

8
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

EL LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
EN EL TRABAJO DE DUELO

TITULO:

"ESTUDIO DE CASO DEL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA No. 24, DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL"

T E S I S P R O F E S I O N A L
P A R A O B T E N E R E L T Í T U L O D E
L I C E N C I A D O E N T R A B A J O S O C I A L

P R E S E N T A
V E R O N I A N A V A R R O S A L A Z A R

DIRECTOR DE TESIS: LIC. CECILIA X. VITE RODRÍGUEZ

CD. UNIVERSITARIA, FEBRERO DE 1999



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

270594



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.

P

/

D

A MIS PADRES.

Sra. Sofía Salazar Jaramillo

Sr. Faustino Macias P.

A MIS HERMANAS.

Por su apoyo y estímulo para seguir adelante.

A GUSTAVO,

Por su amor, comprensión y ternura.

A mi adoradísima Maestra.

CECILIA X.. VITE RODRIGUEZ

Con admiración y respeto

**A todos los que hicieron
posible la elaboración de
esta Tesis**

INDICE

INTRODUCCION

	PAG.
1.- Justificación.	1
2.- Planteamiento del problema.	2
3.- Objetivos	3
3.1. Objetivo general.	
3.2. Objetivos específicos.	
4.- Hipótesis.	4
5.- Operacionalización de hipótesis.	5
6.- Metodología (universo de trabajo, población, muestra, criterios de inclusión, criterios de exclusión, metodología de abordaje, tipo de estudio, variables e indicadores, instrumentos).	6
7.- Estado del arte.	14
8.- Resumen capitular.	15

CAPITULO I

<u>CONTEXTO SOCIOCULTURAL DEL PROCESO DE MUERTE.</u>	16
1.- Principales religiones en México y su aproximación de la muerte.	17
1.1 Catolicismo.	
1.2 Budismo.	
1.3 Judaísmo.	
1.4 Hinduismo y Sikhismo.	
1.5 Musulmanes.	
1.6 Humanistas	
2.- Patrones religiosos en el proceso de muerte.	19
3.- Patrones culturales en México.	21
4.- Modelos conceptuales del proceso de morir.	23
4.1 Doctora Elizabeth Kubler Ross.	
4.2 Carl A. Nighswonger.	
4.3 Enfermera Gloria M. Francis.	
4.4 Robert E. Neale.	
4.5 August Weisman.	

CAPITULO II

<u>EL PROCESO DE DUELO</u>	26
1.- El Duelo	26
2.- Etapas del proceso de duelo.	27
2.1. Nancy o' Connor.	27
2.2. Bod Deits.	32
3.- Teorías del duelo.	37
3.1. Dolor anticipado.	37
3.2. Dolor dirigido.	37

CAPITULO III

<u>PRINCIPALES NECESIDADES DEL PACIENTE Y LA FAMILIA PARA LA ASIMILACION DEL PROCESO DE DUELO.</u>	38
1.- Familia y duelo	38
1.1 El deceso en base al rol que se tiene en la familia.	41
1.2 Necesidades previas de la familia.	53
1.3 Aspectos legales de la muerte .	54
1.4 Reacciones psicosociales de la familia en el proceso de duelo.	55
2.- El paciente.	57
2.1. Necesidades del paciente a término.	57
3.- Trabajo Social en Tanatología y Trabajo de Duelo.	59

CAPITULO IV

LA TANATOLOGIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 24 DEL I.M.S.S.

1.- Hospital General de zona no. 24.	62
1.1 Instituto Mexicano del Seguro Social.	62
1.2 Datos generales.	67
1.3 Características poblacionales.	67
1.4 Organización.	67
2.- Resultados obtenidos.	71
2.1. Instrumento 1	
2.2. Instrumento 2	
CONCLUSIONES.	82
SUGERENCIAS.	88
BIBLIOGRAFIA.	90

1.- JUSTIFICACION

El hombre que nace, vive en nuestras calles y ciudades, muere en cualquier momento.

La muerte nos acecha desde nuestras fantasías internas de nuestros antepasados, en ese padre, en esa madre, profesor, sacerdote o político fijan en nuestra mente conflictos sociales que muchas veces es solo miedo a lo desconocido.

Morir siempre será difícil. Por más natural que sea, el hombre para que muera con aceptación, dignidad y paz necesita de la ayuda del hombre mismo, y conocer cual es el proceso de morir con el fin de prepararse.

En la actualidad, la Tanatología en México es una área que desde 1995 se está estudiando y no existe un análisis de la intervención del Licenciado en Trabajo Social. Sin embargo la participación de nosotros como profesionistas tanatólogos es necesaria porque conociendo previamente al paciente y a la familia se les prepara para la fase final, "El Duelo", y así se ayuda a tener un buen morir.

Lo anterior facilitará el trabajo de duelo y evitará sufrimientos para poder retornar los dolientes a la vida cotidiana.

Por último lo más importante es que la TANATOLOGIA se incorpore a las Instituciones como un departamento para brindar ayuda a la población en el proceso de muerte y trabajo de duelo.

2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Tanatología es una ciencia de reciente incorporación a la cultura mexicana, su objetivo es ayudar a bien morir a la gente, por lo crudo de su estudio es poco conocida, rechazada y no aceptada.

El trabajo de duelo es el momento justo en que una persona fallece, se convierte en un momento emotivo, de alta confusión y cuya asimilación depende de la integración de los familiares a su vida cotidiana. De aquí se desprenden las siguientes interrogantes.

¿Cuáles son las necesidades del paciente a término y las de su familia que obstaculiza la asimilación del trabajo de duelo?

¿Cómo puede intervenir el Trabajador Social en el momento del Trabajo de Duelo para propiciar que los familiares de los occisos asimilen la pérdida de uno de sus integrantes?

El estudio se realizará de 1995 a 1997 en el Hospital General de Zona no. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social correspondiente a la Delegación Gustavo A. Madero del Distrito Federal.

3.- OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar las principales necesidades del paciente a término y de su familia, que intervienen en la asimilación del duelo en el Hospital General de Zona no. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social de 1995 a 1997.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las principales teorías sobre el proceso de muerte para conocer las variantes culturales y religiosas de la Tanatología en México.
2. Conocer el Trabajo de Duelo partiendo de la Tanatología, así como las teorías que involucran el duelo.
3. Comprender las necesidades previas y posteriores del occiso y su familia en el Hospital General de Zona no. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
4. Promover la participación del Licenciado en Trabajo Social en el Trabajo de Duelo, partiendo de la Tanatología en el Hospital General de Zona no. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social de 1995 a 1997.

4.- HIPOTESIS.

Entre más se conozcan las necesidades del paciente a término y de su familia, más eficiente será la participación del Licenciado en Trabajo Social en la asimilación del Trabajo de Duelo en el Hospital General de Zona no. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social de 1995 a 1997.

5 . OPERACIONALIZACION DE HIPOTESIS

VARIABLE DEPENDIENTE

Asimilación del Trabajo de Duelo.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Principales necesidades del paciente a término.

Principales necesidades de la familia.

VARIABLES DEMOGRAFICAS

Edad

Estado civil

Sexo

Escolaridad

Número de hijos

6 .METODOLOGIA

6.1 UNIVERSO DE TRABAJO.

Trabajadores y derechohabientes de los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, que son aproximadamente 300,000 personas.

6.2 POBLACION

Trabajadores y derechohabientes de los servicios del Hospital General de Zona no. 24 que son aproximadamente 344 personas.

6.3 MUESTRA

6.3.1 TIPO DE MUESTREO

Se utilizó el tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple, donde se hizo un listado de los derechohabientes del Hospital General de Zona no. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social así como de los trabajadores. Posteriormente se utilizó la técnica al azar donde todos tenían la misma oportunidad de ser elegidos.

6.3.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Buscando que la muestra sea más representativa de la población, con la suficiente validez y confiabilidad, se tomaron los siguientes sujetos y porcentajes.

TIPO DE POBLACION	POBLACION		PILOTEO		MUESTRA	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
TRABAJADORES T.S. Y MEDICOS	65	100	20	30	43	66
DERECHOHABIENTES	310	100	164	53	230	74

Para la muestra se utilizó la siguiente fórmula.

$$N = \frac{Z^2 pq}{E}$$

Z Es igual al nivel de confianza requerida para generalizar los resultados hacia toda la población.

Pq Se refiere a la variabilidad del fenómeno estudiado.

E Indica la precisión con que se generalizan los resultados.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.

6.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION.

A POBLACION DERECHOHABIENTE.

- 1.- Derechohabientes del Hospital General de Zona no. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 2.- Mayores de 18 años.
- 3.- Ambos sexos.
- 4.- Que tuvieran un enfermo en etapa terminal internado en el Hospital General de Zona no. 24.
- 5.- Incluidos en el muestreo aleatorio.

B TRABAJADORES DEL HOSPITAL.

- 1.- Que tengan relación con los pacientes.
- 2.- Que estuvieran en el área de internos en etapa terminal.

6.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION PARA TRABAJADORES Y DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 24.

- 1.- Que no deseen participar.
- 2.- Que evidentemente falseen la información.
- 3.- Que contesten en un 50 % el instrumento.
- 4.- Que dejen el instrumento en blanco.

6.5 . METODOLOGIA DE ABORDAJE

Para aplicar el instrumento a los trabajadores del Hospital General de Zona no. 24, fue necesario elaborar un escrito dirigido al Director del Hospital, el cual fue autorizado y se canalizó a el área de Trabajo Social donde al aplicarlo se tuvo que considerar a los trabajadores cuando se encontraban en un momento de receso o no tenían mucha carga de trabajo, por lo que en algunas áreas fue necesario dejar el instrumento y recogerlo el segundo o tercer día de acuerdo a lo que ellos indicaron.

En lo que respecta a los derechohabientes, se tuvo que incluir en el escrito que se dirigió al Director el permiso para aplicarlo a los familiares de los internos, considerando que el paciente estuviera en etapa terminal.

Se les aplicó a los familiares que se encontraban en la sala de espera y que querían participar, para lo cual tuve que estar varios días en la sala con el objetivo de buscar el momento mas adecuado.

6.6. TIPO DE ESTUDIO.

Se puede considerar que la finalidad de esta investigación es aplicada a mejorar el Trabajo de Duelo de los derechohabientes del Hospital General de Zona no. 24 para dar alternativas de solución y resolver su problemática.

Su profundidad es explicativa porque intenta conocer, el efecto del Trabajo de Duelo y pretende explicar e insertar el fenómeno en un contexto teórico, de modo que permite incluirlo en una determinada generalización.

Su amplitud es microsociológica pero con proyectos macrosociológicos.

Su fuente es directa porque se realizó en base a datos primarios o con datos secundarios, ya que los primeros son recogidos para la investigación y los segundos que operan con datos son recibidos por distintas personas.

Su carácter es cualitativo porque las variables de trabajo de duelo se manejan en escala nominal.

Es una investigación social porque estudia un sector de la sociedad.

De comprobación porque el investigador se plantea la búsqueda de respuesta a algunos de los porqués de los fenómenos y hechos de la vida.

En lo que respecta a la unidad de análisis serán individuos que presenten proceso de muerte para poder aplicar el Trabajo de Duelo a los familiares del Hospital General de Zona no. 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

6.7 VARIABLES, INDICADORES E INSTRUMENTO (S)

VARIABLE DEPENDIENTE: Asimilación del trabajo de duelo.

VARIABLES INDEPENDIENTES: Son necesidades del paciente a término y necesidades de la familia.

En lo que respecta a las necesidades del paciente a término se trabajó con los siguientes indicadores:

¿Qué es la Tanatología?

¿Qué se hace en la muerte de un paciente o familiar?

¿Qué se hace después del deceso?

Frecuencia con que se enfrenta el suceso.

¿Se conoce el diagnóstico y pronóstico del paciente?

¿Qué se hace cuando se conocen estos datos?

Conocimiento de los trámites funerarios.

Apoyo que se da o se recibe para superar la pérdida.

Parentesco con la persona fallecida.

Tipo de religión a la que se pertenece.

¿Se cuenta con velatorio y testamento?

¿Se conocen los trámites de traslado y recuperación del cuerpo?

Todo esto son los indicadores que nos ayudan a iniciar el trabajo de duelo cuando se tiene conocimiento de ellos.

En lo que respecta a las variables demográficas se trabajó con edad, sexo, estado civil, ocupación lo cual son de primera importancia para el trabajo de duelo.

Se realizaron dos tipos de instrumentos, los cuales fueron aplicados a trabajadores y derechohabientes del Hospital General de Zona no. 24.

El primer instrumento fue aplicado a trabajadores del hospital el cual consta de 12 preguntas distribuidas de la siguiente manera. En la primera parte se pregunta todo lo relacionado a la Tanatología considerado lo que se debe hacer para preparar a los familiares ante un deceso, también hace referencia a las experiencias previas del equipo médico.

Las etapas del Trabajo de Duelo en que se encuentran los familiares es otra de las partes del instrumento donde se pretende investigar que tanto se involucra el Licenciado en Trabajo Social considerando el diagnóstico y pronóstico y trámites funerarios, y por último conociendo estos datos el apoyo que se brinda a los familiares para superar la pérdida.

El segundo instrumento investiga que tanto conoce la población de Tanatología y que harían en la muerte de un familiar, tomando en cuenta las experiencias previas; el parentesco es otro de los indicadores de gran importancia al igual que el apoyo que reciben para superar la pérdida.

Otra categoría que se analiza son las necesidades que tiene la familia con el paciente en etapa terminal, considerando religión para así poder analizar en que etapa de duelo se encuentra la familia.

7.- ESTADO DEL ARTE

La Tanatología es una ciencia verdadera, una ciencia humana, cuyo objetivo formal es el enfermo terminal y el entorno familiar de éste, y cuyo objeto final es el poder brindarle, tanto al enfermo como a su familia, todo lo que significa calidad de vida, preparación para la muerte y, después a los familiares, el manejo de duelo una vez que su ser querido haya muerto. Por lo mismo la Tanatología, también es una auténtica especialidad propia de diferentes disciplinas científicas, (Medicina, Trabajo Social, Enfermería, Psicología, Filosofía, Teología etc, por nombrar sólo algunas) por lo que no cabe duda, el tanatólogo debe ser un profesionalista con una preparación vasta, profunda y universal.

La Asociación Mexicana de Tanatología está consciente de esto, por eso se esfuerza en preparar tanatólogos, impartiendo cursos continuos, participa en conferencias, simposia, talleres y publica la revista Mexicana de Tanatología, la cual es la única en México y por dos motivos importantes: Uno histórico, ya que es la primera publicación en español, en el mundo entero, sobre el tema de Tanatología, y dos porque ha significado el fruto de grandes esfuerzos para contribuir a la preparación que el tanatólogo debe tener.

La Asociación Nacional de Tanatología en México con su Presidente el Doctor Alfonso Reyes Zubiría ha organizado diferentes eventos aparte de la publicación de su revista.

Entre los eventos que ha realizado la Asociación está el primer Congreso de abril de 1990; Congresos Internacionales como el de Laponia Finlandia del 14 al 18 de junio de 1992, Conferencias Nacionales e Internacionales, en lo que se refiere a los Nacionales en la Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Mexicano del Seguro Social, etc., en lo que respecta a Internacionales en Brasil de 1992, en la India en febrero del mismo año, etc.; también realiza talleres de dos o tres días con participantes que han sufrido alguna pérdida también estos talleres son a nivel nacional como internacional.

La impresión de su revista ha tenido una gran aceptación y éxito en la población por lo que ya va en la sexta publicación.

8.- RESUMEN CAPITULAR

La siguiente tesis tiene como finalidad abrir un espacio para el Licenciado en Trabajo Social en el área de Tanatología, dicha investigación consta de cuatro capítulos los cuales abordan en forma específica el Trabajo de Duelo.

Los capítulos están integrados de la siguiente manera:

El primer capítulo habla del contexto sociocultural del proceso de muerte, es decir un acercamiento a distintas culturas tomando como base su religión y su idea de la muerte, también se hace mención de los Modelos Conceptuales del proceso de muerte tomando como base a su precursora la Doctora Elizabeth Kubler Ross, por último este capítulo menciona el interés de la Tanatología en México.

El segundo capítulo habla del proceso de duelo considerando a dos autores como son. Nancy O' Connor y Bod Deits, este último con dos modelos considerando a las principales necesidades del paciente y la familia para así poder asimilar el duelo.

El tercer capítulo hace referencia del deceso tomando importancia a el rol que se tiene en la familia, así como sus necesidades, también se estudia la relación del Trabajo Social en Tanatología.

Por último el cuarto capítulo , es un estudio de caso del Hospital General de Zona No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social donde se analiza la Intervención del Licenciado en Trabajo Social en el Trabajo de Duelo.

