

01521
45

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL



**INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL
EN EL ÁREA DE TANATOLOGÍA**

**TRABAJO RECEPTACIONAL
SEMINARIO DE AREA SUSTANTIVAS DE TRABAJO SOCIAL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

**PRESENTAN:
GUERRA ARROYO JOSÉ ANTONIO
MARTINEZ LAZCANO GIRALDI IVAN**

DIRECTOR : MTRO. INFANTE GAMA VICENTE

MÉXICO, D.F.

2003

I



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.

El presente documento es una traducción de un documento original en español.

PAGINACION

DISCONTINUA

ÍNDICE TEMÁTICO

JUSTIFICACIÓN	Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional. NOMBRE: <u>Guero Araya José Antonio</u>	V
OBJETIVO GENERAL	FECHA: <u>13eneral2003</u>	VIII
OBJETIVOS ESPECIFICOS	FIRMA: <u>[Firma]</u>	IX
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		X
CAPITULO I PACIENTE TERMINAL Y SU FAMILIA		1
1.1 EL PACIENTE TERMINAL		2
1.2 NECESIDADES QUE PRESENTA EL PACIENTE TERMINAL		3
1.3 DERECHOS DEL PACIENTE TERMINAL		4
1.4 LA FAMILIA DEL PACIENTE TERMINAL		6
1.4.1 TEMORES MÁS COMUNES QUE ENFRENTA LA FAMILIA ANTE LA MUERTE DE UN SER QUERIDO		7
1.5 NECESIDADES DE LA A FAMILIA		8
CAPITULO II TANATOLOGÍA		11
2.1 GENERALIDADES DE LA MUERTE CONCEPTO DE MUERTE		12
2.2 LA MUERTE Y SU ESTUDIO		13
2.3 ANTECEDENTES DE LA TANATOLOGÍA		13

2.3.1	DEFINICIÓN Y CONCEPTOS	14
2.4	OBJETIVOS Y SUJETOS DE ACCIÓN DE LA TANATOLOGÍA	15
2.5	EL PERFIL DEL TANATOLOGO	16
2.6	MANEJO DE LOS ESTADO EMOCIONALES EL PRECESO DE MORIR	17
2.6.1	ELIZABETH KUBLER-ROSS	17
2.6.2	GLORIA M. FRANCIS	19
2.6.3	ALFONSO REYES ZUBIRÍA	20
2.7	EL DUELO	21
2.7.1	DURACIÓN DEL DUELO	23
2.8	CUIDADOS PALIATIVOS	24
2.8.1	TRABAJO SOCIAL Y CUIDADOS PALIATIVOS	25
2.9	ESPIRITUALIDAD	25
CAPITULO III TRABAJO SOCIAL Y SU INTERVENCIÓN EN EL ÁREA DE TANATOLOGÍA		27
3.1	DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL	28
3.2	DEFINICIÓN DENTRO DEL SECTOR SALUD	29
3.3	EL PERFIL PROFESIONAL DE LA LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD	30

3.4	INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL CON PACIENTES TERMINALES	33
3.5	TRABAJO SOCIAL Y EQUIPO INTER Y MULTIDISCIPLINARIO	33
	CAPITULO IV PROPUESTA DE MODELO DE INTERVENCIÓN	35
4.1	CONCEPTUALIZACIÓN	36
4.2	MODELO DE INTERVENCIÓN	36
4.3	INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE TANATOLOGÍA	37
4.4	PERFIL DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE TANATOLOGÍA	38
4.5	CUADROS SINOPTICOS	40
	RELACIÓN DE FUENTES DE CONSULTA	45

JUSTIFICACIÓN

El proceso de enfermedad inicia cuando la persona reconoce que "algo anda mal" en el funcionamiento de su organismo, y los síntomas lo llevan a consultar al médico. De este modo, al buscar un diagnóstico, el paciente le otorga al médico el lugar del decir sobre su estado de salud, y es el profesional que decide si es necesario el ingreso del paciente a la institución.¹

Al ser internado, el paciente se ve restringido en sus posibilidades de acción e interacción, limitado a una habitación de interacción, deja su casa, sus objetos, el contacto con sus familiares. Sus horarios son regulados de modo homogéneo para todos los internados: horas de comida, horas de visita, observaciones de los médicos, cuya organización se contraponen y supone a los hábitos previos, llegando a sustituirlos si el tiempo de interacción es prolongado.²

Cuando el médico puede inferir la muerte próxima, se registran tres tipos de actitudes:³

Como no existe un criterio explícito y compartido para definir el estado de un paciente como terminal, en la mayoría de los casos, el médico prosigue las terapias, simulando como si todavía fuera posible el restablecimiento. Esto conduce a que se establezca un vínculo entre la muerte del paciente y el accionar médico, como se comprueba en el fallecimiento en cirugía.

En el segundo caso, cuando la terminalidad es reconocida como una instancia, es decir, que en un momento determinado se entiende que ya no queda nada por hacer, algunos evitan el contacto tanto con el paciente como con los familiares, reduciéndose la asistencia a niveles mínimos.

La tercera actitud posible se manifiesta en cuidados paliativos, esto proviene de profesionales que tienen como objetivo asistir y contener a los familiares, pacientes en los últimos momentos de su vida. Su práctica está definida por el control del dolor, apoyo psicológico, etc.

El Trabajador Social no está ajeno a los problemas y necesidades por los que atraviesa un paciente terminal, el cual se enfrenta a la pérdida de: la salud, la vida, la libertad, rol social y familiar, por lo tanto le produce miedo, tristeza, depresión, sentimientos de culpa y angustia, llevándolo a vivir un duelo anticipado y/o acelerar su muerte en un estado deplorable. El proceso de intervención por parte del Trabajador Social consistirá en lograr

¹ Epele, E. María. *La relación médico-paciente en el cáncer terminal: una aproximación a la muerte en la sociedad compleja*. Revista chilena de antropología.

www.uchile.cl/facultades/csociales/antropo/rcha12-7.html

² ídem

³ ídem

que el paciente sienta la tranquilidad en el tiempo que le quede de vida, es decir, que no transcurra como un dolor anticipado, sino como una oportunidad de vivir intensamente, para esto es necesario ocuparse del nivel emocional, brindar compañía, favorecer una buena relación con los demás con el fin de lograr una calidad de atención y servicio integral mientras dure la estadía del paciente dentro de la institución y fuera de ella, como puede ser la productividad si el paciente esta en condiciones de trabajar y facilitarle la expresión de los sentimientos que suceden a lo largo del proceso que precede a la muerte. Por tal motivo, es necesario para el Trabajador Social que se desempeña en el área de la salud hospitalaria y sobre todo si tiene contacto con pacientes terminales, realice una especialización en el área de tanatología contando así con los conocimientos para apoyar a los pacientes y sus familiares.

Desde el punto de vista de Trabajadoras Sociales y Tanatólogas, quienes ya intervienen dentro del área de forma profesional mencionan: *"... Antes que nada quisiera decir que este tema es de suma importancia para todos nosotros ya que debido a nuestra impotencia y falta de recursos y modelos de intervención hemos descuidado la atención tanatológica de nuestros pacientes..."*⁴

*"...Debemos ser honestos y reconocer que no hemos tenido capacitación suficiente y específica con relación a la intervención con enfermos terminales y con su familia..."*⁵.

*"...Como profesional de la salud, supone reforzar el rigor de su quehacer tanto en fases diagnósticas, como en fases de intervención y hacer uso de sus elementos teóricos, así como de la experiencia adquirida, para abordar la enfermedad..."*⁶

Al paso del tiempo el Trabajador Social ha logrado modificar su desempeño permitiendo que su labor sea cada vez más reconocida, abriendo nuevos espacios de intervención dentro del sector salud y específicamente dentro del área hospitalaria se encuentra relacionado no solo con el paciente sino con su familia, por tal motivo es vital que conozca el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de este, permitiendo tener un conocimiento del caso de forma multi e interdisciplinaria.

Por lo anterior se llego a la conclusión, que es necesario contar con un modelo de intervención de tipo heurístico puesto que su funcionalidad consiste en, una vez detectado el problema, diseñar un modelo instrumental como hipótesis que de respuesta a una solución viable del problema desde la perspectiva de Trabajo Social en el área de Tanatología.

⁴ Valdez, Ortiz, Verónica. *5ta Reunión de Trabajo Social en el Hospital General de México, O.D. "El Trabajador Social y sus diferentes alternativas de intervención ante el paciente y su familia"* México 30 de mayo al 1 de junio del 2001

⁵ Álvarez, de Majul, Guadalupe. idem

⁶ Ayala, Flores, María de los Ángeles. idem

El Seminario de Áreas Sustantivas en Trabajo Social es impartido en el Centro de Educación Continua, con el objetivo general de proporcionar los elementos básicos para analizar, manejar y aplicar las técnicas y tácticas que permitan la utilización óptima de los recursos con que cuentan los equipos de trabajo, para elaborar un modelo el cual sustente la intervención de Trabajo Social en un área específica de su quehacer profesional.

