concluida en el momento de la muerte del paciente. Por lo que es importante promover su participación para que brinde apoyo a la familia, es otro de los objetivos que contempla la Tanatología.

1.2 Muerte

1.2.1 Conceptualización

La muerte como proceso:

Tomando en cuenta que la muerte es una entidad abstracta y difícil de circunscribir se considera conveniente mencionar tres conceptualizaciones

³ Ibidem. p. 6

de diferentes autores, dos han incursionado el campo tanatológico, uno de ellos es la Dra. Elizabeth Kübler Ross internacionalmente famosa por su labor pionera en el campo de la muerte y los que van a morir.

Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiría presidente de la AMTAC (Asociación Mexicana de Tanatología, AC., fundada el 18 de noviembre de 1988).

El tercer autor Louis Vincent Thomas, un estudioso de la muerte de quien al analizar sus obras se percibe una perspectiva hacia el aspecto biológico y antropológico.

La Dra. Ross expone que la muerte es el abandono del cuerpo físico, de la misma manera que la mariposa deja su capullo de seda. La muerte es el paso a un nuevo estado de conciencia en el que se continúa experimentando, viviendo, oyendo, comprendiendo, riendo y en el que se tiene la posibilidad de continuar creciendo. "La única cosa que perdemos en esta transformación es nuestro cuerpo físico, pues ya no lo necesitamos. Es como si se acercase la primavera, guardamos nuestro abrigo de invierno, sabiendo que ya está demasiado usado y no nos lo pondremos de todas maneras. La muerte no es otra cosa".⁴

En el manual de la AMTAC, del segundo Congreso Nacional de Tanatología y suicidio, avalado por el Dr. Zubiría, encontramos que para explicar el concepto de muerte parten de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), respecto a que el ser humano es un ente biopsicosocial y además espiritual, ya que tradicionalmente la muerte se contempla dentro del ámbito biológico, y sus consecuencias psicológicas y sociales nunca se enmarcan como factibles de tratamiento quedando suspendidas y dependientes de una "ausencia prolongada".

⁴ Kübler-Ross, Elizabeth. Sobre la muerte y los moribundos. Tr. del inglés por Ma. Teresa Garillo G. 6a. ed. Pax, México 1988. p. 41-53.

Bios: Biológicamente definen la muerte como el cese de las funciones vitales que se expresan como la ausencia de los signos vitales es decir: se pierde el estado de conciencia, se deja de respirar, se para el corazón, cesa el pulso, no existe llenado capilar, baja la temperatura y desaparecen los reflujos osteotendinosos, finalmente los pupilares y vestibulares.

“Biológicamente establecemos que la vida es un ciclo: el nacer, el crecer, el reproducirse y el morir”.⁵

Psico: Psicológicamente la muerte comprende precisamente la toma de conciencia de nuestra existencia, la que no sabemos, (ante el fenómeno biológico), hasta donde existe. (como ignoramos que sucede de fondo en la psique cuando estamos en coma profundo). Podríamos pensar que se suspende la comunicación íntima, sin poder dimensionar nada más.

Socio: “La muerte social es entonces un contexto donde podemos abordar los aspectos sociales, en tanto el socio que representamos y nos representa, los aspectos de la muerte y la inmortalidad. Los valores adquieren la característica de la cultura a la que pertenecemos para reducirse finalmente a lo esencial”.⁶

Espiritual: No se pierden unos signos vitales, unos órganos; sino más bien se pierde a la persona amada, al amigo, a la pareja, al hijo, al hermano, etcétera.

Para Louis Vincent Thomas la muerte biológica o desaparición del individuo vivo y reducción a cero de su tensión energética consiste en la detención

⁵ Rebolledo Mota Jaime F., Memorias del Segundo Congreso Nacional de Tanatología y Suicidio TI, Primer Simposio Internacional; 1994, p. 11.

⁶ Idem. p. 12

completa y definitiva, es decir irreversible de las funciones vitales especialmente del cerebro, corazón y pulmones; a la pérdida de la coherencia funcional sigue la abolición progresiva de las unidades tisulares y celulares. La muerte opera, pues, a nivel de la célula del órgano; del organismo y, en última instancia de la persona en su unidad y especificidad. En un enfoque difícil la muerte como dato paradójico de no ser por la urgencia en determinar el momento adecuado para la extracción de órganos, la inhumación y la cremación, probablemente no habría ninguna definición legal de la muerte.⁷

Por tal motivo se han determinado ciertos estados anticipatorios a la muerte:

Agonía: Esta puede durar desde algunos minutos hasta varios días. La agonía se acompaña de anomalías cardíacas (taquicardia sinusal, luego ventricular) disminución del glucógeno hepático, autólisis precoz del páncreas, elevación del nivel de ácido láctico en la sangre, pérdida de lípidos de la capa trabeculada-fasciculada de las suprarrenales y, por supuesto, disminución considerable de la capacidad de vigilancia y de conciencia.

Este "proceso gradual" que es la muerte biológica incluye cuatro niveles: muerte aparente, muerte clínica, absoluta y total.

Muerte aparente o relativa:

*Especie de síncope prolongado con insensibilidad, desaparición del tono muscular, paro respiratorio y debilitamiento de la actividad cardíaca y

⁷ Thomas, Louis Vincent. La muerte. Tr. del francés por Adolfo Negrotto, ed. paidós. México 1991. p. 12, 22, 23

circulatoria. El sujeto puede volver a la vida y recobrar la conciencia: de modo espontáneo, de modo voluntario o controlado".⁸

En el caso de paro respiratorio o asfixia en donde el individuo permanece inmóvil y flácido, presenta una coloración de uñas y tegumentos de azul violeta, es también el caso del recién nacido que no presenta llanto ni respiración al nacer.

MUERTE CLÍNICA: ... desaparición de la aptitud para la vida integrada: cesan la actividad cardíaca y respiratoria, los reflejos, la conciencia y la vida de relación. Sin embargo, las reacciones metabólicas de los tejidos subsisten en ciertas condiciones y el retorno a la vida es posible, salvo cuando la falta de irrigación sanguínea al cerebro supera el término fatal de cinco a ocho minutos (anoxia)".⁹

Por otra parte existen otros signos que aunados a los anteriores indican muerte, y que corresponden al inicio de la tanatomorfosis:

Enfriamiento: Este comienza a menudo en la agonía, y es más evidente dos o tres horas después del deceso en rostro y extremidades, el enfriamiento es más rápido en niños, ancianos, ahogados, asfixiados y politraumatizados, "... a razón de 1°C por hora aproximadamente por lo menos en climas templados..."

RIGIDEZ CADAVÉRICA. Caracterizada por mandíbulas apretadas, masticadores rígidos, semiflexión de los miembros superiores, extensión de los miembros inferiores, hiperextensión de la cabeza, miosis pupilar, contracción rectal, (con rechazo del contenido fecal).

⁸ Ibidem. p. 30

⁹ Idem. p. 42

"El proceso, que comienza aproximadamente en la tercera o cuarta hora después del óbito, se generaliza en unas doce horas, más rápidamente en verano que en invierno; afecta primero el rostro, es especial los músculos masticadores, y luego se extiende ala nuca, el tronco y los miembros. De 24 a 72 horas después..."¹⁰

DESHIDRATACIÓN. Este proceso provoca pérdida de peso "en promedio de un Kg. por día aproximadamente en relación con la temperatura y el estado hidrométrico..." es evidente la resequedad de mucosas orales y úlceras por decúbito o laceraciones (si el individuo los presenta).

"Pero la deshidratación, unida a la rigidez, se manifiesta por signos oftalmológicos (el ojo no se vacía hasta varios meses después de la muerte). La córnea se empaña y presenta una especie de velo viscoso (ausencia de lágrimas) la pupila se vuelve oval. La hipotonía de los globos oculares se acentúan..."

Es el momento en el que clínicamente el humano presenta paro cardíaco y respiratorio, y se menciona momento, porque éste no debe exceder de cuatro a seis minutos para realizar maniobras de reanimación como tiempo límite de anoxia que le permitirá, bajo condiciones específicas, retomar a la vida.

MUERTE ABSOLUTA. "... Acumulación irreversible de las muertes funcionales y orgánicas parciales, que, en el estado actual de la conciencia y de acuerdo con los organismos internacionales, se ha definido por la muerte cerebral, la vida vegetativa que no puede prolongarse sin asistencia: es lo que ocurre en el coma sobrepasado o muerte para la vida..."¹¹

¹⁰ Idem. p. 46

¹¹ Idem. p. 39

CRITERIOS Y SIGNOS DE LA MUERTE BIOLÓGICA (MUERTE TOTAL). "La culminación, aunque no necesariamente el fin del proceso, está dada por la muerte total, cuando ya no quedan células vivas.

Puesto que las pruebas de la muerte sólo pueden ser acumulativas, actualmente para declarar a un ser humano muerto se evalúa una serie de signos, por medio de métodos apropiados, sofisticados y rigurosos. Estos signos son: Cese de la actividad cardiaca y respiratoria "... falta de receptibilidad y de reacciones a los estímulos sensoriales, pérdida de la conciencia, la midriasis fija bilateral, atonía y la arreflexia..."

Trazo encefalográfico nulo ... debe ser persistente (de ocho a varios días según los autores) e ininterrumpido; y a condición de que el sujeto no haya utilizado ninguna droga depresora en dosis anestésica o terapéutica y no haya entrado en estado de hipotermia accidental o provocada..."¹²

LIVIDECES CADAVERICAS. Se trata de petequias de diversos colores: rojo, azulado, rojas, azul oscuro, negruzcas; también se observa a la sangre que ya no circula, está sujeta a la ley de la gravedad y al igual que los diversos líquidos del organismo se concentran en las partes bajas del cadáver. "Las livideces, que comienzan de tres a seis horas después de la muerte, llegan al máximo entre las 12 y 15 horas, y no se modifican aunque se manipule el cadáver...."¹³

No podemos dejar de hablar del coma y su relación con la muerte. El coma palabra derivada del griego significa "sueño profundo" y consiste en el deterioro de la conciencia que a su vez provoca la degradación de las funciones del organismo, motricidad, sensibilidad y tono muscular.

¹² Idem. p. 40

¹³ Idem. p. 46

El coma se encuentra asociado a trastornos metabólicos: anoxia, isquemia cerebral difusa, hipo e hiperglicemia, hipo e hipercalcemia, alteraciones del equilibrio ácido-base, uremia, insuficiencia hepática, meningitis y enfermedades pulmonares graves.

Vincent Thomas al tratar el tema de coma hace una diferenciación entre los "muertos vivos y los vivos muertos". Nombra a los individuos que presentan coma prolongado y como sobrepasado como "vivos muertos".

"Vivos muertos son los que padecen de coma prolongado, que dura de 20 a 30 días como mínimo hasta varios años, con escasas posibilidades de reversión. Pueden sobrevivir sin ayuda mecánica pero no sin cuidados de quienes los rodean..."¹⁴

"... Los vivos muertos son los que se encuentran en estado de coma sobrepasado, durante el cual, a la anulación total de la conciencia y de la vigilancia se agrega la destrucción -no ya la perturbación- de las funciones de la vida vegetativa. Es irreversible. Equivale a la muerte cerebral. El comatoso sólo puede sobrevivir con ayuda de aparatos más o menos complejos..."¹⁵

Muertos Vivos: persiste solamente la conciencia instintiva, la estimulación dolorosa provoca una reacción de defensa lenta y no coordinada; sin embargo: las funciones vegetativas no están perturbadas.¹⁶

¹⁴ Idem. p. 48, 49

¹⁵ Idem. p. 40

¹⁶ Idem. p. 39

Tres son los autores que en este estudio se analizaron: Louis Vincent Thomas (Francia); Dra. E. Kubler-Ross (Suiza-E.U.); Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiría (México).

El primer concepto a analizar será: Muerte.

Hablar de muerte resulta ser difícil e interesante, sin embargo existen varios enfoques que enriquecen al concepto en sí. Enseguida se hace mención al concepto que aporta Louis Vincent Thomas.

“De no ser por la urgencia en determinar el momento adecuado para la extracción de órganos, la inhumación y la cremación, probablemente no habría ninguna definición legal de la muerte”.

Sin embargo, cuanto más progresa el conocimiento científico de la muerte, se complejiza el precisar cuándo y cómo se produce este fenómeno llegando sólo a coincidir en el enfoque biólogo. Al respecto Vincent Thomas menciona:

“La muerte es cotidiana, natural, aleatoria, universal... Es exacto decir que se muere siempre progresivamente, no sólo en la agonía sino también en la muerte súbita... La muerte es un proceso no un estado...”.¹⁷

Para el autor la muerte es un proceso que cotidianamente se está efectuando desde el momento de nacer, existe la degeneración de nuestros componentes; es natural por ser un hecho inherente a la vida “La única condición para morir es estar vivo”. Y es aleatoria porque aunque sepa el ser humano que algún día va a morir, ésta “procede de lo aleatorio” es decir, no se sabe ni el día, ni la hora, ni el lugar en el que se presentará.

¹⁷ THOMAS. Louis-Vicent. La muerte. Tr. del Frances por Adolfo Negrotto, Ed. Paidós. México D.F.1991. p. 22, 23, 24.

aun siendo un enfermo terminal” y por supuesto es universal porque todo lo que tiene vida está destinado a perecer. Pero es también única, “ya que cuando me llegue la hora nadie tomará mi lugar y mi muerte no será como la de ningún otro...”.¹⁸ La muerte es una experiencia única ninguna muerte es igual a otra.

Sin embargo la Dra. E. Kubler-Ross conceptualiza a la muerte de la siguiente manera:

“La muerte no es más que el abandono del cuerpo físico, de la misma manera que la mariposa deja su capullo de seda. la muerte es el paso a un nuevo estado de conciencia en el que se continúa experimentando, viendo, oyendo, comprendiendo, riendo y en el que se tiene la posibilidad de continuar creciendo. la única cosa que perdemos en esta transformación es nuestro cuerpo físico, pues ya no lo necesitamos”.

En esta cita es evidente que en contraposición al concepto de Louis Vincent Thomas para la Dra. Kubler-Ross la muerte es solamente un momento de transición a otra vida, es decir, para la autora la muerte no existe.

“Me gustaría decirlos como podéis vosotros también llegar al convencimiento de que esta vida terrestre que vivía en vuestro cuerpo físico, sólo representa una pequeña parte de nuestra existencia global”.¹⁹

Al respecto de las creencias el autor Louis Vincent Thomas difiere de la Dra. Ross en los siguientes puntos:

¹⁸ Idem. p. 23

¹⁹ KUBLER-ROSS, Elizabeth. Sobre la muerte y los moribundos. Tr. del inglés por Ma. Teresa Carrillo G. 6a. ed., Ed. Pax, México. 1988. p. 41, 53

"Estas creencias, que prueban hasta qué punto tenía razón Freud al decir que nuestro inconsciente se cree inmortal, recurren para justificarse a todos los campos y de los hologramas, informática y ciencias de la comunicación. el Tanatólogo, que debe hacer constar lo que dice o se cree, no puede sino admitir que así como la muerte continua más allá de la vida también la vida persiste más allá de la muerte. En la realidad y, más aún, en la imaginación."²⁰

Entre estos dos autores surge una diferencia: la religiosidad, la espiritualidad, el sentido místico-religioso cobra gran importancia. Al respecto el Dr. Reyes Zubiría mencionó:

"El mundo tanatológico es un mundo espiritual. Porque lo veremos, lo espiritual no es algo aparte de la condición de ser humano. La espiritualidad no es monopolio de la religión. La espiritualidad es algo entológicamente esencial al hombre mismo"²¹

"No hay enfermo en fase terminal, o familiares de enfermos moribundos, que no busquen la paz y el consuelo en lo profundo de su espiritualidad. No hay persona que se esté enfrentando ya a su muerte inminente, o que esté luchando por sobrevivir que no busque a Dios, a su Dios personal a su Dios verdadero. Y el Tanatólogo deberá, siempre ayudarlo en este camino de encuentro o de reencuentro que es camino de aceptación y de dignidad": y tales virtudes son la meta del Tanatólogo que quiere cumplir con su misión y compromiso. Son los objetivos prácticos de toda tanatología humana. Por eso es tan importante la espiritualidad".²²

²⁰ THOMAS Louis-Vicent. La muerte. Tr. del francés por Adolfo Negrotto, Ed. Paidós, México 1991, p. 35.

²¹ REYES Zubiría, Luis Alfonso. Curso fundamental de Tanatología. Tl. 1a. ed. Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. México 1991, p. 139.

²² Idem. Curso fundamental de Tanatología y suicidio, p. 139.

El considerar la espiritualidad como un elemento del trabajo tanatológico, enriquece el concepto de muerte en la obra del Dr. Zubiría, quien la difiere de la siguiente manera:

“Por muerte entendemos, no la cesación irreversible de funciones vitales fisiológicas, sino la pérdida de una persona. Dicho de otra manera: lo que experimentamos como muerte es la pérdida de la pareja, del familiar, del amigo; es la pérdida de una relación personal, y no la pérdida de unos órganos vitales”.

“Es muy importante que el Tanatólogo tenga siempre presente ese punto de vista. Porque entonces sabrá y experimentará, que la muerte se siente y que la muerte se sufre...”²⁵

Considerando todo lo anterior a manera de conclusión se puede definir la muerte desde una perspectiva específicamente humana de muerte biológica, de muerte espiritual, de muerte psíquica, muerte cerebral; se puede morir también para sí mismo y terminar dándose muerte. Cada uno de nosotros sabe también que ha de morir un día, pero nadie lo cree realmente. Y sin embargo, nada hay más evidente, universal e inevitable que la muerte.

La ontología dualista y estática de Freud le hizo interpretar la unidad de la vida y de la muerte en todos los organismos como un eterno conflicto de dos fuerzas distintas y absolutamente opuestas, una que trata de conservar y de extender la vida, la otra que trata de reducirla al estado inorgánico del

²⁵ Idem. Curso Fundamental de Tanatología y Suicidio. p. 142

que surgió. Pero la propia interpretación freudiana de los datos psicoanalíticos sugiere que la extroversión del instinto de la muerte en forma de un impulso de dominio o de una voluntad de poder, es un fenómeno estrictamente humano. Y recíprocamente, la misma fórmula freudiana -"La meta de toda vida es la muerte".²⁴ sugiere que el nivel biológico, la vida y la muerte no están en conflicto, sino que son en cierto modo lo mismo. Es decir, que son una especie de unidad dialéctica, como dijo Heráclito: "Es lo mismo en nosotros lo que está vivo y lo que está muerto, dormido y despierto, lo que es joven y viejo: por una inversión los anteriores son los posteriores y los posteriores se convertirán en los anteriores".²⁵ De este modo se llega a la idea de que la vida y la muerte son en cierto modo una unidad en el nivel orgánico, que en el nivel humano están separadas en opuestos en conflicto, y que en el nivel humano la extroversión del instinto de la muerte es el modo de resolver un conflicto que no existe en el nivel orgánico. Entonces la neurosis permanece, como debiera ser, como un privilegio humano; la vida y la muerte no enferman la naturaleza.

Si la muerte es una parte de la vida, hay una peculiar morbidez en la actitud humana hacia la muerte, una morbidez que Freud reconoció, pero que no vinculó a su teoría del instinto de la muerte. Lo que distingue al hombre de los demás animales dice Unamuno, es que en una u otra forma, cuida sus muertos.

Si la muerte es una parte de la vida, si hay un instinto de la muerte así como un instinto de la vida (o un instinto sexual) el hombre huye de su propia muerte como huye de su propia sexualidad. Si la muerte es una parte de la vida, el hombre reprime su propia muerte como reprime su propia vida.

²⁴ Norman O. Brown, *Eros y Tanatos*, 1967, p. 123

²⁵ *Idem.* p. 123

1.3 Muerte Apropiaada

Empecemos por describir la situación del moribundo que ha provocado dos tipos de reacciones; la primera se plantea el aspecto médico-técnico-legal y la segunda bajo el aspecto humanista-ético-espiritual.

Para una sociedad moderna, mercantil como la nuestra y siendo la ciudad más poblada del mundo, el agonizante es un "intruso y una carga" así se le da a entender indirectamente, tanto en su casa como en el hospital. El individuo en fase terminal agoniza "oculto y sin testigos". Si grita o se queja demasiado fuerte, se le hacen reproches. Si cierra los ojos y se vuelve hacia la pared, se le hecha en cara secamente su rechazo antisocial o renuncia a luchar por su vida. Para comodidad de muchos lo "ideal" es precisamente la muerte del que finge que no va a morir.

Por otra parte, el moribundo, no se le escucha, y es tratado como a un menor de edad o como un ser privado de la razón; en algunos casos se le niega el derecho de saber que va a morir. Los familiares le ocultan la verdad y disponen de él hasta su muerte.

La situación del enfermo terminal se presenta en dos casos:

a) En el hogar, donde el enfermo es alejado de la relación en familia, que a menudo, ya no quiere ocuparse de él, o llevado a una institución hospitalaria que no se hace cargo de él como individuo sino tan solo se ocupa de su enfermedad como objeto aislado del humano. El paciente es atendido únicamente como ente biológico.

b) La muerte dentro de una institución no facilita la labor de médicos y enfermeras, ellos están colocados en una situación en la que deben alternar la muerte con su negación; esta contradicción antagónica es detectada en el momento en que deben atender al paciente y por lo tanto

estar en contacto con él. Pero al enfrentar ese momento, su reacción es negar esa muerte (que implica fracaso) y su propia muerte, por lo que al mismo tiempo evita a toda relación con él; puesto que habiendo sido formadas técnicamente para evitar la muerte, deben también ayudar a morir, tarea para la que no han recibido ninguna preparación en ningún nivel.

De esta situación se desprende la siguiente interrogante: ¿Qué se entiende por muerte Apropiada?

Si nuestro razonamiento se inclina por el objetivo de la libre disposición de la propia vida y, por lo tanto de la propia muerte, esta nos conduce al aspecto médico/técnico/legal es decir este razonamiento implica necesariamente y simultáneamente una reforma del Código Penal (discriminación de la eutanasia) y del código de deontología médico, el rechazo del enseñamiento terapéutico y la obligación de informar al paciente sobre su estado. Sin embargo la intención de este capítulo es el aspecto humanista-ético-espiritual, área de la tanatología. Con este enfoque considero digno empezar con la siguiente cita:

"Weissman nos dice que Muerte Adecuada o Apropiada, es aquella en la que hay reducción de conflictos, compatibilidad con el ego ideal, continuidad con las relaciones significativas y significantes, y consumación de los deseos predominantes y de los instintos".²⁶

²⁶ Cit. en Reyes Zubiría Luis Alfonso. Curso Fundamental de Tanatología T-I, 1a. ed. Asociación Mexicana de Tanatología. México 1991, p. 140.