CAPITULO I

CONTEXTO SOCIOCULTURAL DEL PROCESO DE MUERTE

Anteriormente la muerte se consideraba como parte normal del ciclo de la vida, ya que la mayoría de las personas morían en su casa, rodeada por la familia y los amigos.

Actualmente muchos de los esfuerzos por prolongar la vida o minimizar el dolor, ocasionan serios daños emocionales en todos los afectados. "Más del 60% de las muertes ocurren en instituciones, con esto a las familias y a los amigos se les niega el derecho de tomar decisiones acerca de las medidas que deben adoptar para conservar la vida" (1). A la persona que esta en agonía, tampoco se le consulta e informa lo que se le está haciendo.

La sociedad al contemplar la muerte como un enemigo a vencer trata de esquivarla pues tiene trascendencia para los que mueren como para los sobrevivientes, y ya que este momento concierne a todos, los fuertes sentimientos que surgen necesitan expresarse.

Tanto el moribundo como el asistente pueden tener dificultades para abordar el tema de la muerte, especialmente en un grupo de gente que se encuentra en el inicio de la máxima duración de la vida.

Con frecuencia este es un tema que tiene que ser evitado particularmente por los jóvenes y los mayores. La emoción asociada con la muerte es el temor, el temor más citado es el dolor. Hilton mostró que muchos enfermos terminales experimentaban dolor y expresaban consuelo cuando este era evitado o aliviado.

Otros temores comúnmente mencionados tienen relación con la falta de aliento y pérdida del control, el pánico de no ser capaz de respirar puede ser crítico entre ellos.

Por lo que en el Trabajo de Duelo realiza dos importantes funciones:

- 1.- Apoyo Emocional.
- 2.- Apoyo Práctico.

(1) Déjalos ir con amor. Nancy O'Connor. Primera Edición Editorial Trillas. p.11

1. PRINCIPALES RELIGIONES EN MEXICO Y SU APROXIMACION DE LA MUERTE

La cultura y la religión a la que pertenece el paciente y la familia son un aspecto muy importante ya que suele ser un soporte efectivo que ayude más fácilmente a la aceptación de la muerte. En ese sentido México se conforma como un mosaico de religiones, algunas de ellas se tratarán muy someramente a continuación:

1.1 Iglesia Cristiana.- En el corazón de la religión cristiana está la figura de Jesucristo quien ante los cristianos ha sido humano y divino. Ellos aceptan y tratan de seguir sus enseñanzas como están escritas en el Nuevo Testamento, así como el desarrollo y aplicación de esta enseñanza en la vida de la Iglesia. Los cristianos creen que a través de la muerte de Jesús la humanidad se ha reconciliado con Dios, y por la resurrección, "Cristo salvó al mundo de la muerte y el pecado", dando así la nueva vida.

Esta nueva vida va más allá de la sepultura y puede ser experimentada por el creyente cuando se convierte en cristiano.

1.2.- Budismo.- El camino de la vida budista ofrece preceptos y para el bienestar físico y espiritual de cada individuo los exhorta a tener comprensión por cualquier forma de vida.

La responsabilidad en la manera en que ejercen su libertad, ya que las consecuencias de la acción pueden ser vistas en vida posterior, por tanto es importante que el individuo se comporte correctamente.

En los moribundos se permiten rechazar la administración de medicamentos que puedan ofuscar la conciencia si estos interfieren en su capacidad para meditar, especialmente porque sobre su propia muerte ejerce influencia en la siguiente reencarnación.

1.3.- Judaísmo.- El funeral generalmente se lleva a cabo en el transcurso de 24 horas 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, un compañero o compañera prepara el cuerpo en presencia de tres miembros de la comunidad, 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.

1.4.-Hinduismo y Sikhismo.- A los sikhs no les agrada la idea de que se realice la autopsia, pero la aceptan sí es requerida por el forense. El cuerpo debe dejarse en libertad tan pronto como sea posible para permitir que el funeral tenga lugar, generalmente ante la cremación.

Sí un paciente hindú esta agonizando en el hospital los parientes pueden traer el dinero y ropa para que los toque antes de distribuírselo a los necesitados.

Sí los visitantes no pueden ir al lado del hecho por si mismos les agradecerán para que los asistentes los ayuden a hacerlo, algunos parientes también aprovechan la oportunidad para sentarse con el paciente moribundo y leerle el libro adorado. Sí el sacerdote hindú está presente colabora en las actividades de la familia, el paciente puede acostarse en el suelo para estar más cerca de la tierra en el momento de la muerte y ayudar así a la subsiguiente encarnación.

Tradicionalmente el hijo mayor del difunto debe ser quien encabece esto independientemente de lo joven que sea. La familia puede desear llevarse el cuerpo a la India para que sea cremado y después esparcir las cenizas en el río sagrado.

1.5.- Musulmanes.- En el momento de la muerte, las últimas palabras en labios del musulmán deberán ser "No existe ningún otro Dios que no sea Ala y Mahoma es su profeta" después del deceso, el cuerpo no puede ser tocado ni lavado por nadie que no sea musulmán, se debe de enterrar con la cabeza volteada hacia el hombro derecho.

Durante los tres primeros días los parientes más cercanos no cocinan pues todas las comidas les son provistas por los visitantes.

Durante 40 días los parientes más cercanos visitan la sepultura los viernes.

1.6.-Humanistas.- Los Humanistas tienen 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, que al morir la vida de una persona 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 para resolver los problemas de dolor, sufrimiento y muerte que buscan limitar ese nivel de realización.

2.-PATRONES RELIGIOSOS EN EL PROCESO DE MUERTE

Un patrón psicológico de reacciones ante la muerte, se caracteriza por las siguientes fases:

1.-Sensación de vacío / desesperanza.- Esto puede ser expresado con comentarios que con frecuencia son cínicos acerca del tratamiento o de las personas que ofrecen cuidados. La persona enferma puede encontrarle poco sentido a continuar con el tratamiento, por lo que puede darse por vencida.

2.-Sufrimiento intenso.- El sufrimiento intenso aumenta el sentido de desesperanza; el dolor derivado de una operación y que conduce a la curación es de diferente calidad al dolor que se experimenta en algunos crecimientos secundarios.

El dolor que tiene un propósito determinado es más tolerable que el dolor ante el cual no puede contemplarse ninguna finalidad.

3.-Alejamiento de Dios incapacidad para tener fe - romper con los lazos religiosos / culturales.- Afirmaciones de que ya no debemos creer en Dios, que Dios está muerto que ha abandonado a la persona, estos son vacíos internos.

Romper con las prácticas culturales y religiosas interrumpe una de las múltiples formas de enfrentarse a la crisis. La razón para ello puede ser que la propia filosofía de la vida no da respuesta a los cuestionamientos que se han originado a raíz de la enfermedad o de la propia imagen de Dios que corresponde a la de un niño y en la actualidad pueden manifestarse como una incapacidad para tener confianza en las personas que cuidan del enfermo, son grandes sentimientos de seguridad.

4.-Ira contra Dios, la religión y el clero.- Si una persona enferma se siente abandonada por Dios o por algún otro poder divino, no es de sorprenderse que pueda sentir enojo contra aquellos que representan dicho poder, en forma alterna, la persona enferma puede buscar conciliarse con este poder divino comportándose especialmente bien.

5.-Sentimiento de culpa o de vergüenza.- Muchas personas sienten que cualquier enfermedad que padezca, es el resultado de muchas cosas que hicieron mal en el pasado, y que si pudieran enmendarlo, posiblemente lo harían.

Esto puede ser manifestado en afirmaciones tales como "No merezco aliviarme".

6.-Sentimientos no resultados en relación a la muerte.- El temor de ir a dormir y por tanto descansar durante la noche es difícil que se presente en las personas enfermas quienes temen poder hacerlo, entre más tiempo se este despierto más postergará la muerte. Los sueños intranquilos y la preocupación por la muerte y el mal humor son también índices de sentimientos no resueltos en relación a la muerte personal.

En una enfermedad severa en la cual se espera la muerte surgen interrogantes que contemplan más allá de la muerte preguntándose ¿ a dónde se irá después de esta?.

Estas necesidades espirituales pueden ser percibidas por el capellán, pastor u otros asistentes del paciente.

Los patrones religiosos y culturales influyen en el pensamiento y en la conducta del paciente en agonía y en su familia, sirven para poder explicar algunas de las reacciones que cualquier asistente de un enfermo puede tener y que pueden abarcar desde una agradable aceptación hasta un gran miedo.

No todo ser igualmente devoto de su religión o filosofía de la vida, puede no haber pensado en clara posición, agnóstica o atea; esto quiere decir que tendrán necesidades espirituales distintas a sus necesidades religiosas.

3.-PATRONES CULTURALES EN MEXICO

México no sólo es un mosaico de religiones; también lo es de culturas. Mesoamérica tuvo y tiene una gran gama de grupos que aportan el mexicano actual una cosmovisión muy particular de lo que es la vida y la muerte. A continuación se hará una breve reseña sobre la cultura madre "Los Olmecas" quienes son el origen cultural, y de "Los Mexicas" que son el grupo de mayor influencia en los patrones culturales de México.

En los grupos sedentarios, su religión surgió de la creencia en fuerzas sobrenaturales y del culto a sus antepasados, su ritual más antiguo fue dedicado a la vida después de la muerte y consistía en amortajar al difunto y colocarlo en una vasija de tamaño, o bien lo enrollaban en petates, en ambos casos, se acostumbro colocar junto al fardo mortuario, los objetos de uso personal y diversos amuletos que le ayudarían en la otra vida.

Los Teotihuacanos, sí morían ahogados, se dirigían al Tlalocón, sí dejaban de existir cuando estaban trabajando, partían a Miztlán o lugar de la vida y la muerte.

En los Olmecas, su religión se enriqueció con nuevos ritos y ceremonias dedicadas, primordialmente a la vida, la muerte y la fertilidad. Su deidad principal la representaban con una figura entre ser humano y jaguar, acompañada de una serpiente celeste; la primera simbolizó a la tierra cargada con semillas y la segunda, a la fecundadora agua del cielo.

Para el culto de la fertilidad de los grupos agrícolas, se hicieron pequeñas figuritas de barro representando a las mujeres robustas, las cuales eran enterradas por los sacerdotes durante los ritos y festividades, al principio de la temporada de lluvias en el perímetro de las parcelas. Sus ceremonias funerarias fueron muy similares a las practicadas en las pequeñas aldeas agrícolas; pero incluían el uso de polvo rojo llamado cinabrio o mercurio crudo para cubrir los restos del difunto; desde entonces, esa asociación del color rojo con los entierros simbolizó a la vida después de la muerte.

En la cultura Mexica su religión ejerció un influjo dominante en casi todos los aspectos de la vida mexicana, así como en sus artes e instituciones lo demuestra su constante intervención en todos los actos de su vida pública y privada y las frecuentes ceremonias religiosas.

La religión de los aztecas estaba inspirada en sus antiguos mitos y leyendas de origen nahuatl, en los conceptos que heredaron de los toltecas, de los mixtecas y de los pueblos del golfo; por eso tenía un aspecto politeísta fundada en la adoración de muchos dioses, aunque había la tendencia a reducir el número de dioses a simples celestes, dioses del agua, de la vegetación, de la tierra y de la muerte.

De todos los actos del culto, los sacrificios representaban la parte principal, al principio se ofrecían a los dioses: alimentos, joyas, flores, frutos incienso; pero con el tiempo adquirió mayor valor la ofrenda de la sangre humana; por eso se punzaban con espinas diversas partes del cuerpo hasta sacarse sangre que ofrecían a sus dioses.

Finalmente las ofrendas del pueblo consistían en tributar a los dioses corazones humanos, a cambio de los cuales obtenían victorias y otros grandes beneficios. Los sacrificios se hacían de varias formas, pero el ordinario consistía en abrir el pecho a la víctima sobre una piedra, el sacrificio gladiador sólo se aplicaba a los prisioneros distinguidos.

La religión intervenía en todos los actos de la vida humana, al nacer el niño sus padres lo consagraban al Dios de la guerra, y consultaban al sacerdote cual sería su destino de acuerdo con el día de su nacimiento.

Cuando moría una persona, su cadáver era vestido con las ropas propias de su rango y se velaba durante tres días, al cabo de los cuales era quemado sobre una piedra y sus cenizas eran recogidas y guardadas en urnas de barro que se enterraban en el propio hogar.

4.- MODELOS CONCEPTUALES DEL PROCESO DE MORIR

Según Charon todos tenemos miedo a la muerte; porque morir significa pasar a la no existencia y a lo desconocido final; llevar consigo mucho dolor físico y psíquico miedo a tener una muerte poco digna o una muerte en soledad.

Esto nos ayuda a reflexionar en el vacío amoroso que puede sufrir el moribundo, nos hace pensar en el dolor y en la obligación de controlarlo con el tipo de acercamiento que debemos tener según la etapa en la que esta el moribundo con sus familiares, en la actitud mental ante la muerte y así aumentar o disminuir el grado de dolor y en la necesidad u obligación de no decir mentira alguna ni al paciente ni a su familia, al decir una mentira lograremos que sus últimos momentos, meses, días, horas y minutos lo rija la falsedad; esto es lo más doloroso de la muerte.

Algo muy importante es el papel de la espiritualidad y de la religiosidad para el enfermo significa preparación a una muerte digna y en paz.

Para los familiares fortalecer en el dolor, esperanza de reencuentro, razón para sobrevivir y pie para la aceptación es uno de los acercamientos básicos, elementales e indispensables. Por lo que a continuación se mencionarán algunos procesos de morir:

4.1-Modelo de la Dra. Elizabeth Kübler - Ross

Las etapas negación, aislamiento, ira, regateo, depresión y aceptación son un proceso que se tiene que cumplir. Es el proceso por el cual pasamos ante una pérdida, aunque no todos transitan por todas las etapas hay unos que las brincan y otros que van y vienen por todas ellas a veces de un momento a otro.

Una persona puede morir con dignidad aún cuando no llegue a aceptar la muerte.

Negación Aislamiento.- El paciente busca las opiniones de diferentes médicos y prueba varios tratamientos; no acepta hablar de eso prefiere estar sólo con la gente y no saber lo que acontece.

Está en estado de choque y adormecimiento.

Es posible que tengamos necesidades de la negación como preparación ante la inminencia de la muerte, para adaptarnos a la pérdida de facultades que ya estamos observando y para tolerar el sufrimiento a dolor; "Algunos mueren negándolo".

Ira, Rabia y Resentimiento.- Ira a perder el control, el enfermo proyecta la ira sobre lo que sea blasfema contra Dios.

Regateo.- El regateo es como una tregua, el paciente parece tranquilo, es un período apropiado para poner en orden asuntos como el testamento.

Depresión.- Es la etapa del "Estar bien yo". La doctora Kébler Ross habla de dos tipos de depresión: la *reactiva* ante la pérdida del empleo, la mutilación de un seno, la pérdida de la capacidad de atenderse así mismo y la *preparatoria* ante el fin de la propia vida y la pérdida de la familia. La depresión es el útero en donde crece una nueva elección o una nueva manera de ser. Aparece cuando nos aferramos a alguien o a algo que no podemos tener, o cuando guardamos sin expresar sentimientos tales como ira, tristeza oculta e incluso amor.

Aceptación.- El enfermo se mantiene callado, en paz, en este período en se contempla el próximo fin con cierto grado de silenciosa espera.

4.2.- Modelo de Carl A. Nighswonger

El primer drama es el **shock**, la respuesta sana sería la negación, la no sana sería el pánico. El drama número dos es **emoción** la respuesta correcta sería la rabia y la incorrecta es la represión, la culpa y vergüenza. El tercer drama es la **negación** que corresponde el regateo como respuesta apropiada en vez de ponerse en retirada o darse por vencido; el cuarto drama es la **cognición**, la respuesta adecuada es tener esperanza real y una búsqueda de significado a su situación concreta; la respuesta inadecuada es la amargura, desesperanza u obscuridad, sigue el drama del compromiso no hay que tener como respuesta la desgracia de la resignación.

El último drama es la **terminación** cuando se puede decir que todo se ha cumplido hasta la saciedad lo que sería la respuesta apropiada.

4.3.- Modelo Gloria M. Francis (enfermera)

- 1.-Negacion.- Desmentir lo que esta pasando.
- 2.-Ansiedad
- 3.-Regresión
- 4.-Depresión
- 5.-Etapa Realista

4.4.- Modelo de Robert E. Neale

"Un peregrinaje real y lleno de significado, hacia la muerte y la nueva vida" (3). Para este autor el proceso de morir consta de aspectos y etapas.

4.5.-Modelo de Weisman August. (1834-1814) M,dico, Biologo Alem n.