Este modelo estará orientado a brindar una atención y servicio integral al paciente terminal y su familia, la cual sustentará las etapas de intervención del Licenciado en Trabajo Social en el área de Tanatología sobre la base de un perfil profesional el cual este encaminado a ser un medio de cohesión profesional entre las diversas multi e interdisciplinas encaminadas a un bienestar integral del área de salud.

OBJETIVO GENERAL

Sustentar la inserción de Trabajo Social en el área de tanatología, sobre la base de un perfil profesional el cual le permita identificar las etapas de intervención dentro del ámbito tanatológico, con relación al paciente terminal, su familia, equipo multi e interdisciplinario.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Ofrecer un perfil profesional actualizado para el Trabajador Social que intervenga en el área de tanatología con la finalidad de lograr un mejor desempeño profesional.

Identificar las etapas de intervención del Trabajador Social dentro del área Tanatológica en relación con el paciente terminal, su familia, el equipo multi e interdisciplinario.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir de la revisión bibliográfica que se realizó se observó que hasta el momento no se encontró un modelo de intervención diseñado por Trabajo Social enfocado al ámbito tanatológico, por lo que se considera la necesidad de crear uno, sistematizando cada una de las etapas o fases de intervención del Trabajador Social con el paciente terminal, su familia, equipo multi e interdisciplinario y así contar con nuevo perfil profesional para su desempeño que ayude a dar una atención integral cubriendo cada una de las expectativas y necesidades que se presentan desde el momento en que el paciente conoce su diagnóstico terminal hasta el proceso que vive la familia después de la defunción del paciente (duelo)

Las etapas de intervención profesional del Trabajador Social son sin duda uno de los principales pilares en el manejo del paciente terminal y su familia, por lo que es de vital importancia su participación en conjunto con el equipo multi e interdisciplinario del área de hospitalaria. El Trabajador Social debe encontrarse en constante capacitación para el manejo de conocimientos actualizados, un mejor desempeño en su intervención profesional y con ello brindar así al paciente y su familia una mejor atención con calidad y servicio integral.

En cuanto a la calidad de servicio integral, se buscará conocer el entorno, realidad y problemática social, vínculo que se da dentro del hospital con el paciente terminal, su familia, equipo inter y multidisciplinario, ¿cómo se enfrentan al problema?, ¿cuáles son los recursos reales con los que cuentan?, ¿existe o no un desfase teórico / práctico y como lo enfrentan?.

CAPITULO I

PACIENTE TERMINAL Y SU FAMILIA

1.1 EL PACIENTE TERMINAL

A lo largo de la historia diferentes corrientes sociales, psicológicas entre otras se han dado a la tarea de estudiar el conocimiento en la relación paciente-enfermedad, tal y como se sugiere en la teoría de Erich Fromm, la cual se compara con la de Sigmund Freud, donde retoman al ser humano como objeto de estudio; ya que la enfermedad es parte del ser humano y no habría que verla como un ente aislado. Por supuesto, Freud enfatizó sobre el inconsciente, los impulsos biológicos, la represión y demás. En otras palabras, Freud postuló que nuestro carácter estaba determinado por la biología.

El concepto de jerarquía de necesidades planteado dentro de la teoría de la personalidad, muestra una serie de necesidades que atañen a todo individuo y que se encuentran organizadas de forma estructural (como una pirámide), de acuerdo a una determinación biológica causada por la constitución genética del individuo. En la parte más baja de la estructura se ubican las necesidades más prioritarias y en la superior las de menos prioridad⁷. Siendo la base de esta pirámide, las necesidades fisiológicas, si estas se ven alteradas, afectara los niveles consecutivos como los son: seguridad, social, reconocimiento y auto superación, si el individuo que se sentía seguro y estable por los logros familiares y laborales, estos logros se ven tambalearse ante la amenaza que representa la enfermedad la cual puede llevarle temporal o definitivamente a perder aquello a lo que ha dedicado su esfuerzo.

A las personas pueden afectarles enfermedades desde la misma gestación o durante el transcurso de su vida, de ahí la importancia de conocer la enfermedad, aquella que le era desconocida y que incidía en el hombre alterando su estado normal.

Para entender al paciente terminal iniciaremos definiéndolo: *"es la persona que padece una enfermedad, por la que posiblemente vaya a morir, en un tiempo relativamente corto y que conoce su diagnóstico"*⁸. Entendiendo por el término, "relativamente corto", desde un punto de vista, del paciente y su familia, más no del médico.

La enfermedad es una serie de signos y síntomas que presenta el paciente; en la situación de enfermedad terminal ocurren una serie de características importantes no sólo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica, a saber:

Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.

Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.

⁷ Maslow, Abraham. *Motivation and Personality*. www.gestiopolis.com/canales/articulos/18/jerarquia.htm.

⁸ Reyes Zubiría, Alfonso. *Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Terminal y su Familia* Editorial Alzira volumen III, México 1996 Pág. 154.

⁹ Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Definición de enfermedad terminal: características*. www.sepc.com

Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.

Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.

Pronóstico de vida inferior a los 6 meses.

La enfermedad terminal esta relacionada con un padecimiento incurable y que finalmente llevará a la muerte, este tipo de pacientes en la última fase de su padecimiento se encuentran aislados y temerosos por lo que saben que su enfermedad los conducirá a la muerte próxima.

1.2 NECESIDADES QUE PRESENTA EL PACIENTE TERMINAL

Dado que el paciente terminal es un ser insustituible dentro de la sociedad y eje principal del área hospitalaria, es considerado como una parte fundamental de ella y por lo tanto al encontrarse ante una enfermedad terminal deberá recibir respeto y apoyo.

En este sentido es importante mencionar que el paciente terminal, también tiene necesidades, que deben ser atendidas, de esta manera, se le podrá ayudar a que su muerte sea de una forma digna y en paz, no solo por el hecho de estar en sus últimos momentos de vida, como cualquier otro paciente, con la sensibilidad en el trato.

El Doctor Reyes Zubiría¹⁰ aborda algunas de las necesidades:

Necesidad de verse bien:

El paciente quiere verse limpio, arreglado, presentable, esto le ayudará en su autoestima y sentirse bien, en ocasiones, el paciente se niega a recibir visitas por sentirse que no esta en condiciones presentables.

Necesidad de la verdad.

Es necesario que siempre se le informe la verdad al paciente, él requiere conocer toda la verdad sobre su enfermedad y su estado, por lo general tememos al decirla, pero recordemos que es por nuestra propia angustia. Es muy cierto que el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, deberán ser comentados por el médico tratante, pero es muy

¹⁰ Reyes Zubiría, Alfonso. *Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Terminal y su Familia* Editorial Alzira volumen III, México 1996.

importante en estos momentos la presencia del Tanatólogo para apoyar en muchas necesidades insatisfechas que comenzará a manifestar.

Necesidades Sexuales.

El diagnóstico terminal no necesariamente disminuye el interés sexual en las personas, por lo general incrementa la necesidad de un acercamiento físico y de reafirmar constantemente su condición de ser humano. Sin embargo, existen varias causas por las cuales no se puede llegar a satisfacer tales necesidades como son: la tensión que se genera en la pareja, los efectos que se producen por el tratamiento médico, la privacidad que se pierde con el inicio de la enfermedad, especialmente con la hospitalización. Las necesidades sexuales varían con el tiempo, el paciente en la etapa terminal necesita más una cercanía física y demostraciones de afecto, tales como abrazos, besos, caricias o tomarse simplemente de la mano.

Necesidad de asistencia.

La asistencia tanatológica al moribundo es una herramienta más que puede ofrecérsele a un ser humano en su etapa final con la finalidad de incrementar hasta donde sea posible su bienestar, o mejor dicho, a reducir su sufrimiento.

1.3 DERECHOS DEL PACIENTE TERMINAL

Todos los seres humanos contamos con derechos, sean mujeres, hombres, niños, tercera edad, discapacitados; aunque no admitamos que estos derechos pueden ser pasados por alto, u olvidados. Es importante señalar que aún no se han incluido los derechos que asisten a un ser humano que esta enfrentando la realidad de su muerte, es decir, a un paciente en donde el tratamiento ya no le puede ayudar a recuperar la salud. Las Fundaciones Pro Derechos a Morir Dignamente (DMD)¹¹ han presentado un documento en donde establecen las necesidades y los derechos del paciente moribundo.

El paciente terminal tiene derecho:

A vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, psicológico, espiritual y social, de acuerdo a su situación concreta, es decir, tiene derecho a ser tratado como un ser humano, vivo, hasta el momento de su muerte.

A vivir independientemente y alerta. Tiene derecho a expresar sus sentimientos y emociones, en todo momento y desde luego en su manera de enfocar su propia muerte.

¹¹ Asociación Derecho a Morir Dignamente. España. www.eutanacia.ws/dmdLinks.html

A tener alivio de sus sufrimientos físicos, emocionales, psicológicos, intelectuales, sociales y espirituales. Es más, tiene derecho a no experimentar dolor en lo posible, para que pueda mantener una sensación de optimismo.