Definición a la que Schneidman agrega:

"... implicamos que todo lo anterior debe ser no solo para el que muere, sino también para los sobrevivientes: Una muerte buena es aquella con la que los familiares pueden vivir".²⁷

Bajo el enfoque tanatológico una muerte Apropiada es aquella en la que se promueve el respeto a la persona que muere y a sus familiares, es aquella en la que durante el proceso de morir, logra desarrollar todas las etapas del proceso de muerte a tal grado que logra aceptar su propia muerte, por lo que le permite acoger la muerte con serenidad y, en el caso de los familiares logran dejar partir con amor, aceptación y sin pendientes a su paciente.

1.4 Aspecto socioantropológico de la muerte. (Conceptos, ritos y Tradiciones en México)

Este camino sólo tiene un valor de ejemplaridad y no permite una generalización. Pero nos hace posible poner más en relieve nuestras notorias divergencias en cuanto a las creencias, las actitudes y los ritos, tanto en el plano individual como en el de las colectividades.

De todos modos, y a pesar de las diferencias espacio-temporales, no se dejan de encontrar algunas constantes.

Un tema de discusión actual se deriva de que si la cultura indígena fue totalmente destruida o no durante la conquista. La mucha o poca influencia que ha quedado de aquellos antepasados no puede negarse, como tampoco puede ocultarse que somos el resultado de esa fusión.

²⁷ Idem. p. 140

Nuestra riqueza cultural no es producto de una sola civilización, México es un país mestizo, mezcla de diferentes culturas, donde se funden diversos mundos, principalmente el indígena y el español, pero que también, ha asimilado otras formas de vivir provenientes de distintos lugares del planeta.

Pero, a pesar de la introducción de nuevas prácticas e ideas, aún se conservan costumbres ancestrales tales como la concepción y culto a la muerte, característicos de nuestra cultura.

El mexicano tiene conciencia ante lo inexorable pero no es una conciencia serena; trata de eternizar lo efímero, quizás irónico desdén y aceptación persistente de la muerte como suceso, que no mero proceso.

Motivado por su deseo de trascender concibe a la muerte como 'el lado desconocido de la vida'. Es un acto genuino de decoro frente a otras especies, quienes finalizan su existencia y hasta ahí en él, por lo contrario, evita ser intimidado por su condición terminal, insiste en mantener cierto encuentro con la dualidad: vida y muerte para mantener, diríamos, perpetuar un diálogo entre el aquí y el más allá, entre el hoy y el mañana'.

Acepta luchar en el mundo entre lo concreto y lo inmaterial, lo que observa e imagina, lo real o ideal, lo mágico-religioso con lo existencial y de lo cual siempre se sabe victorioso.

Morir le significa realizar un balance entre lo hecho y lo que le falta hacer, de lo heredado y lo que habrá de heredar. Para unos esperanza, goce a plenitud; para muchos otros, desprecio o indiferencia al considerar que la muerte es un animal menor.

Para todos es reflexión. La muerte se representa con un esqueleto o cráneo, pero también mediante máscaras descarnadas, a veces en grabados a través de piezas de múltiples técnicas y materiales realizados por la magia artesanal, de tono habitualmente festiva, en ocasiones ceremonial y con guadaña de expresión inquisitorial como estableciendo un juicio: como aliada entrañable o espectro temeroso.

Estas expresiones le dan un rostro e identidad singular a nuestro país en las que subyace un culto que sirve para adherirse con los que se anticiparon. En ello radica la verdadera esencia del quehacer en prácticamente todas las regiones del ámbito nacional entre el 1 y 2 de noviembre reafirmando una clara inclinación necrofilica.

Se conoce de la coexistencia de dos interpretaciones francamente antagónicas: aquélla que concibe a los muertos en un destino por su forma de vivir (limbos, cielos), de aquella que la concibe en tránsito por la forma de morir (paraísos e inframundos). Cristianismo-paganismo, así se externan ritos, ceremonias o actos favorecedores para significar creencias, muchas de las cuales, en forma simultánea, se presentan en un mismo ambiente social. Entre indígenas y mestizos se establecen diáfanas diferencias entre el trato al muerto respecto a los muertos. Al primero, conforme a la ideología prevalente, visten ropas nuevas o aquéllas que hubieran tenido un significado especial durante su vida, les ofrecen rezos y les otorgan, durante algunos días pleitesía.

El muerto representa al antepasado que vela el bienestar de los suyos. Por su parte, en el contexto cultural de México, la ofrenda representa la forma externa o materializada del culto tanto a Dios y a los santos, como a los muertos de acuerdo con sentimientos de gratitud, amor y respeto. Se realiza como un acto propiciatorio de reverencia. No se otorga

estrictamente como dádiva, sino como ofrecimiento para alcanzar protección, atención, servicio y agradecimiento.

Significa compartir, mantener normas y cohesionar al grupo por medio de su propio cumplimiento. Varía según el lugar (rural o urbano), tiempo, jerarquía y grado de intervención comunitaria -se ofrenda a los familiares fallecidos o a todos aquellos difuntos que ya no tienen parientes que los honren.

La ofrenda se pone en el interior o exterior de iglesias y templos, en los cementerios y en la casa de los deudos, por igual, en los sitios en donde ocurrió la muerte: recintos públicos, espacios privados y museos.

Los ofrecimientos se colocan a un lado o encima de nichos, lápidas, monumentos, tumbas, altares o en construcciones específicas.

La ofrenda en su visión integral (como se representa en la hacienda de Caracha en Uruapan, Michoacán) la conforman los aspectos cosmogónico (interpretación del universo), arqueológico (tratamiento en pirámides o enterramientos) y etnográfico (disposición en iglesias, cementerios y altares domésticos).

En la ofrenda participan individuos, familias y comunidades. En ella las mujeres elaboran ciertos elementos y los varones otros. Una ofrenda está conformada por la fotografía y objetos personales del difunto, imágenes religiosas, alimentos, bebidas, velas y veladoras, flores, sahumerios, entre otros. No debe faltar, en síntesis, todo aquello que ilumine, lo que tenga color y desprenda fragancias.

Se cree que en los días de muertos, las ánimas (almas de los muertos que visitan a sus familiares en estos días) consumen el aroma de los alimentos

que en su honor se ponen, por eso, todos los productos de la ofrenda se intercambian con familiares y amigos con el objeto de favorecer la convivencia y ayuda mutua al término de la ceremonia.

En términos generales, la ofrenda se levanta o se quita la noche del dos de noviembre o al alba el día tres. Implica cumplir con un acto de purificación y oración. Para responder a la primera parte se bebe un poco de agua (que simboliza la limpieza del cuerpo) y toma sal (para lavar el alma); para atender con la segunda, se dice 'me comprometo no morir hasta el año entrante'. En algunos lugares, danzantes recorren casa por casa para avisar a los muertos que ya terminó su fiesta y que deben regresar a sus moradas. Después se recobra la rutina diaria.

Esta excepcional tradición se ha mantenido gracias a que, amén de las ofrendas, se realizan investigaciones sobre todo de carácter antropológico, teniendo como consecuencia la difusión de estos temas en libros y revistas; las obras de teatro en su expresión popular o clásica como Pedro Páramo o Don Juan Tenorio, por citar algunas, sirven también para la difusión de estas ciencias, junto con las veladas poéticas que refieren una constante desde el siglo XVI hasta nuestros días.

Las exposiciones de fotografía y arte popular, la música y la danza, la conferencia y el panel, los videos las expresiones populares, las 'calaveras', la pirotécnica y por supuesto la cena ceremonial, permiten conocer y mantener esta actitud íntima de invariable obsesión. Y todo sólo para seguir dando vida a los muertos.

"FLOR DE MUERTOS"

Cempasúchil, palabra náhuatl que significa: Cempoal-xóchitl: cempolli, veinte; xóchitl, flor. "Veinte flores", aludiendo a las muchas flores que da cada planta.

Existen muchas variedades de esta flor, las cuales se diferencian en el tamaño, en el número y en la figura de los pétalos. Entre los antiguos mexicanos, el "veinte" era un número ponderativo o hiperbólico, como entre nosotros es el mil.

Estas flores, de la familia de las sinanterias, cuya característica es su singular pigmentación amarilla, son usadas, además, en la medicina vulgar como estomacales. La flor de cempasúchil es conocida en Europa con el nombre de "clavel de las Indias".

Dentro del arte popular está la corriente que expresa la aspiración de las masas, como es el caso del grabador José Guadalupe Posada, guerrillero de hojas volantes y heroicos periódicos, quien hizo que la muerte se volviera calavera que pelea, llora y baila; que expresa obstinada preocupación por la justicia y la cotidianidad con lenguajes que a manera de sátira y humor definen personajes y hechos. "Es calavera el inglés, calavera el italiano y el príncipe romano; duques, jueces y consejales. Todos en la tumba son calaveras del montón".²⁸

La identificación de la muerte y de la naturaleza humana, no es solamente un esfuerzo de conocimiento de calidad poética sino, sobre todo, en su cercano emparentamiento con una aceptada capacidad de premonición; significa un indicador tanto cultural como histórico. Por contacto o compenetración, por comunión emocional en un registro no asible por la razón, es una peculiar manera de integrar y valorar los espacios y los

²⁸ Cit. Miranda Pelayo Jorge, De Muerte y Muertos; 1994, p. 19.

acontecimientos dentro de los espacios, todo ello con una débil sujeción determinativa o la temporal. Las ideas de muerte y de pueblo; ambas son entidades de donde se surge y hacia donde se regresa; ambas son realidades que un hombre cabal tiene que asumir consecuentemente y sin miedo; ambas son razones superiores a cualquier singularidad individual; ambas constituyen el terreno de la transparencia.

1.4.1 Filosofía de la vida y de la muerte:

Civilización Negro - Africana.

- Actitud frente a la vida -
 - Promoción de la vida bajo todas sus formas (biológicas, sexual, espiritual)
 - Respeto por el cuerpo: ritmo como lenguaje corporal.

- Actitud frente a la muerte -
 - Aceptación y trascendencia. Desplazamiento. (en el extremo neurosis)
 - Integración de la muerte como elemento necesario del circuito vital (realidad antológica).
 - Muerte Ideal: "buena muerte".

- Actitud ante el que muere -
 - Maternización y segurización.
 - El grupo lo toma a su cargo.

- Actitud frente a los difuntos y los sobrevivientes -
 - Importancia del duelo y de los ritos.
 - Numerosos tabúes.
 - Omnipresencia de los muertos. Prestigio del pasado. Reencarnación eventual.
 - Cementerio sin importancia, pero culto de

- los antepasados.
- Permanente desde los primeros años de vida.

1.4.2 Civilización occidental

- Desprecio por la vida: sociedad mortífera (mata o hace morir)
 - Actitud equívoca con respecto al cuerpo.
- Angustia más o menos reprimida:
 - Negación (en el extremo, psicosis).
 - Huida ante la muerte ontológica en beneficio de la muerte occidental que la ciencia podrá suprimir.
 - Muerte Ideal "bella muerte".
- Se muere solo casi siempre en el hospital.
 - Ni ayuda ni asistencia.
- Duelo escamoteado. Ningún tabú.
 - Muerte obsesiva o muerte rechazada.
 - Cementerio de cuidado o fetichismo del panteón.
- Ninguna pedagogía oficial.

1.5 Proceso del morir

1.5.1 Concepto:

Son las etapas por las que atraviesa el enfermo terminal como los familiares de éste, desde el momento mismo del conocimiento del diagnóstico fatal hasta la llegada de la anhelada aceptación.

1.5.2 Etapas

La Dra. Elizabeth Kübler-Ross ha identificado cinco etapas, las cuales supuestamente experimentan la mayoría de las personas. Esta doctora descubrió que gran parte de los pacientes atraviesan por periodos de negación y aislamiento, ira, regateo, depresión y aceptación.

Gracias al trabajo pionero de la doctora Kübler-Ross se está en posibilidad de ayudar a que la gente conozca lo que debe esperar cuando sucede una tragedia en su vida. Sin embargo, todos somos personalidades únicas, no todos los seres humanos atraviesan estas etapas en la misma forma ni con la misma duración. A algunas personas les es difícil salir de una etapa u otra y nunca llegan a la fase final de aceptación y reconstrucción de su vida. Otras experimentan ciertos sentimientos más de una vez, llegando por ejemplo, a la depresión y volviendo a la negación o al enojo. Por ello es de gran relevancia mencionar la aportación tan atinada que nos brinda el Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiría, en cuando a su interrogante de que si en México o más bien dicho los mexicanos pasan por las etapas que describe Kübler-Ross?

De acuerdo a su experiencia personal el Dr. Zubiría expone lo siguiente:

*No trato de que cambiemos de nombre las etapas, solamente por cambiar. Creo que las diferencias encontradas son diferencias substanciales y que esas diferencias señalan el modo como debe trabajar el tanatólogo. Mi experiencia se basa en el trabajo tanatológico realizado en hospitales de gobierno y en algunos hospitales privados, en el trato con enfermos en sus domicilios; ricos, pobres, cultos, incultos, he trabajado con personas religiosas y no religiosas, con personas que se están enfrentando a su proceso de morir, así como a personas que se preparan para la muerte del ser querido, como también con quienes deben hacer su trabajo de Duelo.

Por eso me atreví a presentar mis dudas sobre si un pueblo, tan religioso como el mexicano, y con las características familiares que tenemos, padece de las etapas que presenta la Dra. Kübler-Ross y por eso me atrevo a dudarlo, y a presentar el fruto de mi experiencia".²⁹

El Dr. Reyes Zubiría menciona cinco etapas a partir del diagnóstico las cuales son: Angustia, Frustración, Culpa, Depresión y Aceptación.

ETAPA DE ANGUSTIA.- Acepta que se llega a presentar la negación y el aislamiento, pero en la mayoría de ellos nace una real resignación en lugar de la negación puesto que el pueblo mexicano, a diferencia de Europa y E.U. es un pueblo naturalmente religioso, y esta religiosidad, así sea mal entendida y menos conocida, hace que el enfermo y su familia se resignen a, o acepten, la voluntad de Dios.

"Estamos en manos de Dios, nos dice la mayoría. Y casi siempre acompaña a esta fase, una triste pero clara sonrisa"³⁰

Durante esta etapa surgen varios sentimientos poco duraderos, pero el predominante es la angustia, incluso si aparece la negación pronto por la resignación, desaparecerá, sin embargo, la angustia persistirá, pero el miedo al futuro, que es la definición de angustia no aparece por causa de la muerte, está provocada más bien por saber cómo van a quedar los seres queridos. Los temores más frecuentes se refieren a la pobreza o soledad y desamparo. La presencia más notoria es la presencia de la tristeza y el combatir esta tristeza será la labor del tanatólogo. En cuanto a la angustia, que si existe, el tanatólogo deberá ayudar a que el paciente se de permiso de echarla fuera, de "escupirla, de vomitarla". El tanatólogo deberá

²⁹ REYES, Zubiría Luis Alfonso. comp. 2o. Congreso Nacional de Tanatología y Suicidio. T-I, 1a. ed. Asociación Mexicana de Tanatología A.C. México, 1994. p. 4

³⁰ Idem. p. 2

escuchar al paciente, y escuchar significa no solamente oír con atención, es "lograr una profunda y verdadera comunión de sentimientos".

Segunda etapa: FRUSTRACIÓN.

En esta etapa el autor aclara que si hay rabia, en muchos casos pero la misma religiosidad o un sentimiento de amor a la familia hace que muchas veces esta rabia desaparezca o quede totalmente reprimida. Aunque hay casos y surgen precisamente por la fuerte fe en Dios, en los que el paciente o el familiar manifiestan, no rabia, sino odio a Dios o a la vida y envidia.

En cambio la frustración si se presenta y la causa principal es porque "ya no tengo tiempo de terminar lo inconcluso, o de empezar de nuevo", o el "tiempo se acabó para probar que es cierto mi amor", "mi arrepentimiento", o "mi perdón" o por la impotencia a la muerte.

En esta etapa el tanatólogo puede trabajar en dos sentidos a) El enfermo terminal al igual que un anciano, no tiene futuro pero sí un pasado rico en experiencias, aquí, para el Dr. Zubiría cobra importancia la Esperanza y enfatiza en que ésta debe ser una esperanza real, nunca una esperanza mágica que encierra más bien una mentira piadosa, la esperanza real sería: El hacer sentir al paciente que su vida ha valido la pena de ser vivida precisamente por los detalles que conforman su historia personal.

Sin embargo la manifestación más abiertamente duradera en esta fase, al igual que en la etapa anterior, es la profunda tristeza.

"Cuantas veces he preguntado a un enfermo si se siente con Rabia o con IRA, odio o enojo, casi siempre su respuesta ha sido: "No solamente me

siento triste, muy triste..." De nuevo el tanatólogo deberá enfrentarse a la tristeza de su paciente".³¹

ETAPA DE CULPA:

Durante el proceso de duelo siempre surge una serie de culpas en las que reflexiona el sujeto, sin embargo éstas siempre estarán basadas en el absurdo, por lo que el tanatólogo tendrá que enfrentar al paciente o al familiar a lo absurdo de sus culpas. Porque a estas no hay que manejarlas, simplemente se deben quitar, porque de otra manera se convertirán en las más fieles y dolorosas compañías de la muerte, y la culpa produce también tristeza, por ello se hace urgente (aconseja el autor), la necesidad de perdonar y perdonarse para eliminar estos sentidos de culpa.

El Dr. Reyes Zubiría sostiene que no existen solamente dos depresiones (depresión Reactiva y Anticipatoria) como menciona la Dra. Kübler-Ross, sino que además existe la Depresión Ansiosa, esta se presenta casi siempre antes de la anticipatoria.

La DEPRESIÓN ANSIOSA: Es una depresión cargada de dolor, generalmente su primer síntoma es la aparición de hipocondria. "Las otras manifestaciones psicológicas variarán curiosamente dependiendo del tipo de enfermedad: un cardiópata manifestará mucha angustia, un cirrótico tendrá angustia y culpa, un enfermo de Sida estallará en rabia hacia Dios, un canceroso con frecuencia manifestará sentimiento de culpa referente a lo religioso "Dios me está castigando". Según las respuestas diferentes serán las ayudas pertinentes".³²

³¹ Idem. p. 3

³² Idem. p. 4

ETAPA DE ACEPTACIÓN:

De acuerdo a Kübler-Ross la etapa de aceptación se da dependiendo de si hubo tiempo para su preparación o si hubo una ayuda adecuada en el momento oportuno, pero además, agrega el autor, que también depende de la conciencia religiosa de su "espiritualidad" que lo conducirá a una aceptación de la muerte.

La participación del tanatólogo en esta etapa es estar con él para que no muera solo, ésta será la ayuda eficaz y poner especial atención a la religiosidad de la familia y al principio del trabajo de duelo.

Si le damos la importancia debida a dicha propuesta, nos percataremos de la gran aportación que el autor nos delega; sencillamente por estar basada en nosotros, "los mexicanos". Al respecto el Dr. Zubiria concluye con lo siguiente: "se que este trabajo puede despertar polémicas o al menos inquietudes. Las diferencias encontradas son diferencias que pueden cambiar la manera de realizar la terapia tanatológica". "Si estoy en lo correcto, lo que propuse será la manera de ayudar al mexicano, y a quien pertenezca a un pueblo de idiosincracia semejante".³⁵

Otro aspecto de importancia dentro del proceso de morir es el comportamiento de las personas de acuerdo a su edad cronológica, tener conocimiento de ello nos ayudará bastante a comprender al paciente terminal.

³⁵ Idem. p. 4

1.6 Personalidad en el Proceso de Duelo y Muerte

El entendimiento de la muerte como concepto se modifica en el transcurso de la vida. El entendimiento es un proceso intelectual que llega a los niveles más profundos de la conciencia por medio del conocimiento interior, creencias, experiencias y vocación.

En los sentimientos acerca de la muerte intervienen emociones tales como amor, odio, enojo, alegría y temor. El temor forma parte del instinto básico de sobrevivencia.

A muchos adultos nos confunden las emociones, las tenemos porque desde la infancia se nos enseña a no mostrarlas, a controlamos.

Los mensajes de control pueden seguir el molde de: "no te enojas... los niños grandes no lloran... las niñas bonitas son reservadas y tranquilas... no actúes como marimacho. Desde temprana edad aprendemos a negar el aspecto sensitivo de nosotros mismos. Nos avergonzamos si perdemos el control. El lema "clásico" de la sociedad occidental es: ¡SE ESTOICO! ¡CONSERVA LA SERENIDAD! ¡NO PIERDAS EL CONTROL! ¡NO SEAS EMOCIONAL!"³⁴

Si lloramos o reflejamos enojo, alegría o felicidad en nuestra actitud, no estamos seguros de cuál será la respuesta de los demás. Una razón por la cual los adultos pierden la capacidad para ser juguetones y divertirse, consiste en que se nos enseñó a reprimir la expresión emocional.

³⁴ O'Connor, Nancy. Déjalos ir con amor. (La aceptación del Duelo). Tr. del inglés por Ma. Elisa Moreno, 2a. ed. Trillas. México 1995. p. 113.

En la realidad, el proceso emocional en el dolor y el duelo es más prolongado y más difícil para las personas que aprendieron a ser estoicas y mantenerse a distancia de sus sentimientos.

- Un infante o una persona retardada tiene un autoconocimiento muy difuso. La comprensión del apego emocional a sus vidas es mínimo o inexistente.

Un niño de edad preescolar imagina a la muerte como una separación de sus padres principalmente; teme perderlos, y teme ingresar a un hospital. Estos temores son más reales que el miedo a la muerte. Con algunas explicaciones, tal vez piense que la muerte es como un largo sueño o la posibilidad de ver a Dios, a quien se imagina como una extensión de sus padres, una figura de autoridad.

- De los seis a los doce años, la muerte sigue siendo una fantasía, distante e irreal. Si a un niño de esta edad se le ha dicho que morirá, lo más probable es que haga travesuras o se queje de cualquier dolor o molestia para atraer la atención y busque la reafirmación de que se le quiere y no se le abandonará. El niño ya ha establecido lazos con otras personas fuera de la familia, pero aún no tiene claro el concepto del futuro. La muerte se puede ver como una interrupción de logros. "Pero si acabo de aprender a andar en bicicleta",³⁵ o una perturbación con las amistades.

Estos niños deben continuar con las actividades normales, como la escuela, deportes y pasatiempos, y con sus amistades todo el tiempo que sea posible.

³⁵ Idem. p. 115

- En la adolescencia, existe una creciente sentido de identidad y la exclusividad del "yo" como individuo. Un adolescente que se está muriendo puede considerar que el conocimiento de que él es valioso, que tiene una identidad y un mérito especiales, debe ser el sentimiento prevaleciente.

Los adolescentes todavía carecen del sentido de vivir por largo tiempo, aun cuando ya están empezando a planear el futuro. Por esta razón, los mejores soldados son jóvenes: son fuertes, temerarios, están dispuestos a arriesgar la vida por la gloria, la aventura y el reconocimiento.