"El morir es un proceso que comienza con lo que se llama puro existencial; el enfermo se enferma a la realidad de la vulnerabilidad humana y a la idea de que su muerte inminente; aquí en este momento, tanto el enfermo en fase terminal como sus familiares, muestran síntomas evidentes de torpeza intelectual". (4)

(3) Revista Mexicana de Tanatología. Organó oficial de la asociación mexicana de tanatología a.c. vol. 6 año 2 p.76.

(4) Idem.

CAPITULO II

EL PROCESO DE DUELO

1.-EL DUELO

El temor a la muerte, señores, no es más que pensar que uno es sabio cuando no lo es; quien teme a la muerte se imagina conocer algo que no conoce. Nadie puede decir que la muerte no resulte ser una de las mayores bendiciones para un ser humano; sin embargo, los hombres la temen como si supieran que el mayor de los males.

SOCRATES

Vivimos en una sociedad que desafía a la muerte. Combatimos y repelamos a la muerte, nos apresuramos a terminar con nuestro duelo y tenemos prisa por volver a la "normalidad". Esta actitud provoca que el proceso de duelo sea mas difícil y desconcertante para los sobrevivientes, ya que niega la importancia y profundidad de sus sentimientos

DUELO.- "Son todos los sentimientos, reacciones y cambios que ocurren durante el proceso de cicatrización de una herida por la pérdida "(1). No es una enfermedad es un proceso normal y natural que permite que la separación se convierta lentamente en una realidad.

DUELO.- "Es el proceso de sentir y manifestar la vivencia de la pérdida, como formas culturales e institucionales que esta puede tomar, y que en su conjunto se llama luto."(2).

El Duelo sigue un patrón predecible; aún cuando cada uno de nosotros siga los pasos de ese patrón a su propio modo, es muy útil saber que los demás comprendan nuestros sentimientos. La pérdida de alguien por muerte es una herida y al igual que en el caso de una lesión enfermedad o herida física, se debe de dar tiempo así mismo para sanar.

El tiempo por si sólo no cura, pero la duración del proceso de duelo ayudará a recuperarse, tradicionalmente el tiempo oficial de luto ha sido de doce meses esto es muy común en algunas culturas y religiones.

(1). Déjalos ir con amor. Nancy O'connor. Primera Edición. Editorial Trillas pp. 9

(2). Trabajo Social con moribundos y su familia. Carole Smith. Editorial Pax. pp.30.

2.- ETAPAS DEL PROCESO DE DUELO.

Cuando muere una persona terminan sus sufrimientos al menos en la tierra, pero las que siguen viviendo se enfrentan a un trauma desolador, a presiones, emociones y decisiones importantes entre otras, por lo tanto para poder intervenir profesionalmente es necesario conocer inicialmente las etapas del duelo considerando la visión de dos autores.:

2.1.- Nancy O'Connor

Psicóloga que ha descubierto en los últimos años que existen patrones emocionalmente identificables en las personas que han sufrido la muerte de un ser querido.

Etapa 1.- Ruptura de los antiguos hábitos desde el día de su fallecimiento hasta ocho semanas.

Etapa 2.- Inicio de reconstrucción de la vida. De la octava semana hasta un año.

Etapa 3.- Búsqueda de nuevos objetos de amor o amigos. A partir del primer año hasta dos años.

Etapa 4.- Terminación del reajuste. Después de los primeros dos años.

Estos no son rígidos constituyen un lineamiento flexible, mucho depende desde luego, del grado de intimidad que hayan tenido con la persona que falleció, otro factor importante es el conocimiento previo de la pérdida inminente sí el fallecimiento estuvo precedido por una grave y larga enfermedad y se tuvo la oportunidad de empezar la elaboración del duelo antes de que ocurriese la muerte, podrás recorrer con más facilidad las etapas del duelo.

Etapa 1.- Las semanas que siguen a una muerte son un período de entumecimiento y confusión, nada es normal prevalecen los sentimientos de choque, incredulidad, protesta y negación. La muerte es una separación obligada, un rompimiento, la persona se siente como cortador de carne viva, las emociones esparcidas en el viento.

Sí el fallecimiento fue repentino e inesperado, la angustia es más aguda, y es posible que sientan una comunicación física real cuando perciban la noticia, se sienten indefensos e impotentes para controlar los acontecimientos de su vida y al mismo tiempo sienten que se arrastra una rápida ola de actividad, debe cumplir con las responsabilidades del caso y tomar decisiones importantes.

Las ocupaciones son una gran ayuda en el transcurso de los primeros días y dan la oportunidad de empezar a comprender la realidad de la pérdida.

Cuando las personas viven juntas, se forman una serie de hábitos pequeños, formas de interacción que se vuelven rutinarias, cuando estas situaciones se interrumpen tienen que reprogramar sus expectativas a nivel emocional físico y social.

Cuando se acepta la realidad de una pérdida se comprende la inutilidad de anticipar los antiguos sucesos rutinarios y con el tiempo se reconocen e incluso se aprecian los cambios.

Durante esta primera fase del duelo la persona puede experimentar cambios en su vida cotidiana, es posible que se alteren sus hábitos alimenticios y de descanso nocturno, frecuentemente duerme inquieta y puede tener sueños perturbadores despertándose a la mitad de la noche, sin que se vuelva a conciliar el sueño, algunas personas comen más al sentirse despojadas, como una forma de nutrirse así mismo ante la falta del otro, otros menos comen, pierden el apetito completamente; y para la mayoría de los dolientes la comida pierde su sabor, estas perturbaciones sólo duran un breve lapso y desaparecen gradualmente.

Las lágrimas y los sentimientos de tristeza profunda aparecen en momentos inesperados.

Es importante que se dejen salir sentimientos de aflicción, es purificante, depurador. "Permite a ti mismo derramar las lágrimas y te recuperarás más rápidamente". (3) La supresión del llanto no cumple ninguna función; sin embargo, el permitir que fluyan las lágrimas aliviara parte del dolor.

En las primeras semanas de duelo, es común y normal el estar preocupado e incluso obsesionado con la persona muerta, se puede sentir desleal sino tienes a esa persona constantemente en la mente, visitar la tumba, escribirle cartas, llevar un diario o sostener una conversación imaginaria son medios para finalizar los asuntos que quedaron pendientes en la relación, es irrelevante si el fallecido escucha los mensajes, estos como los funerales son para los familiares.

En lo que respecta a los niños, animales domésticos, padres ancianos, stres del empleo y muchas otras demandas deben colocarse en segundo lugar durante la edad del duelo.

(3) Déjalos ir con amor. Nancy O'Connor. Primera Edición. Editorial Trillas P.27

El gasto de energía que se requiere para enfrentar y resistir los impulsos emocionales que continúan surgiendo provocan fatiga y agotamiento este no es un buen momento para tomar decisiones importantes.

Etapa 2.- Después de que han pasado algunos meses, el dolor y la confusión siguen siendo agudos pero estos van disminuyendo gradualmente; la recuperación comienza a darse de manera automática y sin una persecución consiente ya está sanando el familiar. Los patrones aún serán erráticos, como en el estado de flujo, cambiando de las anteriores rutinas establecidas a otras nuevas

Los patrones de comida y descanso aún siguen siendo alterados, el descanso nocturno puede ser un problema, tal vez se sienta que no se puede relajar completamente ya que siguen preocupados por la fatiga constante, durante esta etapa se tendrán períodos de depresión sintiéndose impotente para cambiar los sucesos en la vida, junto con la tristeza pueden aparecer períodos de baja energía y fatiga.

La tensión física y el nerviosismo continuarán, los comportamientos que en el pasado fueron sociales y moderados pueden llegar a convertirse en excesivos temporales o permanentes.

El peligro con este tipo de ayuda para enfrentar el dolor, consiste en bloquear el proceso de duelo con métodos artificiales, se puede crear una dependencia a dichos apoyos la resistencia a sentir y aceptar el dolor emocional es el mayor peligro al que se enfrenta.

La salud es otro factor importante, es posible que se sientan débiles físicamente y sean más vulnerables y susceptibles a enfermedades serias especialmente las relacionadas en forma directa con el estrés y el nerviosismo, es muy importante que sea tolerable consigo mismo y evitar agregar situaciones estresantes a su vida.

En el transcurso del primer año, las perturbaciones emocionales requieren de una cantidad de energía, el llanto espontáneo en momentos inesperados, es sorpresivo y por lo tanto, a veces resulta mortificante.

Una gran cantidad de preocupaciones o sentimientos de importancia son sensaciones comunes en la elaboración del duelo y son aspectos normales de la depresión causada por el dolor. Pensar que los sentimientos presentes nunca terminarán, contribuyen a la autocompasión e impotencia, estos sentimientos son normales y pasarán con el tiempo al igual que los lapsos mentales si llegaran a presentarse.

Es posible que la idea del suicidio, surja de vez en cuando, esto es común y normal; sin embargo sí se vuelve obsesiva y persiste en la mente se volvería anormal. La propia muerte puede parecer la mejor solución, el meditar acerca de las circunstancias de la muerte o de las partes negativas de la relación sólo retrasan la recuperación, el repaso continuo de las situaciones las puede cambiar perdonándose así mismo, empezar a pensar en términos positivos en los buenos momentos de la relación y rechazar los dolorosos.

Los días festivos y las celebraciones serán una dura prueba del primer año, por lo que es importante sentir tristeza, desilusión, resentimiento, enojo o cualquier emoción que surja, siempre y cuando no sea una forma de bloquear las emociones no hay problema. Otra fecha difícil es el aniversario de la muerte, sobretodo sí el fallecimiento ocurrió en la cercanía de un día festivo o el cumpleaños de alguien, cada uno se vuelve más difícil de manejar.

Es conveniente que el occiso realice una elección consciente hacia la vida y aceptar el dolor que es parte de ella.

La búsqueda y el establecimiento de una identidad personal nueva y separada. Es una parte importante en esta segunda etapa de la recuperación, es un proceso lento que puede ser doloroso y alentador a la vez.

Algunas personas al enfrentarse a una pérdida importante se absorben en una ráfaga de movimiento, se refluyan en actividades externas en esta actitud puede existir un aspecto de urgencias, otra forma que puede asumir el proceso de negación, es un medio de evitar la tarea del duelo sobre todo sí sientes que la relación con el fallecimiento en alguna forma implicó un fracaso personal por lo que cobra más importancia al demostrar el valor.

Las múltiples ocupaciones representan un intento por llenar la mente con otra información, presiones y demandas, para no tener que pensar en el estado emocional, se espera que la participación en acontecimientos externos haga desaparecer el dolor interno.

Desafortunadamente esto no funciona, se tendrá que hacer y completar el proceso del duelo o a la larga se sufrirán las consecuencias; se deben enfrentar los sentimientos de culpa para que se puedan dejar atrás para siempre.

Sí la actividad no tiene el propósito de amortiguar las emociones, tratar de encontrar las aptitudes especiales, intereses y medios para desarrollarte y apoyarse así mismo. Para el aniversario del fallecimiento se ha mejorado y renovado, sin embargo, falta pero se ha aceptado la pérdida y se esta empezando a planear el futuro.

Etapa 3.- La vida se ha vuelto a la normalidad, algunos hábitos antiguos se han establecido firmemente y las nuevas costumbres se han vuelto cotidianas, las tareas fluyen, el dolor emocional es menos agudo, el duelo puede subsistir como un rito, pero su intensidad ha disminuido significativamente ya no es devastador como en un principio, rara vez se llora en público, aún cuando todavía habrá momentos de nostalgia y abatimiento; la depresión es una de las manifestaciones externas de una lucha interna. El objetivo de la lucha interna durante todo el proceso de duelo consiste en aceptar la realidad de la pérdida, en encontrar la nueva identidad y reconstruir su vida.

Después del primer año, los hábitos vuelven a la normalidad, empieza a regresar la risa espontánea, la diversión, la felicidad y en cierto sentido el humor, la memoria es normal, la salud se vuelve habitual o incluso puede llegar a mejorar a condición de que se hayan enfrentado y liberado los conflictos emocionales y el dolor de la pérdida. Cada vez se experimenta con menor frecuencia reacciones emocionalmente intensas, el contenido de los sueños serán más ligeros y reflejarán una disposición de ánimo para participar en la vida. En esta etapa ya se debe de contar con nuevos amigos algunos de los cuales pueden haber sufrido experiencias similares, empezar a planear actividades interesantes para el tiempo libre con otras personas recién conocidas.

El proceso de cicatrización ha estado funcionando, se darán cuenta de que el pensamiento es más agudo y más claro, que su juicio y sus percepciones son cada vez más racionales y confiables así como se han establecido las emociones.

Etapa 4.- Esta se caracteriza por el final del duelo. Los hábitos cotidianos de la vida se han mezclado, se han unido los patrones antiguos con los nuevos y se llevan acabo con un pensamiento consciente, se está viviendo una nueva vida, habrá ocasiones de euforia y satisfacción. El dolor pasa con el tiempo y la madurez que se alcanza puede ser muy gratificante en términos personales.

El período del duelo se ha utilizado para cicatrizar lentamente y se ha permitido experimentar y expresar las emociones más profundas y dolorosas frecuentemente que hayan surgido durante la aflicción, se esta preparado para empezar una nueva vida.

2.2.- Bod Deits.

- 1.- Conmoción y torpeza
- 2.- Negación y retirada
- 3.- Reconocimiento y dolor
- 4.- Adaptación y renovación

El superar los pasos del duelo se toma un lapso que varía de algunos meses a tres años o más. Algunos de ellos serán automáticos, fuera de control.

1.- Conmoción y torpeza. - Dentro de los siete a diez primeros días posteriores a la pérdida importante, el familiar se sentirá impactado conmocionado y desconcertado puede estar congelado o histérico. Cualesquiera que sea su reacción externa inicial, tendrá una cierta torpeza interna.

En esta etapa Dios o la naturaleza proporciona un amortiguador temporal contra todo el impacto de las pérdidas, el impacto empieza a disiparse unos días después de la muerte de un ser querido, no es el momento para tomar decisiones importantes.

La conmoción seguirá a todas las experiencias de pérdida dependiendo de la severidad de dicha pérdida la conmoción puede durar desde unas cuantas horas hasta varios días.

2.- Negación y retirada.- Cuando la conmoción se disipa no se puede estar listo para enfrentar la realidad de la pérdida, se deseará negar lo ocurrido.

El familiar debe de pensar en cualquier otra pérdida personal que haya sufrido y como se sintió durante las semanas siguientes, por lo menos está en contacto superficial con las experiencias profundas del pesar.

No todos estamos listos para considerar la pérdida como una parte de la vida. Por lo tanto cuando nos ocurre intentamos negarla, después de una reacción inicial la mayoría de nuestra negación ocurre bajo el nivel de la ignorancia.

Señales de negación en esta etapa:

- Falta de apetito.
- Falta o exceso de sueño.
- Frecuente boca seca.
- Malestares y dolores físicos.
- Falta de cuidado con la higiene personal.
- Fantasías acerca del difunto.
- Esperanza de que el difunto regrese.
- Enojo.
- Ineptitud para ejecutar las tareas rutinarias.

Todas las reacciones antes mencionadas son normales ante la pérdida se experimenta una o varias a la vez, es posible que se piense que se ha terminado con cualquier reacción y regresa alguna semana o meses después.

Durante este segundo paso de la recuperación del pesar, se puede presentar problemas con familiares y amigos. Lo importante en esta etapa es reconocer las señales de la negación y se debe de comprender parte del pesar.

3.- Reconocimiento y dolor.- Reconocer la pérdida es el paso más importante de la recuperación, es en este punto cuando se encarga nuevamente de la vida y de toda la responsabilidad de su sentimiento.

Cuando se pueda reconocer la pérdida es real y permanente, estar regresando a un sentido de equilibrio notable de la vida, esto representa un paso importante para la recuperación total. Sin embargo reconocer la pérdida puede causarle un dolor emocional extremo, por esta razón, no es del todo extraño que se encuentre en períodos regresivos de negación y de retirada. Será tentador volver a un momento de negación, sin embargo la única senda hacia el equilibrio y la integridad se apoya a través del dolor del reconocimiento.

La respuesta es buena, sin importar como se siente realmente en ese momento, sino esta bien y dice la verdad lo ignorará la mayoría de la gente como sino hubiera dicho una sola palabra, no estará sumergido en la agonía durante un año y se terminará todo. Nunca es ligera la ruta hacia la recuperación del pesar, tiene sus altas así como sus bajas.

4.- Adaptación y renovación.- La primer señal de la parte más escabrosa del pesar ha terminado, es un cambio en las preguntas que se hacen desde el momento de la pérdida, la pregunta más obsesiva y persistente es por ejemplo: ¿Por qué me ocurrió esto a mí?.