A conocer, o rehusar conocer, todo lo concerniente a su enfermedad, su estado, su diagnóstico médico.

A ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores, pero competentes en su campo, y seguros de lo que hacen.

A participar en las decisiones que incumben a sus cuidados y a su vida.

A que no se le prolongue indefinidamente el sufrimiento, ni se le apliquen medidas extremas o heroicas para sostener sus funciones vitales.

A usar su creatividad para pasar mejor su tiempo.

A discutir y acrecentar sus experiencias religiosas, místicas o espirituales.

A disponer de ayuda de y para su familia, tanto a la hora de aceptar su muerte, como a la hora de morir.

A no morir solo.

A morir con verdadera dignidad, con plena aceptación y en total paz.

A esperar que la inviolabilidad de su cuerpo sea respetada tras su muerte.

Tiene derecho a conservar su sentimiento de esperanza, lo cual no equivale a que se le creen falsas expectativas.

Tiene derecho a disfrutar de una vida con buena calidad hasta el final, criterio que debe prevalecer sobre la cantidad de vida.

A beneficiarse de las alternativas más humanitarias para su cuidado que la frialdad que con frecuencia acompañan la creciente tecnología en lugares diseñados para casos agudos o críticos o que el hacinamiento que otras veces acompañan a los albergues para ancianos o enfermos crónicos.

A que le sean satisfechas sus necesidades integralmente, sin olvidar nunca que detrás de ese ser muriente hasta el último instante, hay un ser humano.

1.4 LA FAMILIA DEL PACIENTE TERMINAL

La Doctora Edith Zúñiga Vega sostiene que *"...es necesario concebir a la familia como un sistema, que se define como un conjunto de unidades o partes individuales en el cual cada uno es fundamental para su asistencia, posee una función y tiene relación con las otras unidades para alcanzar un resultado (desarrollo físico y social-emocional de cada uno). Su organización depende de las relaciones entre sus miembros. Cuando se muere uno de ellos, se modifica todo el conjunto, cada uno actúa como estímulo para las otras partes..."*¹²

La familia esta integrada por diferentes personas y cada una de ellas tiene un rol que cumplir, cuando una de estas personas enferma o incluso muere, los demás integrantes que conforman la familia sufren cambios o disfunciones.

La situación de la familia de un paciente terminal viene caracterizada por la presencia de un gran impacto emocional condicionado a la presencia de múltiples "temores" o "miedos" que, como profesionales sanitarios, se reconocen y abordan en la medida de lo posible. Este impacto de la enfermedad terminal sobre el ambiente familiar puede tomar distintos aspectos según los factores predominantes que pueden estar tanto en relación con la enfermedad misma (control de síntomas, información, no adecuación de objetivos paciente-familia) como en relación con el entorno social y circunstancias de vida del paciente:

- Personalidad y circunstancias personales del paciente.
- Naturaleza y calidad de las relaciones familiares.
- Reacciones y estilos de convivencia del paciente y su familia en pérdidas anteriores.
- Estructura de la familia y su momento evolutivo.
- Nivel soporte de la comunidad.
- Problemas concretos, calidad del hábitaculo, etc. (disputas familiares, herencias).

Es necesario valorar una serie de factores socioculturales que pueden afectar y condicionar la atención: situación económica de la familia que permita asumir los costos que se generan (material de curas o comodidad, medicación, miembros de la familia que dejan de trabajar), condiciones básicas de habitabilidad y confort de la vivienda (agua

¹² Zúñiga Vega, Edith. *5ta Reunión de Trabajo Social en el Hospital General de México, O.D. "El Trabajador Social y sus diferentes alternativas de intervención ante el paciente y su familia"* México 30 de mayo al 1 de junio del 2001

caliente, calefacción, higiene, etc.): la familia debe de estar capacitada culturalmente para comprender y ejecutar las indicaciones sobre el tratamiento y cuidados (curas sencillas, cambios posturales, etc.)¹³.

Al darse a conocer un diagnóstico terminal o crónico en algún miembro de la familia, los demás integrantes viven una situación de dolor prolongado, aún cuando la persona muere, continúan los problemas para los familiares quienes después de un largo periodo de cuidados y sacrificios, deben continuar elaborando un proceso de duelo (dolor) que afecta de diferentes modos a cada uno de los miembros de la familia, la muerte de uno de los miembros implica la desorganización, tristeza, un profundo dolor, y gasto económico.

1.4.1 TEMORES MÁS COMUNES QUE ENFRENTA LA FAMILIA ANTE LA MUERTE DE UN SER QUERIDO

Es muy importante conocer los miedos más comunes por los que atraviesa la familia cuando enfrenta la muerte de uno de sus miembros, todo esto tiene como finalidad de ayudarla, citando a la Doctora Edith Zúñiga,¹⁴ con relación a los miedos y angustias más frecuentes por las que atraviesan las familias del paciente menciona:

- Miedo al sufrimiento del paciente.
- Temor a que el paciente sea abandonado y no reciba la atención adecuada en el momento oportuno.
- Temor de que hablar con el paciente.
- Temor que el paciente comprenda su condición física, que se percate de la gravedad de su enfermedad.
- Temor a estar solo con el paciente en el momento de su muerte.
- Miedo a estar ausente cuando la persona muera.

¹³ Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Definición de enfermedad terminal: características*. www.sepc.com

¹⁴ Zúñiga Vega, Edith. *5ta Reunión de Trabajo Social en el Hospital General de México, O.D. "El Trabajador Social y sus diferentes alternativas de intervención ante el paciente y su familia"* México 30 de mayo al 1 de junio del 2001

1.5 NECESIDADES DE LA FAMILIA

Tomando en cuenta que las necesidades de los integrantes de la familia son diferentes por su condición y rol social, estas cambian constantemente, y sí están a punto de perder a un ser querido, además de aliviar sus temores y encontrar soluciones a sus difíciles situaciones, tendrán que ser más concretas. Mencionando las más comunes¹⁵:

- Información clara, concisa, relista y respetuosa. Que se sientan tomados en cuenta.
- Asegurar que sé esta haciendo lo posible por su ser querido, que no se le esta simplemente dejando morir, que se le está procurando todo alivio y que se está haciendo lo mejor.
- Contar con la disponibilidad, comprensión y apoyo, al menos del Tanatólogo, si no se puede de todo el equipo de salud.
- Estar todo el tiempo con el ser querido. La familia sabe que se está muriendo, que el trecho se acaba y que hay que aprovecharlo al máximo.
- Intimidad y privacidad para el contacto físico y emocional.
- Participar en el cuidado de su paciente. Así el familiar se sentirá útil.
- Reparar la relación y de llegar al mutuo perdón.
- Compañía y apoyo emocional. En ocasiones el Tanatólogo es preferido sobre otros familiares y amigos.
- Enfrentar sus emociones negativas: tristeza, rabia, temores.
- Conservar la esperanza, pero esa esperanza que se va modificando conforme avance la enfermedad, nunca una esperanza mágica, siempre debe darle una esperanza real.
- Apoyo espiritual; si el sacerdote, el pastor, el rabino o el ministro religioso querido, no puede estar presente, el Tanatólogo es capaz de responder a esta gravísima necesidad.

Como ya se mencionó anteriormente, una familia esta integrada por diferentes personas y cada una de ellas tiene un rol que cumplir, cuando una de estas personas enferma o

¹⁵ Reyes Zubiria, Alfonso. *Acercamientos Tanatologicos al Enfermo Terminal y su Familia*. Editorial Alzira volumen III, México 1996 Págs. 199 a la 200.

incluso muere todas las demás integrantes que conforman la familia sufren cambios. Cuando la familia esta a punto de perder a uno de sus miembros, afronta diferentes necesidades como son:¹⁶

- Necesidad de Información clara y precisa.

La familia requiere conocer la situación real de la enfermedad por la que esta atravesando su paciente, el tratamiento que esta siguiendo, el por que se le esta realizando tal o cual estudio.

- Necesidad de contar con el apoyo del equipo de salud.

Es importante saber que se le esta brindando todo lo necesario al paciente para su recuperación, y que estemos plenamente seguros que cuando nuestro familiar sufra alguna recaída o complicación tengamos la seguridad de que el equipo de salud le prestara la atención necesaria.

- Necesidad de un horario más amplio en las visitas.

El hecho de permanecer en una sala de hospital es sumamente triste para el paciente aunado a esto le sumamos el poco tiempo que se le permite a los familiares permanecer con el, nos da como resultado un paciente con diferentes reacciones negativas, es por eso, que se tiene la necesidad de pasar más tiempo con el paciente.

- Necesidad de privacidad.

Al igual que el paciente requiere un espacio la familia también, ya que para ellos es importante contar con un lugar en donde puedan hablar con su paciente o simplemente estar con el.

- Necesidad de comunicar sus emociones.

Son muchos los sentimientos que presenta la familia cuando esta a punto de perder a un ser querido que siente la necesidad de comunicarlos, para poder sentirse comprendido.