Los adolescentes que enfrentan la muerte, deben permanecer, lo más posible, en contacto con sus amigos. La aceptación y el cariño de sus compañeros y aún la posición social, pueden ser más importantes para ellos que para sus padres.

- Los adultos jóvenes reciben la noticia de una enfermedad mortal con indignación y rabia comprensibles: 'No es justo', 'Apenas estoy empezando mi vida', 'No yo no ahora'.³⁶

Cuando la luz de autoconocimiento está empezando a brillar más, se extingue permanentemente; hay tanto que hacer y no se dispone del suficiente tiempo. Es posible que se tengan menos amigos que en la adolescencia, pero la calidad e importancia de la relación con superiores. La familia y unos cuantos amigos especiales son las principales fuentes de apoyo psicológico.

³⁶ Idem. p. 116

- Un adulto con menos de 40 años, enfrentará la muerte con profundos sentimientos de decepción, enojo y frustración: "No es justo". En esta etapa de la vida, demostramos nuestro valor con hecho y es tanto lo que hay que hacer, participar en política o en grupos comunitarios, trabajar, tener hijos, asistir a las reuniones de padres de familia o alguna otra asociación, viajar, aprender, alcanzar logros en el trabajo.

Los adultos jóvenes deben reducir sus metas y expectativas en la vida; tendrán que conformarse con otro cumpleaños, o unas vacaciones más con la familia. El tiempo final se vive con toda plenitud, pero el futuro se limita a mañana.

- Después de los 40 años, tal vez sea un poco más aceptable la noticia de la muerte inminente.

La edad madura entre los 40 y 65 años, es la época para disfrutar los beneficios del trabajo de los años anteriores. En algún momento, durante la década de los 40 a los 50 años, muchas personas experimentan otra crisis de identidad, similar a la de la adolescencia, cuando enfrentan los cambios en la apariencia física, una declinación en su fuerza vital, posición, y, posiblemente, una reducción en el interés sexual. Algunas veces, es la oportunidad para dirigirse hacia el interior de sí mismo y evaluar los objetivos y el esfuerzo de la vida, considerar la calidad, en vez de la cantidad, de la vida. También cambia la perspectiva del tiempo, y la gente empieza a pensar en el número de años que le quedan por vivir, en vez de en el número de años desde su nacimiento.

- Durante la edad de la madurez, la mayoría de las personas entierra a sus padres y se convierte en la generación de más edad. En las relaciones, la compañía se vuelve más importante que el sexo, y se puede obtener una

nueva profundización de la participación y comprensión en el matrimonio. El ajuste en los años maduros puede significar el aprendizaje de un cambio de valores con base física (material) a valores con base en la sabiduría, y el encuentro de soluciones nuevas y creativas a problemas actuales y futuros.

Asimismo, es la época en que se vacía el nido, los hijos dejan el hogar y los padres pueden vivir sin las demandas y presiones filiales. En estos años, se presenta una gran incidencia de divorcios, pero los matrimonios que sobreviven a esta crisis adquieren mayor solidez. En general, los hombres se vuelven más amables y sensibles y las mujeres más seguras de sí mismas.

Ya se han realizado muchas de las tareas de la vida, y sin embargo, estos años siguen siendo activos y productivos. La Muerte significa entonces la interrupción de la profesión y la reducción de las relaciones amorosas con cónyuge, hijos, nietos y amigos. La muerte ahora extingue la vida, antes de que ésta esté terminada.

Algunos en esta edad madura, pueden considerar a la muerte desde un punto de vista más filosófico, se reflexiona sobre el significado de la vida y la muerte, se evalúa si la vida ha tenido valor para si mismo y los demás.

- En la adultez avanzada se puede percibir la cercanía de la muerte. Después de los 60 años, revaloran el establecimientos de nuevos objetivos y otras formas de aprovechar el tiempo.
- En la vejez, se revisa la propia vida y tal vez se sienta satisfecho de que valió la pena, o trate de reparar fracasos anteriores.

- En el caso de una salud deteriorada o una enfermedad crónica, la muerte se puede ver como una bendición. Si la vida ha sido decepcionante, la muerte puede ser menos aceptable, quizás aún se desee resolver algunos problemas de la propia vida.

1.7 El proceso de duelo

1.7.1 Conceptualización:

La muerte es un tema que la sociedad esquiva, sin embargo, el duelo nos concierne a todos nosotros. Los fuertes sentimientos que surgen ante la muerte necesitan expresarse. Cada persona es una acumulación de material genético, factores culturales, antecedentes familiares, experiencias personales, etc. y su forma de enfrentar los problemas es única. Por lo tanto cuando experimentamos la muerte de una persona querida estos factores son los que determinan las diferencias en nuestra reacción.

"... El duelo es intensamente personal no hay dos personas que sufran igual".³⁷

Para Freud en su obra *Duelo y Melancolía*, define el Duelo como una respuesta a una pérdida real, ésta puede ser desde una persona, ya sea por muerte o separación, hasta una posición económica, un objeto o una relación de poder o aspecto social; es decir todo lo que significa una pérdida que de acuerdo a nuestra escala de valores cobra una relevante importancia que nos conducirá al duelo, por lo que "A una acción se opone siempre una reacción": "Algunos autores definen el Duelo como el mecanismo intrapsíquico mediante el cual el objeto perdido pasa a formar parte del Yo incorporándose al Yo ideal o al Superyo".³⁸

³⁷ O'Connor, Nancy. *Déjalor ir con amor*. (La aceptación del duelo). Tr. del inglés por María Elisa Moreno, 2a. ed. Trillas, México, 1985. p. 20

³⁸ Reyes Zubiría, Luis Alfonso, comp. 2o. Congreso Nacional de Tanatología y Suicidio. Tomo II, 1a. ed. Asociación Mexicana de Tanatología A.C. México, 1994. p. 169.

Si bien el Duelo es una respuesta normal que refleja un "desequilibrio" ante una pérdida ésta puede evolucionar a un estado patológico.

"... En el Duelo no existe la pérdida de autoestima; en la melancolía, en cambio, la pérdida surge como un repliegue de la catarsis con pérdida del propio Yo. El Duelo es pues, una emoción normal mientras que la melancolía siempre será patológica."³⁹

En la obra del Dr. Reyes Zubiría define el duelo de la siguiente manera:

"... el Duelo es una reacción normal ante una pérdida real, en la que se actúa para apartar la libido que se había instalado en el objeto perdido. El proceso implica el regreso de la libido al propio yo para poder establecer, luego nuevas relaciones con otros objetos. Debemos tomar en cuenta que en el proceso de Duelo, derivado de una pérdida real, la tensión que resulta del deseo vehemente y del amor al objeto perdido, junto con la conciencia de que ese objeto ha desaparecido para siempre, que ha desaparecido realmente, que no se le puede resucitar, refleja un desequilibrio intrasistémico. Por lo que un Duelo incompleto, reprimido, anormal, hacen un yo muy vulnerable: lo que dará paso a una verdadera depresión".⁴⁰

La importancia de aceptar el Duelo permite establecer nuevas relaciones en el trayecto de la vida, por lo cual la persona que lo experimenta y el Tanatólogo deben trabajar en ello oportunamente.

³⁹ Idem.

⁴⁰ REYES Zubiría Luis Alfonso, comp. 2o. Congreso Nacional de Tanatología y suicidio. T. II, 1a. ed. Asociación Mexicana de Tanatología A.C. México, 1994, p. 204.

Al respecto O'Connor Nancy menciona:

"La conducción del Duelo y el saber manejarlo significa comprender tus sentimientos, aprender a vivir con la pérdida y el cambio, ajustar los sucesos de una muerte o un cambio y sus consecuencias a tu vida, con el fin de que tú puedas seguir viviendo".⁴¹

"El objetivo de la lucha interna durante todo el proceso de duelo consiste en aceptar la realidad de tu pérdida, encontrar una nueva identidad y construir tu vida".

"Al aprender a vivir con una pérdida, lo más importante es que admitas tus sentimientos, tus emociones, Permite.... Permítete a ti mismo el sentir, el experimentar, el vivir de nuevo".

Por ello para la autora el Duelo lo define así: "El Duelo son todos los sentimientos, reacciones y cambios que ocurren durante el proceso de cicatrización de una herida por la pérdida de alguien querido".⁴²

A fin de complementar una definición de Duelo la obra de Louis Vincent Thomas menciona al respecto que:

"El Duelo es la vivencia penosa y dolorosa (dolere quiere decir sufrir) que causa todo lo que ofende a nuestro impulso vital. En primer lugar, la pérdida de uno mismo en el envejecimiento: pérdida de cabello, de capacidad física y genérica, de memoria y lucidez, a la que es menester resignarse. Más aún, la pérdida del ser amado, que ocasiona un profundo

⁴¹ O'CONNOR, Nancy. *Déjalos ir con amor*. (La aceptación del duelo). Tr. del inglés por Ma. Elisa Moreno, 2o. ed, Trillas. México 1995. p. 38

⁴² O'CONNOR, Nancy. *Déjalos ir con amor*. (La aceptación del duelo). Tr. del inglés por Ma. Elisa Moreno, 2o. ed, Trillas. México 1995. p. 9

desconcierto, una herida que equivale a menudo a una mutilación. El duelo en este caso se basa en el afecto".⁴³

A la luz de esta cita, se hace evidente la coincidencia del concepto con Freud al mencionar que el Duelo se presenta ante cualquier pérdida y con la autora Nancy O'Connor al definirlo como una "herida".

Sin embargo Louis Vicent Thomas especifica en la evolución del duelo con tres momentos: "También el duelo evoluciona con el tiempo. Como duelo anticipado comienza durante la agonía, paralelamente al "Trabajo de la muerte" que a su modo es el trabajo del duelo del moribundo. Después del fallecimiento, el duelo propiamente dicho pasa, en su evolución normal, por tres etapas principales. la primera coincide con la Instalación más o menos difícil en el duelo desde que se anuncia el acontecimiento; la segunda es la vivencia dolorosa, vinculada con el hecho de que no se abandona fácilmente una posición libidinal cuando la hemos investido, sobre todo si se trata de un ser muy querido; la última pone fin al duelo y determina el retorno a la vida normal. "Insistimos en estos tres momentos".⁴⁴

1.7.2 Etapas de duelo

La muerte es una de las situaciones más dolorosas e inesperadas que todas las personas debemos experimentar y enfrentar algún día en la vida, comprender, reaccionar, y dar apoyo adecuado puede ser de gran ayuda para las personas a las que se les ha diagnosticado una enfermedad terminal a quien está en agonía, así como para sus familiares, y personal médico y paramédico que labora en esas áreas. La mayoría de las personas

⁴³ Idem. p. 34

⁴⁴ THOMAS, Louis-Vincent. *La muerte*, Tr. del francés por adolfo Negrotto, Ed. Paidós, México 1991, p. 122.

pueden trabajar su dolor completo con el apoyo de familiares y amigos. Sin embargo algunas personas se apartan de ellos afligidos en su pena, por ello el Duelo nos concierne a todos nosotros, y los fuertes sentimientos que surgen ante la muerte necesitan ser conducidos y expresados.

Para adentrarnos en este tema se analizan cuatro autores: Dra. Kubler-Ross, Ant. Louis Vincent Thomas, Dr. Reyes Zubiría y O'Connor Nancy, cada uno de ellos con diferente nacionalidad y especialidad, con el fin de enriquecer y comprender dicho fenómeno.

La Dra. Elizabeth Kubler-Ross (Suiza) reconocida como la pionera mundial de la tanatología actual detalló cinco fases en la vivencia de morir, tanto del enfermo terminal como de sus familiares.

Desde el momento mismo del conocimiento del diagnóstico fatal entran en acción una serie de mecanismos de defensa que integran estas cinco fases, a la primera la llamó NEGACIÓN Y AISLAMIENTO. En esta fase se sufre de angustia. A veces el paciente tendrá gran necesidad de ser escuchado. A la certidumbre de la muerte próxima el sujeto opone un rechazo absoluto; pero esta negación por lo general es sólo en defensa temporal, que le permitirá retomar "aliento" antes de enfrentar la realidad.

La negación será una defensa provisional que será sustituida por una aceptación parcial. Esta fase inicial que comprende también periodos de depresión y aislamiento, contribuye a eliminar en parte el miedo y conduce generalmente a una calma relativa.

La segunda etapa la llamó IRA:

En ella aparecen sentimientos de rabia, enojo y resentimiento. La IRA se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra todos los que le rodean. Esta fase es difícil de soportar, tanto para las personas que lo rodean como

para el enfermo, puesto que éste se encuentra envuelto nada más por su dolor y limitado en su existencia. El enfermo se puede irritar si le muestran la parte alegre de la vida. Esta IRA puede venir por problemas inconscientes que comenzaron desde la misma infancia, o por la constante frustración en a que vive el paciente. Es muy importante nuestra tolerancia ante la rabia.

REGATEO: Al iniciar comprende períodos de depresión, que contribuye a eliminar (en parte) el miedo y conduce generalmente a una calma relativa, entonces sobreviene el regateo que es una negociación que se hace con Dios; se trata de prometer a Dios algo a cambio de diferir el plazo inevitable... la muerte. Lo que quiere lograr el enfermo o el familiar es más vida, o menos dolor.

Para la Dra. Kúbler-Ross estas promesas ofrecidas a Dios sólo son conocidas por el capellán, pueden relacionarse con ocultos sentimientos de culpa.

DEPRESIÓN: En esta etapa el enfermo presenta la depresión anticipatoria, se trata del dolor anticipatorio que el paciente tiene que sufrir como preparación íntima, ésta progresa hacia una aceptación que le permite acoger la muerte con serenidad.

La depresión anticipatoria es necesaria y beneficiosa según la autora pues es el único modo que hay para que el paciente muera en fase de aceptación y paz.

Suele suceder que en esta etapa el enfermo curse por otro tipo de depresión, la depresión reactiva, ésta aparece como respuesta a las pérdidas sufridas sean reales, simbólicas, económicas o afectivas desencadenadas por trastornos familiares.

La última etapa es: ACEPTACIÓN:

Si el paciente tuvo tiempo desde el momento en que le dieron a conocer su diagnóstico como enfermedad terminal y se le ayuda a través de todo el proceso, llegará a la etapa de aceptación, en ella hay variedad de sentimientos, no es una etapa feliz. Con el enfermo no debemos hablar, puesto que nada hay que decir, lo importante es la presencia de un ser que comprende. Un apretón de manos, una mirada o simplemente estar con él para evitar el que muera solo, pueden decir más que muchas palabras.

En esta etapa la familia es la que necesita más ayuda para aceptar la muerte de su familia. El paciente sufrirá mucho cuando él ya aceptó su muerte y percibe dolor en su familia que es incapaz de aceptarla.

Posterior a estas cinco etapas que se viven en el proceso de morir. La Dra. Kübler-Ross enfatiza la importancia de la esperanza; "todos los enfermos, aún los más realistas guardan siempre una chispa de esperanza".

El siguiente autor es: Louis Vincent Thomas quien bajo el punto de vista antropológico realiza algunas críticas a la obra de la Dra. Kübler-Ross.

"Sin duda pueden formularse objeciones. En alguna medida E. Kübler-Ross ha fijado y sistematizado el esquema global del morir. Olvida que hay diferencias vinculadas con la edad, el sexo, las causas de la muerte y el medio en que ésta se produce. No toma en cuenta que las etapas pueden superponerse, que ciertos retrocesos, siempre posibles, implican la reiniciación del proceso; que ciertas etapas, en especial las de la defensa, pueden estar ausentes en el caso de los niños o de los ancianos que llegan rápidamente a la aceptación; que el choque es más o menos acentuado y que la depresión, por lo general dura más tiempo que el rechazo; que la

soledad termina por imponerse, incluso en el caso del moribundo acompañado..."⁴⁵

El autor define tres etapas principales por las que evoluciona el Duelo, señala los sentimientos que en cada etapa se desencadenan y enfatiza en que durante la evolución de éste se entrelazan una serie de circunstancias que obliga a que la experiencia del duelo sea única.

Louis Vincent Thomas aporta que el duelo es experimentado tanto por el enfermo como por la familia y por el equipo médico asistencial.

El autor hace mención del duelo anticipado que ubica en el enfermo el cual se observa durante la agonía y lo nombra como: "duelo del moribundo".

Después del fallecimiento, se instala el duelo propiamente dicho que en su evolución normal pasa por tres etapas principales: La primera se ubica en el momento que se anuncia el acontecimiento. La primera reacción consiste en un estado de choque psicológico y físico, se observa intensa aflicción, pérdida de apetito, sueño, sensación de fatiga, apatía y opresión torácica. En esta etapa se experimenta la vivencia de negación, que no es más que el rechazo de la evidencia. "No, no es posible que haya muerto". Durante esta vivencia el familiar desencadena mecanismos de defensa para conservar la imagen del ser perdido, por ello responde con recuerdos, sueños, conservación de objetos, etc. Todo ello como una resistencia a perder el objeto libidinal depositado o identificado en el ser querido, posterior a ello se manifiesta la cólera, dirigida inicialmente contra el desaparecido y luego contra el familiar y todos lo que rodean al doliente.

La segunda etapa es la vivencia dolorosa:

⁴⁵ THOMAS, Louis-Vicent. *La muerte*. Tr. del francés por Adolfo Negrotto, Ed. Paidós, México, D.F. 1991. p. 73

Sobreviene una fase depresiva caracterizada por tres procesos: a) El mundo carente de sentido le parece vacío (No considera a nadie ni a nada digno de ocupar el lugar del objeto libidinal que el difunto ocupó) b) hostilidad hacia el mundo exterior y culpabilidad respecto a quienes nos rodean, por último c) la interiorización: como no se asume inmediatamente la realidad de la muerte del ser querido, le "brindamos una sobrevida instalándolo dentro de nosotros mismos" conservando algo íntimo (objeto, petición, consejo) del ser perdido.

La tercera etapa es la Readaptación:

El duelo del doliente modifica la disposición de su casa o se muda, acepta salir y verse con sus amigos, el estado depresivo desaparece al aceptar la realidad de la inexistencia de su ser querido, aprende a vivir con una pérdida sentimental que representa su familia. Al respecto del duelo experimentado por el equipo médico asistencial menciona:

"En cuanto al equipo asistencial, más a menudo sufriente que triunfante se define emocionalmente por medio de la rutina o la planificación, el activismo terapéutico o la autojustificación, e incluso la huida".⁴⁶

"El médico no tolera el fallecimiento inminente de su paciente porque pone de manifiesto el fracaso de su terapia y lo hace pensar en su propia muerte".⁴⁷

Louis Vincent Thomas identifica que el equipo de salud experimenta el Duelo ante la muerte de su paciente, sin embargo, la preparación académica por la que ha cursado e impide aceptar la muerte y antepone

⁴⁶ Idem p. 73

⁴⁷ Idem. p. 101

una serie de mecanismos de defensa que en el caso de la enfermera actúa dejando sólo al paciente (huida).

En general el médico y enfermería se resiste en colaborar en el proceso de morir mediante actitudes inconscientes, o más o menos conscientes, ya que su preparación va conducida a preservar la vida por lo que no encuentra salida hacia la libertad para permitir morir al paciente; cuando ya no es posible asegurarle una vida digna. La muerte del paciente se coloca como una fuente importante de frustración y una herida al narcisismo del médico, quien sólo se limita a proporcionar ayuda médica, olvidando las necesidades emocionales de un enfermo terminal. Es importante entender que cuando la curación ya no se contempla surge la necesidad de otro tipo de asistencia al enfermo terminal que le ayude a cursar su última fase de la vida con dignidad y en lo posible en paz.

El siguiente autor es el Dr. Alfonso Reyes Zubiría, nuevamente nos da a conocer las etapas para la elaboración del duelo fruto de su experiencia como tanatólogo en México; él básicamente fundamenta su aportación en la tristeza. "Creo que no podemos hablar de duelo sin hablar también de tristeza. No debemos confundir nunca, tristeza con depresión".⁴⁸ Hace hincapié en que éste aspecto es el primer punto concreto de atención, puesto que puede obligar a la psique a funcionar mejor bajo la influencia de otros sentimientos, aunque sean también negativos; en cada etapa la tristeza puede convertirse en ansiedad, rabia, enojo, culpa e incluso, en mecanismos hipocondríacos o psicósomáticos.

A la primera etapa la nombré "Catástrofe del Yo". El yo se siente lastimado se experimenta un vacío interno. Así, el yo está posiblemente mutilado; en esta etapa aparece la negación, pero no la negación común

⁴⁸ Reyes Zubiría Luis Alfonso; Memorias del Segundo Congreso Nacional de Tanatología y Suicidio. TI, Primer Simposio Internacional, 1994, p. 4

“No es cierto, no pudo pasar”; más bien es la sensación de estar viviendo sólo una pesadilla de la cual se despertará y volverá a ser como antes. Son momentos en los que se siente fluctuar sobre nubes; sensación que puede durar varios meses. Pero al caer en cuenta que la muerte fue real, la profunda tristeza, vivencia de desdicha, se transforma en depresión, afecto que reemplazará todos los demás. Es la etapa de máximo dolor.

La rabia es la segunda etapa: es el primer mecanismo de defensa que no libera el sentimiento de pérdida, y a más de la rabia para con Dios, médico, etc., incluso al mismo que murió aparecerá un sentimiento de rabia hacia el propio yo, la cual se transformará en culpa. Culpa por no haber sido bueno con la persona que murió, culpa por haber impedido su muerte. Culpa porque en momentos hasta se deseó su muerte.

Como ya se nos mencionó en el capítulo del proceso de morir, “la culpa se basa siempre en un absurdo”, si no la quitamos se transformará en la más fiel y dolorosa compañera de la muerte. Partiendo de esto último surge entonces la **tercera etapa: etapa del perdón**. Quien cursa por el dolor del duelo debe en primer lugar perdonarse, y perdonar al tú, cualquiera quien sea. Si no perdonamos viviremos inmersos en una profunda tristeza mientras no se pueda perdonar.

“Si lo logramos, sólo si en verdad perdonamos al yo y al tú, entonces si llegaremos al fin del camino del proceso del Duelo. Viviremos no la resignación nefasta, sino la plena aceptación: la que restituirá la mutilación de mi yo, la que dará sentido a mi vida, la que me ayudará a vivir, pero vivir a plenitud. Última etapa del Proceso de Duelo”.⁴⁹

⁴⁹ Idem. p. 4

Por último en forma breve enlistaremos las cuatro etapas que O'Connor Nancy nos proporciona: "todos los cambios significativos en la vida implican un proceso de duelo, ya que le decimos adiós a una parte del antiguo ser, a viejas formas, a caminos familiares".⁵⁰ Realmente su contribución no es tan metódica más bien es práctica.