Cuando usted deja de preguntar ¿por qué?, y empieza a preguntar ¿cómo?, esta empezando a adaptarse a su nueva vida, sin la persona, el lugar, o la condición que ha perdido.

Las preguntas que empiezan ¿por qué?, reflejan un desesperado anhelo, por encontrar significado y propósito a la pérdida, es estar inquieto por lo injusto de lo que ha sucedido, es estar seguro de que alguna hay para eso.

Las preguntas ¿cómo?, expresan la búsqueda por formas, para enfrentar la vida después de una pérdida.

Es difícil aceptar las muertes trágicas, algunas cosas ocurren sin algún propósito. Es fácil olvidar que la palabra accidente significa solamente eso. Cuando las preguntas empiezan a cambiar de ¿por qué? a ¿cómo? se está aceptando que los accidentes incluyen también la pérdida trágica.

Conforme pasa el tiempo, se dará una recuperación ya que es un proceso de toda la vida para adaptarse a otros cambios y pérdidas.

Hechos del pesar. aceptar estos hechos ayuda a desarrollar el vigor y la paciencia del duelo.

- 1.- La salida del pesar es a través de él.
- 2.- El peor de los pesares es el suyo.
- 3.- El pesar es un trabajo difícil.
- 4.- El trabajo efectivo del pesar no se ejecuta sólo.

Es incomodo aprender a trabajar con el duelo, por lo que estos pasos representan una nueva forma para que se soporte la pérdida.

1.- La salida del pesar es a través de él. Se debe de conocer este único hecho, no existen intervalos hacia una vida plena y digna después de una pérdida importante. La recuperación del dolor buscará cualquier forma para continuar a través de él, nadie desea enfrentar el pesar.

Tendencias comunes que se manifiestan:

Intentan evitarlo.

Intentar olvidarlo rápidamente, y cuando nada de esto funciona.

Intentar esperar que se olvide.

Afirmar que el tiempo cura por sí mismo, es como decir que la práctica hace la perfección. El trabajo efectivo a través del pesar cura las heridas profundas y capacita para recuperar un sentido de equilibrio, cuando más significativa sea la pérdida mayor será su sentido de pesar, no logrará vencerla tampoco hay forma de evitarla. No puede esperar que se olvide, irá a través de él, es la clave para la recuperación de su pesar.

En algún momento durante el trayecto del familiar se sentirá triste, sólo, perdido, enojado o todo a la vez, debe tener un sentido del propósito y de la fidelidad cuando logre estar en contacto con sentimientos desagradables, debe estar totalmente convencido de que la única salida del pesar es introducirse en él. Por lo que realizarse por la experiencia es la única salida definitiva y saludable del duelo.

2.- El peor de los pesares es el suyo.- El sentimiento de tristeza es doloroso y en ese momento, para el que lo vive es el peor de todos los pesares porque es el suyo. La muerte de cualquiera de los miembros de la familia de más edad lastima porque es su pérdida. Nunca se debe de disculpar por apesadumbrarse, debe recordar que se necesita, se debe de aprender a reconocer la pérdida, cualquiera que sea la experiencia necesita soportar sus verdaderos sentimientos de tristeza y enojo en el trayecto hacia la recuperación de una vida plena una vez más.

La vida permanecerá con el deudo en tanto continúe diciendo así mismo que no se debe de sentir como esta o que finga que no lastima.

La recuperación empieza cuando se admite que no importan las demás tragedias del mundo, pues en ese momento el peor de los pesares es el suyo.

3.- El duelo es un trabajo difícil.- Realizarse a través del duelo se denomina hacer el trabajo del pesar. Considerar el duelo como un trabajo le ayudará a no intentar esperar que termine, le ayudará a observar que los demás son responsables de que se sienta plenamente nuevo. Nadie puede hacer el trabajo de reconocer que significa la muerte de un ser querido.

4.- El trabajo efectivo del pesar no se ejecuta solo.- Mitos que se escuchan acerca del duelo: El duelo es algo personal que debe guardarse uno mismo. Un hecho de la vida y de la pérdida es el trabajo efectivo del duelo no se ejecuta solo. El duelo no es asunto privado, se necesita de otras personas ya que necesita hablar de sus experiencias y sentimientos, necesita escuchar a otros compartir lo que ocurrió, existe la fortaleza para soportar el alcance y la carga del duelo. Sí se guarda el duelo para uno mismo, ocurre un riesgo innecesario que puede llegar a deformarse.

3.- TEORIAS DEL DUELO.-

Kubler-Ross ha descrito etapas de adaptación incluyendo la negación, el enojo, la ira, la envidia y el resentimiento iniciales.

Las reacciones de duelo pueden incluir el choque emocional, seguido de ira y después de una amplia variedad de intensas reacciones emocionales que pueden expresarse de muchas formas incluyendo síntomas físicos.

No hay nada anormal si alguna persona que parezca haber enfrentado adecuadamente la situación no ha pasado por una o ninguna de las etapas. Al mismo tiempo, el conocimiento de las fases observadas es de gran utilidad, así mismo el manejo de teorías, las cuales se pueden aplicar de acuerdo al duelo que se maneja.

3.1.- Dolor anticipado.- Esta es una teoría que trata de examinar los efectos benéficos del dolor anticipado ante una pérdida.

Algunos de los estudios de esta teoría tienen relación con la muerte en niños y otros con la muerte en adultos. Los niños parecen responder adecuadamente a la preparación previa y responden positivamente si se les involucra en el cuidado.. Los padres de los niños en agonía algunas veces tienden a lograr una aceptación que puede facilitarles el camino.

El dolor anticipado puede tener relación con otros factores tales como haberse dicho la verdad que uno debe de saber para poder anticipar.

Se debe de tener el conocimiento de posibles efectos benéficos en relación a la aflicción previa a la pérdida, y la necesidad de asegurar que los seres queridos son ayudados a través de proporcionarles información.

3.2.- Duelo dirigido.- Esta teoría esta dirigida a personas que encuentran dificultad para funcionar plenamente después de un período prolongado posterior a la pérdida. La teoría supone que , por múltiples razones, estas personas no han lamentado totalmente la muerte del ser querido y se desea la intervención para facilitar el proceso de duelo. Esto implica conducir a alguien hacia el sentimiento de dolor en forma dirigida pero variable. Puede incluir el escribirle cartas a la persona finada, visitar la tumba o dirigirlo a través de alguna de las reacciones de dolor tales como la expresión de emoción, llanto, ira, etc. Aún cuando el concepto no se ha beneficiado con la suficiente investigación, los trabajadores que han hecho estas técnicas sostienen que los dolientes son ayudados a través de ellas.

CAPITULO III

PRINCIPALES NECESIDADES DEL PACIENTE Y LA FAMILIA PARA ASIMILACION DEL PROCESO DE DUELO.

1.- FAMILIA Y DUELO.-

La familia es una célula fundamental, es el lugar de formación y el sitio donde se prepara para la vida en sociedad, es el campo social y psicológico, además es una fuente de afectos, es una zona de seguridad e identidad.

La familia esta sujeta a una dinámica interna fundamental con la que se observan las siguientes funciones:

- *Función de procreación.
- *Función de sustento económico.
- *Función de socialización.

Se ha demostrado que la pérdida de un miembro de la familia puede tener efectos devastadores, ya que la naturaleza de la muerte afectará la reacción de los parientes ante ella.

Las circunstancias de la muerte son muy difíciles de sobrellevar, lo que hace más dura la aceptación de la realidad. Por consiguiente las víctimas en tales acontecimientos están generalmente expuestas a disturbios psicológicos y emocionales que se pueden manifestar por: incapacidad para manejar sentimientos intensos, frecuentes pesadillas e insomnios, dificultad en el manejo de las relaciones interpersonales, capacidad laboral deficiente.

Existe duda que las familias puedan estar buscando aclarar y que retrasan e inhiben el proceso de duelo.

La muerte de un padre tiene el impacto más devastador, enfrentarse solo con los hijos que han perdido a un padre es una gran experiencia negativa para los dolientes. Los individuos se sienten bombardeados de problemas y algunos sienten una desesperación entorpecedora y una sensación de que la vida ha llegado a su fin, la mayoría tienen severas dudas de relación a su habilidad para hacerse cargo de las tareas sin ayuda.

Se debe de encontrar la manera de enfrentar su propio dolor, el dolor de sus hijos, el de sus padres y parientes políticos, deben adaptarse a la pérdida de su compañero, de su padre, de los hijos, posiblemente del mayor aportador económico, del hombre protector, de la pareja sexual, del consejero de decisiones importantes.

Las madres viudas pueden tener dificultades económicas, pueden sufrir una repentina reducción del ingreso y por tanto de su nivel de vida, pueden tener dudas de sus maridos y sentirse desmoralizadas para reclamar sus beneficios en un lugar público sin ninguna privaría.

El aislamiento emocional parece ser una realidad para la mayoría de los padres viudos, por lo general sienten que ya no pertenecen al mundo de dos. Los amigos dudan como tratarlos y ellos se sienten contemplados con desconfianza. Su autoestima disminuye a medida de que fallan nuevos intentos de relacionarse, pueden experimentar auténtica soledad y dolor ya que se sienten incomprendidos y heridos por las personas que no parecen entender.

La pérdida de un padre por muerte representa una amenaza más seria para un niño porque para que él entienda la muerte deber tener algún concepto del tiempo y de irreversibilidad.

Para los niños la verdad es claramente dolorosa y hará que se sienta triste, temeroso y desconfiado, sin embargo aún cuando se le den respuestas poco verídicas a sus dudas, eso hará que intuyan la verdad.

La diferencia radica en que con la verdad la realidad pueda enfrentarse gradualmente y de una manera cuidadosa.

Las verdades a medias dejan al niño más confuso ya que con más dudas provocarán un mayor grado de ansiedad en el padre sobreviviente y el niño absorberá esta sensación y se quedará con más preguntas sin respuesta que será incapaz o estará renuente a expresar por lo tanto, compartir la tristeza y la confusión con los niños es más saludable que pretender negarlas. Los niños pueden soportar la verdad sí se maneja en forma simple y sí después del intercambio de sentimientos que son dolorosos pueden ser reconocidos como algo normal.

Los mismos padres angustiados desean proteger o defender a sus hijos de experimentar la pérdida y de expresar su dolor, sin embargo los niños tienen las mismas necesidades que los adultos y los beneficiará en participar en todas las actividades importantes en el momento de la muerte, es necesario enfrentarse totalmente a la realidad de que el padre esta muerto, desprenderse del sentimiento de que la muerte no ha ocurrido en realidad y después aceptar que la persona se ha ido y no regresará.

Una vez que las personas son plenamente confortadas con la realidad necesitan expresar el dolor de su pena; es una labor muy difícil para un padre viudo que teme perder el control o asustar a sus hijos, esto lo dificulta aún más la familia y los amigos que tratan de inhibir esta expresión de dolor porque es demasiado incomodo para ellos. Por lo tanto se debe de tratar de no sentir nada ante lo que nos rodea, a esa madre, padre o hijos, cuando es precisamente lo opuesto lo que necesita para que el trabajo de duelo pueda llevarse acabo.

Las actividades y el comportamiento de los vecinos cambian mientras buscan como acercarse a la familia doliente.

1.1.- El deceso en base a el rol que se tiene en la familia.-

Todos los seres humanos somos diferentes, cada uno de nosotros es un ser único, una composición de influencias múltiples. Cada persona es una acumulación de material genético, factores culturales, antecedentes familiares, experiencias personales, etc. Y su forma de enfrentar la problemática es única, por lo tanto, cuando experimentamos la muerte de una persona querida estos factores son los que determinan las diferencias en nuestra reacción. Por lo que cuando fallece algún familiar es diferente el trabajo de duelo, ya que depende del rol que desempeñaba el occiso en la familia.

1.1.1 Muerte de un cónyuge.

La muerte de un cónyuge es una de las pérdidas más grandes en la vida. La aceptación y el ajuste a la realidad es un proceso de cicatrización prolongada, lenta y dolorosa. No estamos preparados para experimentar la devastación emocional que nos produce la muerte de un marido o una esposa. El dolor puede provocar mayor madurez, con el tiempo se vuelve más sensible ante el sufrimiento de los demás, se pueden encontrar nuevas áreas de fuerza interior y talentos en uno mismo.

Cuando muere un cónyuge, todos los sueños que se compartieron, la cercanía emocional, los años de vida juntos, deben convertirse en recuerdos. En un matrimonio de muchos años, los dos han sido uno, en muchas formas emocionales y funcionales. Ahora están sin la otra mitad y se sienten incompletos.

Sí hubo problemas en el matrimonio, se extrañará la presencia de la otra persona, ahora ya no se puede tratar de resolver esos problemas y fortalecer la relación.

Cuando fallece una persona amada, no hay esperanza de reconciliación, la muerte es irreversible. La muerte es final, y la aceptación de esa realidad es uno de los ajustes más difíciles y dolorosos.

La palabra viudo significa vacío, sin un compañero. Muchas culturas que reconocen la tragedia que significa perder a una pareja por muerte, tienen rituales y costumbres tradicionales relacionadas con la viudez.

Gran parte de nuestra sociedad esta orientada a la pareja, y las parejas desconocen la forma en que se puede ajustar un viudo o una viuda a las preguntas prevalecientes, las personas viudas recuerdan a los demás la fragilidad de sus propias relaciones. Por lo tanto los dolientes después de un breve plazo, generalmente al cónyuge doliente se le borra de las listas sociales y se vuelve invisible para los amigos y las relaciones anteriores, especialmente si las amistades de la pareja se establecieron a través de los asociados del marido los clubes sociales o en el trabajo.

Cuando más intenso sea el amor y el compromiso, mayor será la pérdida. Durante los tres o cuatro primeros meses después de la muerte de un esposo, es común que el sobreviviente se vuelva olvidadizo.

El dolor es la desgracia, es único, su relación es única, las circunstancias de la muerte son especiales y únicas. No todas las personas son objetivas al enfrentar esa realidad, algunas continúan abrigando falsas esperanzas, hasta el mismo final, su resistencia puede aumentar el dolor.

El conocimiento anticipado es como un regalo del tiempo se usa para empezar la elaboración del duelo, para empezar a prever lo que será la vida sin la pareja. El observar el sufrimiento de una persona amada y el sentirse impotente después de que se ha fracasado todas las estrategias médicas, son experiencias extremadamente desgastantes en lo emocional. Pueden haber deseado que se apresurara al final para olvidar el sufrimiento, y al mismo tiempo, haberse sentido ansioso y temeroso de perder a su cónyuge, también es posible que se sientan enojados por las demandas emocionales y físicas que se impusieron. Los sentimientos confusos y conflictivos son naturales.

Independientemente de la forma en que se haya utilizado el tiempo de advertencia, antes de la muerte, cuando ocurra finalmente el fallecimiento, se experimentara conmoción e incredulidad. Los beneficios del conocimiento anticipado aparecen más tarde en la elaboración del duelo, cuando empiezas a reunir los hilos de la vida.

Sí no tuviste una advertencia previa y la muerte fue inesperada, el período inicial de conmoción e incredulidad generalmente es más prolongado. La reacción del dolor será aguda desde el momento del fallecimiento hasta el final del primer año. La cicatrización será un proceso lento y gradual, con pequeños pasos progresivos hasta que se empieza a dar cuenta de que sobrevivirá por uno mismo.

El segundo año es el período en que se empezará a entablar nuevas amistades, hasta cambios, fijarse metas y formular planes en los que participa el futuro. Emocionalmente, se estará más capacitado para liberarse del pasado. Durante las primeras semanas se requiere de una buena cantidad de tiempo y energía para manejar asuntos prácticos después del funeral, como una autopsia, informes del forense, tratos con la compañía de seguros, cuentas bancarias, cuentas de crédito, juicios testamentarios y asuntos similares.

La confusión que se siente es parte del proceso natural de cicatrización. La resistencia sólo prolongará los problemas, así que se debe dejar que fluyan las reacciones y pronto se evolucionará a la siguiente etapa de recuperación.

Los niños también se duelen en su propia forma. Ellos solo pueden absorberse y proceder una cierta cantidad de información a la vez y por tanto, sus ajustes emocionales seguirán su propia pauta. Se resentirá mayormente la ausencia de aquel padre que ocupaba un lugar principal en su vida. También pueden verse seriamente afectados por el comportamiento del padre afligido, especialmente nocivo que el padre viviente se vuelva retraído e inalcanzable. Los niños necesitan hablar, llorar y elaborar el duelo personal; la muerte es un abandono el mayor que sienten los niños de manera inconsciente.

La consecuencia de no pedir lo que quieres consiste en que puedes adoptar una actitud ya sea pasiva y manipuladora, o agresiva y enojada. La primera es oculta y encubierta, la segunda es abiertamente hostil y evidente. Ninguna de las dos es afectiva, a la larga la gente reconoce los métodos en lugar de acercarse y apoyar.