- Necesidad de compañía.

La familia que pierde a uno de sus miembros requiere del apoyo de sus demás familiares y amigos quienes les brindaran compañía y tendrán la sensación de no estar solos en su dolor.

¹⁶ Zúñiga Vega, Edith. *5ta Reunión de Trabajo Social en el Hospital General de México, O.D. "El Trabajador Social y sus diferentes alternativas de intervención ante el paciente y su familia"* México 30 de mayo al 1 de junio del 2001

- **Necesidad de ayuda espiritual.**

La mayoría de la gente que ha perdido a un ser querido tiende a refugiarse en su fe y darse algunas explicaciones o cuestionarse con relación a sus creencias.

CAPITULO II

TANATOLOGÍA

2.1 GENERALIDADES DE LA MUERTE CONCEPTO DE MUERTE

La muerte desde hace tiempo, se ha considerado como un fenómeno que aparece irremediablemente en todo ser vivo, por ello la muerte significa la culminación de un proceso de sufrimientos, agonía, así como también las emociones, sentimientos y toda comunicación que se tiene diariamente, con los seres que se convive, de ahí se deriva la complejidad de aceptación de muerte.

La actitud ante la muerte ha sido variable, para algunos la muerte resulta la prolongación de la vida, es decir, un alma inmortal, para otros, es el fin de la nada, así como hay quienes sienten terror ante la muerte. Sin embargo, existe un hecho que se presenta en casi todas las culturas, es la tendencia a negarla, es como una defensa a una realidad, ya que, la muerte no puede ser evitada.

Algunos conceptos sobre la muerte dicen *"...es un proceso que ocurre en seres vivos, se inicia cuando los cambios son irreversibles; se caracteriza por la pérdida de complejidad de su organización y por la disminución en el contenido de energía y termina cuando la diferencia de ese contenido energético con el medio ambiente es cero..."*¹⁷

*"...la muerte es comúnmente el punto final de la evolución de una enfermedad y el proceso de morir en un mecanismo biológico..."*¹⁸

La muerte es la cesación irreversible de la vida, las funciones vitales, fisiológicas y del organismo. Si analizamos todo lo dicho respecto a la muerte es posible percatarse que desde el momento de nacer es importante recibir una educación para la pérdida de la vida, así como se tiene la disposición para la llegada de un nuevo miembro, de igual manera tendría que hacerse para ir socializando la muerte uno mismo o de un miembro de la familia, la muerte en sí misma es irrepresentable sólo constatamos la muerte de otros.

¹⁷ Larganica, Raquel. *Gerontología y Geriatria*. Editorial Interamericana, México 1990, Pág. 269.

¹⁸ Basave Fernández, Agustín. *Metafísica de la Muerte*. Editorial Limusa México 1990, Pág. 54.

2.2 LA MUERTE Y SU ESTUDIO

Nuestra vida esta llena de separaciones, rupturas y despedidas. La idea de pérdida, sufrimiento o muerte constituye una relación cotidiana en la humanidad, desde que nacemos sufrimos separaciones, nos despedimos de alguien, finalizamos una relación o nos sobreviene una muerte.

Es por eso que sé "redescubre" el contorno y la significación de la muerte y las pérdidas, en los 60's comienzan con más intensidad y profusión las ciencias sociales y biomédicas, no obstante, la muerte y el morir siguen constituyendo temas tabúes en la sociedad contemporánea e incluso se intenta negar la realidad.

El estudio de la muerte y el morir han sido por excelencia el más eterno en las épocas, culturas, religiones y civilizaciones. Ha sido universal y su respuesta dada no podía pasar desapercibida en nuestra sociedad. Por ello, primero se oyó hablar de muerte digna y posteriormente de cuidados paliativos, esto con la finalidad y por la tendencia a dignificar la vida.

La historia de la educación en el morir es vieja por si misma, pero en la edad moderna se inician los primeros estudios de carácter científico a principios de los años 60's; Kübler-Ross en Estados Unidos identificó la necesidad de los profesionales de la salud, en conocer sus emociones y actitudes ante la muerte, con el fin de ayudar a los pacientes en situación terminal y a sus familias.

Otros investigadores como Leseer, Getty & Kneist (1972), han concluido que el temor de los pacientes y moribundos decrece con el incremento de la preparación académica del tema, es decir, considerando que el estudio de la muerte entre más específico sea, se tendrá la capacidad para enfrentar el proceso en el que se encuentra el paciente así como sus familiares.

2.3 ANTECEDENTES DE LA TANATOLOGÍA

La historia de la educación en el morir, es muy antigua, pero en la edad moderna inicia aproximadamente a principios de los años 60's. La disciplina de la tanatología, tiene sus inicios en Estados Unidos, en el año de 1965, gracias a las investigaciones que realizó la psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross con pacientes terminales y en fase terminal; estos estudios se realizaron en el Hospital General de la Ciudad de Nueva York.

En México, es introducida por el Doctor Alfonso Reyes Zubiría, Presidente de la Asociación Mexicana de Tanatología (AMTAC), fundada el 18 de noviembre de 1988, por

la inquietud de que exista en México de ayudar real y completamente, para que el ser humano pudiera morir en paz, con la aceptación y total dignidad.

La tanatología gira alrededor del paciente terminal y se basa en las descripciones y observaciones que sobre él realiza para ofrecer un diagnóstico, mediante el cual organiza las acciones a seguir, busca difundir la información resultante de investigaciones sobre las reacciones físicas y mentales del paciente que llevan al Tanatólogo a prever las conductas emocionales y psicológicas del mismo o de sus familiares, las cuales están determinadas por los sentimientos, pensamientos y recuerdos, así como por las percepciones que éstos experimentan.

La tanatología percibe al hombre como un todo, con sus necesidades y con sus realidades físicas, psicológicas, espirituales, sociales y culturales, enfocando así su atención al paciente terminal y/o fase terminal, posteriormente, a quienes le rodean: familia, amigos, equipo terapéutico interdisciplinario (trabajadores sociales, enfermeros, psicólogos, sacerdotes, abogados), es decir, en todos aquellos que en algún momento y por un motivo específico, tienen que enfrentarse con la muerte de un ser humano ¹⁹.

La tanatología se ha llegado a convertir en una especialidad cuyo campo de acción puede ser compatible con el de diversas ciencias o disciplinas científicas; en especial con el de las ciencias humanas, como medicina, psicología, enfermería y sociología; implicando también áreas como trabajo social, educación, antropología, entre otras ²⁰.

2.3.1 DEFINICIÓN Y CONCEPTOS

El nombre de esta disciplina proviene del concepto *thanos*, el dios griego de la muerte, hijo de la noche y de hipos.

Thanatos = muerte

Logos = estudio o tratado

"La tanatología, es una disciplina científica, cuyo campo propio es el estudio científico, humanístico, religioso y en general de todo conocimiento humano de lo que es morir, la muerte y la existencia después de la muerte. Pero que no puede quedarse en un estudio teórico solamente. Tiene un objetivo principal: este es el paciente terminal." ²¹

¹⁹ Cabazos Pérez, María Lilia. Catedrática de la Escuela de Psicología y del Instituto de Enseñanza Abierta de la UAC unidad Saltillo

²⁰ Ídem.

²¹ Reyes Zubiria, Alfonso. *Segundo Congreso Nacional de Tanatología y Primer Simposio Internacional México*. Octubre 1994.

*"Es el estudio interdisciplinario de la muerte y el moribundo, especialmente de las medidas que se aplican para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los usuarios en fase terminal; así como la aprensión del sentimiento de culpa y pérdida de sus familiares, cuya finalidad es que todo usuario tenga una vida plena y llegue a su muerte con dignidad y aceptación. Es la ciencia de la vida, que nos enseña a vivir cada minuto de nuestra existencia y nos muestra que la vida está en manos de la vida; de que podemos trabajar en nuestra calidad de vida pero la cantidad de vida está en manos del Creador."*²²

*"Es el estudio interdisciplinario del moribundo y la muerte, especialmente de las medidas para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, así como los sentimientos de culpa y pérdida de los familiares y amigos y evitar la frustración del personal médico "*²³

Por lo tanto consideramos que la tanatología es una ciencia, puesto que es: el conocimiento de las cosas por sus causas; esto es descubrir el porque de la muerte y el significado del morir son campo propio de la tanatología; lo que nos conduce a que, como toda ciencia, tenga un objeto formal y otro material, que en el caso específico de la tanatología se trataría del enfermo terminal, entonces, podríamos concluir que la tanatología es una ciencia humana.