- Etapas I:** Ruptura de los antiguos hábitos. Desde el día del fallecimiento hasta ocho semanas.
- Etapas II:** Inicio de reconstrucción de la vida. De la octava semana hasta un año.
- Etapas III:** Búsqueda de nuevos objetos de amor o amigos. A partir del primer año hasta dos años.
- Etapas IV:** Terminación del reajuste. Después de los primeros dos años.

Estos plazos no son rígidos, constituyen más bien un lineamiento flexible basado en lo que reportan generalmente las personas que han atravesado por un proceso de duelo. Mucho depende, desde luego, del grado de intimidad que haya habido con la persona que falleció.

Otro factor importante es el conocimiento previo de la pérdida inminente. Si el fallecimiento estuvo precedido por una larga y grave enfermedad, y se tuvo la oportunidad de empezar la elaboración del duelo antes de que ocurriese la muerte.

Previo análisis de las diferentes etapas que cada autor propone es válido afirmar que independientemente de cada una de ellas es bien certero asentir que una de las experiencias más desafiantes para la condición humana consiste en adaptarse a la soledad.

⁵⁰ O'Connor, Nancy. *Dejalos ir con amor (La aceptación del Duelo)*. Tr. del inglés por Ma. Elisa Moreno, 2a. ed. Ed. Trillas. México 1995. p. 37.

Durante la mayor parte de nuestra vida participamos en una relación tras otra. Casi todos nosotros dejamos a nuestros padres para vivir con un cónyuge o amante, y después nos convertimos en padres a nuestra vez. Incluso las personas que no tienen familia, generalmente están inmersos en amistades, relacionados del trabajo, actividades o proyectos sociales y otras formas de convivencia con los demás.

Como resultado, pensamos que necesitamos a los demás para completarnos e integramos.

Otros cambios también causan dolor: cada año sobrevienen más de un millón de divorcios; hijos, parientes y amigos sufren por la conmoción y confusión de perder una relación valiosa. La gente abandona una carrera, tiene accidentes, envejece; todo esto realmente es una "pérdida".

No obstante, el duelo sigue un patrón predecible; aun cuando cada uno de nosotros siga los pasos de ese patrón a su propio modo, es muy útil saber que los demás comprenden nuestros sentimientos.

Los sentimientos de dolor perduran por un lapso mayor del que permite la vida en sociedad en general, incluso los amigos más cercanos a veces esperan que volvamos a la "normalidad" en unas cuantas semanas después de un deceso, pero el vivir con una pérdida no es tan fácil. La pérdida de una persona a la que amamos a través de la "muerte" es una de las experiencias más traumáticas de la "vida".

1.8 Aspectos que influyen los procesos de muerte y duelo

Para quien verdaderamente esté interesado sin ser necesariamente ni médico ni psicólogo, si debe ocuparse de ciertas manifestaciones y

anomalías en el funcionamiento de la personalidad, tanto del enfermo terminal como de su familia. Para cumplir con su cometido, debe conocer lo más profundamente posible la personalidad del enfermo terminal y la de la familia de éste, con quien deberá trabajar y esto en el menor tiempo posible, para poder entender y comprender el por qué de las reacciones de ellos.

“Algunos autores definen personalidad como las manifestaciones externas de la conducta, o como experiencias subjetivas del hombre. También consideran como “personalidad” las pautas recurrentes de conducta características de cada individuo. Estas pautas se manifiestan como respuestas a tensiones súbitas y persistentes de la vida”.³¹

El Duelo es en sí la respuesta normal al dolor y a la angustia de la pérdida, es el proceso de recuperación después de que ocurre una pérdida perturbante en la vida, es un estado de intranquilidad incómodo y doloroso que exige una respuesta de acuerdo a nuestra personalidad porque el objetivo de la lucha interna durante todo el proceso de duelo consiste en aceptar la realidad de la pérdida, en encontrar una nueva identidad y reconstruir la vida. Todo ello dentro de un marco de estabilidad.

“Fromm reconoce que la conducta humana es motivada por sus necesidades biológicas. Pero la motivación y la conducta están determinadas culturalmente. La sociedad origina nuevas necesidades tan imperativas como la sed y la sexualidad. La sociedad y la adaptación social ocasionan la pérdida de la libertad y espontaneidad natural.”³²

³¹ REYES, Zubiría Luis Alfonso. Curso Fundamental de Tanatología T-I, 1a. ed. Asociación Mexicana de Tanatología A.C. México 1991, p. 11

³² Curso Fundamental de Tanatología T-I. cit. en: p. 35

NEUROSIS:

Un tanatólogo debe conocer suficientemente el tema de la neurosis. En muchos momentos tendrá que tratar con personas neuróticas, neuróticas, por la fuerza y profundidad del dolor que lleva consigo al saberse enfermo terminal o conocer que un ser querido se está enfrentando a su muerte o tener que elaborar el duelo reciente, soportar la vida llena de pérdidas significativas (en el caso del canceroso).

Sin embargo "vivimos en una sociedad que desafía a la muerte, combatimos y repelemos a la muerte, nos apresuramos a terminar con nuestro duelo y tenemos prisa por volver a la "normalidad".⁵³ Esta actitud provoca que el proceso de duelo sea más difícil" y desconcertante para los familiares ya que el hacerlo niegan la importancia y profundidad de sus sentimientos y si el Duelo no se experimenta, se trunca, se reprime o se niega e interioriza, puede conducir a una seria enfermedad física o emocional referente a los trastornos de la personalidad.

"Trastornos de la personalidad en el sentido psicoanalítico: se entienden trastornos del carácter, se entiende por carácter la manera habitual como el YO establece una armonía entre las tareas representadas por las exigencias internas y el mundo externo, podemos hablar de patologías cuando las manifestaciones del carácter son tan exageradas que producen una conducta auto y/o extradestructiva, o cuando el funcionamiento de la persona se vuelve distorsionado o restringido, o cuando representa causa de malestar para la persona o para los que están con ella."⁵⁴

La neurosis de ansiedad en familiares y pacientes se caracteriza por un miedo cuya causa es desconocida por el mismo que lo experimenta.

⁵³ Curso Fundamental de Tanatología, T-I. Cit. en p. 38.

⁵⁴ Idem, p. 101

Existen diversos grados de ansiedad: de la simple sensación de inquietud hasta grados de pánico y terror.

El paciente se encuentra bajo el sentimiento de una amenaza constante, a la espera de un peligro inminente que puede presentarse de un momento a otro, pero siempre impreciso e indefinido. Esta espera es tan dolorosa que muchas veces, la presencia de un peligro concreto es recibida como alivio.

Una característica de esta neurosis es que el paciente es incapaz de safarse de ella; al contrario, cada vez descubre que se encuentran más bajos sus efectos mentales y físicamente hablando, y que le es imposible controlar la tensión interna que lo consume. Por ello tiene un gran temor a la muerte.

1.9 Algunos aspectos Religiosos y Culturales: acerca de la muerte y el proceso de duelo.

Todos los patrones religiosos influyen en el pensamiento y en la conducta del paciente en agonía y su familia. Sirven para poder explicar algunas de la amplia gama de reacciones que cualquier asistente de un enfermo agonizante puede enfrentar y que pueden abarcar desde una agradable aceptación hasta un miedo petrificante. No todos serán igualmente fervientes devotos de su religión o filosofía de la vida y pueden no haber pensado en una clara posición religiosa, o ateísta. Sin embargo, esto no quiere decir que no tendrán necesidades espirituales distintas a sus necesidades religiosas. El principal requisito en todos los casos es la privacidad, tranquilidad, bienestar y el libre acceso a la ayuda y servicio religioso tanto como esa persona lo desee. Antes que nada, una actitud sensible por parte de todos aquellos que cuiden de los moribundos y de su familia que puede apoyar y ayudar a la persona como un ser complejo.

Ayudar al enfermo a sus familiares, requiere de diferentes modos de acercamiento: dependerán, fisiológica y psicológicamente, del estado que tenga el paciente y de las etapas por las que estén pasando cada uno de los miembros de su familia. Y exige, también, vigilar las emociones de quienes los cuidan. Esto, que nos parece obvio es ignorado por muchos.

Para el Dr. Reyes Zubiría la espiritualidad no es algo aparte de la condición de ser humano, sino que es parte inherente a él.

“Lo espiritual no es algo aparte de la condición de ser humano. La espiritualidad no es monopolio de la religión. La espiritualidad es algo ontológicamente esencial al hombre mismo”.⁵⁵

Recordando la tesis principal del autor confirmaremos lo relevante que es la religión en el pueblo mexicano al enfrentar la muerte.

“Esto lo vive el tanatólogo continuamente. No hay enfermo en Fase Terminal, o familiares de enfermos moribundos, que no busquen la paz y el consuelo en lo profundo de su espiritualidad. No hay persona que se esté enfrentando ya a su muerte inminente, o que esté luchando por sobrevivir, que no busque a Dios, a su Dios personal, a su Dios verdadero. Y el Tanatólogo deberá, siempre, ayudarlo en este camino de encuentro o de reencuentro, que es camino de paz, de aceptación y de dignidad.”⁵⁶

1.9.1 La Iglesia Católica

El espíritu Santo es el don máximo del Padre a la humanidad, que viene como fruto de la Pasión y Muerte de Jesucristo.

⁵⁵ Idem. p.

⁵⁶ Idem. p.

Llenarse de él significa renacer a la libertad y vivir la vida verdadera. A ese renacimiento se le llama Bautismo; la palabra Bautismo viene del griego "Baptizein" que significa "sumergir", "lavar". Los cristianos creen que es a través de la muerte de Jesús que la humanidad se ha reconciliado con Dios. También creen que por la resurrección de Cristo. El salvó al mundo de la muerte y del pecado y que da nueva vida a quienes crean en Él. Esta nueva vida va más allá de la sepultura y puede ser experimentada por el creyente cuando se convierte en Cristiano a través del rito del bautismo con agua en "el nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo". El creyente recibe el don del Espíritu Santo en el bautismo, y su compromiso con Jesucristo se reafirma posteriormente en vida a través de la Confirmación (o Comunión) cuando se permite al creyente recibir el sacramento de la Santa Eucaristía (el Cuerpo y Sangre de Cristo) en forma de pan y vino bendecidos por el ministro oficiante o sacerdote.

Dentro de la tradición cristiana, varios grupos religiosos tienden a hacer énfasis en varios aspectos. Algunos le conceden mucha importancia al oficio de la palabra Bíblica, otros a los sacramentos y otros enfatizan ambas de igual forma: algunos pacientes y familias estarán muy claros acerca de su religión y de la clase de servicio que desean recibir, mientras que otros ni siquiera han pensado en ello. Sin embargo, se le debe brindar al paciente toda clase de oportunidades para prepararse a morir en la forma en que desee y para ver al sacerdote o ministro. El paciente católico normalmente deseará ver a un sacerdote y recibir la "Extremaunción". En un principio esto se asociaba con los "últimos ritos", pero actualmente se les administra a personas que no necesariamente están agonizando y tiene como objetivo ayudarlos a lograr la verdadera salud y no sólo prepararlos para la muerte. Usualmente la persona hará un acto de confesión, recibirá la absolución, la Sagrada Comunión y la unción con aceite. Este servicio puede dar mucha tranquilidad a los parientes y al paciente, y el nuevo énfasis evita que el enfermo se torne muy aprensivo.

En el caso de los bebés o niños pequeños, los padres pueden desear que sean bautizados y que se les ponga en contacto con el capellán apropiado. Ante una situación de urgencia, un miembro del cuerpo médico puede bautizar a un niño si el capellán no está disponible. Sin embargo, posteriormente se le debe informar al capellán que se realizó el bautizo.

A la hora de la muerte, los parientes pueden desear que un sacerdote esté presente para orar con o por el moribundo así como para encomendarle a Dios el cuidado de esa persona y ofrecer apoyo a los familiares. Por lo general, hay dos aspectos de estas oraciones de comendación en que se expresa confianza en Cristo y en su labor de salvación que son tanto encomendar al moribundo a la merced y al amor de Dios, así como autorizarle morir.

No existe ninguna objeción religiosa para que se lleve a cabo una autopsia ni para que se donen órganos para trasplante, aunque hay personas que pueden tener fuertes razones personales a este respecto. El cuerpo médico debe asegurarse de que los parientes sepan que tienen el derecho de impedir el permiso a menos de que esté implicado el forense.

1.9.2 Judaísmo.

Los preceptos religiosos que se siguen son muchos y muy complejos. Incluyen el culto a un sólo Dios, cumpliendo con los tradicionales mandamientos que se le dieron a Moisés y explicados por el Rabino, y practican la caridad y la tolerancia hacia sus semejantes. El Sabático Judío empieza el viernes por la tarde antes del anochecer y termina con la aparición de las tres primeras estrellas el sábado por la noche. Los judíos ortodoxos no pueden escribir, encender aparatos eléctricos, cocinar, viajar, enterrar a sus difuntos ni firmar documentos durante el Sabático. Los judíos encomendados a venerar la vida y la vida de salvación sobre todos

los mandamientos y por ello, en ciertas circunstancias ubicarán el Sabático y los festivales por debajo de las necesidades del cuidado de la salud cuando posiblemente se ponga en juego la vida de alguna persona. El Sabático es el día de descanso y existen servicios de sinagoga los viernes por la noche y los sábados por la mañana. Cuando el Sabático termina, se enciende una vela y se da una bendición por la semana subsiguiente. La posibilidad de encender velas (ya sea que signifique el inicio del Sabático, el final del mismo o algún otro festival), es fuertemente valorado por el paciente judío cuando se encuentra hospitalizado. Las restricciones alimenticias están generalmente provistas de alimentos especialmente preparados de acuerdo al ritual judío ("Kosher") y asegurándose de que la carne y la leche no estén mezcladas en el mismo platillo. (Algunas zonas pueden tener un Hospital especial con servicio de alimentos Kosher). La religión y la cultura judía están inexplicablemente mezcladas y no todas las familias serán ortodoxas, el cuerpo médico tiene la posibilidad de discutir las necesidades individuales con los familiares implicados.

El Judaísmo enfatiza el valor de la vida y la falta de un adecuado apetito puede angustiar a los parientes quienes pueden creer que la persona se está "dando por vencida" muy rápido. Aun cuando existen oraciones especiales que pueden rezarse en tiempo de enfermedad y cuando se acerca la muerte, en el Judaísmo no hay ninguna necesidad particular de que un intermediario proporcione los "últimos ritos" y por tanto, un judío agonizando puede solicitar no ver a un Rabino. Cuando la muerte ocurre, hay manera respetuosa y especial de tratar el cuerpo y no se permite ninguna mutilación del mismo a menos de que haya alguna disposición legal definida para practicar una autopsia. Los judíos ortodoxos no desearían que sus órganos les fueran retirados para trasplante. En primer término, ningún órgano vital deberá ser retirado del cuerpo hasta que la muerte haya sido demostrada por el paro completo de todas las funciones

vitales espontáneas y no solamente por lo que se conoce como "muerte clínica", como en el caso de daño cerebral irreversible.

El funeral generalmente se lleva a cabo en el transcurso de 24 horas o tan pronto como sea posible y el cuerpo, por lo general, se entierra. Un "vigilante" puede permanecer con el cuerpo hasta el momento del entierro. Dependiendo del sexo del difunto (a), un compañero o compañera prepara el cuerpo en presencia de tres miembros de la comunidad. El cuerpo es lavado en forma especial y amortajado antes de ubicarlo en un sencillo ataúd y de que se pronuncien las oraciones. Hay un período de luto familiar de siete días durante los cuales se reza y los dolientes visitan a la familia acongojada. Es importante que el cuerpo médico o el asistente traten al cuerpo con respeto y con cuidado por el pudor del individuo. No deben lavar el cuerpo, simplemente cerrarle los ojos, enderezarle los miembros, envolverlo en una sábana sencilla y trasladarlo a la funeraria. Si hay necesidad de tocar el cuerpo, deben utilizar guantes desechables.

1.9.3 Budismo.

El camino de la vida budista ofrece preceptos para el bienestar ético y espiritual de cada individuo y los exhorta a tener compasión, por cualquier forma de vida. Dado que creen en la reencarnación, todos los budistas deben aceptar la responsabilidad de la manera en que ejercen su libertad, ya que las consecuencias de la acción pueden ser vistas en vidas posteriores. Por tanto, es importante que el individuo se comporte correctamente y esto incluye no matar. El aborto y la eutanasia activa no están permitidos. Los budistas aceptan las transfusiones de sangre y el trasplante de órganos ya que sus creencias, es fundamental ayudar al prójimo. El paciente budista con frecuencia es vegetariano y a menudo buscará la ayuda del cuerpo médico para asegurarse de que pueda tener un tiempo de total tranquilidad para meditar. En los moribundos puede rechazarse la administración de medicamentos que pueden obnubilar la

conciencia si éstos interfieren en su capacidad para meditar, especialmente porque meditar sobre su propia muerte ejercerá influencia en la siguiente reencarnación.

Los budistas generalmente creman a sus muertos con el fin de que su alma pueda ser liberada del cuerpo para entrar dentro de su siguiente existencia. Normalmente no hay ninguna creencia solemne final, con excepción de que el cuerpo debe ser envuelto en una sábana lisa, sin ningún símbolo, después de que el cuerpo médico realizó los servicios tradicionales finales. El tiempo de depósito depende del calendario lunar y puede variar de tres a siete días. Lo más importante es que el sacerdote Budista, (preferentemente de la misma escuela de la persona fallecida), sea informado lo mas pronto posible. La mayoría de los budistas estarían muy satisfechos de poder proporcionar el nombre de "a quién llamar" cuando son admitidos en el hospital, y si están agonizando apreciarían una visita del sacerdote budista antes de morir.

1.9.4 Musulmanes.

Los musulmanes son originarios de todo el mundo. Algunos pueden ser europeos o norteamericanos, pero en Gran Bretaña la mayoría de los musulmanes son de la India, Bangladesh, Pakistán, África y de los países Arabes. Por lo tanto, el idioma de los musulmanes depende del país de origen; Urdu, Punjabi, Gujarati o Arabia. Los seguidores del Islam son adecuadamente llamados Musulmanes y no debe referirse a ellos como mahometanos. Su libro sagrado es el Corán, y su día sagrado el Viernes. Hay varios productos alimenticios que están restringidos principalmente el alcohol, el puerco y sus derivados.

A los pacientes musulmanes se les debe consultar acerca de sus necesidades personales ya que las generaciones antiguas tienden a ser más conservadoras en sus actitudes. Generalmente la mezquita local proveerá

los servicios de un imán o sacerdote cuando la familia no ha establecido aún el contacto necesario.

Las labores religiosas que un practicante musulmán deseara llevar a cabo son conocidas como los cinco "pilares" del Islam:

- Fe en Dios;
- Oración diaria (cinco veces al día además de las abluciones o lavamientos);
- Ayuno o abstinencia durante el Ramadán;
- Dar limosnas;
- Realizar una peregrinación a la Meca.

Un paciente en cama necesitará una oportunidad para lavarse (preferentemente en agua corriente, esto es vertida de una jarra) antes de rezar y después de ir al baño. Un moribundo deseará continuar su patrón normal de oraciones tanto como sea posible.

No es necesario que una persona en agonía vea a un imán ya que los parientes generalmente conducen las oraciones, lecturas y ceremonias necesarias. En el momento de la muerte, las últimas palabras en labios de un musulmán deberían ser "No existe ningún otro dios que no sea Alá y Mahoma es su profeta". Cualquier practicante musulmán puede decir esto al oído del moribundo si éste es incapaz de decirlo por si mismo. Después del deceso, el cuerpo no puede ser tocado ni lavado por nadie que no sea musulmán. Se le debe voltear la cabeza hacia el hombro derecho (para enterrarlo con la cara hacia la Meca), los miembros enderezados y el cuerpo envuelto en una sábana sencilla. Generalmente el entierro se lleva a cabo cuanto antes, de preferencia en el transcurso de 24 horas. Lo usual es que no se practique la autopsia, pero si ésta es requerida por el forense,

los parientes solicitarán que posteriormente todos los órganos sean devueltos al cuerpo para poder enterrarlo.

1.9.5 Hinduismo y Sikhismo.

Para los asiáticos, la higiene y el pudor son dos aspectos muy importantes de la vida así como el respeto hacia los profesionistas de cualquier raza. Se espera que los practicantes de la medicina tradicional (ayurvedos) sean hábiles, incorruptos y que respeten la confidencialidad. De aquellos que practican la medicina occidental se espera que mantengan en alto los mismos patrones. No hay ningún problema en relación a las transfusiones de sangre ni al trasplante de órganos.

A los Sikhs no les agrada la idea de que se realice la autopsia, pero la aceptan si es requerida por el forense. El cuerpo debe dejarse en libertad tan pronto como sea posible para permitir que el funeral tenga lugar; generalmente la cremación. Los parientes pueden desear llevarse el cuerpo (o las cenizas) a su casa para enterrarlo.

Si un paciente Hindú está agonizando en el hospital, los parientes pueden traerle dinero y ropa para que los toque antes de distribuirse a los necesitados. Si los visitantes no pueden ir al lado del lecho por sí mismos, les agradecerán a los asistentes que los ayuden a hacerlo. Algunos parientes también aprovecharán la oportunidad para sentarse con el paciente moribundo y leer un libro sagrado (por ejemplo: Bhagavad Gita, Capítulos 2, 8 y 15). Si el sacerdote Hindú está presente, puede ayudar a las personas a aceptar la muerte (como lo inevitable) de una manera filosófica. Puede, asimismo atar un hilo alrededor del cuello o de la cintura del paciente como una bendición. El paciente puede desear acostarse en el suelo para estar más cerca de la madre tierra en el momento de la muerte y ayudar así a la subsiguiente encarnación. Después de la muerte, los parientes procederán a lavar el cuerpo y vestirlo con ropa nueva antes

de sacarlo del hospital. Tradicionalmente, el hijo mayor del difunto será quien encabece esto independientemente de lo joven que sea. La familia puede desear llevarse el cuerpo a la India para que sea cremado y subsecuentemente esparcir las cenizas en el Río Sagrado.

1.9.6 Humanistas y Ateos.

“El hombre es la medida de todas las cosas” es la piedra angular de la filosofía humanística, que piensa que el hombre puede, por sí mismo, mejorar su propia situación sin ninguna ayuda sobrenatural. Un humanista, por tanto, tiene fe en la inteligencia del hombre para traer sabiduría y comprensión al mundo y poder resolver los problemas morales de libertad, tolerancia, justicia y felicidad. Por la relación tan estrecha entre el cuerpo y la mente es inevitable, señala el humanista, que al morir, la vida de una persona se termine por completo. Por tanto, no creen en la inmortalidad. El énfasis humanístico en la realización en esta vida conduce a una concentración de esfuerzo por resolver los problemas de dolor, sufrimiento y muerte que buscan limitar ese nivel de realización. Este motor para la investigación y el descubrimiento también está presente en otros sistemas de creencias, como en el Cristianismo, en donde se sostiene que el alivio al dolor y a una muerte digna son importantes.