Muchos viudos y viudas continúan usando el anillo matrimonial durante el primer año de luto, el anillo es la señal de que todavía no se está preparado para iniciar otras relaciones, es una forma de negación e indicación de una interrumpida conexión emocional con el cónyuge fallecido.

En el segundo año se empezará a buscar un nuevo amor, ya que se ha madurado y cambiado y se puede encontrar atractivo en un tipo distinto de persona.

Los viudos jóvenes empiezan a buscar actividad sexual en un plazo breve y con más frecuencia que las personas de más edad. En ocasiones se produce un período de promiscuidad, de búsqueda de validación y mérito propio a través de encuentros sexuales; otras veces, existe un profundo deseo de estar cerca físicamente, de tocar y ser tocado, también desea llenar psicológicamente el vacío del corazón y del lecho por medio de la intimidad del acto sexual.

La sexualidad y el deseo de satisfacción sexual forman parte de un patrón que dura toda la vida, la ausencia de una pareja sexual regular puede causar conflictos emocionales y frustración física, puede aparecer en los sueños, hasta el punto de volverse estos orgásmicos, incluso puede comprender imágenes de relaciones sexuales con los hijos o amigos.

Las viudas que se vuelven a casar, en promedio, poco después de cuatro años, mientras que los viudos se casan en un plazo de dos años. Por lo que la edad es un factor importante en el nuevo matrimonio de una viuda.

"Las mujeres jóvenes, con menos de 24 años, tienden a casarse en un año, algunas viudas afirman que no desean volver a casarse pero para la edad de 65 años, sólo el 30% de las mujeres están casadas, en oposición al 70% de los hombres. Muchas personas se quedan viudas en los años medios de la vida." (1).

Después del segundo año, las relaciones con los hijos se han estabilizado, su auto estima está de nuevo intacta y la vida en general es más satisfactoria.

(1) Déjalos ir con amor. Nancy O Connor. Primera Edición. Editorial Trillas P. 09

1.1.2. La muerte de los padres

Generalmente cuando muere uno o ambos padres, los hijos adultos en edades jóvenes y medias con diversos grados de dependencia de ambos, se convierten en los mayores de la familia..

Los factores clave que determinan la forma en que el fallecimiento de un padre afectará a un hijo son: La naturaleza de la relación con ese padre, la edad del hijo cuando ocurre la muerte, la madurez emocional del hijo sobreviviente, el período de advertencia previo a la muerte y el tiempo que el padre y el hijo han dedicado a discutir los aspectos tanto prácticos como emocionales que comprende el deceso del padre.

La elaboración del duelo por el fallecimiento de un padre será más fácil cuanto más edad y madurez tenga el hijo o la hija, más largo haya sido el tiempo de advertencia, y más franca haya sido la relación entre padre e hijo. Cuando un hijo joven pierde a un padre, o el deceso es repentino o la relación era tensa, el duelo puede permanecer sin resolverse durante años.

Las etapas de recuperación y la elaboración del duelo después del fallecimiento de un padre, son inhabilitantes o intensas como cuando se pierde a un cónyuge, amante o hijo, es de esperarse que los padres mueran antes que los hijos y, por consiguiente, hasta un cierto grado todos estamos preparados para el fallecimiento de nuestros padres.

Nunca resulta fácil aceptar la pérdida de una relación emocional que no es importante, pero la mayoría de nosotros tenemos una noción previa de que es normal y justo que llegue la muerte cuando ya se es mayor y se ha tenido la oportunidad de vivir lo suficiente para llevar acabo algunas o todas las tareas del ciclo de la vida.

Cuando muere uno de los padres la edad del niño influye en la forma en que se manejará el dolor. Para un niño pequeño la muerte de un padre es un misterio, el niño tendrá sentimientos de culpa y pensará que él causo el fallecimiento con alguna acción "mala" o perversa, lo puede invadir el temor de ser abandonado o castigado; sin embargo en cualquier edad, un hijo es vulnerable al fallecimiento de un padre.

Sí la relación padre-hijo nunca pudo progresar hacia una relación de adulto, independientemente de la edad del hijo, lo más probable es que con el deceso se reactivarán todos los temores infantiles a ser abandonado. Los mismos sentimientos se pueden experimentar con la muerte de un padrastro, tutor o abuelo, o quien haya sido una figura significativa en el crecimiento de una persona.

La muerte de un padre es una pérdida particularmente dolorosa cuando un hijo se identifica de manera profunda con el padre que muere y suele suceder que el otro padre, el que permanece vivo se convierte en el blanco resentimiento, enojo u otros sentimientos violentos, también puede intensificar otras crisis emocionales que estén ocurriendo en la vida de un hijo al mismo tiempo.

Las raíces de la relación padre-hijo son tan profundos, que en ocasiones, los vínculos permanecen vivos durante mucho tiempo después de la muerte de un padre, algunas veces, el hijo se esforzará por cumplir las fantasías o sueños incompletos del padre.

En la sociedad cuando muere un padre, por lo general queda una gran cantidad de asuntos pendientes, las relaciones que son más difíciles son las que están cargadas con un fuerte contenido emocional y social, son aquellas en las que sentimos que podemos perder mucho.

Los padres son nuestra figuras de autoridad por eso cuando muere un padre en una relación de ese tipo, el hijo puede sentir alivio, pero se siente culpable por sentirse así, por tanto no queda libre, debido a que la relación fue falsa y superficial. El hijo tendrá que terminar su propio proceso de madurez y convertirse en un adulto independiente, separado, después de que la muerte de un padre fallecido continúe teniendo el poder para aprobar y desaprobar su conducta por el resto de su vida.

La presencia del padre o de la madre será constante en la cabeza del hijo en la forma de mensajes y conciencia de su comportamiento.

La oportunidad de terminar el duelo de ambos, una vez que han muerto los dos padres, finalizará la transición de niño a adulto, de la generación intermedia a la de más edad.

Cuando uno de los cónyuges muere poco tiempo después del fallecimiento del compañero, así en un plazo breve, los hijos se enfrentan a la muerte de ambos padres. Si la pareja es de edad avanzada, el sobreviviente puede experimentar una profunda sensación de quedar viudo, el anhelo por reunirse con su compañero se vuelve tan obsesivo que elige o quiere morirse. Las personas mueren verdaderamente con el corazón roto, cuando no hay causa física aparente.

Después del funeral, la vida vuelve a la normalidad para la mayoría de las personas, si vivías en la misma casa con tu padre, su ausencia dejará un vacío más grande, y se tendrán que hacer ajustes sentimientos de tristeza, enojo, depresión e incluso alivio, especialmente después de una enfermedad prolongada que haya sido dolorosa para el paciente y estresante para la familia.

Las respuestas emocionales cuando fallece un padre, por lo general son menos agudas que en el caso de otras muertes, y el duelo se resuelve en un plazo más corto, casi siempre de seis meses a un año.

Una vez que ha pasado el funeral, las demandas del trabajo, familia y otros compromisos requieren que la persona afligida vuelva a las rutinas de la vida familiar, y la muerte del padre se le relega a un plano posterior. La muerte de los padres puede acercar aún más a sus hijos, ya que comprenderán que son un ciclo normal de la vida y que algún día los dejará; los nietos también sufren por su pérdida, la severidad de la pena depende de la cercanía en la relación con el abuelo y de la edad del nieto.

Un aspecto de la muerte de un abuelo es que acerca al niño a la realidad de la futura muerte de los padres, con frecuencia la primer pérdida que experimenta es ésta, la forma en que sus padres manejan su dolor, se convierten en un modelo para que los niños elaboren las pérdidas por muerte en el futuro; si el niño mantenía una relación íntima con el abuelo, su fallecimiento puede ser devastador para él.

Si los nietos son adultos cuando muere un abuelo, a menudo son el apoyo más cercano y efectivo que tiene un padre.

El adulto sin hijos con frecuencia se siente realmente huérfano cuando queda con familia. Cuando mueren los padres y adoptamos el papel de los mayores en la familia, suele surgir una percepción de nuestra propia muerte.

1.1.3. La muerte de los hijos.

La muerte de un hijo especialmente el propio, es algo que a la mente humana le resulta muy difícil comprender, parece que es algo que va en contra de la naturaleza. El fin de una vida que aún se está formando o apenas empieza es una crueldad casi inconcebible, pero sucede.

Los padres tienen que presenciar la enfermedad o sufrimiento y la consecuente muerte de los hijos a quienes dieron la vida, y esos padres tienen que seguir viviendo, tal vez tengan otros hijos a quien cuidar; para la madre y el padre la vida sigue su marcha, aún cuando nada llenará nunca el lugar del fallecido, aunque un hijo se haya ido, todavía se tiene un futuro. Independientemente de la edad del hijo, ya sea bebé, un niño pequeño, adolescente o adulto, cuando mueren los hijos los sentimientos son devastadores.

Los padres esperan morir antes que sus hijos, es el orden natural de la vida, cuando la situación se revierte y el hijo muere primero que los padres, pareciera que algo está equivocado, los afligidos sobrevivientes deben seguir viviendo recuperarse de la pérdida con la que es más difícil vivir. Es necesario lidiar con las propias emociones y las de otros miembros de la familia.

Cuando al niño y a los padres se les advierte por anticipado la muerte, se tiene la oportunidad de elaborar parte del dolor de la superación y la pérdida antes de que ocurra el fallecimiento, la muerte de un hijo obliga a los padres a confrontar su propia comprensión acerca del significado de la muerte.

Un niño muy pequeño sólo puede relacionar la muerte con la separación de sus padres, para él la ansiedad de la separación es un temor constante de pérdida, especialmente de la madre. Los niños pequeños relacionarán la muerte en términos de alejamiento, de abandono de soledad, no sentirán la tristeza o la profundidad del significado con la misma intensidad que sus padres.

Dejar de fluir las lágrimas, la tristeza u otras emociones es lo más natural y real, la exposición de una fachada valiente y estoica no sólo será falsa, sino que puede propiciar que el niño trate de comportarse en la misma forma y no se sienta libre para llorar y expresar sus verdaderos sentimientos.

La mayoría de los estudios realizados en niñas y adultos cuya muerte se aproxima, revelan que lo quieren y con lo que se sienten cómodos, es con *la verdad, la sinceridad y la honestidad*. La falsedad desorienta y consume energía, despoja a la persona moribunda del derecho a terminar su vida con honestidad y apego a la realidad.

El niño ,es sensible a las señales no verbales, ellos se dan cuenta cuando se está fingiendo o no se es sincero, sobre todo cuando se promete que va a estar mejor y volverá a casa, una vez que se ha dicho la verdad al niño en un lenguaje que pueda comprender es importante que el siga su propio proceso natural del duelo, su edad, personalidad y patrones para manejar la situación y el cambio serán los que determinen la forma en que responda al duelo.

Por otra parte los accidentes fatales, se tiene un poco tiempo antes de que ocurra la muerte. Los accidentes por su propia naturaleza, implican un error o descuido; cuando un niño muere accidentalmente, los sobrevivientes frecuentemente son presa de la culpa y el reproche, los padres se preguntan, especulan, planean, piensan, tratan de vivir con la pérdida de recordar o de olvidar al mismo tiempo.

Cuando muere un adulto, y los padres sobreviven, las emociones pueden ser tan intensas como sí hubieran perdido a un hijo en la infancia, los padres desean ocupar el lugar del hijo fallecido.

Al despedirse de un hijo puede ser una de las pruebas más duras de la vida, está muerte afectará a toda la familia.

Los primeros meses después de la muerte de un hijo estarán llenos de reproches, deseos y sentimientos confundidos y mezclados, todos ellos dolorosos, abrumadores y aparentemente intolerables; como padre se está deshecho por dentro. Estos sentimientos complejos y dolorosos son normales, ya que están experimentando uno de los sucesos más terribles que puedan ocurrir en la vida, pero aunque parezca imposible, sigues vivo y se continuará viviendo.

Los patrones de comportamiento de una familia frente a las crisis, ya están establecidos aún antes de que ocurra un acontecimiento capital en la vida.

1.1.4. La muerte antes o después de nacer.

Cuando se pierde a un hijo por aborto, nace muerto, o en el principio de su vida, su personalidad no esta tan plenamente formada como la de un niño de meses o años de edad. Este hecho implica un duelo, el cual a veces se intensifica debido a las esperanzas y expectativas vinculadas con el nuevo bebé.

El nacimiento de un niño con defectos físicos o retraso mental, produce también una sensación de pérdida y dolor cuando se comprende que el niño nunca podrá llenar una vida completamente normal; los conflictos que trae consigo este tipo de duelo pueden continuar durante años, a menos que los padres lleguen a una resolución elaborando y manejando sus emociones.

La principal diferencia entre la interrupción de un embarazo y lo que llamamos aborto, consiste en que en la primera no lo desea y su causa, generalmente, deviene de algún problema físico. El aborto es una intervención quirúrgica o química dirigida a interrumpir a dar fin a el embarazo, y por lo general lo desea la mujer, quien no tenía la intención de embarazarse, ambos casos implican dolor, aflicción y duelo; la pérdida de un niño esperado puede ser cruelmente decepcionante para ambos padres.

Para la mujer, puede ser especialmente difícil, ya que es su cuerpo y tendrá que efectuar el ajuste físico del embarazo al no embarazo y a la no maternidad, esto puede presentar una sensación de alivio, sobre todo cuando el embarazo es inoportuno pero, una vez que se espera al bebé y se anticipa el nacimiento, el conocimiento de que no llegará representa conmoción y una pérdida; no es un ajuste prolongado, pero doloroso por un tiempo.

En lo que respecta a las mujeres que dan a luz a un bebé muerto o que muere inmediatamente, se ven abrumadas con los aspectos del entierro, del nombre del niño y que decirles a los amigos, (se pueden sentir culpables, como si hubieran hecho algo malo que ocasionó la muerte).

Los síntomas y emociones de duelo son muy numerosos, muchos padres reportan, que con frecuencia, meses o años más tarde se preguntan si la experiencia fue real; los padres necesitan elaborar su duelo pacientemente antes de tomar decisiones acerca de otro embarazo.

Aborto intencional.- Si la mujer se decide por el aborto, su duelo será igual al que experimenta por un hijo muerto; en el caso del aborto parece más fácil pues gran parte del duelo se presenta antes del aborto y durante el proceso de la toma de decisiones.

En este tipo de duelo la primera etapa es el deseo de "no verdad", la segunda reacción puede ser el enojo, la siguiente etapa será la negociación deseando que ocurra algún imprevisto "natural" que termine con el embarazo para no tener toma de decisiones. La cuarta etapa es la depresión o el abatimiento, en esta etapa se experimentan emociones no resueltas, incluyendo la culpa, el enojo, la decepción y la tristeza.

La aceptación es la etapa final del duelo, si se ha decidido seguir adelante y someterse al aborto, se estará en condiciones de efectuar los arreglos necesarios y llevarlos a cabo.

1.1.5. Muerte de hermanos

La muerte de hermanos o hermanas, normalmente es una pérdida importante, pero es necesario considerar varios factores: las edades de los hermanos, la cercanía de la relación y la solución de las rivalidades fraternales.

Cuando los niños pequeños sufren la pérdida de un hermano es común que se sientan culpables de la muerte porque en un momento de enojo desearon que se muriera, en caso de un accidente, sienten que ellos son los que debieron haber muerto en lugar del otro, suele presentarse una profunda sensación de tristeza y pena, más bien como si se perdiera una parte del pasado, de experiencias, de padres, de lugares comunes, además las relaciones fraternales son las más prolongadas de nuestra vida.

Los hermanos adultos, con frecuencia descubren que son muy diferentes el uno del otro, en intereses, valores y personalidades.

Sí existieran conflictos que no se aclararon antes de la muerte, se podrá experimentar culpa o remordimiento u otros sentimientos no resueltos, pero aún así permanecen los vínculos de sus padres y experiencias de su infancia.

El principal afecto de la muerte de un hermano es que se recuerda la propia vulnerabilidad o envejecimiento y lo frágil que es el don de la propia vida.

1.2.- Necesidades previas de la familia.-

El dolor para el paciente es una enfermedad terminal, tiene un significado, por lo general su padecimiento está empeorando y la muerte esta próxima. El dolor crónico incesante es agobiante y desmoralizador y puede estar acompañado de pérdida de apetito, náuseas y depresión.

El dolor es una experiencia subjetiva es lo que el paciente dice que es, dado que tiene un componente efectivo, no es necesario que su intensidad se relacione con la enfermedad. Lo que subjetivamente se siente, no depende sólo de la lesión sino también de las expectativas del paciente, del significado del dolor para él, de su estado de ánimo y de otros factores.