2.4 OBJETIVOS Y SUJETOS DE ACCIÓN DE LA TANATOLOGÍA

El objetivo principal de la tanatología, es el paciente terminal, al que se ayudará a seguir siendo productivo el mayor tiempo posible, así como aceptar su muerte con dignidad y paz, desde luego con otro de los sujetos de acción en este proceso, que es la familia del paciente, quienes tienen importancia e influencia hacia él, la tanatología, trata de ayudar para la continuación de la vida, esto se logrará preparando a los familiares en la muerte de su ser querido, cuando la muerte llega, se realizará el trabajo del duelo en el menor tiempo y dolor posible, desde luego sus objetivos son más, pero el trabajo dirigido a ayudar a todos los integrantes del equipo de salud, quienes se enfrentan cotidianamente a la muerte de sus pacientes.

Otros de los objetivos de la tanatología son:²⁴

²² Maqueo Velazco, Pilar. Responsable de los Servicios de Tanatología en el INICICH. efgestor@cardiologia.org.mx

²³ Bonilla Aranda, Mercedes. *Nociones Fundamentales de Tanatología*. Instituto Mexicano de Tanatología A.C. Pág. 2.

²⁴ García Hernández, Alfonso Miguel. *Curriculum y Educación para la Muerte*. Quinto encuentro de enfermería. Editorial Logroño Octubre 2000 Pág. 5

- Romper con los tabúes, mitos y miedos relacionados con la muerte.
- Ayuda a la reflexión y análisis de por que nuestra cultura regula nuestro comportamiento con los moribundos.
- Desculpabilizar y liberar de angustia el comportamiento ante los moribundos
- Desterrar la idea de que información sobre la muerte no beneficia nuestro planteamiento de vida.
- Incorporar un vocabulario preciso en relación con la muerte, exento de conmutaciones moralistas, vergonzantes y macabras.
- Humanizar el proceso de muerte y proporcionarle al hombre que muere una muerte digna.
- Proporcionarle al individuo un bienestar físico, psicológico y espiritual.

2.5 EL PERFIL DEL TANATÓLOGO

La intervención del tanatólogo dentro del campo de la salud es específica, para esto se necesita contar con cualidades, para la atención humana y profesional a los pacientes. Para el Dr. Reyes Zubiría, un tanatólogo debe contar con²⁵:

- Un profundo conocimiento de la ciencia o disciplina científica tanatológica, sin él, se cometerán errores, y no es ético presentarse ante quién sufre los dolores de la muerte y la desesperanza, sin la mejor preparación científica tanatológica.
- Tener real compasión, empatía sin sentimientos fingidos.
- Contar con una gran habilidad para identificar las necesidades de su paciente lo más rápido posible.
- Habilidad para desarrollar relaciones interpersonales (con el paciente, familia y equipo de salud), llenas de significado.
- Sentido del humor, para poder reírse de lo absurdo de una situación.
- Honestidad para saber decir "no sé".

²⁵ Reyes Zubiría, Alfonso, *Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Terminal y su Familia* Editorial Alzira, Volumen III, México 1996.

- La capacidad de decir las cosas como son, sin recurrir a mentiras piadosas, que rompan con la confianza entre el tanatólogo, el paciente y la familia.
- Generosidad en dar su tiempo y paciencia para escuchar cada vez que el paciente lo necesite o los familiares.
- Humildad para aprender, reconocer, aceptar correcciones, perdonar y perdonarse.
- Saber lo que es y lo que exige el amor condicional y lo más importante vivirlo.

El perfil que del tanatólogo se exige, es una sensibilización y una formación seria y profunda; es decir, contar con una especialización en este campo; incluida dentro de la formación académica, que preparen al profesional para esta área. Los Trabajadores Sociales, médicos, enfermeras, clero, son sólo algunos de los profesionales que podrían incursionar en este campo. Ya que podrá haber médicos especializados, pero no todo galeno está preparado con sólo su formación académica como tanatólogo; en el caso del sacerdote sabemos que todos saben dar el auxilio espiritual y los sacramentos, pero no serán tanatólogos simplemente por ser clérigos; lo mismo podemos decir de toda profesión o trabajo cuyo enfoque vaya dirigido hacia la recuperación integral de la salud del ser humano.

2.6 MANEJO DE LOS ESTADOS EMOCIONALES EL PROCESO DE MORIR

Los estados emocionales forman parte de todo el proceso del morir, ya que el paciente percibe su alrededor por medio de los sentidos, dándole una visión de la situación en la que se encuentra, relacionándolos íntimamente con los sentimientos que surgen de este hecho; por tal motivo no podemos dejar de mencionar cuales son estos estados emocionales, por los que pasa el paciente en algún momento, cabe mencionar que estas emociones no ocurren siguiendo un patrón determinado, estar exento de alguna (s) o en su totalidad como son enumeradas por diferentes autores, de los cuales se mencionaran algunos de ellos:

2.6.1 ELIZABETH KÜBLER-ROSS

La Dra. Kübler-Ross, menciona que todos los pacientes terminales pasan por una serie de etapas desde el momento de conocer su diagnóstico, hasta el de la muerte, las etapas no se dan en el orden enumerado, ya que se puede vivir de forma distinta de acuerdo a

cada paciente y su familia. Para ella el proceso de morir conlleva cinco etapas trascendentales:²⁶

- Negación y Aislamiento

La negación aparece como un mecanismo de defensa, el paciente dice: "*no es cierto*", en algunas ocasiones, la negación es en los familiares del paciente, esto sucede cuando el paciente ya ha aceptado su situación, entonces él tratará de proteger a sus familiares y no hablará de su enfermedad, encerrándose en su propio mundo.

- Ira

Este es un momento difícil, tanto para el paciente como para sus familiares y amigos, la ira, la rabia, envidia y resentimientos se desplazan para todas direcciones, ya sea contra el médico, la familia contra DIOS, incluso contra sí mismo. La rabia es una reacción como respuesta a una pérdida y crea un sentimiento de impotencia.

- Pacto

Esta etapa es menos conocida pero igualmente útil para el paciente. Aquí el paciente tiene la idea de que si se porta bien, podrá obtener un premio por buena conducta, realiza promesas que sabe que no va a cumplir por que están basadas en la culpa, "*estoy dispuesto a ...*".

- Depresión

Esta etapa se manifiesta cuando el paciente siente una gran tristeza, al ver que la tregua que negoció no dio resultado y comienza a sentir frustración y la sensación de una pérdida. Existen dos tipos de depresiones que son:

1. Depresión Reactiva: Se toma en cuenta el dolor de una pérdida y se puede descubrir la causa de la depresión.
2. Depresión Anticipatoria: Solo la vive el paciente, cuando se prepara para marcharse, entra en una etapa de silencio, hace un recuento de su vida y termina sus asuntos no concluidos, se despidió de todos y de todo lo que ama.

- Aceptación

La meta del tanatólogo es la aceptación, es decir, lograr que el paciente acepte su realidad y pueda vivir con ella. La aceptación y la felicidad no es lo mismo. La aceptación no es una fase feliz, más bien, existe en ella una variedad de sentimientos.

²⁶ Reyes Zubiría, Alfonso, *Acercamientos Tanatologicos al Enfermo Terminal y su Familia* Editorial Alzira, Volumen III, México 1996

Según la Dra. Kübler-Ross existe otra etapa, es la Esperanza, que se encuentra presente en las demás, ya que hasta los pacientes más realistas, guardan siempre una chispa, de esperanza en la posibilidad de su curación.

2.6.2 GLORIA M. FRANCIS

Gloria M. Francis, enfermera de profesión y con una vasta experiencia en tratar a pacientes terminales, así como en fase terminal y a los familiares del paciente, habla de un proceso al que determina, etapas emocionales las cuales son:²⁷

Primera etapa: Negación, esta emoción, surge desde el momento en que se conoce el diagnóstico fatal, se trata de un mecanismo de defensa, necesario al Yo, que el tanatólogo respeta todo el tiempo que sea necesario a quien lo esta viviendo. En ocasiones él Yo necesita negar su realidad antes de aceptarla, como que le es indispensable un tiempo de reflexión, corto o largo para poder enfrentar la realidad.

Segunda etapa: Angustia, es una consecuencia natural de la negación, recordando que la angustia se define como miedo al futuro. Después de una etapa, más o menos corta, de negar la realidad, el paciente, la familia, los involucrados sufrirán con esta emoción.

Tercera etapa: Regresión, de nuevo él Yo se ampara en mecanismo de defensa. Quien se encuentra en esta etapa, estará buscando una tranquilidad que sólo se tuvo en épocas anteriores de la vida, por lo que, muchas veces, el paciente o alguno de sus familiares, buscará la protección que anhelan tomando ciertas actitudes o conductas un tanto infantiles. Se exige comprensión, guía, firmeza en el tanatólogo.

Cuarta etapa: Depresión, en cierto sentido, será la etapa más dolorosa, quien la sufre estará como inmerso en una tristeza permanente y en todos y cada uno de los elementos que forman una depresión probablemente REACTIVA. Se trata en la etapa en la que el tanatólogo debe presentar al paciente toda su calidad humana.

Quinta etapa: Aceptación Realista, finalmente el paciente, los familiares, los miembros del equipo de salud involucrados aceptarán la realidad y se prepararán ya para la muerte cercana. Esto requerirá una presencia, casi continua, del tanatólogo, que sea el apoyo y fuente de aceptación, dignidad y paz.