1.9.7 Protestantismo

El corazón de la religión cristiana está la figura de Jesucristo quien, ante los cristianos, ha sido tanto humano como divino.

Ellos aceptan y tratan de seguir sus enseñanzas como están escritas en el Nuevo Testamento, así como el desarrollo y la aplicación de esta enseñanza en la vida de la Iglesia. Desde los días del Fiel Abel, los siervos de Dios habían esperado con anhelo la Descendencia predicha por Jehová. Se les había revelado que esta descendencia sería el Mesías, o “Ungido”, que cumpliría el propósito de Dios.

Esto lleva a una identidad con Jesús, que incluye tanto la vida como la muerte. En las cartas de San Pablo se ve clara la convicción de que los fieles son resucitados con Cristo.

Lutero ex Monje Agustino, siglo XVI, declaró: "somos justificados no por lo que hacemos, sino por la fe". Con estas palabras nace un concepto fundamental para la teología protestante: el concepto de la justificación ante Dios. Para que se tenga una idea más clara del pensamiento de Lutero, se puede afirmar que la "rectitud" no puede ser de ninguna manera, algo que se está haciendo, por bueno y recto que sea, ni siquiera con la asistencia de Dios: "No es recto aquel que hace mucho, sino aquel que, sin obrar, cree mucho en Cristo".

En cambio para Calvino, el otro gran reformador del siglo XVI, fundador de la Iglesia Calvinista, predica: "No existió obra alguna de un hombre Pío que, si fuera examinada ante el estricto juicio divino, no revelara ser condenable".

Calvino a diferencia de Lutero, enseña la importancia de la vida virtuosa y del esfuerzo por ser moralmente buenos: no sólo cuenta la fe, sino que también las buenas obras; esta aparente contradicción con su doctrina de la predestinación, la explica diciendo que, el sólo hecho de que el hombre pueda realizar el esfuerzo de vivir conforme a las buenas obras, es el signo de que tal persona pertenecía al grupo de los elegidos. Las virtudes principales son: sobriedad, lo que significa también modestia y moderación; justicia y piedad, o sea, religiosidad. La base de toda esta doctrina, al igual que en Lutero y en San Pablo Apóstol, es la Fe.

1.10 La actitud de enfermería en los procesos de duelo y muerte

1.10.1 La enfermera y el proceso de duelo.

La enfermera es un ser humano como cualquier otro, y no está exenta de sufrir cierto grado de depresión al atender a pacientes en fase terminal. Los sentimientos que afloran con mayor frecuencia en el personal de enfermería son: depresión, frustración, rabia, enojo, culpabilidad, inadecuación y a la larga, insensibilidad. Mientras más joven es la enfermera, tiene una mayor tendencia al enojo, luego a la depresión y por último al desánimo.

El atender enfermos terminales le genera a la enfermera un problema de ansiedad y resalta su temor hacia su propia muerte, pero en la medida en que ella se siente segura de la atención y los cuidados que brinda, disminuye esta ansiedad y aumenta su satisfacción.

Es innegable el hecho de que la enfermera siempre establece lazos emotivos tanto con el paciente como con la familia, y en el caso de enfermos terminales no está, por lo general, preparada para un adecuado manejo de la situación, ni para hablar de muerte ni mucho menos para poder expresar sus sentimientos. El personal que mayor contacto tiene con la muerte es el personal en las unidades de terapia, urgencias, medicina interna y cirugía, oncología en ambas y geriatría.

Es importante por ello el estar dispuesto a hablar, a admitir los propios temores, dudas e inquietudes, pero también el aprender a escuchar en forma empática para poder aligerar la carga emotiva propia así como la del equipo de trabajo.

Es importante que el equipo de trabajo se abra para facilitar la expresión de emociones sin temor, sin censura y sin acciones punitivas hacia quien

expresa sus sentimientos. Bajo estas circunstancias siempre habrá alguien en el propio equipo que se abra, que extienda la mano y brinde su comprensión y apoyo, en una situación que es por demás 100% humana, normal y natural.

Cuando el personal logra llevar a cabo estas sesiones los sentimientos que con mayor frecuencia afloran son: la culpabilidad, la sensación de inadecuación e impotencia que pueden surgir fácilmente por los cuestionamientos tanto del paciente como de la familia a la enfermera, en donde la enfermera ante la desesperanza que percibe, quiere responder lo mas correcto, o lo mejor o ideal, y no sabe qué o cómo y finalmente, aflora la insensibilidad.

La culpabilidad es la emoción más difícil de manejar y puede presentarse de mil diversas maneras: en la impotencia ante el dolor y el sufrimiento, cometiendo un error, incluso finiquitando nuestras labores de enfermería, en lo que hubiéramos podido hacer, etc.

Difícil es decir que no existen realmente acciones específicas para minimizar la culpabilidad, solo el tiempo y la comprensión, resolverán estos sentimientos. Es por esto, repitiendo, que la acción de grupo, las sesiones donde se puedan ventilar sentimientos y emociones son la mejor ayuda, ya que por una parte coadyuvan a diluir la carga y el problema al compartirlo, y brindan la posibilidad de externar y escuchar posibles alternativas y estrategias ofrecidas por los miembros del equipo.

Analizar nuestros sentimientos es de gran valor y requiere de tiempo y cierto grado de madurez, las sesiones de grupo son muy valiosas para lograrlo, es importante saber que no necesariamente lo que se dice es lo que cuenta, sino el cómo lo expresamos, y el mensaje de la palabra

siempre va anexado al lenguaje corporal que a fin de cuentas, es el que más habla de nosotros.

Para evitar la frustración, ayuda a establecer objetivos a corto plazo para el paciente, que sean realistas y alcanzables, por ej.: ofrecerle lo que le guste comer, permitirle períodos de descanso sobre todo si tuviera muchas visitas, no molestarlo cuando esté dormido (constantes vitales), permitirle ver y gozar el sol o la luna, etc., ya que con estos pequeños detalles la enfermera le da calidad de vida a su paciente, recibiendo ella a la vez una sensación de vida y significancia.

En cuanto a la insensibilidad, la enfermera debe tener cuidado, de no impacientarse ante los problemas o circunstancias por las que atraviesan sus pacientes o los familiares o los colegas del servicio, y nunca tomar las cosas como que van dirigidas hacia su persona.

La relación enfermera-paciente terminal.

Esta relación es un proceso tan importante como los conocimientos científicos y experiencia para enfrentarse con los problemas. El factor más importante en esta relación es con mucho el nivel de confianza; el paciente tiene que creer que el personal de enfermería que lo atiende es competente, que harán todo aquello que estimen necesario para darle el mejor cuidado posible, que no lo abandonarán y que continuarán haciendo lo mejor posible sea cual fuere el resultado. En pocas palabras, el paciente debe creer que el personal de enfermería cuida de él y de lo que suceda.

Otro aspecto importante radica en que el personal no debería mentir deliberadamente al paciente, puesto que si éste lo descubriera, le perdería la confianza y el respeto, quizás en el justo momento en que fueran más necesarios.

Esto es cierto sobre todo respecto a decirle o no al paciente la verdad sobre su diagnóstico.

A menudo también se descuida el papel de la familia; en general, es preferible que todos quienes estén relacionados con el paciente sepan que este tiene cáncer.

Debemos tener presente que comúnmente el estadio terminal es el momento en el 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 la esperanza y la sensación de soledad que constituyen el peor aspecto del sufrimiento de estos pacientes, puede reducirse considerablemente, e incluso anularse, si el tratamiento del paciente terminal se considera también como parte integrante del tratamiento antitumoral. Así, el tratamiento del paciente terminal comprende tanto el control del dolor y de los restantes síntomas como el de los problemas emocionales y socioambientales, y esto es responsabilidad tanto del médico como del equipo de enfermería.

Atención al paciente terminal.

Los cuidados al paciente terminal son un intento terapéutico que tiene en cuenta el cambio que representa para un individuo cuya muerte es inminente el pasar de una asistencia con finalidad curativa a otra con finalidad únicamente paliativa. La meta de este tipo de asistencia es conseguir que el paciente termine su vida con la mínima alteración de sus actividades habituales y permaneciendo en su ambiente familiar.

Esta modalidad terapéutica de atención al paciente con cáncer en etapa terminal requiere de un método interdisciplinario para proporcionar

asistencia médica, social, psicológica, emocional y espiritual mediante un amplio marco de profesionales y personas voluntarias, y su finalidad es conseguir la máxima comodidad física, espiritual y psíquica del paciente.

Los servicios que deben proporcionarse a pacientes terminales son:

- 1.- Ayuda u apoyo científico, humanístico, religioso y en general de todo conocimiento humano. (Tanatología)
- 2.- Asistencia de enfermería proporcionada por personal altamente calificado.
- 3.- Servicios médico-sociales proporcionados por un asistente social.
- 4.- Servicios médicos.- cuidados médicos generales para paliar y controlar la enfermedad terminal y sus complicaciones.
- 5.- Servicios de asesoramiento.- que se proporcionen al paciente y a la familia; Estos servicios incluyen consejo espiritual, dietético, psicológico.
- 6.- Cuidados intrahospitalarios.- si estos se llegaran a requerir.
- 7.- Aparatos médicos, suministros, equipos, medicamentos.- para ayudar al paciente y brindar comodidad; y los fármacos para paliar y controlar los síntomas relacionados con la enfermedad.
- 8.- Servicios de ayuda para la salud a domicilio.- cuidados de la casa y del paciente para conseguir un ambiente sano y seguro, bajo la supervisión de personal de enfermería.
- 9.- Terapia física, ocupacional y servicios para la patología del habla.- para que el paciente pueda realizar sus actividades cotidianas o sus habilidades básicas.
- 10.-Apoyo frente a la aflicción.- se ofrece a la familia tras la muerte del paciente por un periodo de un año.

1.11 Papel de la enfermera

- La enfermera tendrá presente que el miedo del paciente a la muerte es menos importante que el miedo al proceso de morir.
- Tener en mente que las palabras y las acciones no tienen que prometer curación sino cuidados, tranquilidad y apoyo.
- Ver al paciente moribundo como una persona, ser humano, satisfaciendo sus necesidades, profundizándose en su mundo.
- Escuchar al paciente.
- Respetar la individualidad del paciente, pidiendo siempre su autorización para la realización de cualquier actividad (necesaria, médica, de intervención).
- Informar siempre al paciente y a familiares lo que está sucediendo.
- Permitir que tome parte de las decisiones que se refieren a sus últimos días y a su muerte.
- No hacer promesas al paciente de algo que no se pueda cumplir.
- Relacionarse con la familia del enfermo, estimulando a los miembros de la familia a participar en el cuidado del enfermo terminal, esto les ayudará a reducir sus sentimientos de culpabilidad, reproche e impotencia.
- Prepárelos para cualquier procedimiento, equipo, eventualidad que puedan ver en la habitación del paciente.
- Responda al enfado y hostilidad del paciente con apoyo y comprensión.
- Cuestionarse todo el tiempo que tan importante puede ser permitir actos heroicos ante el paciente moribundo.
- Sea sensible a los ruegos verbales y no verbales del enfermo solicitando compañía.
- Fomentar actividades físicas: terapias ocupacionales y recreativas.

Actitudes ante el paciente en Fase Terminal (Fase Agónica)

La muerte es un tópico que suele evitarse y cuando sobreviene se achaca el fracaso a la ciencia médica, aunque la muerte puede ocurrir de manera súbita y sin advertencia, la mayor parte de las muertes se esperan.

Como la mayoría de las personas mueren en un hospital, los profesionales de la salud la presencian con mayor frecuencia que los otros grupos de personas.

Con objeto de brindar cuidado eficaz al paciente moribundo será necesario que los profesionales dedicados a la asistencia de la salud, entre ellos enfermería, revisen sus propios sentimientos, temores y actitudes sobre la muerte.

La enfermera (o) que se siente incómoda con el problema de la muerte se sentirá igual en presencia del paciente moribundo.

Los signos de muerte inminente se clasifican en:

1.- Signos precursores.

- Reflejos que desaparecen en forma gradual y no hay movimientos.
- Respiración rápida con períodos de apnea.
- Expresión de angustia y en muchas ocasiones aparición de cianosis.
- Piel fría y húmeda.
- Pulso acelerado y rápido, pupilas midriáticas y mirada fija al aumentar la anoxia.
- Hipotensión e hipotermia.
- Pérdida de conocimiento y sensibilidad.

2.- Signos de valor absoluto.

- Suspensión de la respiración.
- Falta de circulación.
- Enfriamiento progresivo del cuerpo hasta la temperatura del medio ambiente.
- Resequedad de la piel.
- Aparición de una "teilla" en la córnea.
- Pupilas dilatadas e inmóviles con retracción de los globos oculares.
- Rigidez de las extremidades superiores e inferiores.

La familia del enfermo también necesita apoyo durante la fase terminal. Por lo regular lo mejor que puede hacer la enfermera (o) es escuchar con atención a los pacientes, en tanto desahogan sus sentimientos. La familia también debe recibir orientación y ayuda acerca de la forma de cuidar al enfermo en el hogar, y se les recordará que coman y duerman regularmente para que no se enfermen por el exceso de cuidados.

Lo anterior indudablemente es de relevante importancia: Desde luego que es sumamente fácil plasmarlo en una hoja de papel y leerlo, pero, ¿verdaderamente se lleva acabo si no se está bien preparado? ¿Realmente cubrimos las necesidades del Paciente Terminal y de la familia como debiera ser?. Si somos honestos bien sabemos que no, sin embargo afortunadamente ya se cuenta con la posibilidad de recurrir a una disciplina, la cual nos proporcionará todos los conocimientos necesarios para hacer frente a toda serie de acontecimientos que desencadena el proceso del Morir y el proceso de Duelo.

Además es gratificante saber que los conocimientos que la tanatología nos ofrece no son exclusivamente aplicables a pacientes terminales o en fase

terminal; sino también serán útiles a uno mismo y las personas que nos rodean, en este caso nos referimos a nuestros seres queridos.

1.12 Tanatología

Etimológicamente significa: Thanatos, muerte, y logos, tratado o estudio, es el estudio sobre la muerte.

Filosofía

La Tanatología tiene como finalidad el ayudar al hombre a morir con dignidad, en paz, con plena aceptación; ayudar a los familiares de un enfermo terminal a que se preparen para la muerte del ser querido; ayudar a los que sufren por la muerte, a que elaboren el duelo, en el menor tiempo con el menor dolor posible. La participación del Tanatólogo es desde el momento en que al paciente y familiar es informado del diagnóstico de enfermedad terminal.

Función de la Tanatología

Hasta ahora sabemos que la tanatología ha sido difícil de aceptar por el gremio médico, posiblemente por falta de conocimientos de la misma, por lo difícil que es enfrentar la muerte de sus pacientes y de ellos mismos. Al aparecer el tanatólogo en el ambiente hospitalario, empieza a desempeñar su función.

Uno de los primeros objetivos a lograr para el tanatólogo, es hacer que el paciente se sienta como una persona íntegra, ya que muchos de ellos han sido renegados por sus familiares y también el trato que muchos de ellos reciben en el hospital es muy impersonal.

El mismo médico cuando tiene un enfermo en estado terminal, prefiere canalizar su tiempo y energía en otro tipo de paciente, las enfermeras también los descuidan, pues piensan que ya no tienen necesidades prácticamente de nada. Y también tiene que ver el miedo que pueda producir el ver morir a alguien.

Es muy importante devolverle la autoestima al paciente, ayudarlo a reducir sus conflictos personales. Ayudarlo a que acepte su muerte, que no sienta culpa de ningún tipo, ayudarlo a él y a sus familiares a despedirse y a que la separación no provoque que el enfermo no pueda morir en paz y lograr que los familiares tengan un duelo equilibrado.

No olvides que el tanatólogo pueda ser el mediador entre paciente y familiar para que resuelvan conflictos personales. Su labor, es espiritual, de apoyo al paciente que sufre, a la familia que está siendo afectada en su ecosistema por la presencia de la muerte y por un duelo que pueda llegar a ser patológico, lo cual nos traería muchos problemas en el futuro difíciles de resolver.

El tanatólogo también es el enlace entre el médico tratante y su paciente, entre el médico y la familia. El tanatólogo puede percibir muchas veces mejor que el médico las necesidades del paciente y de los familiares, porque puede dedicarles más tiempo, además de que su enfoque no es hacia el problema orgánico, sino más bien al psicológico, emocional, espiritual y moral. Por todo lo dicho anteriormente, vemos porque la labor del tanatólogo es de vital importancia dentro del hospital.

El médico está educado para prolongarle la vida a su paciente y el tanatólogo para ayudar al paciente al buen morir, ayudarlo a que resuelva sus asuntos pendientes para que pueda estar en paz, tanto con él mismo, con sus familiares, así como asuntos legales también.

1.12.1 La tanatología y el equipo de salud.

¿Dónde y cómo entra el tanatólogo en el equipo de salud?

Un equipo de salud debe constar, mínimo del médico tratante, de enfermería, de los especialistas, de trabajo social, del ministro religioso, del psicólogo y, en casi todos los casos, de la familia del enfermo. Al menos estos son los indispensables. Cada uno de ellos debe cumplir aquello que se espera de su función profesional del médico, el tratamiento curativo si es posible, y si no, los cuidados paliativos y el manejo del dolor, de enfermería se espera toda la atención y solicitud que el enfermo, la familia y el mismo médico necesiten; de los especialistas su diagnóstico y tratamiento requerido; de trabajo social, su orientación y apoyo tanto al enfermo como a la familia, del ministro religioso, el consuelo que brinda la fe, la religión y la espiritualidad del psicólogo, la ayuda profesional referente a los procesos psicológicos y emocionales de la familia, nutriólogo para manejo dietético especializado.

¿Y el tanatólogo? ¿Qué se espera del tanatólogo?

El tanatólogo es el especialista que atiende los aspectos del proceso de morir; la angustia especial, muy especial, que sufre el paciente y la familia, desde el momento mismo de conocer el diagnóstico fatal. El tanatólogo tendrá que curar este dolor, el del proceso del morir, tanto en el enfermo como en la familia; y aliviarlo, es necesaria su intervención con el equipo de salud, mediante sesiones de psicoterapia científica.

Pero el papel del tanatólogo no termina como sucede con otros profesionales de la salud con la muerte del paciente su función continua hasta que el familiar, pueda concluir su trabajo de duelo, hasta que llegue a la verdadera aceptación de la muerte de su ser querido y se reintegre a la sociedad. Sabemos que hay duelos patológicos que impiden al ser humano integrarse productivamente a la sociedad, y la intervención del tanatólogo es valiosa para su incorporación a la sociedad. El tratamiento del tanatólogo es tan importante como el tratamiento médico quirúrgico, se trata de una psicoterapia científica, que se sustenta por el conocimiento de la psicopatología humana y en la formación de una alianza terapéutica que tiene que ser total y positiva.

1.12.2 El perfil del tanatólogo.

No todos pueden ser tanatólogos, para serlo se necesita tener ciertas e importantes características. A continuación presento el perfil del tanatólogo, propuesto por el Dr. Reyes Zubiría, Presidente de la Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.

“Presento un perfil del tanatólogo, con algunos rasgos vitales; necesarios para la atención de su paciente, debe tener:

- 1) Un profundo conocimiento, total, de la ciencia o disciplina científica tanatológica. Sin éste cometerá muchos errores. Y no es ético presentarse ante quien sufre los dolores de la muerte y de la desesperanza, sin la mejor preparación científica tanatológica.
- 2) Ser capaz de tener compasión: real empatía sin sentimientos fingidos.
- 3) Habilidad para identificar las necesidades de su paciente.
- 4) Habilidad para desarrollar relaciones interpersonales llenas de significado.
- 5) Sentido del humor: poder reírse de lo absurdo de una situación.
- 6) Honestidad para saber decir "No se".
- 7) Capacidad de decir las cosas como son, sin recurrir a mentiras piadosas que rompan la confianza entre tanatólogo-enfermo-familia.
- 8) Generosidad en dar su tiempo y paciencia para escuchar todo el tiempo que sea necesario para el enfermo o para los familiares.
- 9) Humildad para aprender, reconocer, aceptar correcciones y perdonar y perdonarse.
- 10) Saber lo que es y lo que exige el amor incondicional y, lo más importante vivirlo".

"Tener esto, es ser verdadero tanatólogo. Por supuesto que este perfil puede tomarse también como todo un programa de vida, como metas muy valiosas a alcanzar. Realmente ser tanatólogo vale la pena y lo que vale cuesta, dicho de otra manera ser tanatólogo exige tener todo un estilo de vida".⁵⁷

Todo esto dicho en esta cita del Dr. Reyes Zubiría con respecto al perfil del tanatólogo solo resta reflexionarlo.

⁵⁷ REYES ZUBIRÍA, Luis Alfonso, Curso Fundamental de Tanatología y suicidio. T-I, 1a. ed. Asociación Mexicana de Tanatología A.C., México, 1991, p. 6

Paciente Terminal

El enfermo terminal no es el moribundo, tanatológicamente hablando. Se trata de un paciente que no es moribundo, citemos al Dr. Zubiría:

“Definimos al enfermo terminal como: aquella persona que padece de una enfermedad potencialmente terminal, por la que probablemente vaya a morir en un tiempo relativamente corto”.⁵⁸

Considero conveniente resaltar que el paciente terminal es aquel que se ha enfrentado a la muerte desde que sabe que padece una enfermedad mortal.

“Si un enfermo tiene la sensación de que todo esfuerzo es inútil, dado que de todos modos va a morir, empezará a sufrir con un sufrimiento muy intenso, lo mismo que sus familiares”. Sentirá un aislamiento creciente, una pérdida de interés por todo y una desesperación cada vez mayor podrá empeorar rápidamente al caer en una depresión profunda de la que difícilmente saldrá si no recibe la ayuda adecuada y oportuna. Por lo que la intervención del tanatólogo debe tener lugar entre el diagnóstico definitivo y la muerte.

Enfermo en fase terminal.

“Es la persona moribunda. Hacemos hincapié en “persona” ya que un moribundo sigue siendo persona, por más moribundo que esté”.⁵⁹

Entendemos como enfermo fase terminal aquel que perdió los mecanismos de defensa necesarios para preservar la homeostasis y que no responde a

⁵⁸ Ibid. p. 14

⁵⁹ Ibid.

las medidas terapéuticas que se le aplican. Necesariamente cursa con insuficiencias orgánicas progresivas que lo llevarán directamente a la muerte biológica, (paciente agónico).

Tal distinción nos hace reflexionar que las necesidades de un enfermo terminal son diferentes a las del enfermo en fase terminal y por consecuencia la atención del equipo de salud debe ser diferente.