El paciente puede adoptar al papel de inválido mucho antes de lo necesario como un medio para obtener atención y tranquilidad que de otra forma no tendría, la familia puede aceptar esto debido a su propia ansiedad y sentimiento de culpa, se puede encontrar ante una concepción falsa, como que la muerte está más próxima de lo que en realidad sucederá, esto puede surgir de los recuerdos de una enfermedad o de una muerte previa en la familia.

El temor de fallecer solo o intentar negar la realidad de la situación creyendo que el apoyo médico impedirá que la muerte ocurra, puede hacer que el paciente se adhiera a la seguridad del hospital cuando físicamente es capaz de estar en su casa, por lo que es necesario que la familia confíe en las habilidades del paciente y en la ayuda que será provista durante la fase terminal de la enfermedad.

Principales necesidades:

- *Fijar metas realistas, a medida que logren aceptar su situación.
- *Sentirse con libertad de poder expresar sus sentimientos e inconformidades.
- *Conocer las técnicas para controlar el dolor, y en la mayoría de las circunstancias; ya no es el dolor el síntoma más difícil de controlar como la pérdida del apetito, el vómito, las dificultades para respirar.

1.3. Aspectos legales de la muerte.

Es la preparación para la muerte y de las formalidades que le siguen.

La ley puede ser utilizada en forma positiva, y aquellos que estén cerca de morir pueden ser ayudados o asesorados a hacer un uso positivo de ésta para poder ser efectivos sus deseos durante y después de su fallecimiento, existen también algunas formalidades oficiales o legales que están asociadas con la muerte y que deben ser conocidas y comprendidas ya que ocuparse de la muerte es parte importante.

La ley es un sistema social creado por el hombre, es un intento por regular racionalmente a la sociedad, la mitología popular pinta un considerable número de cuadros famosos acerca de testamentos, están los parientes mayores amenazando siempre con quitar los bienes; sino se hace testamento, entonces sus posesiones serán distribuidas de acuerdo con las normas legales para intestados. Las normas para intestados son un acceso imparcial de sentido común que generalmente tiene que ver con la manera en que se distribuirán las posesiones de una manera razonable.

Existen muchas razones positivas para hacer testamento, la primera y principal es que es una oportunidad importante para hacer frente a la realidad de la vida y de la muerte, proporciona un útil y práctico método para manejar el proyecto de la muerte, le permite a las personas interesarse en los aspectos psicológicos, filosóficos y sociales de sí mismo y de sus vidas, así como la posibilidad de darle importancia a sus posesiones.

Al prepararse para hacer un testamento, es necesario listar las principales posesiones de uno, esto será un ejercicio de mucha utilidad, le permite al individuo el lugar en donde se encuentran los documentos importantes como el testamento, certificado de nacimiento, de matrimonio, etc.

1.4. Reacciones Psicosociales de la familia en el proceso de duelo.

La orientación de las familias en situación de duelo, es suficientemente con decir que los dolientes están autorizados a ser cuidados y atendidos, el manejo que hagan del período inmediato a la muerte puede tener secuelas importantes para la adaptación subsecuente. El Licenciado en Trabajo Social necesita saber esto y tomar medidas precautorias considerando a la familia a los seres queridos de una persona en agonía.

También puede enfrentarse con enormes trastornos emocionales, como tener dificultad para regresar a su vida anterior, penetrar en su conciencia, además de que el pensamiento de las personas que sufren es sentirse sin control y preocupados. Las personas tienen una amplia gama de vías de acceso que le son de gran utilidad en tales épocas por lo que se debe de hacer uso de ellas, con frecuencia la ayuda se busca cuando estas vías de acceso ya no son de utilidad o cuando no existen como tales. Es raro que las personas se quedan atoradas y aquellos que obviamente son incapaces de manejar la pérdida pueden obtener beneficio de una asistencia más formalizada.

En lo que respecta a los familiares la magnitud generalmente varía, deben tener atención médica inmediata.

Las reacciones psicosociales inicialmente pueden estar encubiertas por una crisis nerviosa, incredulidad, pánico o aislamiento, los familiares experimentan varias reacciones psicológicas a largo plazo, el único factor que resulta como señal de un buen pronóstico de adaptación subsecuente.

Varias reacciones aparecen inmediatamente después del suceso meses o años, en aniversarios y cuando las personas se enfrentan en situaciones similares.:

**Depresión.-* Esta es una reacción a corto plazo, aunque pueden ser a largo plazo, los familiares pierden el significado de su propia vida, teniendo la necesidad de enfrentar el duelo y adaptarse a efectos físicos a largo plazo a luz de las heridas.

**Ansiedad*.- Estas pueden manifestarse en síntomas físicos.

**Fobias*.- De este repentino aprendizaje, la aparición de estas reacciones es altamente probable.

**Ira*.- Perder a algún ser querido es un acto que no tiene explicaciones, tiende a causar ira, resentimiento y amargura.

2.- EL PACIENTE.-

Es vital que sean adecuadamente controladas las necesidades, con el fin de elevar al máximo, la calidad de vida del paciente y para permitirle hacer uso de la fortaleza que tenga tanto para disfrutar de lo que le resta de vida, como para enfrentarse a su muerte.

2.1.- Necesidades del paciente a término

- 1). Fantasías de reparación.- evidencias de alguna experiencia dolorosa de muerte mal manejada que ha influido enormemente en sus deseos de estar involucrados en este trabajo.
- 2). Que se les reconozca la individualidad única de cada persona que esta agonizando.
- 3). El surgimiento de sentimientos de fuerte antipatía por algunos pacientes la demanda escolarizada, truculenta e ingrata. Los inevitables comentarios y críticas severas de parientes enojados, frustrados y desesperados, sobre su inevitable pérdida pueden vivir como tolerables. Quizá sea necesario invertir mucho tiempo en el grupo para crecentar la conciencia de "malos" sentimientos, explorar su origen y fomentar la expresión de los mismos.
- 4). Dar y recibir un respaldo emocional.
- 5). La ira del paciente, de sus familiares o de ambos pueden ser especialmente difícil. Mientras que una aturdida incredulidad por la muerte, la ira es la primer reacción común ante la noticia inminente de la muerte, puede seguir en cualquier momento del progreso hacia la muerte, necesita ser escuchada y comprendida.
- 6). Confianza explícita.
- 7). No juzgarlos.
- 8). Necesitan saber que se les da tiempo.
- 9). Que se les reconozcan sus limitaciones y habilidades.

- 10) Control de los síntomas físicos. Esto implica el uso de medicamentos, así como otras técnicas complementarias.
- 11) Dar facilidad para la rehabilitación, de tal forma que el paciente pueda vivir tan plenamente la vida como su enfermedad lo permita.
- 12) Atención a las necesidades psicosociales, emocionales y espirituales, tanto del paciente como de quienes están cerca de él y la provisión de apoyo adecuado.
- 13) Permitir al paciente elegir el lugar en donde ocurrirá la fase final de la enfermedad y de la muerte, si ésta debe de ser una elección genuina tendrá implicaciones trascendentes que contemplan la provisión de servicios de apoyo tanto para los pacientes en casa como para los que estén internados en hospitales.
- 14) Mantener una buena comunicación.
- 15) Proporcionar apoyo apropiado durante la agonía.
- 16) Acercamiento.

3.- TRABAJO SOCIAL, TANATOLOGIA Y DUELO.

Trabajo Social es una profesión que gradualmente se amplía y profundiza, posee un acervo propio de conocimientos específicos y transmisibles, campos de acción bien definidos, disciplinas y métodos propios la cual se enfrenta a una gran cantidad de problemas socioeconómicos, pobreza, desempleo, mendicidad, impedimentos físicos y mentales, ancianidad, extranjería, éxodo rural, desintegración familiar, accidentes de trabajo, salarios inadecuados, vivienda, recreación, problemas de conducta etc., por lo que también puede definirse como el arte de ayudar a nuestros semejantes para ayudarse así mismo, donde su principal objetivo es resolver científica y prácticamente sobre una base individual o colectiva, los conflictos que surgen por los diversos problemas.

** Principios básicos de Trabajo Social*

- Aspirar a lograr el desenvolvimiento normal entre las relaciones de los miembros de la comunidad. Este principio tiende a suprimir la explotación de unos hombres por los otros, y a buscar, como ideal máximo, la cooperación mutua, persigue por lo tanto el logro de la comprensión humana.
- Desarrollar al máximo las capacidades innatas de los individuos con el propósito de hacerlos útiles así mismos y a la sociedad.
- Descartar la existencia de personas "dependientes" de otras ya sea económica, moral o intelectualmente.

En el Trabajo social se distinguen cuatro métodos: el individual o Trabajo Social de Casos, el Trabajo Social de Grupos, Comunal o de Organización de la Comunidad y el de Acción Social, Asistencia Social o Reforma Social más amplio aún, aunque estos métodos no son exclusivos de Trabajo Social, constituyen el fundamento de su técnica, cada uno tiene su campo de aplicación.

El método de estudio de casos se utiliza en todos los campos de Trabajo Social, en aquellos programas que exigen investigación o tratamiento colectivo de grupos más o menos numerosos.

El método de organización de la comunidad se amplía con preponderancia en la organización de comunidades rurales y urbanas, el de acción o asistencia social que abarca comunidades rurales y urbanas.

La muerte ha dejado de ser un tema que se pueda evitar, por lo que implica filosofías organizacionales y personales del moribundo, la muerte y el duelo.

El deseo y la capacidad de hablar sobre la muerte con ecuanimidad dependerá de la importancia personal, social y profesional del suceso por lo cual es evidente que varios grupos profesionales se verán involucrados con pacientes moribundos y con sus familiares.

La práctica del Licenciado en Trabajo Social con relación a la muerte y el duelo se ha señalado que ellos están dispuestos a contribuir en esta área de trabajo, debido a sus conocimientos relativos al desarrollo y funcionamiento de la personalidad y por sus métodos para ayudar a las personas que enfrentan dificultades que puedan incapacitarlos real o potencialmente, ya que por sus conocimientos y habilidades para la práctica tienen la obligación profesional de servir a los moribundos y a los familiares afectados.

También los Trabajadores Sociales están atendiendo una serie de intereses individuales: de grupos organizacionales y políticos que requieren de razones claras para emplear sus recursos, relativamente escasos de tiempo y energía emocional, en un servicio particular para gente moribunda.

El Licenciado en Trabajo social puede y debe desempeñar un papel clave en la ayuda a gente moribunda a sus familiares y amigos, al considerar que ya sabe de la muerte y del duelo, el percibe e interpreta un problema, lo evalúa y toma las medidas para alcanzar determinadas metas, esto dependerá de su comprensión de lo seres humanos y del mundo que habitan, así como el enfoque ideológico, teórico o del juicio en donde se basa en ésta comprensión.

Sabemos que los Trabajadores Sociales y sus pacientes se inclinan a percibir lo que parece una problemática de diferentes maneras y que algunos que manejan la información a veces la interpretan de modo diferente y llegan a evaluaciones y metas diferentes.

El enfrentamiento con la realidad de la muerte evoca temores y ansiedades personales, y enfrenta a los Trabajadores sociales con dificultades que no pueden superarse de manera usual ayudando a la gente a modificar el problema o bien adaptarse con provecho a las demandas de interacción social y a las expectativas propias y ajenas, por lo que es necesario que los Trabajadores Sociales comprendan y respondan adecuadamente a los sentimientos de quienes los rodean.

Existen varias maneras de acercarse a los temas de la muerte y el duelo, la muerte para los viudos, los hijos que han perdido a uno de sus padres, los padres que han perdido a hijos y familiares que han sufrido una pena muy grande.

CAPITULO IV

1.- LA TANATOLOGIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 24 DEL I.M.S.S.

1.1. Instituto Mexicano del Seguro Social

García Palavo (1985) dice que término "seguro" designa inicialmente un contrato entre particulares en el que mediante el pago de una prima, se adquiere el derecho de recibir protección en caso de verificarse determinado riesgo.

El Centro Interamericano de Seguridad Social (1990) dice que un seguro es social cuando un estado reconoce como función de la sociedad el otorgar a sus miembros la protección de que trata, por consiguiente le otorga la categoría, jurídica reglamenta su manejo y participa en alguna manera en su funcionamiento.

En la actualidad prácticamente todos los estados modernos tienen algún sistema de protección social y en una buena parte de los casos lo operan con el mecanismo de los "seguros sociales".

Según el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) en lo sucesivo, la seguridad social integral abarcaría a todos los miembros de la sociedad y otorgaría protección contra todas sus necesidades y recursos, como un reflejo de su situación política social y económica.

La Jefatura de Desarrollo de Recursos Humanos en el IMSS (1989) indica que el término comenzó a usarse en los Estados Unidos de Norteamérica en los años 30's, pero oficialmente se usó en el artículo 5 de la carta del Atlántico donde se expresa que la seguridad social es uno de los objetivos esenciales de la Organización de las Naciones Unidas. En este documento, se entendía que la pobreza era el elemento principal que debería atacar el régimen de seguridad social.

Como una descripción aceptable, podemos decir que la seguridad social es el conjunto de acciones que previenen y protegen a la población en eventos biológicos y sociales que por si mismos o por sus efectos pueden afectarla; como eventos biológicos se entienden las enfermedades, la maternidad, el nacimiento, la vejez y la muerte. Los eventos sociales son las nupcias, la viudez, la orfandad, el desempleo, los accidentes de trabajo y la afectación de los medios de subsistencia.

Breves antecedentes históricos del IMSS.

Según Nougler (1975), el hombre primitivo no tenía más protección contra las amenazas del medio ambiente, que su astucia, su fuerza, sus armas rudimentarias, las cuevas y sus chozas. Al agruparse en clanes, hordas y tribus buscaban entre otras cosas una mayor defensa ante los peligros y una mayor respuesta a sus necesidades, en la edad media los artesanos y comerciantes se organizaron en gremios, guildas y cofradías los cuales tenían entre sus finalidades, reunir fondos como un medio de reproducirse apoyo mutuo en situaciones adversas como enfermedades, invalidez y muerte.

En esta época también jugaron un papel importante las Instituciones religiosas, las cuales se dedicaron al ejercicio de la caridad y la beneficencia, fundando hospitales, orfanatorios, asilos, etc.

En la época moderna, tras la revolución industrial, se da origen a diversas fábricas, donde los antiguos campesinos, pastores y artesanos se constituyen en un nuevo tipo de trabajador que es el obrero asalariado, integrándose a nivel social una nueva forma de organización llamada leyes laborales (Nougier 1975).

Así fueron surgiendo formas incipientes de organización y de solidaridad tales como asociaciones de ayuda mutua, comités de huelga, ligas; los cuales son antecesores de los sindicatos, ante este tipo de organizaciones algunos gobiernos promulgaron leyes laborales.

Según la coordinación de desarrollo y recursos humanos del IMSS, la primera vez que un estado reconoce como propia la obligación de proteger a los trabajadores asalariados fue en Alemania a finales del siglo pasado, aquí el entonces canciller Otto Von Bismarck promulga las primeras leyes de aseguramiento que fueron: *Ley del Seguro de enfermedades (1883); *Ley del Seguro de accidentes de trabajo (1884); *Ley del seguro obligatorio de invalidez y vejez (1889). Posteriormente en 1911 estas tres leyes se recogieron en un código general de seguros sociales.

Siguiendo el ejemplo de Alemania, el sistema de los seguros sociales se implantó poco después en Inglaterra y para 1914 se hizo extensivo a casi todos los países europeos.

En México desde la época prehispánica, el *calpulli* como Institución social de los mexicas fue también un factor de unidad social mínima y de su administración pública, en ella sus miembros encontraban protección y se brindaban atención especial a los ancianos e impedidos.

Durante la época colonial, los misioneros franciscanos intentaron la instauración entre los indígenas de una convivencia basada en la caridad y la cooperación entre los integrantes de la comunidad, los hospitales pueblos creados por Vasco de Quiroga, las llamadas cajas de la comunidad que contenían fondos de ahorro para servicios comunitarios y entre los gremios de artesanos las "cofradías" desempeñaron por muchos años la función de asistencia mutua entre sus asociados.

En el México independiente aparecen grupos de asalariados que poco a poco van cobrando conciencia sobre su situación social y sus derechos, inicialmente las únicas organizaciones que atendían a los trabajadores accidentados o enfermos eran las asociaciones mutualistas con pocos recursos por las pocas aportaciones a estos servicios, sin embargo la Seguridad Social en México inicia hasta finales del siglo pasado y principios del presente, al acelerarse el proceso de industrialización del país.

Ante el riesgo de confrontaciones violentas en los estados de la República, se promulgaron los primeros intentos de las reformas laborales, la importancia de estos documentos estriba en que reconocen por primera vez en el país la obligación para los empresarios de atender a sus trabajadores en caso de enfermedad, accidentes o muerte derivados del cumplimiento de sus labores.