²⁷ Reyes Zubiria, Alfonso, *Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Terminal y su Familia* Editorial Alzira, Volumen III, México 1996 Págs. 69 y 70.

2.6.3 ALFONSO REYES ZUBIRÍA

El Dr. Reyes Zubiría, afirma que "... *el mexicano vive fuertes emociones en su proceso de morir, el sentido de familia que tiene el mexicano es diferente al del modelo americano...*", tomando en cuenta que está su religiosidad, esta característica habla de una especial espiritualidad, siendo estos dos factores, los que distinguen a la sociedad mexicana. Otra característica del mexicano, es su melancolía, herencia que nos viene de nuestras raíces prehispánicas por lo general, se dice que el mexicano y tal vez otras de las culturas latinoamericanas, viven el proceso de morir, marcado por un juego de emociones entremezcladas, por lo general estés se encontrarán presentes en el paciente como en la familia, dentro de ellas, es posible observar las siguientes emociones²⁸:

- Angustia

La primera reacción del paciente y su familia es la de negar el diagnóstico terminal, por lo que busca otra opinión médica, con la esperanza de escuchar un diagnóstico diferente, aunque en poco tiempo el paciente se resignará ya que su religiosidad, lo llevará a decir: "me pongo en manos de DIOS", " que sea lo que DIOS quiera", " es su voluntad", con esto nacerá la esperanza real o mágica; lo que no impide que el paciente alcance niveles profundos de miedo, dolor y angustia de las cuales difícilmente superan, y estarán presentes en el paciente terminal, desde que conoce su enfermedad hasta casi el final de su vida.

- Frustración

Esta emoción aparece cada que se es consciente de la presencia de la muerte, que puede ser cercana y dolorosa, en uno mismo o en un ser querido, el dolor es más fuerte cuando se acepta que ya no hay tiempo para lograr la meta, se siente una impotencia, y ante la muerte todos nos sentimos impotentes. La frustración se manifiesta de dos modos: rabia y tristeza, respecto a nuestra sociedad, la mexicana ante la frustración, más que rabia, presenta tristeza como un dolor no físico sino mental.

- Culpabilidad

La culpabilidad es más dolorosa y persistente que las emociones anteriores, se trata de eliminar la culpa o lo acompañará hasta el final de la muerte. Todo sentimiento de culpa, sin excepción, se basa en absurdos, por eso es tan difícil deshacerse de ella. No es fácil definir la culpa, pero el elemento más consistente es el sentimiento de la responsabilidad, justificada o no respecto al fallecimiento de un ser querido o del diagnóstico terminal adquirido relacionados con la impotencia.

²⁸ Reyes Zubiría, Alfonso, *Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Terminal y su Familia* Editorial Alzira, Volumen III, México 1996

La culpa es una emoción tan común ya que en nuestra sociedad se ha inculcado profundamente en el individuo las ideas de premio, castigo y de responsabilidad.

- Depresión

Esta emoción refiere en pacientes terminales, como un sentimiento fruto del proceso de morir y no de una patología, existiendo 3 tipos:

1. La reactiva: Esta es una respuesta a las pérdidas sufridas
2. La anticipatoria: La cual se entiende como la más dolorosa de todas las depresiones.
3. La ansiosa: Es la que viven fuertemente los mexicanos y tal vez en otras culturas semejantes. Esta consiste en que todo mi Yo quiere ya morir, pero al mismo tiempo, todo mi Yo quiere vivir.

- Aceptación

Si existió el tiempo suficiente y la ayuda necesaria, el paciente podrá llegar a la aceptación, esto es lo que nos dice la Dra. Kübler-Ross, sin embargo el Dr. Reyes Zubiría, describe esto, más bien como una Resignación. La resignación es pasiva, el ser humano se encuentra esperando a que llegue su muerte, en cambio la aceptación es activa.

Las etapas o emociones que se describen en orden lógico, no es necesario que se vivan en dicho orden, a demás un paciente o familiar puede volver a sufrir varias veces una misma etapa ya sentida con anterioridad.

Es importante tener en cuenta los cambios de carácter que sufre el paciente a lo largo del proceso, son cambios fuertes, duros, explosivos, que pueden herir, los sentimientos de sus familiares. También es importante destacar que estas mismas variaciones las sufren de igual manera los familiares y los miembros del equipo de salud.

2.7 EL DUELO

Durante el transcurso de la vida, todos sufrimos distintas y múltiples pérdidas, físicas, sociales, psicológicas, ante esta situación, es inevitable atravesar por un proceso de duelo, que es un sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido.

El término "duelo" viene del latín *dolus* (dolor) y es la respuesta emotiva natural a la pérdida de alguien o de algo. Se manifiesta en el proceso de reacciones personales que siguen a una separación.²⁹

El término "luto" del latín *lugere* (llorar) es la aflicción por la muerte de una persona querida: se manifiesta con signos visibles externos, comportamientos sociales y ritos religiosos³⁰.

El duelo es la matriz que reúne la respuesta a las separaciones de ambientes, bienes materiales, roles sociales, valores religiosos, lazos afectivos, la salud y la separación de las personas queridas. Las dos características que diferencian el duelo por muerte del dolor por otras pérdidas, son:³¹

- La intensidad de los sentimientos: la muerte de una persona querida, generalmente, causa una reacción mas profunda y prolongada en el tiempo.
- Lo definitivo de la pérdida: la muerte de alguien concluye la experiencia de contacto directo; en cambio para otras pérdidas queda siempre la posibilidad de recuperar lo que se ha perdido.

En nuestra sociedad se ha inculcado la creencia de evitar el dolor, pero es inevitable, ya que, invariablemente a toda experiencia de pérdida le sigue un duelo, entendiéndolo como, el dolor, la reacción, la respuesta personal tanto física, psicológica y espiritual, a esa pérdida en particular. El duelo, es una reacción natural, esperable y sana que debe asumirse y vivirse por dura que sea, pero si al contrario se reprime, se minimiza o se esconde, termina por alterar de uno u otro modo nuestro desarrollo emocional; puede ser la respuesta a la pérdida de un rol, status, separación de los hijos, de una fase psicológica (niñez-adolescencia), pérdida de un proyecto de vida y la forma de expresarlo, esta estrechamente relacionado con la cultura a la que se pertenece, a las circunstancias que rodean a la pérdida, a la edad en que la persona falleció o bien, si es una muerte repentina o anticipada.

Por lo general, se nos pide no llorar, no entristecerse, esconder o ignorar nuestras penas, ser fuertes, comparándolas con otras para minimizar el dolor. El hecho de decir " *el tiempo lo cura todo*", " *con llorar no se remedia nada*", " *sé fuerte*", son formas culturales de impedir la sana vivencia de la tristeza ante una perdida.

²⁹ Pangrazzi, Arnaldo. *El duelo, experiencias de crecimiento*. Editorial CENCAPAS Santafé de Bogotá-Colombia septiembre 1993 Pág. 25.

³⁰ idem

³¹ Pangrazzi, Arnaldo. *El duelo, experiencias de crecimiento*. Editorial CENCAPAS Santafé de Bogotá-Colombia septiembre 1993 Pág. 25.

Algunos autores han comparado la experiencia del duelo como un túnel y el único modo de salir de él, es atravesarlo y para poder cruzarlo se tiene que pasar por el proceso de elaboración del duelo, la cual tiene cuatro fases secuenciales:

Experimentar pena y dolor.

Sentir miedo, ira, culpabilidad y resentimiento.

Expresar apatía, tristeza y desinterés.

Reaparición de la esperanza y reconducción de la vida.

Se han llevado a cabo varias investigaciones para conocer las reacciones que experimentan las persona que están en un proceso de duelo, algunas de las reacciones encontradas fueron:

Shock.

Expresión de los sentimientos.

Represión y soledad.

Síntomas físicos de stress.

Pánico.

Sentimientos de ira.

Parálisis de actividad y

Aturdimiento.

En la práctica, toda persona doliente tiende a detenerse en determinadas etapas del proceso del duelo de acuerdo a sus valores humanos-religiosos y a circunstancias particularmente vividas.

2.7.1 DURACIÓN DEL DUELO

Se tiene la creencia de que el duelo estaría resuelto al año de la pérdida, sin embargo en algunos individuos no es suficiente y en ese lapso no han superado y equilibrado la pérdida. Predecir cuanto tiempo le llevará a un individuo completar el proceso de

recuperación, es difícil, para algunos es cuestión de meses, para otros lo harán en un lapso mayor de 3 meses e inclusive hasta de 3 a 4 años, pero también hay quienes no logran jamás superar la pérdida y permanecen por el resto de su vida en duelo.

Aún cuando se considera la recuperación del duelo como un fenómeno que ocurre dentro de un período determinado, hay que reconocer que se trata de un proceso continuo y variable, no necesariamente sujeto a un espacio o tiempo rígido y absoluto.