1.12.3 Los Derechos del Paciente Terminal

- Vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, espiritual, vocacional y social compatible con el estado resultante de la progresión de la enfermedad. La fase final de la vida es también una fase de crecimiento y desarrollo personal.
- Vivir independiente y alerta. Este derecho le permite ejercer su autonomía.
- Tener alivio de su sufrimiento físico, emocional, psicológico, intelectual, espiritual y social.
- Conocer o rehusar conocer, todo lo concerniente a su enfermedad, su estado; el proceso de morir.
- Ser entendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen.
- Ser el eje principal de las decisiones que se tomen en la etapa final de su vida.

- Que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente, ni se apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales.
- Hacer el mejor uso creativo posible de su tiempo. El mejor uso posible del hoy, ya que el mañana es incierto, si es que llega.
- Que sean tomados en cuenta, antes y después de su muerte, las necesidades y temores de sus seres queridos.
- Tiene derecho a morir con dignidad, plena aceptación, en total paz y tan comfortable y apaciblemente como sea posible.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En una institución hospitalaria dentro del área de oncología adultos por medio de experiencias y vivencias obtenidas con pacientes terminales, fue posible contemplar en ellos y en la familia una laguna de dudas, desesperación, tristeza, incertidumbre, angustia, esperanza, ira, etc. Este desequilibrio emocional inicia comúnmente en la familia al conocer el diagnóstico de su enfermo; en muchos casos estas circunstancias los orilla a tomar decisiones equivocadas. Y si toman decisiones certeras prevalece en ellos la incertidumbre de saber si fue correcta esa determinación o tal vez había otra mejor; es ahí donde surge el sentimiento de culpa el cual les impedirá vivir a plenitud por un largo tiempo, o posiblemente por el resto de su vida.

En cuanto al enfermo terminal el ocultarle su diagnóstico y pronóstico contribuye a descartar la objetividad de su propia muerte, sin embargo; aún teniendo previo conocimiento de su patología, en la mayoría de los casos el paciente se despersonaliza por no canalizar adecuadamente los múltiples sentimientos que se desencadenarán. Obviamente también experimentará el desequilibrio emocional en forma similar al de la familia, pero con una enorme desigualdad; "él es quien va a morir".

Por otra parte, el desarrollo de la tecnología medica durante este siglo, ha hecho difícil el poder conciliar el énfasis entre el diagnóstico y la curación con la aceptación inevitable de la muerte, y dado que el objetivo principal de la medicina y por ello del médico es curar, la muerte representa para muchos un fracaso. La atención del enfermo terminal y el moribundo se dificulta en una institución hospitalaria dedicada a curar, pues el equipo médico en general no sabe como actuar y resulta común que este tipo de pacientes y sus familiares sean evitados y a veces marginados. Generalmente en el hospital, la presencia de la muerte en los pacientes es

un signo de frustración ya que se considera un fracaso para la ciencia médica; desafortunadamente en su mayoría tanto el personal médico como el de enfermería no saben como enfrentar ese momento crítico en la vida del paciente. Estas circunstancias son desfavorables para la familia, les impide asimilar que el duelo puede considerarse sano y aceptable; además les evita contemplar a la muerte como algo natural perteneciente al ciclo de la vida.

Ante este panorama se define la temática de estudio bajo el siguiente enunciado: ¿Cuál es la dinámica del proceso de duelo y muerte en pacientes terminales oncológicos?.

3. HIPÓTESIS

Los sentimientos y reacciones más importantes en la dinámica del Proceso duelo-muerte son: angustia, frustración, culpa, depresión, rabia, regateo, esperanza, negación, aislamiento y rara vez aceptación; así mismo este proceso involucra los aspectos: religioso, espiritual, psicológico y social entre otros. El verdadero conocimiento de tal fenómeno, el apoyo familiar y el tipo de enfermedad del paciente oncológico terminal deberán reconocerse para establecer la necesidad de un equipo tanatológico.

4. OBJETIVO GENERAL:

Dar a conocer la dinámica del proceso duelo-muerte del paciente terminal oncológico para demostrar la necesidad de integrar un equipo tanatológico.

un signo de frustración ya que se considera un fracaso para la ciencia médica; desafortunadamente en su mayoría tanto el personal médico como el de enfermería no saben como enfrentar ese momento crítico en la vida del paciente. Estas circunstancias son desfavorables para la familia, les impide asimilar que el duelo puede considerarse sano y aceptable; además les evita contemplar a la muerte como algo natural perteneciente al ciclo de la vida.

Ante este panorama se define la temática de estudio bajo el siguiente enunciado: ¿Cuál es la dinámica del proceso de duelo y muerte en pacientes terminales oncológicos?.

3. HIPÓTESIS

Los sentimientos y reacciones más importantes en la dinámica del Proceso duelo-muerte son: angustia, frustración, culpa, depresión, rabia, regateo, esperanza, negación, aislamiento y rara vez aceptación; así mismo este proceso involucra los aspectos: religioso, espiritual, psicológico y social entre otros. El verdadero conocimiento de tal fenómeno, el apoyo familiar y el tipo de enfermedad del paciente oncológico terminal deberán reconocerse para establecer la necesidad de un equipo tanatológico.

4. OBJETIVO GENERAL:

Dar a conocer la dinámica del proceso duelo-muerte del paciente terminal oncológico para demostrar la necesidad de integrar un equipo tanatológico.

un signo de frustración ya que se considera un fracaso para la ciencia médica; desafortunadamente en su mayoría tanto el personal médico como el de enfermería no saben como enfrentar ese momento crítico en la vida del paciente. Estas circunstancias son desfavorables para la familia, les impide asimilar que el duelo puede considerarse sano y aceptable; además les evita contemplar a la muerte como algo natural perteneciente al ciclo de la vida.

Ante este panorama se define la temática de estudio bajo el siguiente enunciado: ¿Cuál es la dinámica del proceso de duelo y muerte en pacientes terminales oncológicos?.

3. HIPÓTESIS

Los sentimientos y reacciones más importantes en la dinámica del Proceso duelo-muerte son: angustia, frustración, culpa, depresión, rabia, regateo, esperanza, negación, aislamiento y rara vez aceptación; así mismo este proceso involucra los aspectos: religioso, espiritual, psicológico y social entre otros. El verdadero conocimiento de tal fenómeno, el apoyo familiar y el tipo de enfermedad del paciente oncológico terminal deberán reconocerse para establecer la necesidad de un equipo tanatológico.

4. OBJETIVO GENERAL:

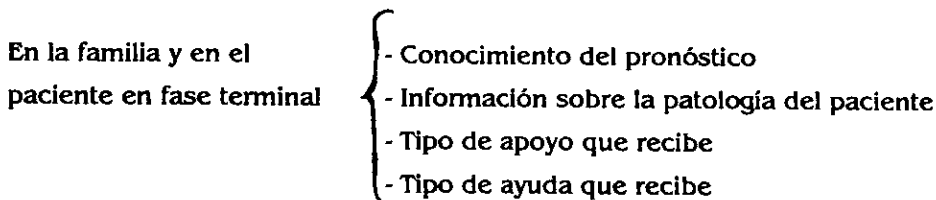
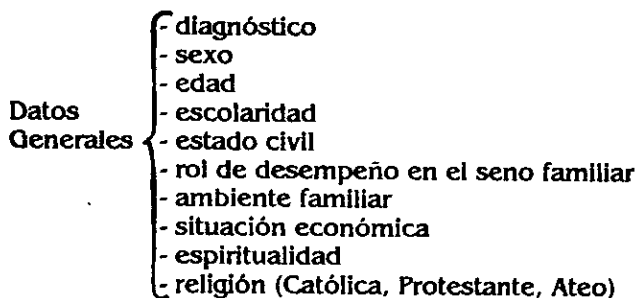
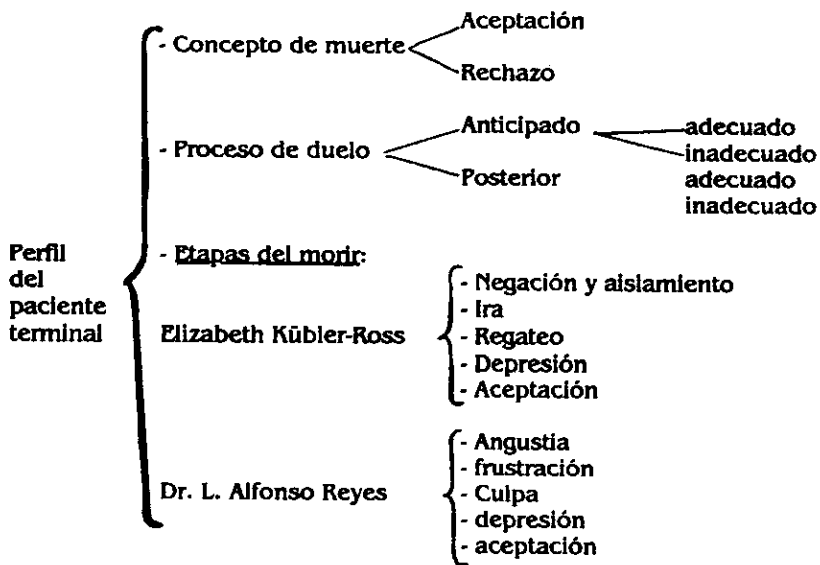
Dar a conocer la dinámica del proceso duelo-muerte del paciente terminal oncológico para demostrar la necesidad de integrar un equipo tanatológico.

4.1 Objetivos Específicos

- Detectar la serie de emociones, sentimientos reacciones y/o factores que intervienen en el proceso terminal del paciente oncológico adulto así como de las personas que lo rodean.
- Con base en los hallazgos hacer notar las necesidades y carencias que este tipo de pacientes tienen.
- Proponer a los directivos de esta unidad, la integración de un equipo tanatológico para cubrir las necesidades del servicio de Oncología y de otros que requieran dicha ayuda.

5. VARIABLES DE ESTUDIO

Cualitativas



6. METODOLOGÍA

A) Diseño:

Se realizó un estudio transversal, observacional, abierto en pacientes oncológicos adultos.

La selección se efectuó considerando el estado Mental, Emocional y Físico (en este orden) en que se encontraba el paciente.

La obtención de la información se hizo mediante entrevista directa estableciendo un primer contacto. La estrategia fundamental fue aprovechando los espacios y cualquier momento derivado de las interacciones propias de la relación enfermera paciente.

Se manejó la entrevista en ciclos de apertura, desarrollo y cierre en una sola sesión o máximo en un solo turno.

La recolección de la información se basó en una guía de entrevista que atiende directamente a las variables de estudio; no obstante por el propio estudio, la información fue determinada por la propia psicología del paciente.

El documento de la información se realizó al finalizar la entrevista y fuera de la unidad del paciente.

B) Universo:

Se incluyó en el estudio a pacientes oncológicos diagnosticados clínicamente como terminales todos ellos con sus respectivos familiares,

desde luego en ambos casos se contó con la autorización documentada de los entrevistados (Anexo 1)

C) Muestra

Se toma una muestra no probabilística; integrada por al menos 50 pacientes hospitalizados que tengan el diagnóstico de paciente terminal atendido en el servicio de oncología médica y quirúrgica.

D) Definición de los sujetos de observación

Aquella persona que padece una enfermedad oncológica potencialmente terminal, por la que probablemente vaya a morir en un tiempo relativamente corto. Considerando que el paciente se está enfrentando a la muerte.

E) Criterios de inclusión

- Paciente terminal oncológico:

- ◆ Orden biológico: Condiciones físicas de falla orgánica múltiple, que puede presentar un paciente para considerarlo terminal.
 - ◆ Orden psicológico: Condiciones de conducta ante la muerte permitiendo valorar la actitud y con ello la resistencia a los procedimientos que se utilizarán para su cuidado y manejo general y especial.
 - ◆ Orden social: Condiciones prevaleciente que favorecen o no una condición terminal que sustentado en los anteriores puede modificar el manejo.
- Cualquier sexo
 - Mayores de 18 años
 - Cualquier patología oncológica

- Valorado en el servicio de oncología
- Quienes acepten participar en el estudio en hoja de consentimiento
- Pacientes hospitalizados que se encontraron con su familiar.

F) Criterios de exclusión

- Pacientes intubados
- Pacientes afónicos
- Pacientes que solicitaron alta voluntaria

G) Criterios de eliminación

- Muerte durante el turno
- Pacientes inconscientes
- Pacientes que presentaron alteraciones de conciencia durante la investigación

PROCESAMIENTO DE DATOS

Recolección.

El marco teórico se integró a través de la recopilación e información bibliográfica, elaborando fichas de trabajo. La información respecto a los procesos de Duelo y Muerte que contemplan las variables de estudio se obtuvo directamente de pacientes, familiares y equipo de salud, mediante una entrevista para procesar los datos en forma descriptiva.

- Método:
Entrevista
- Técnica:
Entrevista Instrumentada

- Instrumento:

Guía de entrevista (Anexo 2)

Clasificación de Datos

(Nivel de manejo de duelo)

- Recuento: Tarjetas simples.
- Presentación: Descriptiva
- Análisis: Interpretativo

Aspectos Éticos

La investigación no afecta la individualidad del paciente, ni intenta o viola el secreto profesional de los involucrados y tiene especial cuidado en la psicodinámica e interacción familiares – paciente.

Organización para la Investigación

Asesorías de Investigación:

Metodológica o Interna.

Lic. Enf. Teresa Sánchez Estrada

Especializada o Externa.

Dr. L. Alfonso Reyes Zubiría

(Presidente de la AMTAC)

Dra. Alexandria Hernández Dworak

(Psiquiatra)

Psic. Rubén Moreno Figueroa

(Miembro de la AMTAC)

Intrahospitalaria.

Dr. Jesús Robles Villa

Cirujano Oncólogo; médico adscrito del
CMN 20 de Noviembre ISSSTE

Dr. Fernando M. Saldivar Galindo

(Cirujano Oncólogo; médico adscrito del
CMN 20 de Noviembre ISSSTE)

Tesista.

Aurora Morales Espinoza

**CUADROS
Y
GRÁFICAS**

RESULTADOS

Los datos muestran que de 50 pacientes valorados el 66% tienen 50 años o más y 36 son mujeres, de ellas 12 tienen cáncer cervicouterino. A pesar de ser un grupo reducido de pacientes, como dato sobresaliente que se obtuvo comparando con otros registros es la similitud de cáncer cervicouterino como causa principal de muerte. (Cuadros 1 y 2)

En cuanto a la actitud del paciente terminal frente a su realidad 29 manifiestan angustia, 18 rechazo y únicamente 3 aceptación (cuadro 3). No obstante que el 10% recibe apoyo espiritual y el 10% apoyo psicológico. El otro 80% de los pacientes terminales entrevistados no reciben ningún tipo de apoyo emocional. (Cuadro 5)

Considerando la religión punto clave en la preparación para la muerte, cabe señalar que de los 50 pacientes estudiados: 44 son católicos, 4 protestantes y 2 manifiestan no tener alguna religión. De estos mismos sólo 2 católicos y 1 protestante consideran estar preparados para aceptar su muerte. (Cuadro 6)

Otro aspecto que se comentó con los pacientes fue la factibilidad de aceptar maniobras de resucitación en la fase terminal. De los 50 pacientes únicamente 1 aceptó reanimación cardiopulmonar mientras que 49 la desaprobaban; tomando porcentajes aún cuando existe un 56% de personas angustiadas, un 36% rechazando la muerte y un 6% con preparación aparente para concluir su proceso terminal. La reanimación cardiopulmonar es indiscutiblemente rechazada. (Cuadro 7) Así mismo 49 pacientes desean morir en su casa y sólo 1 en el hospital. Este dato es manifestado a pesar de que la opinión de los pacientes en cuanto al trato médico y paramédico es buena, refieren el 50% de los entrevistados, pero otro 26% regular y mala en un 24%. (Cuadro 8)

Finalmente referente a conocimiento de términos tanatológicos evidentemente los ignoran tanto los pacientes terminales como familiares de los mismos.

De los 50 pacientes terminales entrevistados con sus respectivos familiares sólo 4 saben quien es paciente terminal mientras que 46 lo desconocen; esta respuesta es similar ante el conocimiento de la fase terminal, y en cuanto a información tanatológica, 2 cuentan con ella por pertenecer al equipo de salud pero 48 respondieron no tener idea al respecto. (Cuadro 9)

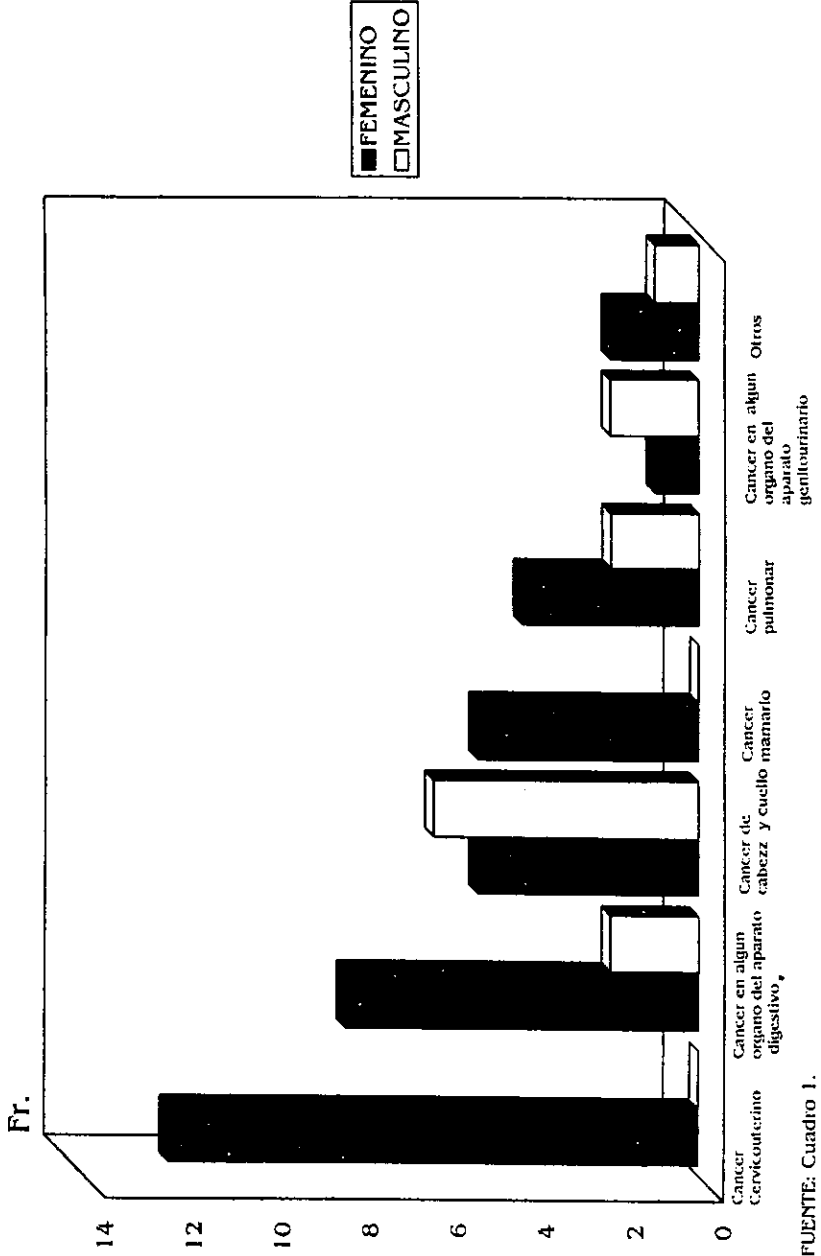
CUADRO No. 1
DIAGNÓSTICOS OBTENIDOS EN LOS PACIENTES TERMINALES.
ESTUDIO REALIZADO EN EL "CMN 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, 1997.

Dx. MÉDICO	SEXO		TOTAL	%
	F	M		
Cáncer Cervicouterino	12	0	12	24
Cáncer en algún órgano del aparato digestivo.	8	2	10	20
Cáncer de Cabeza y cuello	5	6	11	22
Cáncer mamario	5	0	5	10
Cáncer pulmonar	4	2	6	12
Cáncer en algún órgano del aparato genitourinario	1	2	3	6
Indefinidos	2	1	3	6
TOTAL	37	13	50	100%

FUENTE: Entrevista aplicada a pacientes hospitalizados en el período comprendido del 1º. de julio al 30 de septiembre de 1997. Datos procesados por Aurora Morales Espinoza. Servicio de Oncología Quirúrgica. CMN 20 de Noviembre. ISSSTE.

GRAFICA No. 1

DIAGNOSTICOS OBTENIDOS EN LOS PACIENTES TERMINALES.
ESTUDIO REALIZADO EN EL "CMN 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, 1997.



FUENTE: Cuadro 1.

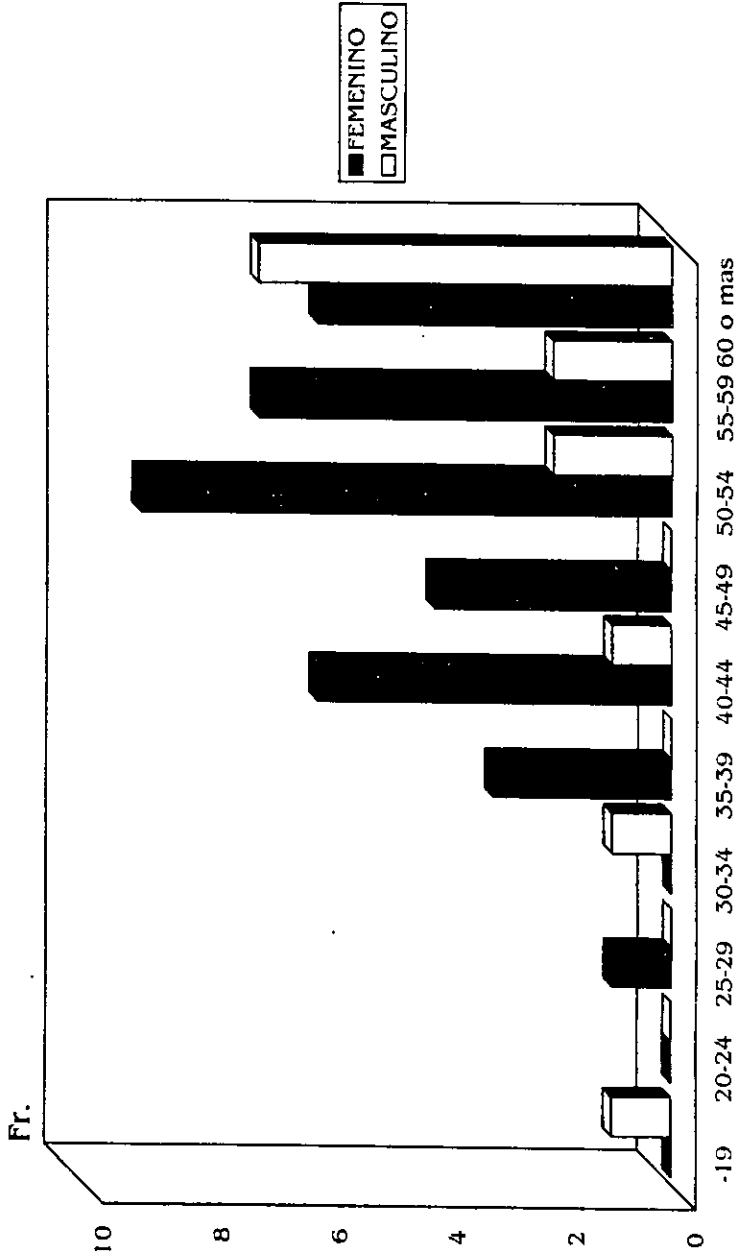
CUADRO No. 2
RANGO DE EDAD Y SEXO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS
DIAGNOSTICADOS TERMINALES
ESTUDIO REALIZADO EN EL "CMN 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, 1997.