El clima de inconformidad que se vivía en esta época, hizo que los obreros se organizaran en coaliciones como la del "*círculo de los obreros libres*" (1906) y la liga de ferrocarrileros (1908).

En el período post-revolucionario se plasma en la Constitución Política de 1917, el art.123 con sus 31 fracciones siendo México el primer país en América en reconocer y proclamar los derechos sociales de los trabajadores.

A raíz de esta, el estado de Yucatán promulgó en el mismo año un código de trabajo: En 1921 el General Alvaro Obregón presenta un proyecto de la ley del seguro social cuya implantación se vió obstaculizada por la carencia de una legislación laboral uniforme en pensiones civiles y de retiro para los trabajadores del estado y en 1928 la Ley del Seguro Federal del maestro.

En 1921 se promulgó la Ley Federal de Trabajo, proponiéndose al segundo congreso de la unión un proyecto de Ley sobre el Seguro Social Obligatorio.

En 1923 el Congreso de la Unión otorgó al Presidente de la República facultades extraordinarias para que en el mismo año se expidiera la Ley del Seguro Social obligatorio, apoyado en el proyecto de Ley del Trabajo y Previsión Social de 1934, sin embargo no llegó a realizarse.

Durante el gobierno de Lazaro Cárdenas se hicieron cinco anteproyectos sin que se llegara a cristalizar sobre ellos en el gobierno de Manuel Avila Camacho en junio de 1941 se crea la comisión técnica redactoria del proyecto de Ley del Seguro Social integrada por representantes del gobierno, de los obreros y de los patrones, esta comisión elabora el proyecto basandose en los intentos hechos con anterioridad y aprovechando las experiencias de los otros países Latinoamericanos y Europeos.

En 1942 se presenta la Ley del Presidente de la República y a la oficina internacional del trabajo siendo aceptada y aprobada.

En Diciembre de 1942 el Congreso de la Unión aprobó por unanimidad la iniciativa presidencial y se publicó en el diario oficial de la Federación el 19 de Enero de 1943.

1.2.- Datos Generales.

Hospital General de Zona No. 24
Insurgentes Norte 1322 Col. Magdalena de las Salinas
Hospital perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social.

1.3.- Características poblacionales.

Hospital General de Zona tiene consulta externa en especialidades y hospitalización, recibe solamente a personas afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social.
Cuenta con urgencias y recibe a no derechohabientes como una urgencia.

1.4.-Organización.

Director: Doctor Juan Oríz Feijoo

PLANTA BAJA

Consulta Externa
Archivo Clínico
Laboratorio
Rayos X
Farmacia
Trabajo Social
Admisión Hospitalaria
Enseñanza
Urgencias
Nutrición y Dietética
Quirofanos
Hospitalización

PRIMER PISO

Consulta Externa
Medicina de Trabajo
Especialidades
Cuerpo de Gobierno
Auditorio

DIRECTORIOS

*Planta Baja

Control 1

Consultorios:

1,2,3,6,7, Medicina Interna

4,5 Otorrino

Control 2

8 Neurología

9 Neumología

10 Hematología

Control 3

11,12,13 Cardiología

14,15 C:F:E:

16,17 Dermatología

Control 4

- 18 Angiología
- 19 G.S.
- 20 Endocrinología
- 21 Electrocardiogramas
- 22 Electroencefalogramas
- 23 Delegación Sindical
- 24,25 Medicina Preventiva

Control 5

- 26 Psicología
- 27 Psiquiatría
- 28,29,30,
31,32 Salud en el Trabajo
- 33,34 Oftalmología
- 35 Proctología
- 36 Urología
- 37 Dietología

RESULTADOS INSTRUMENTO No. 01

VARIABLE: Tanatología.

*INDICADOR: Conocimiento de Tanatología.

RESULTADOS: 8% si sabe que es Tanatología.

41% no sabe.

51% omitió contestar.

ANALISIS: De los instrumentos aplicados en lo que respecta al conocimiento de Tanatología el 8% si sabe que significa mientras que el 41% no sabe y por último el 51% omitió contestar.

*INDICADOR: Para preparar a los familiares ante un deceso.

RESULTADOS: 83% no haría nada ante la muerte de un paciente.

17% los dejaría llorar.

ANALISIS: De los instrumentos aplicados en lo que se refiere para preparar a los familiares ante un deceso por parte del trabajador social el 83% no haría nada, mientras el 17% los dejaría llorar. Esto sin duda apoya el primer indicador, es decir que no conocen las funciones que puede hacer un Trabajador Social en el área de Tanatología.

*INDICADOR: ¿Qué hace después de un deceso?

RESULTADOS: 100% no haría nada después de un deceso.

ANALISIS: De los instrumentos aplicados a el equipo médico no harían nada, es decir el 100% después de un deceso.

VARIABLE: Experiencias previas.

*INDICADOR: Muerte.

RESULTADOS: 16% cada mes.
25% nunca.
59% otro.

ANALISIS: De los 12 instrumentos aplicados el 16% enfrenta la muerte de sus pacientes cada mes, el 25% nunca se envuelve en este problema y el 59% contestó otro. Por lo tanto esto nos da la referencia, o consecuencia de que el Trabajador Social no tiene o no se le permite intervenir directamente en la preparación a la muerte y/o elaborar un trabajo de Duelo.

VARIABLE: Etapas del Trabajo de Duelo en que se encuentran los familiares.

*INDICADORES: Diagnóstico y Pronóstico.

RESULTADOS: 8% conoce diagnóstico y pronóstico.
16% poco frecuente.
16% nada frecuente.
60% omitió contestar.

ANALISIS: De los instrumentos aplicados nos podemos dar cuenta que el no conocer diagnóstico y pronóstico del paciente no da elementos suficientes para elaborar un proceso de muerte y Trabajo de Duelo ya que sólo el 8% conoce pronóstico y diagnóstico de sus pacientes.

VARIABLE: Trámites funerarios.

***INDICADOR:** Conocimiento de trámites funerarios.

RESULTADOS: 16% conoce trámites funerarios.

33% no sabe.

51% omitió contestar.

ANALISIS: De los instrumentos aplicados el 16% en lo que respecta a los trámites funerarios si los conoce, el 33% no sabe y por último el 51% omitió contestar.

***INDICADOR:** Realiza Trámites Funerarios.

RESULTADOS: 25% no realiza ningún trámite.

8% entrega el cuerpo.

8% no sabe.

59% omitió contestar.

ANALISIS: De los instrumentos aplicados en lo que respecta a los trámites funerarios que realiza el 25% no realiza ningún trámite, el 8% entrega el cuerpo, el 8% no sabe y por último el 59% omitió contestar.

*INDICADOR: Apoyo.

RESULTADOS: 40% recibe apoyo económico.
6% apoyo moral y psicológico.
54% omitió contestar.

ANALISIS: De los instrumentos aplicados si reciben apoyo los familiares del occiso en diferentes formas: 40% apoyo económico, 6% moral y psicológico y 54% omitió contestar.

VARIABLE: Religión.

*INDICADOR: Tipo de religión.

RESULTADOS: 26% religión cristiana.
13% religión judaísmo.
61% omitió contestar.

ANALISIS: De los instrumentos aplicados la población pertenece a algún tipo de religión como el 26% a la cristiana, el 13% judaísmo y el 61% omitió contestar, sin embargo en un 6.7 participan frecuentemente en las costumbres de su religión.

2.2. RESULTADOS INSTRUMENTO No 2

VARIABLE: Tanatología.

*INDICADOR: Conocimiento de Tanatología.

RESULTADOS: 40% si sabe que es Tanatología.
60% no sabe que es Tanatología.

ANALISIS: De los instrumentos aplicados el 60% contestó que no sabe que es Tanatología, y el 40% si sabe. Por lo tanto se puede considerar que más de la mitad de la muestra no conoce que es Tanatología.

*INDICADOR: ¿Qué hacer en la muerte de un familiar?.

RESULTADOS: 10% conmoción y torpeza.
80% negación y retirada.
10% dolor.

ANALISIS: En lo que respecta a este indicador, ¿qué hacer en la muerte de algún familiar? El 10% contestó que sentiría conmoción y torpeza, el 80% negación y retirada y el 10% dolor.

*INDICADOR: ¿qué hace después de seis meses?

RESULTADOS: 80% el peor de los pesares es el suyo
20% no sabe

ANALISIS: los familiares refieren que después de seis meses el 80% piensa que el peor de los pesares es el suyo y el 20% no sabe que haría.

*VARIABLE: Experiencias previas.

INDICADOR: Muerte.

RESULTADOS: 53% ha muerto un familiar cercano.
40% no ha muerto un familiar cercano.
7% no contestó.

En lo referente a saber si ha muerto un familiar cercano el 53% contestó que si ha muerto, el 40% contestó que no, mientras el 7% no contestó.

*INDICADOR: Tiempo que enfrenta este suceso.

RESULTADOS: 13% menos de un año.
6% de uno a dos años.
20% más de dos años.
61% omitió contestar.

ANALISIS: Tiempo que tiene que enfrentar este suceso, el 13% menos de un año, el 20% más de dos años y el 61% omitió contestar; este indicador es importante conocerlo para así poder indicar si ya superó los duelos anteriores.

*INDICADOR: Parentesco con la persona fallecida.

RESULTADOS: 6% esposa.
41% omitió contestar.
20% hijo.
33% otro.

ANALISIS: El parentesco con la persona fallecida se dio de la siguiente manera, el 6% esposa, 20% hijo, 30% otro y el 41% omitió contestar.

*INDICADOR: Lugar que ocupa el hijo si este fue el que falleció.

RESULTADOS: 20% hijo.
80% omitió contestar.

ANALISIS: El 20% de los familiares contesto que fue un hijo el que falleció mientras el 80% omitió contestar, en lo que respecta a ¿qué lugar ocupaba? No hubo referencias alguna.

*INDICADOR: Apoyo.

RESULTADOS: 40% recibe apoyo económico.
6% apoyo moral y psicológico.
54% omitió contestar.

ANALISIS: De las personas entrevistadas el 40% recibe apoyo económico, el 6% recibe apoyo moral y psicológico y el 54% omitió contestar, esto nos indica la poca importancia que se le da al duelo.

*VARIABLE: Religión.

INDICADOR: Tipo de religión.

RESULTADOS: 26% Cristiana.
13% Judaísmo.
61% Omitió contestar.

ANALISIS: La población entrevistada si pertenece a algún tipo de religión el 26% a la cristiana, el 13% al judaísmo y el 61% omitió contestar.

*INDICADOR: Participa en las costumbres de su religión.

RESULTADOS: 60% poco frecuente.
7% nada frecuente.
33% no contestó.

ANALISIS: De los entrevistados el 60% participa poco frecuente en las costumbres de su religión, el 7% nada frecuente y el 33% omitió contestar por lo cual, si pertenecen a algún tipo de religión pero no la practican en forma notable.

*INDICADOR: El paciente pertenece a la misma religión que sus familiares.

RESULTADOS: 80% sí
20% no.

ANALISIS: Los pacientes pertenecen en un 80% a la religión de sus familiares, y el 20% no pertenece, por lo tanto en cuestiones religiosas la mayoría tiene las mismas creencias dentro de la familia.

*INDICADOR: Diagnóstico y pronóstico del paciente.

RESULTADOS: 60% si lo conoce.
40% no lo conoce.

ANALISIS: Los familiares en un 60% si conocen el diagnóstico y pronóstico y el 40% no lo conoce. Por lo que es importante que todos los familiares conozcan diagnóstico y pronóstico para así poder iniciar un trabajo de Duelo.

*INDICADOR: Sentir de los familiares en ese momento.

RESULTADOS: 80% negación.
10% aislamiento
10%depresión

ANALISIS: De los instrumentos aplicados el 80% de los familiares contestó que negaría el suceso, el 10% se aislaría y el 10% entraría en depresión.

*INDICADOR: Parentesco con el paciente.

RESULTADO: 27% hijo.
73% omitió contestar.

ANALISIS: Los familiares refieren en un 27% es un hijo el paciente y en 73% omitió contestar.

*INDICADOR: Sí es hijo ¿qué lugar ocupa?

RESULTADOS: 5% otro
95% omitió contestar

ANALISIS: Los familiares se niegan a informar algo referente al paciente porque se trata de un hijo.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

*INDICADOR: Apoyo para superar la pérdida.

RESULTADOS: 13% familiar.
66% nadie.
21% omitió contestar.

ANALISIS: Los entrevistados en un 60% no recibieron ayuda de nadie y de ningún tipo para superar la pérdida, el 13% de un familiar y el 21% omitió contestar.

*VARIABLE: Aspectos legales.

INDICADOR: Testamento.

RESULTADOS: 73% no.
27% sí.

ANALISIS: De los instrumentos aplicados el 73% no cuenta con testamento, mientras el 27% si cuenta con testamento.

*VARIABLE: Trámites funerarios.

INDICADOR: Velatorio.

RESULTADOS: 13% sí.
60% no.
27% omitió contestar.

ANALISIS: De las personas entrevistadas el 13% si cuenta con lugar para el velatorio, el 60% no cuenta con lugar para el velatorio, mientras el 27% omitió contestar.

*INDICADOR: Traslado y recuperación del cuerpo del hospital.

RESULTADOS: 13% sí
66% no
21% omitió contestar.

ANALISIS: De las personas entrevistadas el 13% si conoce el trámite de traslado y recuperación del cuerpo del hospital, el 66% no conoce los trámites y por último el 21% omitió contestar.

*VARIABLE: Religión

INDICADOR: Pertenece a alguna religión.

RESULTADOS: 60% sí
13% no
27% omitió contestar.

ANALISIS: De los instrumentos aplicados el 60% de los pacientes pertenecen a algún tipo de religión, el 13% no pertenece a ningún tipo, por último el 27% omitió contestar.

*INDICADOR: Participa en las costumbres de su religión.

RESULTADOS: 6% muy frecuente.
6% frecuente
33% poco frecuente
55% omitió contestar.

ANALISIS: De las personas entrevistadas contestaron que su paciente participa poco frecuente en las costumbres de su religión, el 6% frecuente, el 33% poco frecuente y por último el 55% omitió contestar.

CONCLUSIONES

* El trabajador social no conoce que es Tanatología ya que de los instrumentos aplicados sólo el 8% contestó que si, mientras el 41% no sabe y el 51% omitió contestar.

*El trabajador social no hace nada para preparar a un familiar ante la muerte de uno de sus integrantes ya que sólo el 17% dijo que los dejaría llorar y el 83% no haría nada.

* El trabajador social no sabe que hacer después de un deceso ya que el 100% contestó que no hace nada.

* El trabajador social Médico no enfrenta este suceso ya que sólo el 16% lo enfrenta cada mes. Por lo tanto podemos decir que el trabajador social no tiene conocimientos para intervenir directamente en el trabajo de duelo.

* El trabajador social no conoce diagnóstico y pronóstico de sus pacientes por lo tanto no tiene las bases necesarias para iniciar un trabajo de duelo con el paciente y los familiares.

* El trabajador social no hace nada cuando llega a conocer el diagnóstico y pronóstico de sus pacientes por que no tiene los conocimientos necesarios para iniciar esta labor.

* El trabajador social no conoce los trámites funerarios que deben realizarse por lo tanto no puede orientar a la familia en este aspecto y mucho menos puede encaminarlos a un trabajo de duelo.

* El trabajador social como no conoce no realiza ningún trámite funerario por consiguiente no tiene la preparación adecuada de realizar un proceso de muerte y un trabajo de duelo.

*El trabajador social no prepara a los pacientes en su etapa final (proceso de muerte) y a los familiares en un trabajo de duelo por que no conoce que es Tanatología y por consiguiente no sabe que hacer con los familiares ante un deceso en ese momento y mucho menos después.

*El trabajador social no conoce los sucesos anteriores por los que atraviesa una familia ante la pérdida de uno de sus integrantes por que no sabe que es un elemento vital para iniciar un trabajo de duelo.

*El trabajador social no conoce las etapas del trabajo del duelo en que se encuentran los familiares por que no se involucra en el diagnóstico y pronóstico de sus pacientes y por lo tanto no hace nada para iniciar un trabajo de duelo.

*El trabajador social no conoce los trámites funerarios que deben seguirse en la muerte de uno de sus pacientes y por lo tanto no sabe orientar a los familiares.

* Los trabajadores sociales no conocen la Tanatología y por lo tanto no lo llevan a la práctica, porque tampoco conocen como involucrarse con el paciente y los familiares en un proceso de muerte y Trabajo de Duelo.

*Tampoco se involucra en las necesidades de la familia y no sabe definir en que etapa del Trabajo de Duelo se encuentran los familiares y así que proceso seguir.