2.8 CUIDADOS PALIATIVOS

Desde que existe vida en la tierra, la muerte es la consecuencia propia de la misma, en cualquier etapa de ella puede aparecer, incluso desde el momento en que se inicia, con esto es lógico pensar que la vida no es para siempre y en algún momento tendremos que enfrentarnos a la enfermedad, dolor y finalmente a la muerte, es aquí en donde la atención médica adquiere una importancia, ya no para curar, sino para aliviar o paliar el sufrimiento, de tal manera que estos cuidados están destinados a las personas con enfermedades crónicas o incurables, buscan brindar el máximo confort y valorar la vida, aunque quede poco de ella, se trata de acompañar la evolución de la enfermedad, no de acelerarla ni tampoco de posponerla artificialmente cuando la curación es imposible. Los cuidados paliativos ayudan a mejorar, aliviar, dar ánimo a las fatigas y dolencias del cuerpo, también ayudan al control del dolor y demás síntomas, todo esto con la finalidad de ofrecer una mejor calidad de vida terminal.

El termino paliar, proviene del latín y significa: aliviar, mejorar, dar animo a las fatigas y dolencias del cuerpo, en otras palabras, consiste en el control del dolor y los demás síntomas, el apoyo emocional al paciente y a su familia, su bienestar y su calidad de vida.³²

Se basa principalmente en el control de los síntomas y del dolor, que esta relacionado estrechamente con el sufrimiento, el objetivo de estos es alcanzar la mejor calidad de vida posible, se le ofrece al paciente confort, dignidad, el sentirse útil todavía, así como apoyarlo y cuidarlo en las últimas fases de su enfermedad.

Los cuidados paliativos están dirigidos aquellas personas con una enfermedad incurable y de evolución crónica como el cáncer que en su tratamiento ha fracasado, cardiopatías

³² Paredes, Rosalinda. *5ta Reunión de Trabajo Social en el Hospital General de México, O.D. "El Trabajador Social y sus diferentes alternativas de intervención ante el paciente y su familia"*. Intervención de Trabajo Social y los cuidados paliativos domiciliarios. México del 30 de mayo al 1 de junio del 2001

congénitas no operables, enfermedades pulmonares crónicas progresivos, VIH / SIDA, a personas previamente sanas que hayan sufrido un accidente u enfermedad que le pueda haber dejado secuelas irreversibles que hayan alterado su tiempo promedio de vida natural.

2.8.1 TRABAJO SOCIAL Y CUIDADOS PALIATIVOS

La intervención de Trabajo Social en el equipo de salud para el programa de cuidados paliativos es fundamental, ya que es el profesionalista responsable de vigilar que la continuidad de atención en la visita domiciliaria se lleve a cabo, tanto del paciente terminal como de la familia, apoyándose a través de la consejería tanatológica (counsel)* a los pacientes y familiares, así como información y entrenamiento del mismo ejercicio.

El consejero dentro de los cuidados paliativos se puede definir como: aquella persona, comprometida a cuidar, atender y acompañara al paciente terminal, en fase terminal y a su familia durante el proceso al que se enfrenta.

Por la tanto consideramos que desde la perspectiva del Trabajador Social que es posible definir a los cuidados pallativos a través de un programa de cuidado activo y comprensivo dirigido fundamentalmente a mejorar la comodidad y la calidad de vida del paciente terminal. Son por lo general, los unicos que abordan, realista y humanamente a los pacientes para facilitarles que vivan tan plenamente la vida como les sea posible hasta su muerte. Es pertinente mencionar que estas acciones se realizan por un equipo multi e interdisciplinario, ya que se requiere de un control adecuado del historial y tratamiento medico, así como de la intervención de Trabajo Social, la unidad de asistencia domiciliaria o en el hospital, en las unidades de cuidados pallativos.

2.9 ESPIRITUALIDAD

Para poder entender lo que es espiritualidad, se puede empezar por definir lo que es el espíritu:

El espíritu es el sustrato que permanece detrás de las manifestaciones del hombre, es la parte del hombre que trasciende hacia la divinidad, así desde el punto de vista etimológico, espíritu se deriva del latín: Hálito, aire, soplo, respiración; cabe aclarar que existe una confusión entre religiosidad y espiritualidad, respecto a la primera se le

* Es el consenso profesional entre el paciente, su familia y equipo de salud.

considera como aquella práctica que realizan los que profesan una fe (oraciones, lecturas de escrituras, recepción de sacramentos entre otras) en tanto que para la segunda es la interrogante existencial del ser humano que no se encuentra relacionado con su naturaleza física o material, sino con la fuerza vital que nos guía, que controla nuestros sentidos de valores morales y nos hace ser lo que somos, toda persona puede tener algo de espiritualidad en su vida que no guarda siempre una relación con lo religioso.

Cuando se tiene una necesidad de ayuda espiritual, los tanatólogos cuentan con lo elementos para apoyar a quien lo requiere, es decir, proporcionar primeros auxilios espirituales y después recurrir a las personas indicadas como rabinos, sacerdotes, pastores, para que el paciente obtenga la paz o tranquilidad a fin de continuar viviendo.

Ante la proximidad de la muerte, se da tanto en los creyentes como en los no creyentes, un proceso de interiorización y de reencuentro en la soledad del espíritu. En este estado, es frecuente que nos preguntemos, ¿existe DIOS?, ¿Existe algún motivo por el cual sufro?, ¿Ha valido la pena vivir?, ¿Qué pasa después de esta vida?. Estas inquietudes no resueltas pueden dar origen a una sensación de incapacidad o de sentirse indigno de vivir y pueden crear a su vez otro motivo de sufrimiento espiritual.

CAPITULO III

**TRABAJO SOCIAL Y SU INTERVENCIÓN EN EL ÁREA DE
TANATOLOGÍA**

3.1 DEFINICION DE TRABAJO SOCIAL

Si por ciencia ha de entenderse, en definitiva, un conjunto sistemático de conocimientos transmisibles en torno de un objeto propio, y si lo caracteriza a toda ciencia es como fin último la verdad³³, resulta indudable que el Trabajo Social es, rigurosamente una ciencia.

Trabajo Social constituye una disciplina científica, con un contenido propio y autónomo, integrado por un conjunto sistemático y coherente de conocimientos transmisibles; con métodos para obtener resultados; con actitudes profesionales; una filosofía y una ética; y unas organizaciones profesionales dedicadas a promover el progreso mediante el estudio y la investigación³⁴.

Trabajo Social, es la profesión que sintetiza los conocimientos de las ciencias sociales, para interpretar y analizar la realidad a fin de desarrollar acciones encaminadas a la solución de problemas sociales a diferentes niveles: sociedad, comunidad, grupos e individuos³⁵.

La profesión de Trabajo Social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y en fortalecimiento y la liberación del pueblo para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan en su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el Trabajo Social³⁶.

El Trabajo Social en sus distintas expresiones se dirige a las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes. Su misión es la de facilitar que todas las personas desarrollen plenamente sus potencialidades, enriquezcan sus vidas y la prevención de las disfunciones. El Trabajo Social profesional está enfocado a la solución de problemas y al cambio. Por ello, los trabajadores sociales son agentes de cambio en la sociedad y en las vidas de las personas, familias y comunidades para las que trabajan. El Trabajo Social es un sistema de valores, teoría y práctica interrelacionados entre sí³⁷.

Del mismo modo citando al profesor Infante Gama, catedrático de la Licenciatura y Postgrado de la Escuela Nacional de Trabajo Social UNAM, menciona que: "...*Trabajo Social es una disciplina de las ciencias sociales que multi e interdisciplinariamente participa con estrategias de intervención en la prevención y atención de problemas, así como se encarga de administrar los servicios sociales bajo una acción de carácter*

³³ Zubirini, Xavier. *Naturaleza, Historia, Dios*. Madrid 1994 Pág. 28

³⁴ Moix Martínez Manuel. *La Naturaleza del Trabajo Social*. Págs. 245-246

³⁵ *Manual de Información Básica de la Lic. En Trabajo Social*. Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM México.

³⁶ Definición de Trabajo Social Universidad de Montreal Canadá, Julio 2002 www.ts.ucr.cr/decla-006.html

³⁷ Ídem.

educativo, buscando en todo momento que la sociedad conozca sus potencialidades y se las apropie, a fin de que sean sujetos y protagonistas de su propio desarrollo. Trabajo Social, interviene directamente con grupos sociales que presentan carencias, necesidades, desorganización o problemas sociales. Por ello es que promueve la organización de la población para satisfacer sus necesidades y lograr la adecuada actuación de esta, en una sociedad en permanente cambio, buscando en todo momento que logre un mejor estilo de vida..."

Por lo tanto consideramos que Trabajo Social es una área dentro de las ciencias sociales, la cual se encarga de analizar las necesidades de los diferentes grupos sociales, así como de los individuos, esto con el fin de encontrar los diferentes caminos viables a la satisfacción de estas necesidades tomando en consideración los recursos bio-psico-sociales y económicos con los que cuentan ambos sectores y la alternativa o negociación que surja entre ellos.