EDAD	SEXO		TOTAL	%
	F	M		
- 19	0	1	1	2
20-24	0	0	0	0
25-29	1	0	1	2
30-34	0	1	1	2
35-39	3	0	3	6
40-44	6	1	7	14
45-49	4	0	4	8
50-54	9	2	11	22
55-59	7	2	9	18
60 - +	6	7	13	26
TOTAL	36	14	50	100%

FUENTE: Mismo cuadro No. 1

GRAFICA No. 2

RANGO DE EDAD Y SEXO EN PACIENTES ONCOLOGICOS DIAGNOSTICADOS TERMINALES
ESTUDIO REALIZADO EN EL "CMN 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, 1997.



FUENTE: Cuadro 2.

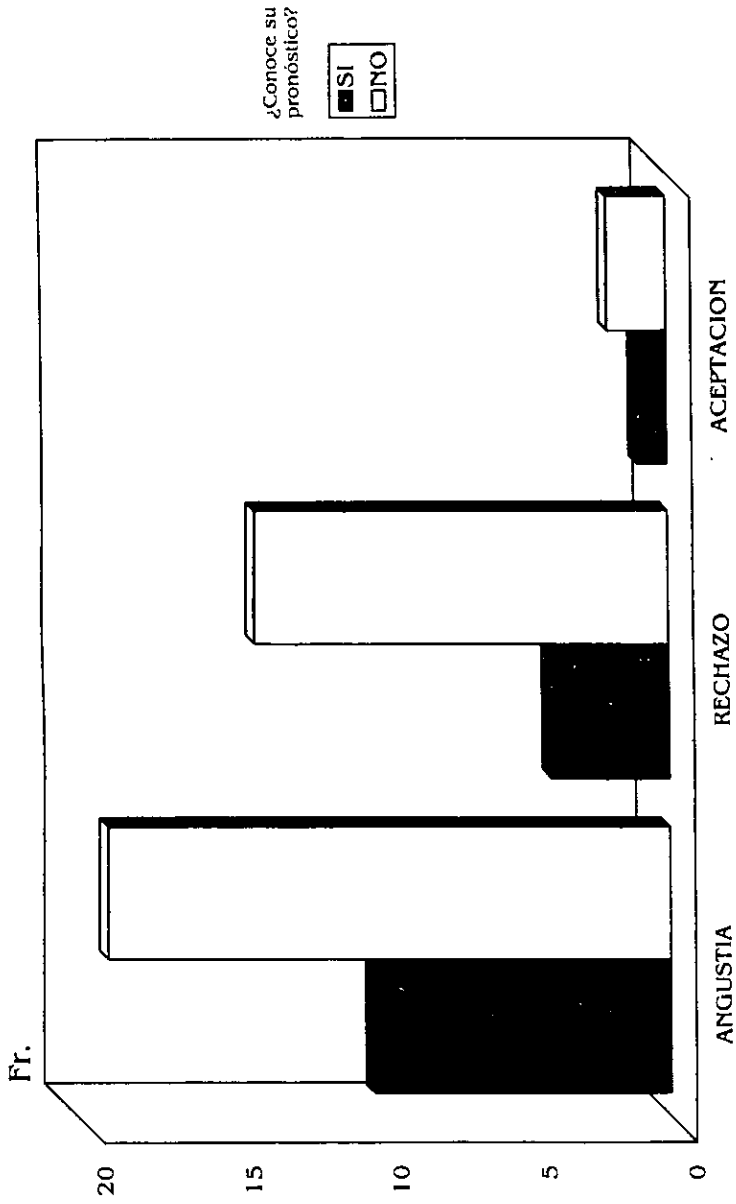
CUADRO No. 3
ACTITUD Y RESPUESTA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS TERMINALES
ESTUDIO REALIZADO EN EL "CMN 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, 1997.

ACTITUD ANTE LA MUERTE	¿Conoce su pronóstico		TOTAL	%
	SI	NO		
Angustia	10	19	29	58
Rechazo	4	14	18	36
Aceptación	1	2	3	6
TOTAL	15	35	50	100%

FUENTE: Misma cuadro No. 1

GRAFICA No. 3

ACTITUD Y RESPUESTA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS TERMINALES.
ESTUDIO REALIZADO EN EL "CMIN 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, 1997.



FUENTE: Cuadro 3.

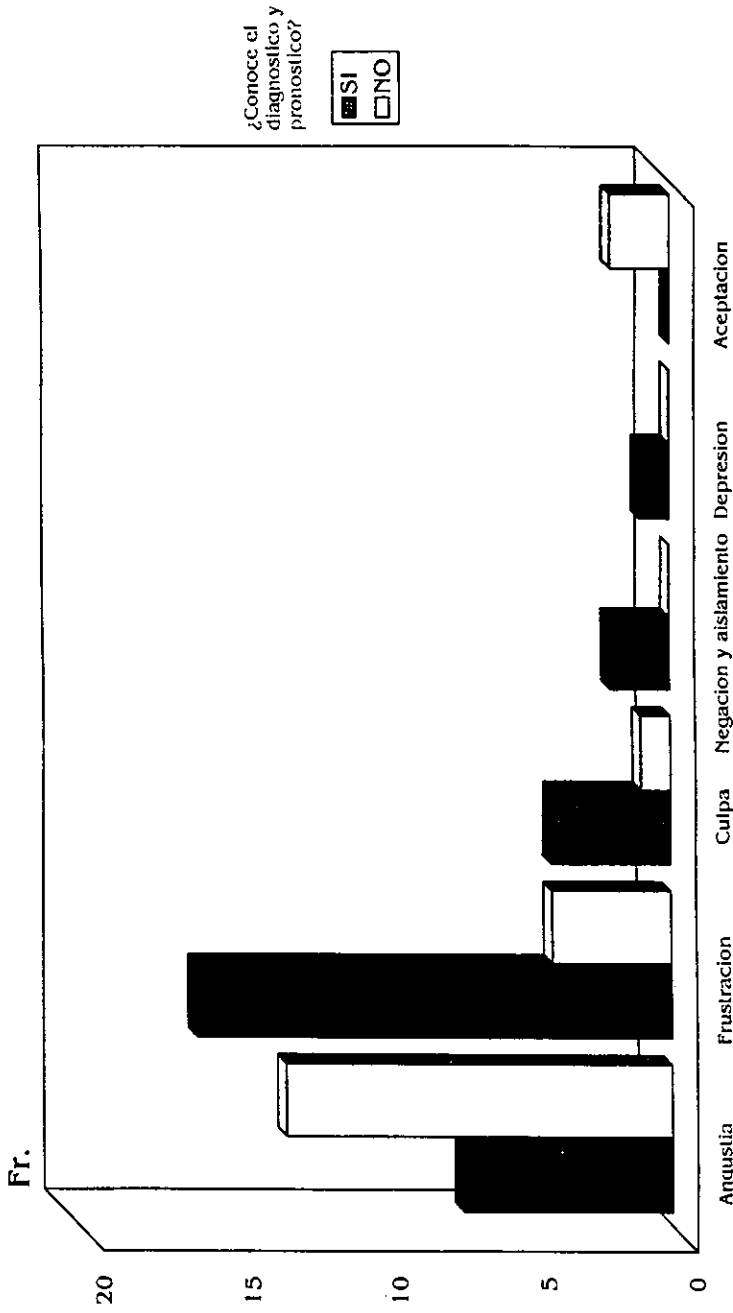
CUADRO No. 4**ACTITUD Y RESPUESTA MANIFESTADA POR FAMILIARES
DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS TERMINALES****ESTUDIO REALIZADO EN EL "CMN 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, 1997.**

ACTITUD ANTE LA SITUACIÓN	¿Conoce el diagnóstico y pronóstico		TOTAL	%
	SI	NO		
Angustia	7	13	20	40
Frustración	16	4	20	40
Culpa	4	1	5	10
Negación y aislamiento	2	0	2	4
Depresión	1	0	1	2
Aceptación	0	2	2	4
TOTAL	29	21	50	100%

FUENTE: Misma cuadro No. 1

GRAFICA No. 4

ACTITUD Y RESPUESTA MANIFESTADA POR FAMILIARES DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS TERMINALES.
ESTUDIO REALIZADO EN EL 'CMN 20 DE NOVIEMBRE' ISSSTE, 1997.



FUENTE: Cuadro 4.

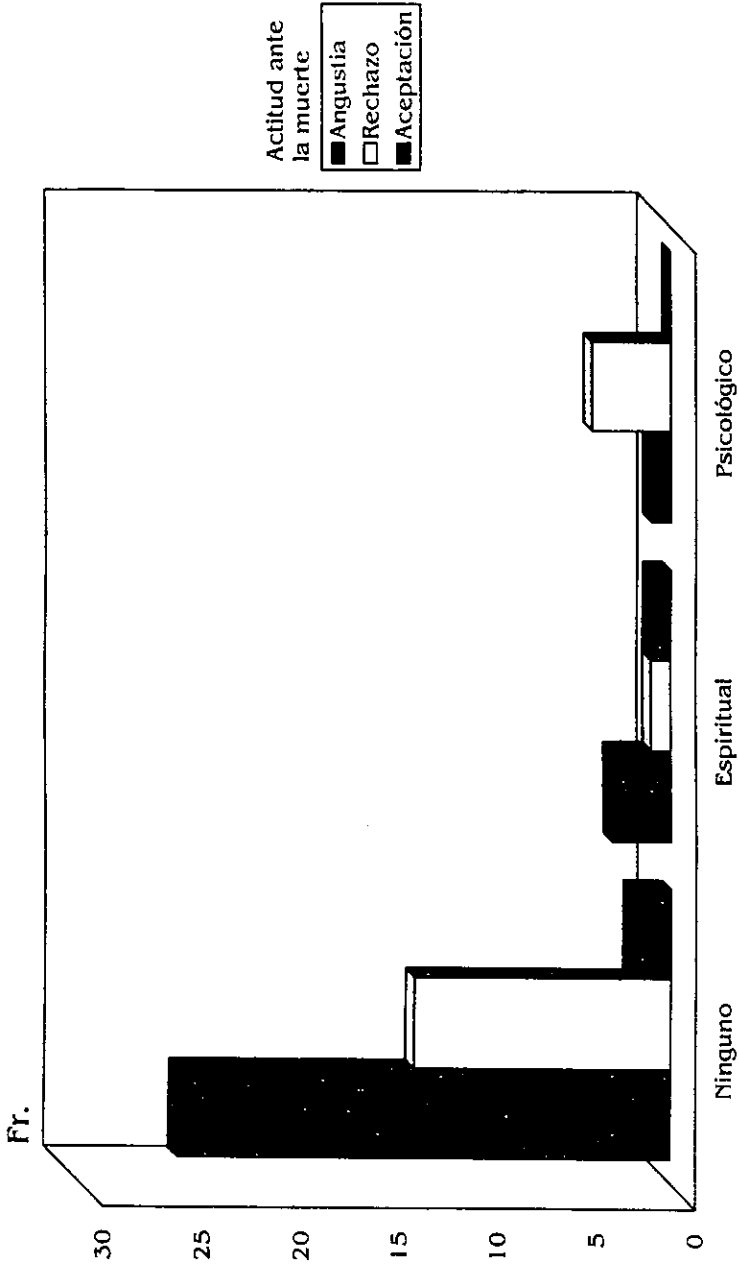
CUADRO No. 5
ACTITUD DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS TERMINALES
SEGÚN EL TIPO DE APOYO RECIBIDO
ESTUDIO REALIZADO EN EL "CMN 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, 1997.

APOYO	Actitud ante la muerte			TOTAL	%
	Angustia	Rechazo	Aceptación		
Ninguno	25	13	2	40	80
Espiritual	3	1	1	5	10
Psicológico	1	4	0	5	10
TOTAL	29	18	3	50	100%

FUENTE: Misma cuadro No. 1

GRAFICA No. 5

ACTITUD DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS TERMINALES.
 SEGUN EL TIPO DE APOYO RECIBIDO
 ESTUDIO REALIZADO EN EL 'CMN 20 DE NOVIEMBRE' ISSSTE, 1997.



FUENTE: Cuadro 5.

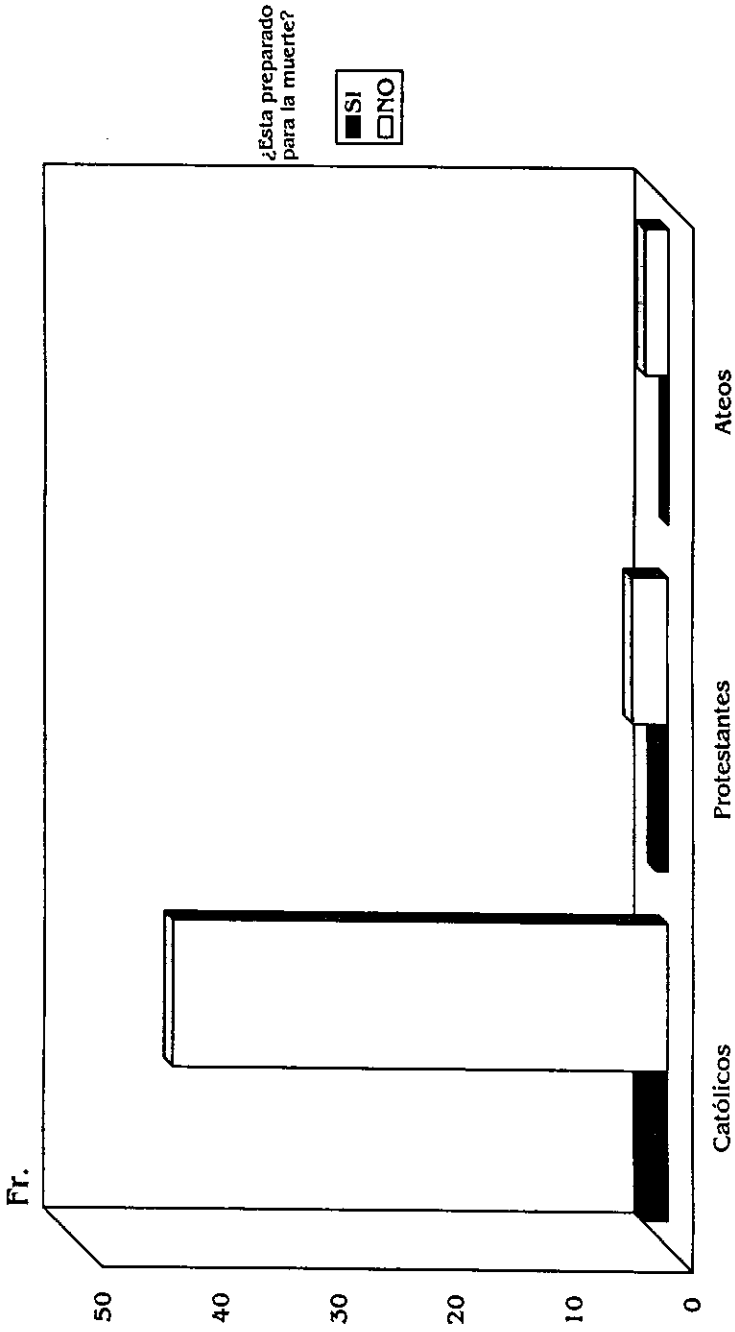
CUADRO No. 6
PREPARACIÓN Y ACEPTACIÓN ANTE LA MUERTE
CONSIDERANDO LA RELIGIÓN
ESTUDIO REALIZADO EN EL "CMN 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, 1997.

RELIGIÓN	¿Está preparado para la muerte?		TOTAL	%
	SI	NO		
Católicos	2	42	44	88
Protestantes	1	3	4	8
Ateos	0	2	2	4
TOTAL	3	47	50	100%

FUENTE: Misma cuadro No. 1

GRAFICA No. 6

PREPARACION Y ACEPTACION ANTE LA MUERTE CONSIDERANDO LA RELIGION.
ESTUDIO REALIZADO EN EL 'CMN 20 DE NOVIEMBRE' ISSSTE, 1997.



FUENTE: Cuadro 6.

CUADRO No. 7

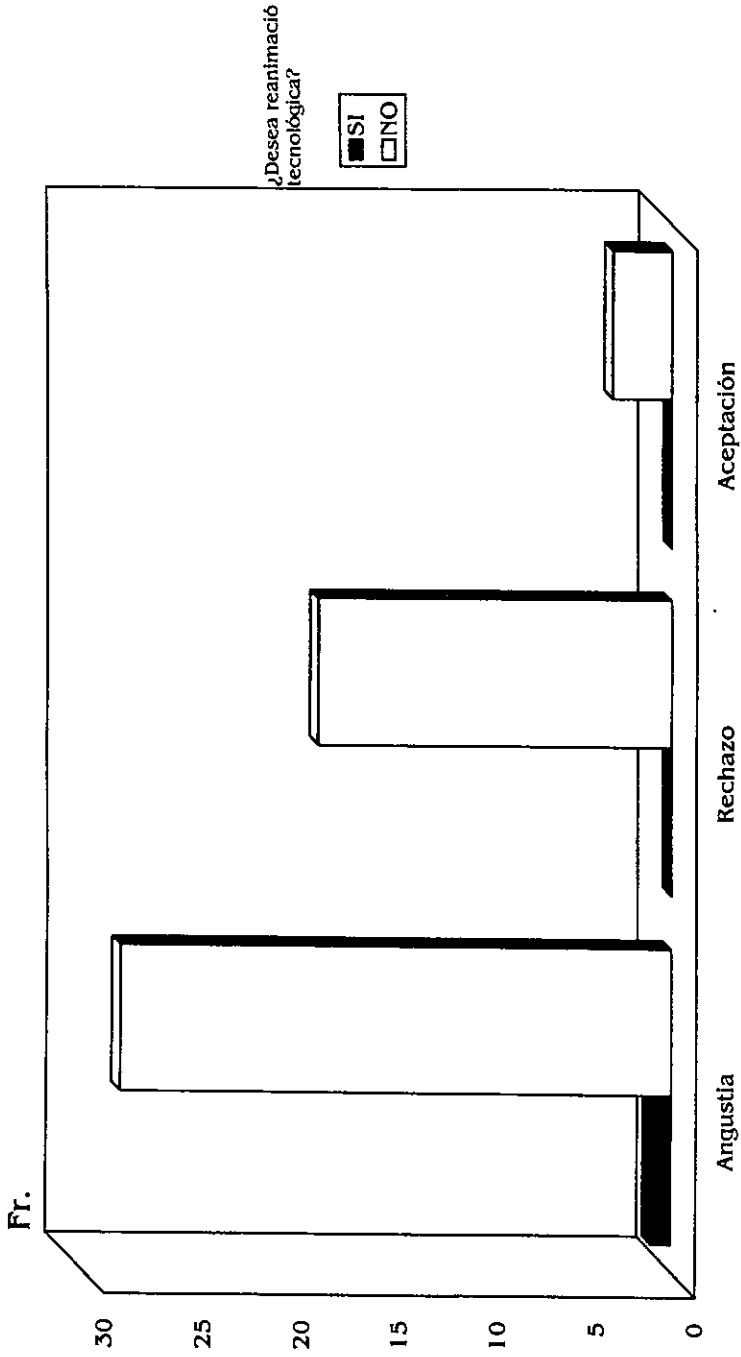
**ACTITUD Y RESPUESTA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS TERMINALES
ANTE LA PROPUESTA DE REALIZAR MANIOBRAS DE RESUCITACIÓN
ESTUDIO REALIZADO EN EL "CMN 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, 1997.**

ACTITUD ANTE LA MUERTE	¿Desea reanimación tecnológica?		TOTAL	%
	SI	NO		
Angustia	1	28	29	58
Rechazo	0	18	18	36
Aceptación	0	3	3	6
TOTAL	1	49	50	100%

FUENTE: Misma cuadro No. 1

GRAFICA No. 7

ACTITUD Y RESPUESTA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS TERMINALES ANTE LA PROPUESTA DE REALIZAR MANIOBRAS DE RESUSCITACION. ESTUDIO REALIZADO EN EL "CMN 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, 1997.



FUENTE: Cuadro 7.

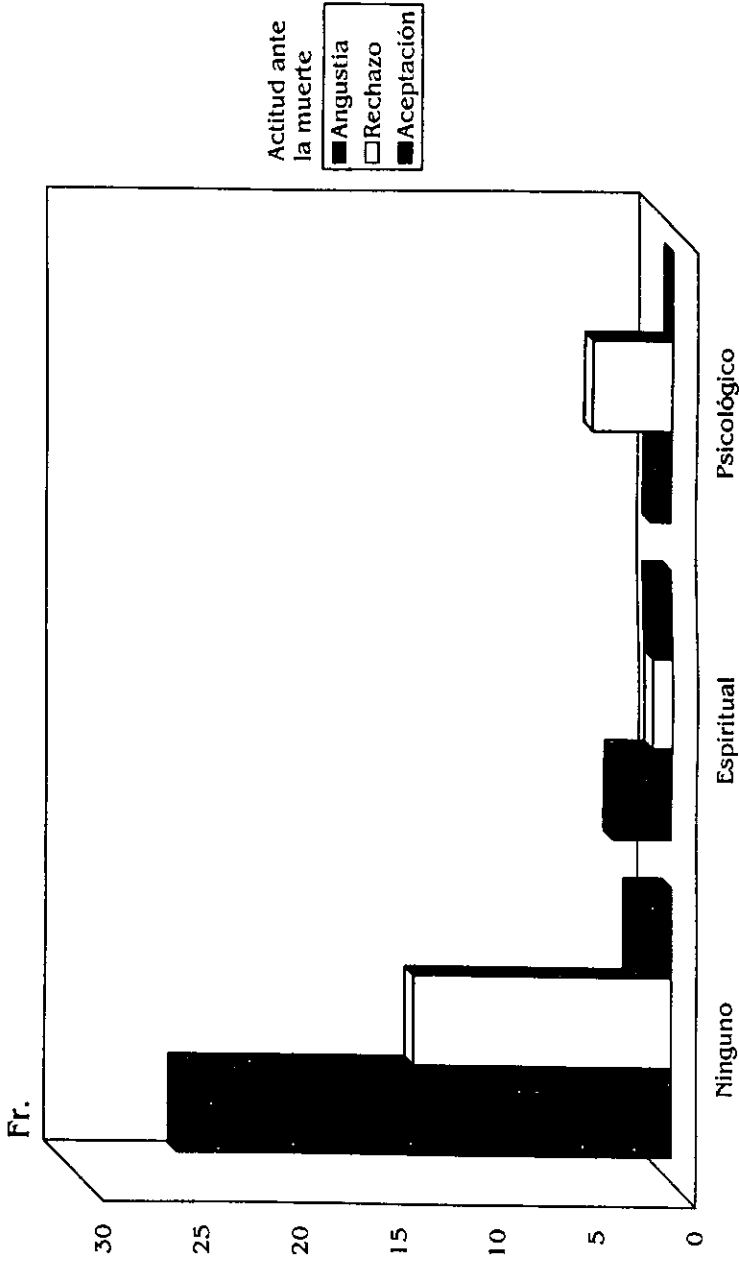
CUADRO No. 8
TRATO MÉDICO Y PARAMÉDICO
A PACIENTES DIAGNOSTICADOS TERMINALES
ESTUDIO REALIZADO EN EL "CMN 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, 1997.