* Los personas que tiene un familiar en etapa terminal por lo general más de la mitad no conocen la Tanatología ya que el 60% contestó que no sabe.

*Los familiares niegan el hecho si algún familiar fallece, es decir se niegan a la realidad.

*Los familiares de occiso piensan que el peor de los pesares es el suyo, que nadie ha sentido una pérdida como ellos, que no saben lo que se siente.

*De los instrumentos aplicados a más de la mitad se les ha muerto un familiar cercano.

*Más de la mitad de los familiares se negaron a contestar cuanto tiempo enfrentaron este suceso, ya que el 61% omitió contestar.

*En lo que respecta a el parentesco con la persona fallecida no contestaron en un 41% y en 20% hijos, en 6% esposa y en 33% otro.

*Los familiares no quisieron contestar que lugar ocupaba el hijo, aunque la mayoría omitió contestar.

*No se brindó apoyo inmediato a los familiares que tuvieron algún deceso, por lo tanto no se inició ni en este momento un Trabajo de Duelo.

*Las familias entrevistadas más de la mitad no proporcionó el dato si pertenece a algún tipo de religión.

*Los familiares de los occisos participan muy poco en las costumbres de su religión es decir no se involucran.

*El paciente pertenece a el mismo tipo de religión de sus familiares y por tanto tampoco se involucra en costumbres religiosas.

*En lo que respecta a el conocimiento de su diagnóstico y pronóstico de su paciente más de la mitad de los entrevistados y desconocen estos datos, esto nos da referencia de que no saben lo esencial para manejar el Duelo familiar.

*Los familiares en el momento que tienen a un paciente grave la mayoría se niega a aceptar este hecho en poca medida se aíslan o se deprimen.

*El lugar que ocupa el paciente en la familia es primordial conocerlo ya que todos los duelos son distintos sin embargo la mayoría de los entrevistados no contestaron.

*La mayoría de los entrevistados no recibe apoyo inmediato para superar la pérdida este apoyo no se les brinda en ningún aspecto.

*Los pacientes no cuentan con testamento es decir no se preparan legalmente.

*Los pacientes no cuentan con velatorio porque todavía se niegan a aceptar la muerte.

*Los familiares entrevistados desconocen los trámites de traslado y recuperación del cuerpo del Hospital.

*Los pacientes en su mayoría si pertenecen a algún tipo de religión pero no se involucran en sus costumbres.

*Los familiares no conocen que es Tanatología por lo tanto no se preparan para la muerte para después de la muerte de algún familiar ni realizan el Trabajo de Duelo para ese momento del deceso ni después de seis meses.

*Es importante conocer las experiencias previas es decir los sucesos anteriores que sufrió la familia en la pérdida de alguno de sus integrantes ya que no contestan si ¿ ha muerto algún familiar cercano?, ¿hace cuánto de eso?, ¿qué parentesco tenían con el occiso?, esto es como consecuencia del no recibir apoyo inmediato de ningún tipo para superar la pérdida.

*En lo que respecta a los sucesos anteriores que sufrió la familia en la pérdida de uno de sus integrantes si han muerto algún familiar cercano en menos de la mitad y esto lo sufrieron hace dos años aproximadamente pero no mencionan el parentesco con la persona fallecida y mucho menos si es hijo y que lugar ocupaba no reciben apoyo inmediato ni posterior para superar la pérdida.

*La religión es otro factor importante para poder conocer las necesidades de la familia. Por lo que todos pertenecen a algún tipo de religión pero ni el paciente ni los familiares participan en las costumbres religiosas.

*Etapas del trabajo del Duelo en que se encuentran los familiares, esto es el Proceso de trabajo de Duelo ante la pérdida donde los familiares no conocen pronóstico y diagnóstico de sus pacientes por lo que su reacción en este momento en la mayoría es de negación a que se les muera el familiar.

*En los aspectos legales los pacientes no cuentan con testamento y los familiares no tienen lugar para la inhumación del cuerpo para cuando llegue el momento.

*Por último los trámites funerarios no se han pensado y tampoco en el traslado y recuperación del cuerpo del hospital.

*El Trabajo Social y Tanatología donde significa que es la preparación para la muerte y después a los familiares en el trabajo del Duelo, no se conoce ya que no se prepara a los familiares ante un deceso donde ellos lo niegan, y después de seis meses siguen pensando que su dolor es el peor no consideran los sucesos anteriores que sufrieron ni que tipo de familiar falleció, ya que tampoco recibieron apoyo inmediato y superior para superar la pérdida.

*Las necesidades de la familia no se consideran importantes aunque todos pertenecen a alguna, sin participar frecuentemente.

*No están preparados para iniciar un duelo porque no conocen diagnóstico y pronóstico de su paciente sólo lo niegan y por lo tanto no tienen una preparación legal ni conocen los trámites funerarios que deben seguirse.

*La Metodología está entendida como la aplicación de varios métodos para abordar y conocer un objeto de estudio, así como algún fin objetivo o fin determinado, esto implica tener claro el objeto u objeto mismo, su complejidad, relación e interrelación con otros conocimientos.

*Pero esta metodología de Trabajo Social se ha visto influida, en cierta medida, por la metodología de las ciencias sociales y de las escuelas o corrientes que las han venido conformando hasta hoy.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

1

El presente cuestionario está diseñado para analizar el tema TANATOLOGIA, es totalmente anónimo y las respuestas que nos brinde serán usadas con fines académicos.

INSTRUCCIONES: Coloque una "X" en el paréntesis que refleje su situación personal o complete sobre la línea con letra clara.

NO ESCRIBA NADA DESPUÉS DEL MARGEN DE LA DERECHA.

1.-Conoce ¿qué es Tanatología ? 2

si _____ no _____

2.-¿Qué haría en la muerte de un familiar? 3

3.- ¿Qué hace tiempo después de su deceso? 4

4.- ¿Ha muerto algún familiar cercano ? 5

si _____ no _____

SI CONTESTA NO PASE A LA PREGUNTA 11.

5. Hace cuanto tiempo fue la última vez que enfrentó este suceso? 6

menos de un año _____ de uno a dos años _____
mas de dos años _____

6. Que parentesco tenía con la persona fallecida? 6 7

padre _____ madre _____ esposo _____ esposa _____ 8 9
hijo _____ hija _____ otro _____

7. En caso de hijo (a) , que lugar ocupaba ? 10

mayor _____ intermedio _____ menor _____

8. De quien recibió apoyo inmediato para superar la pérdida? 11

familiar _____ profesional _____ amigos _____
nadie _____

9. ¿En qué consistió dicho apoyo ? 12

económico _____
orientación sobre aspectos administrativos _____
moral y psicológico _____

10.- ¿A qué tipo de religión pertenece ? 13

judaísmo ____ hinduismo ____ catolicismo ____
budismo ____ humanista ____ evangelista ____ otro ____

11. ¿Qué tan frecuentemente participa en las costumbres de su religión? 14

muy frecuente ____ frecuente ____
poco frecuente ____ nada frecuente ____

12.- Su paciente pertenece a la misma religión que usted? 15

si ____ no ____

13.-Conoce el diagnóstico de su paciente? 16

si ____ no ____

14. Conoce el pronóstico de su paciente ? 17

si ____ no ____

15.¿Cuál es su sentir en estos momentos? 18

_____ 19

_____ 20

- 16.-¿Qué parentesco tiene con el paciente ? 21
padre _____ madre _____ esposo _____ esposa _____
hija _____ hijo _____ hermano _____ otro _____
17. En caso de hijo que lugar ocupa? 22
mayor _____ intermedio _____ menor _____
- 18.-¿De quién recibe apoyo inmediato para superar la pérdida? 23
familiar _____ profesional _____ amigos _____
nadie _____
- 19.-¿En qué consiste dicho apoyo? 24
económico _____
orientación sobre aspectos administrativos _____
moral y psicológico _____
- 20.-¿El paciente cuenta con testamento? 25
si _____ no _____
- 21.-¿Cuenta con lugar para la inhumación del cuerpo? 26
si _____ no _____
- 22.-¿Cuenta con lugar para el velatorio ? 27
si _____ no _____

23.-¿Conoce los trámites de traslado y recuperación del cuerpo del hospital? 28
sí _____ no _____

24.-¿El paciente pertenece a algún tipo de religión? 29
sí _____ no _____

25.-¿Participa frecuentemente en las costumbres de su religión ? 30
muy frecuente _____ frecuente _____
poco frecuente _____ nada frecuente _____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

VERSION 2

1

El presente cuestionario está diseñado para analizar el tema de TANATOLOGIA. Es totalmente anónimo y las respuestas que nos brinde serán usadas con fines académicos.

INSTRUCCIONES. Coloque una "X" en el paréntesis que refleje su situación personal o complete sobre la línea con letra clara.

NO ESCRIBA NADA DESPUES DEL MARGEN DE LA DERECHA.

1.-¿Conoce qué es Tanatología ? 2

si _____ no _____

2.-¿Qué hace ante la muerte de un paciente ? 3

3.- ¿Qué hace después de un deceso ? 4

4.- ¿Con qué frecuencia se enfrenta a este suceso ?

5 6

cada semana _____ cada mes _____ nunca _____
otro _____ otro _____

5.- ¿Con qué frecuencia tiene acceso al diagnóstico de sus pacientes ?

7

muy frecuente _____ frecuente _____ -
poco frecuente _____ nada frecuente _____

6.- ¿Con qué frecuencia tiene acceso al pronóstico de sus pacientes ?

8

muy frecuente _____ frecuente _____
poco frecuente _____ nada frecuente _____

7.- ¿Qué es lo primero que usted hace ante los familiares cuando conoce el diagnóstico de su paciente?

9

8.-¿Qué es lo primero que usted hace ante los familiares cuando conoce el pronóstico de su paciente? 10

9. ¿Conoce los trámites funerarios que deben seguirse ? 11

10. Mencione los principales trámites funerarios que usted realiza 12

11. Brinda apoyo inmediato a los familiares para superar la pérdida 13

si _____ no _____

12. ¿En qué consiste dicho apoyo ? 14

*Debido a que el Trabajo Social se va a caracterizar por pretender la búsqueda y promoción de alternativas de solución a los problemas sociales, el desarrollo de su objetivo deberá hacerse no a partir de un sólo método , sino de un conjunto de métodos, por lo que se ubica como una metodología cuyo apoyo estará en relación con la selección de los métodos generales de las ciencias, así como con la de los diferentes métodos de las ciencias sociales, entendidos estos como las formas de abordar e interpretar la realidad, para tratar de llevar a cabo acciones concretas, sin por ello perder la dimensión de la totalidad.

*Por lo anterior podemos considerar que el Licenciado en Trabajo Social no cuenta con todas las bases necesarias para intervenir en esta nueva área que es la TANATOLOGIA, y en sus diferentes intervenciones como son por ejemplo el proceso de muerte, el trabajo de duelo, el equipo de salud etc..

*El Licenciado en Trabajo Social no conoce el significado total de TANATOLOGIA , esto no quiere decir que no intervenga en actividades propias de un tanatólogo, sin embargo no interviene totalmente en el proceso de muerte y trabajo de duelo.

* Es importante que este profesionalista se involucre más en los aspectos familiares y médicos , es decir que conozca tanto el diagnóstico y el pronóstico , así como los antecedentes familiares como parentesco, lugar que ocupan en la familia, etc. que se involucre en todos los trámites administrativos que siguen a un deceso, y antes preparar a los occisos para que tengan un final tranquilo.

*Por lo que es de vital importancia que conozca las necesidades previas de los familiares y de los occisos, que les permitan involucrarse, dándoles a conocer el diagnóstico y pronóstico para así poder iniciar el Trabajo de Duelo, con el objetivo primordial de integrar a los familiares a su vida cotidiana.

SUGERENCIAS

1.- Que se imparta una materia de Tanatología en la Escuela Nacional de Trabajo Social, es decir que se integre al plan de estudios considerando que un área de trabajo social es el de salud y esta materia sería un arma importante para el trabajo multidisciplinario que se realiza.

2.- Que se involucre más al trabajador social en prácticas institucionales de todas las áreas de trabajo social con la finalidad que se integre a instituciones, no como estudiante sino como profesionalista.

3.- Que se de cómo materia así como se da Trabajo comunitario, el estudio de caso y grupo ya que son elementos importantes para poder iniciar un trabajo de duelo y proceso de muerte y así poder conocer cuándo iniciar y cuándo terminar con pacientes y familiares.

4.- Dar elementos terapéuticos para poder ayudar a los familiares en duelo, con el objetivo que se puedan integrar a su ámbito familiar.

5.- Dar como materia obligatoria "la familia" considerando que una parte de nuestro trabajo es con este sector de la sociedad, por lo que necesitamos conocer todas sus necesidades.

6.- Es de vital importancia que el trabajador social no tenga lagunas de esta área que es Tanatología. Para poder intervenir directamente en este trabajo, conociendo diagnóstico y pronóstico, trámites funerarios, aspectos legales, familia, necesidades, etapas del duelo, proceso de muerte etc. Todo esto con el objetivo de brindar apoyo consecuente y profesional a los familiares ante un suceso de este tipo.

El Trabajador Social tiene que prepararse para poder llenar esos huecos de intervención que le pertenecen a este profesionalista, pero una intervención con todos los conocimientos necesarios para así abrirse paso en el área médica, ya que en ocasiones nos consideran recepcionistas o secretarias.

7.- Elaborar un programa donde se pueda manejar el duelo, pero integrándole en la vida cotidiana de todos ya que todos estamos expuestos a tener un duelo.

8.-El programa podría contener los elementos básicos y sencillos para poderlos transmitir de la mejor manera a la comunidad.

Y de esta forma integren la tanatología en su vida cotidiana sin olvidar vivir en plenitud siendo personas en todos los aspectos, para poder disfrutar los beneficios que nos brinda la vida.

B I B L I O G R A F I A

- *Alfonso García Pérez. Los Enfermos.
Editorial Colección Marginados.p.78
- *Carole R. Smith. Trabajo Social con moribundos y su familia.
Editorial Pax.México.p.119
- *Devora Duda. Guía para cuidar en casa a un enfermo terminal.
Editorial Pax.p.229
- *Enrique Di Carlo. El Trabajo Social, Teoría-Metodología-Investigación.
Editorial Ecro, Buenos Aires,1976.p.61
- *Ezequiel Ander Egg. Diccionario de Trabajo Social.
Editorial Ecro ILPH, Buenos Aires,1974.p.284
- * Ezequiel Ander Egg. Metodología de Trabajo Social.
Editorial Corregida y aumentada.Barcelona,México,1982.El Ateneo.p.244
- * Ezequiel Ander Egg. ¿Qué es el Trabajo Social?.
Editorial Humanitas, 1987.
- *Felipe Pardinás. Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales.
Editorial Siglo XXI.México.1976.p.212
- *Henry Pralt Fairchild. Diccionario de Sociología.
Editorial Fondo de Cultura Económica. México, D.F. reimpresso.p.317
- *Maria C. Castellanos. Manual de Trabajo Social.
La Prensa Médica Mexicana,1962.p.193
- *Natalio Kisnerman. Servicio Social de Grupo 1,2.
Editorial Humanitas, Argentina,1971.p.320
- * Natalio Kisnerman. Servicio Social de Pueblo.
Editorial Humanitas. Buenos Aires Argentina 1974.p.121

*Nancy O' Connor. Déjalos ir con amor.

Editorial Trillas.p.165

*Pedro Olea Franco. Francisco L. Sánchez del Carpió. Manual de Técnicas de Investigación Documental.

Editorial Esfinge,México,1975.p.231

*Restituto Sierra Bravo. Técnicas de Investigación Social.

Editorial Paraninfo.p.618

*Raúl Rojas Soriano. Guía para realizar Investigaciones Sociales.

Editorial Plaza Valdés.p.286

*Ricardo Pozas Arciniega. Técnicas de Investigación Social, El Desarrollo de la comunidad.

Editorial Manuales Universitarios, UNAM,1964.p.366

*Rosa María Becerra de Ledesma. Trabajo Social.

Editorial Euro 1978.Buenos Aires.p.152

*Susan Sontag. El SIDA y sus metáforas.

Editorial Muchinik. Impreso en España 1989.p.103

*Zimbardo Edbesen Maslach. Influencia sobre las actitudes y modificación de la conducta.

Editorial Fondo Educativo Interamericano Impreso en Colombia.p.248

Revistas

*Revista. Tanatología. La Muerte vista por la medicina. No.6.México.

*Revista. Mexicana de Tanatología. Organó Oficial de la Asociación Mexicana de Tanatología. Volumen 6.Noviembre 1991.

*Manual de Trabajo Social. Editorial Prensa Médica Mexicana.