TRATO MÉDICO Y PARAMÉDICO	¿Dónde desea morir?		TOTAL	%
	CASA	HOSPITAL		
Bueno	25	0	25	50
Regular	13	0	13	26
Malo	11	1	12	24
TOTAL	49	1	50	100%

FUENTE: Misma cuadro No. 1

GRAFICA No. 8

ACTITUD DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS TERMINALES.
 SEGUN EL TIPO DE APOYO RECIBIDO
 ESTUDIO REALIZADO EN EL "CMN 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, 1997.



FUENTE: Cuadro 8.

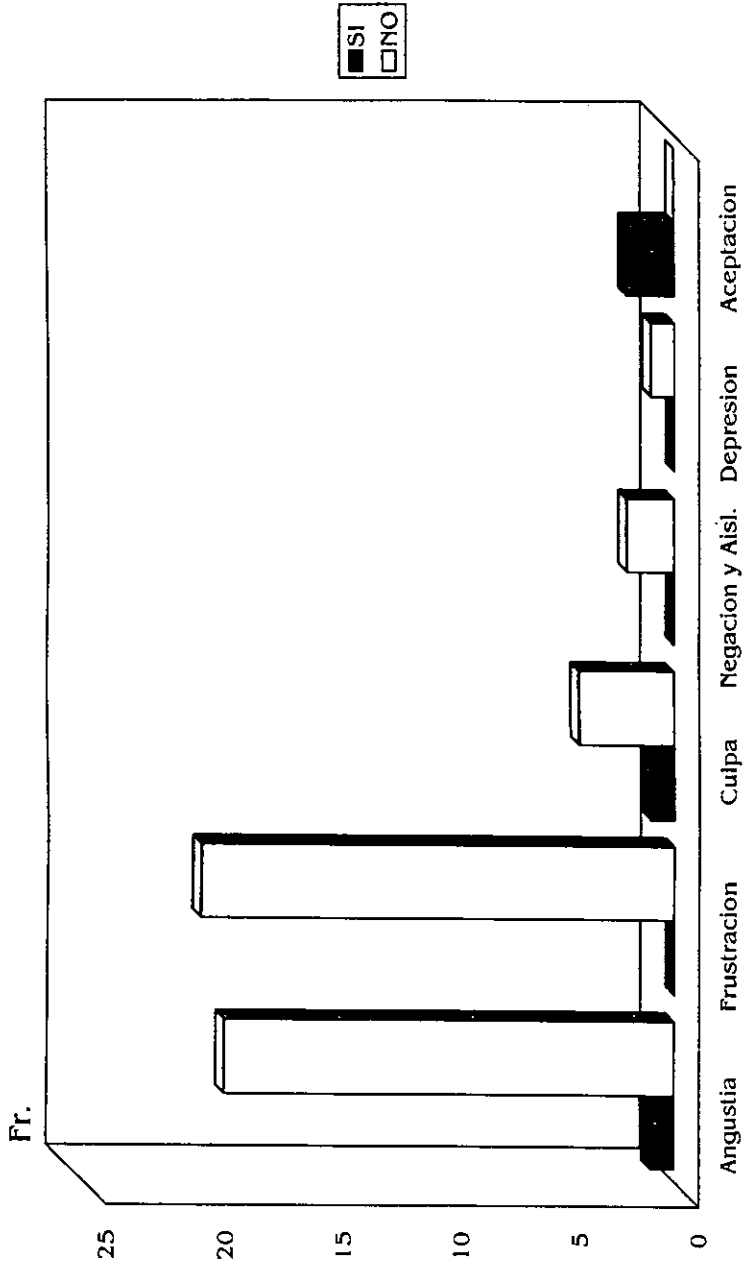
CUADRO No. 9
RESPUESTA DE PACIENTES Y FAMILIARES RESPECTO
A CONCEPTOS TANATOLÓGICOS

Actitud ante la situación	¿Sabe quién es paciente terminal?			¿Conoce la fase terminal?			¿Conoce información tanatológica?		TOTAL	%
	SI	NO	%	SI	NO	%	SI	NO		
Angustia	1	19	40	1	19	40	1	19	20	40
Frustración	0	20	40	0	20	40	0	20	20	40
Culpa	1	4	10	1	4	10	1	4	5	10
Negación y aislamiento	0	2	4	0	2	4	0	2	2	4
Depresión	0	1	2	0	1	2	0	1	1	2
Aceptación	2	0	4	2	0	4	0	2	2	4
TOTAL	4	46	100%	4	46	100%	2	48	50	100%

FUENTE: Misma cuadro No. 1

GRAFICA No. 9-A

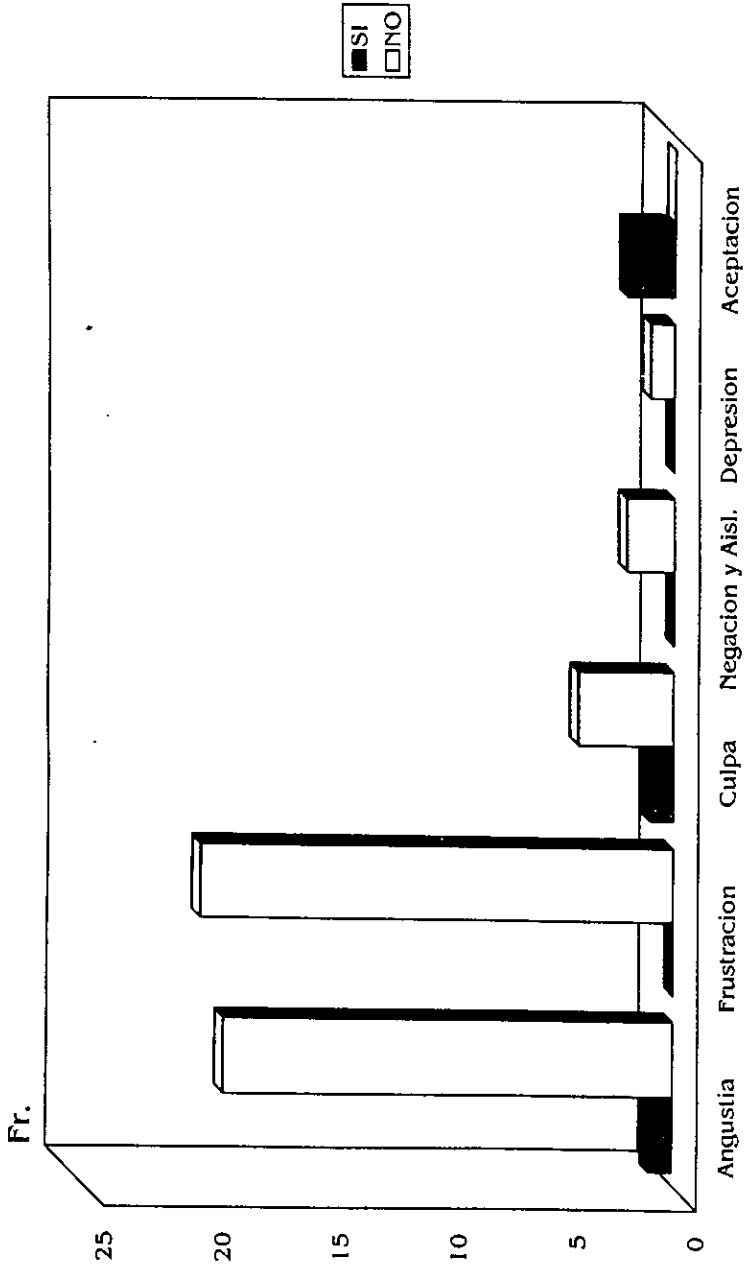
RESPUESTA DE PACIENTES Y FAMILIARES RESPECTO A CONCEPTOS TANATOLOGICOS.
 ¿SABE QUIEN ES PACIENTE TERMINAL?
 ESTUDIO REALIZADO EN EL 'CMN 20 DE NOVIEMBRE' ISSSTE, 1997.



FUENTE: Cuadro 9.

GRAFICA No. 9-B

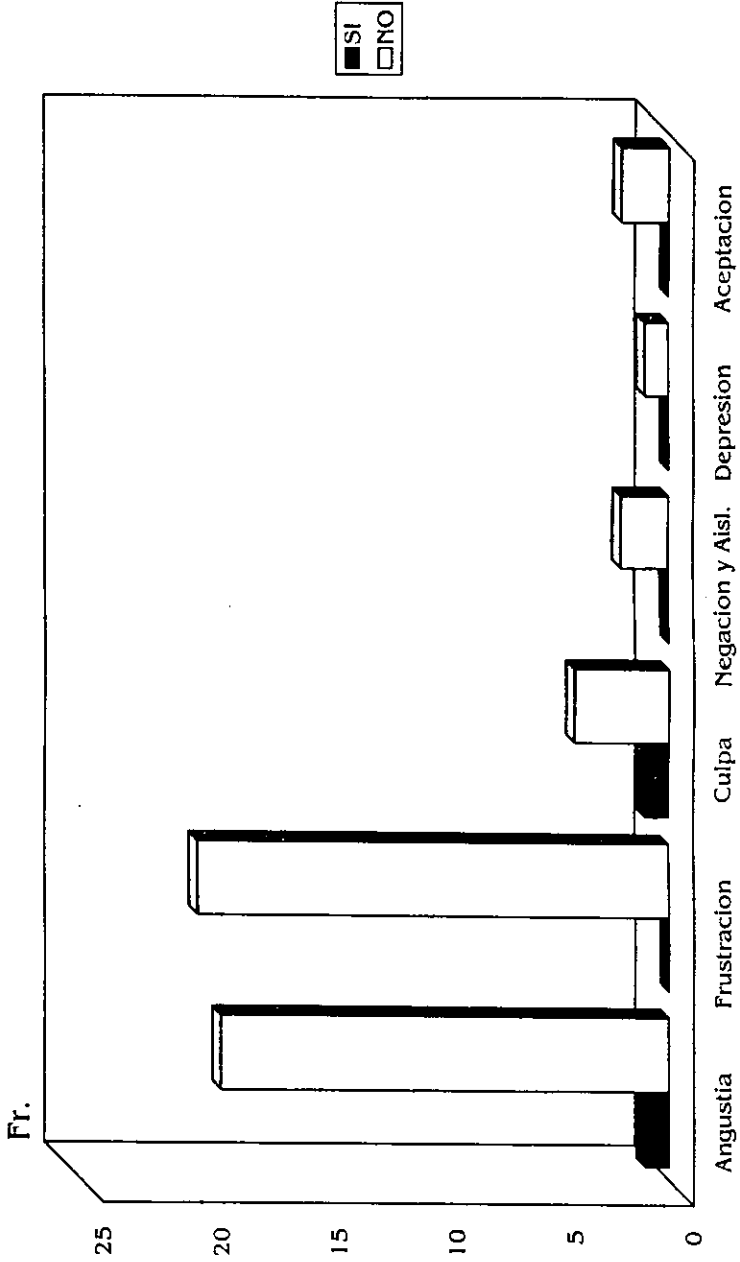
RESPUESTA DE PACIENTES Y FAMILIARES RESPECTO A CONCEPTOS TANATOLOGICOS.
¿CONOCE LA FASE TERMINAL?
ESTUDIO REALIZADO EN EL "CMN 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, 1997.



FUENTE: Cuadro 9.

GRAFICA No. 9-C

RESPUESTA DE PACIENTES Y FAMILIARES RESPECTO A CONCEPTOS TANATOLOGICOS.
 ¿CONOCE INFORMACION TANATOLOGICA?
 ESTUDIO REALIZADO EN EL "CMN 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, 1997.



FUENTE: Cuadro 9.

Como hallazgos colaterales se observó lo siguiente:

- Frecuentemente se trata al paciente con expectativas bastante alejadas de la realidad.
- Difieren bastante los criterios entre médicos aún cuando se trata del mismo paciente.
- El diagnóstico funesto lo proporciona el médico directamente al familiar responsable; o bien al paciente y comúnmente es sin previa preparación o ayuda emocional.
- No existe una comunicación adecuada entre: médicos-enfermeras-paciente-familia-trabajosocial-psiquiatria-dietología, entre otros. Cada quien trabaja por su lado.
- Tanto el personal médico como paramédico lo primero que hacen al dirigirse al paciente es preguntar "¿Cómo está?". Esta frase es extremadamente común sólo que siempre la respuesta del paciente se queda en el aire.
- Respecto al manejo psicodinámico de este tipo de pacientes; tampoco existe información uniforme respecto a conceptos tanatológicos. Aspecto importante puesto que la enfermera tiene mayor contacto verbal con el paciente y un comentario de ella puede afectar o bien ayudar en gran manera al paciente terminal y a la familia de éste.

CONCLUSIONES

- A pesar de la diferencia de edad entre los pacientes estudiados, todos reflejaban una profunda tristeza aunada al deseo de hablar con alguien para exteriorizar un sin fin de sentimientos reprimidos.
- Respecto a las familiares la mayoría sabe el pronóstico, sin embargo la falta de orientación para manejar dicha información los limita a ocultarla a su paciente reprimiendo así todo sentimiento y en cuanto a los que no lo saben muestran inconformidad al no ser informados debidamente.
- Tanto el paciente como la familia no procesan el trabajo de duelo por lo tanto les acarrea diversas alteraciones emocionales.
- Es frecuente el aislamiento lo cual trunca la última oportunidad que tienen de convivir plenamente familia-enfermo terminal.
- No obstante a pesar de que la minoría recibe algún apoyo o bien es religioso no basta para fortalecer su espiritualidad y enfrentar su muerte.
- Otro punto relevante es la negación a la reanimación cardiopulmonar. Es difícil para el personal médico y paramédico comprender que independientemente de la atención intrahospitalaria que reciba el paciente, le aterra imaginar morir rodeado de gente extraña y alejado de sus seres amados.
- En cuanto a conceptos tanatológicos en general tanto en pacientes, familia y equipo de salud se observaron carencias trascendentales.
- De acuerdo a los resultados y cumpliendo con los objetivos dicho estudio nos permite contemplar la importancia de integrar un equipo tanatológico

como alternativa para culminar la atención científica e interdisciplinaria que requiere el paciente terminal o en fase terminal y que no se limita únicamente a ellos; sino también brinda apoyo y/o ayuda a la familia, personal médico y paramédico.

SUGERENCIA

- Involucrar activamente al personal de enfermería ya que tal grupo es punto clave en la atención paciente-familia, y regularmente desde la consulta externa es ella quien tiene el primer contacto con ambos.

BIBLIOGRAFÍA

CAZARES HERNÁNDEZ. Laura, et. al. Técnicas actuales de investigación documental. Trillas. México. 1980. 162 p.

KUBLER ROSS, Elizabeth, Una luz que se apaga. Tr. del inglés por Pilar Angulo, 4a. ed., Ed. Pax, México, 1989. 227 p.

_____ Sobre la muerte y los moribundos. Tr. del inglés por Ma. Teresa Camilo, 6a. ed., Ed. Pax, México, 1988. 50 p.

_____ Recuerda el Secreto. Tr. del inglés por Mercedes Durán, 1a. ed., Ed. Luciérnaga, Barcelona, 1993.

O'CONNOR. Nancy. Dejalos ir con amor. (La aceptación del duelo). Tr. del inglés por Ma. Elisa Moreno, 2a. ed, Ed. Trillas, México, 1995. 166 p.

REYES ZUBIRÍA, Luis Alfonso, Curso fundamental de Tanatología. T. I, 1a. ed, Asociación Mexicana de Tanatología A.C., México, 1991, 205 p.

_____ Curso fundamental de Tanatología. T. II, 1a. ed., Asociación Mexicana de Tanatología A.C., México, 1991, 205 p.

_____ Comp. 2o. Congreso Nacional de Tanatología y Suicidio. T. I, 1a. ed., Asociación Mexicana de Tanatología A.C., México, 1994, 300 p.

_____ Comp. 2o. Congreso Nacional de Tanatología y Suicidio. T. II, 1a. ed., Asociación Mexicana de Tanatología, A.C., México, 1994, 300 p.

SHERR, Lorraine, comp. Agonía, Muerte y Duelo. Tr. del inglés por Sonia Flores, El Manual Moderno, México D.F. 1992, 274 p.

THOMAS. Louis - Vincent. La muerte. Tr. del francés por Adolfo Negrotto, Ed. Paidós. México, D.F. 1991. 189 p.

_____ Antropología de la Muerte. Tr. del francés por Marcos Lara. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, D.F. 1993. 640 p.

L. Cardenal, Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, Ed. Salvat. 7a. ed. 1960.

O. BROWN Norman, Eros y Tanatos. Tr. del inglés por Francisca Perujo. Ed. Joaquín Mortiz, S.A. México D.F. 1967. 412 p.

Guardia Remo, Diccionario Porrúa de Sinónimos y Antónimos de la Lengua Española. Ed. Porrúa, S.A. México, D.F. 1995. 365 p.

FROMM Erich, El Corazón del hombre. Tr. del inglés por Florentino M. Torner. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, D.F. 1990. 179 p.

SIGMUND, Freud. Los Textos Fundamentales del Psicoanálisis. Tr. del inglés por Luis López Ballesteros, Ed. Altaya. México, 1943. 721 p.

YUNG, Carl Gustav. Los complejos del inconsciente. Tr. Del inglés por Jesús López Pacheco, Ed. Altaya. México, 1994. 451 p.

VALDÉS Miyar, Manuel. Medicina Psicosomática. Ed. Trillas. México, 1988. 383 p.

HOFLING, Charles K. Tratado de Psiquiatría. Ed. Barsa S.A. México, 1974. 596 p.

BAILY Raffen Sperger, Ellen. Enciclopedia de la Enfermera Vol. 2. Ed. Océano/Centrum. Barcelona (España), 1997. 384 p.

HEMEROGRAFÍA

- MÉXICO. UCC, Unión Internacional contra el cáncer. Oncología Clínica. 3a. ed. México. 1982. 292 p.
- Antropología Perspectivas para después de su muerte. Antropológicas, Núm. 7, Jul-Sep. 1993. 72 p.
- El principio del fin: El enfermo terminal y la familia. Práctica Núm. 1, 1993. 68 p.
- Revista Promeco. Volumen VII. No. 36. Sep. 1994. 32 p.

HOFLING, Charles K. Tratado de Psiquiatría. Ed. Barga S.A. México, 1974. 596 p.

BAILY Raffen Sperger, Ellen. Enciclopedia de la Enfermera Vol. 2. Ed. Océano/Centrum. Barcelona (España), 1997. 384 p.

HEMEROGRAFÍA

- MÉXICO. UCC, Unión Internacional contra el cáncer. Oncología Clínica. 3a. ed. México. 1982. 292 p.
- Antropología Perspectivas para después de su muerte. Antropológicas, Núm. 7, Jul-Sep. 1993. 72 p.
- El principio del fin: El enfermo terminal y la familia. Práctica Núm. 1, 1993. 68 p.
- Revista Promeco. Volumen VII. No. 36. Sep. 1994. 32 p.

ANEXO 1



CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

CARTA DE AUTORIZACION



Por medio de la presente autorizo a la Enfermera Aurora Morales Espinoza realice el interrogatorio que ella considere necesario para la realización de su investigación.

Así mismo quedando exenta de brindar información agregada a mi padecimiento actual que no sea autorizada por el médico tratante.

ATENTAMENTE:

Paciente

Familiar

Nota: La presente no me compromete a continuar en dicho estudio durante su realización si así lo decido.

ANEXO 2
GUÍA DE ENTREVISTA

DATOS GENERALES:

Dx. Pronóstico:

Sexo: Edad:

Escolaridad: Edo. Civil:

Rol en el desempeño familiar:

Etapas por las que atraviesa:

Ambiente familiar:

Situación económica:

Espiritualidad:

Religiosidad:

Proceso del Morir:

1. El Médico ya informó todo acerca de su diagnóstico y pronóstico?

SI NO

2.- En caso negativo ¿qué impide la decisión de proporcionar dicha información?

3.- ¿Desea toda la información incluso si va a morir?

SI NO

4.- ¿Se muestra preparado para enfrentar su muerte?

SI NO

5.- ¿Por qué?

6.- ¿Cómo lo trata el personal médico y de enfermería?

7.- ¿Denota algún reproche hacia alguien en especial?

8.- ¿Qué actitud muestra?

9.- ¿Dónde prefiere morir?

Casa Hospital

10.- ¿Además del apoyo médico cuál otro recibe?

11.- ¿Qué aspecto es el más relevante para Ud.?

12.- ¿En la fase agónica desearía ser reanimado o auxiliado tecnológicamente?

SI NO

PROCESO DE DUELO

1.- ¿El familiar responsable del paciente sabe todo acerca del Diagnóstico y pronóstico?

SI NO

2.- En caso afirmativo ¿quién le informó?

3.- En caso negativo ¿Por qué?

4.- ¿Recibe algún apoyo diferente al apoyo médico?

5.- ¿Qué sentimientos alberga?

- Negación y aislamiento

- Ira

- Regateo

- Depresión

- Aceptación

- Angustia

- Frustración

- Culpa

- Depresión

6.- ¿Le gustaría que alguien le aclarara sus dudas, le permitiera externar sus sentimientos y además le aconseja que hacer en estos casos?

SI NO

7.- ¿Conoce la Tanatología y el tipo de apoyo que brinda?

SI NO

8.- En caso afirmativo: ¿por quién se enteró?

9.- ¿Sabe a quien se le denomina paciente terminal?

SI NO

10.- ¿Sabe o tiene idea que es la fase terminal?

SI NO

Observaciones de Enfermería.