3.2 DEFINICIÓN DENTRO DEL SECTOR SALUD

Citando a la Lic. Terán Trillo Margarita, en su artículo Perfil Profesional del Trabajador Social en el área de Salud dice que *"...es la profesión orientada al estudio de las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como la identificación de las formas y los recursos para su atención. Y de esta manera, poder establecer alternativas de acción que tiendan a la promoción, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud en los individuos, los grupos y las comunidades"*.³⁸

Desde el punto de vista del Maestro Infante Gama, menciona que: *"...dentro del área de la salud se dedica a trabajar científica e interdisciplinariamente en el estudio y atención de las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, así como a la identificación de las formas y recursos para su atención, con el propósito de establecer alternativas de acción que tiendan a la prevención, tratamiento y rehabilitación, para contribuir al logro de la salud integral de la población. Trabajo Social dentro del área de la salud interviene científicamente e interdisciplinariamente en la problemática social que incide en el proceso salud-enfermedad, proporcionando a la población alternativas de solución, tomado como marco los tres niveles de atención para la salud..."*

Por lo tanto, consideramos que el Trabajador Social en el campo de la salud, es uno de los enlaces principales entre la sociedad demandante del servicio y las instituciones, su función radica principalmente en la promoción en sus diferentes servicios, valoración socioeconómica, concientización a cerca de la importancia de la salud dentro de la

³⁸ Terán Trillo, Margarita Lic. *Perfil profesional del Trabajador Social en el Área de la Salud*. Revista de Trabajo Social no. 37 Editorial ENTS UNAM México 1989, pagina 41.

sociedad; ya que, debido al perfil profesional con el que cuenta, es la persona adecuada en el fortalecimiento de las redes sociales en su continua comunicación con el fin de lograr y/o alcanzar un bienestar de salud bio-psico-social.

El Trabajador Social funge como enlace, ya que atiende las demandas de carencias y necesidades de los grupos necesitados, y desarrolla procesos organizados para disminuir los efectos de las necesidades sociales. Para lograr esto, el profesional va a necesitar una formación especializada que le permita la conjugación de elementos de la administración, la educación, la investigación y la salud pública entre otros, para el conocimiento y la intervención en este ámbito concreto, pero sin invadir las actividades del médico, enfermera, psicólogo, etc.

3.3 EL PERFIL PROFESIONAL DE LA LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD

El trabajador social se enfoca principalmente atender a los individuos o grupos sociales que se ven afectados por una problemática social o carencia y para llevarlo a cabo se requiere de conocimientos teóricos y metodológicos que le permitan entender e interpretar los problemas sociales por los que esta pasando el país, así como, también requerirá de capacidades, habilidades, conocimientos, etc.

El Trabajador Social ha adquirido la capacitación, cuenta con un perfil ideal para realizar las funciones y actividades particulares en las que intervendrá con responsabilidades cada vez mayores dentro del equipo de salud.

El perfil profesional dentro del área de salud queda conformado por los siguientes aspectos:

- Especificidad particular.

Al hablar de especificidad nos referimos a la relación sujeto objeto de estudio, en donde el objeto (sujetos sociales con carencias y necesidades) y el sujeto (trabajador social de la salud) fungen como actores de un proceso en donde la participación consciente de los primeros, es fundamental para el logro de los objetivos que promueven los trabajadores sociales de la salud.

- Definición del profesional especializado en el área.

En el área de la salud el trabajador social trata de abordar el proceso salud-enfermedad desde un punto de vista integral, su objetivo principal son las necesidades y problemas sociales, así como también el pugnar por una salud completa de los individuos, por lo que su acción esta dirigida a la investigación socio médica, lo que le permite conocer los

aspectos que inciden en el proceso salud-enfermedad, la gestión y la administración de los servicios de trabajo social de las diferentes unidades operativas, así como la participación en acciones de educación y organización social a fin de que el paciente, la familia y la comunidad participen en proyectos encaminados a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, cuando esta no es terminal.

- Objetivos del perfil profesional

General.- Participar interdisciplinariamente en los equipos de salud para la promoción, educación, protección y restauración de la salud.

Específicos.- Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad, en relación con un contexto social determinado.

Identificar las políticas de estado en materia de salud y las instituciones que las operacionalizan.

Participar en la planeación, ejecución, control y evaluación de los programas y proyectos que se llevan a la promoción, protección y restauración de la salud.

Promover la educación y la capacitación de individuos, grupos y comunidades, para que participen consciente y activamente, en los programas de salud.

Establecer acciones coordinadas de apoyo a situaciones de emergencia o desastre.

Sistematizar las experiencias desarrolladas por los trabajadores sociales de esta área, generando modelos de intervención para la acción social.

Funciones particulares.- Las funciones que corresponden al perfil profesional son.

- Investigación.
- Administración.
- Educación.
- Asistencia.
- Enseñanza.
- Promoción social o Comunitaria.
- Orientación Legal y de Medicina del Trabajo.
- Sistematización (Teorización de trabajo social).

- **Formulación de conocimientos, capacidades, habilidades, destrezas y actitudes del profesional del área.**
- **Conocimientos en:** Metodología, la teoría y las técnicas de investigación en las ciencias sociales y de la salud; desarrollo del proceso salud-enfermedad y el contexto que lo determina; legislación y los sistemas de seguridad social en México; educación para la salud y la dinámica de los grupos sociales; evolución del trabajo social en esta área, su teoría, metodología y práctica específica; psicología evolutiva y social, para la comprensión de respuestas a las necesidades del proceso salud-enfermedad.
- **Capacidades para:** Desarrollar diseños de investigación; dominar espacios administrativos de planeación, organización, supervisión y coordinación de programas sociales; establecer diagnósticos sociales; analizar prospectivamente el comportamiento que se espera de procesos sociales de la salud-enfermedad; identificar los recursos humanos, materiales e institucionales que ayudan a resolver problemas; optimizar recursos; sensibilizar y movilizar a la población; formar grupos; participar en procesos educativos; atender problemáticas individuales; aplicar técnicas de dinámica grupal; participar interdisciplinariamente; utilizar adecuadamente las relaciones humanas; sistematizar el trabajo especializado para actualizar la teoría de trabajo social en esta área.
- **Habilidades y destrezas en:** Identificar la estructura jurídico-administrativa del sector salud; identificar políticas de Estado en lo que se refiere a esta área, así como los programas en que las instituciones operacionalizan tales políticas; manejar técnicas de trabajo individual, dinámica y control de grupos y organización comunitaria; utilizar las técnicas de comunicación y educación social; utilizar las técnicas de investigación, como son la observación y la entrevista.
- **Actitudes para:** Mantener el apego a las políticas institucionales; ser responsable de la información de la institución; no sobrepasar el dominio de las atribuciones; ser solidario con el equipo de trabajo; respetar la delimitación de los campos profesionales; mantener el secreto profesional; tener conocimiento y control de sí mismo; mantener interés en la superación personal y profesional; mantener espíritu de servicio; ser crítico, objetivo y justo; respetar la dignidad humana; crear compromiso profesional con la población; adecuar los términos de su comunicación, a nivel de la población atendida; respetar la decisión de las personas, en la solución de sus problemas.³⁹

³⁹ Terán Trillo, Margarita, *Perfil Profesional del Trabajador Social en el área de la salud*. Revista trimestral de Trabajo Social 37, Editorial ENTS UNAM MÉXICO enero-marzo 1989, Pág. 25-29.

3.4 INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL CON PACIENTES TERMINALES

Trabajo Social en el área de la salud, tiene como propósito fundamental participar en el cuidado y tratamiento del paciente, ayudando a resolver sus problemas, no solo de tipo médico sino también psico-social, además de intervenir en la rehabilitación, detectar la problemática del paciente y la perspectiva de la familia en su cuidado. Este profesionalista contribuye a que el paciente y su familia supere su dolor y aflicción por la enfermedad.

Ahora bien, el Trabajador Social debe darse la tarea de:

- Entender al paciente en relación a su enfermedad.
- Brindándoles apoyo emocional y comprensión.
- Dar el tiempo necesario.
- Ayudar al paciente que se exprese sin llegar a la depresión y sin criticar la forma de descargar su dolor.
- Involucrar a la familia, para que participe en el cuidado y tratamiento del paciente.
- Ayudar a fortalecer las relaciones familiares en el caso que se vean deterioradas al darse a conocer el diagnóstico de la enfermedad.
- Conocer el proceso de duelo y facilitar este proceso para una mayor aceptación del paciente a su etapa final.

3.5 TRABAJO SOCIAL Y EQUIPO INTER Y MULTIDISCIPLINARIO

El trabajador social, es un enlace interinstitucional dentro del área hospitalaria, algunas de sus funciones es fortalecer las redes de comunicación profesional, ubicando cada uno de los momentos de intervención y participación en lo que respecta al paciente y su familia, por ello la relación e interacción con el equipo multidisciplinario es de vital importancia, en coordinación total para brindar un mejor servicio enfocado a la calidez de atención integral. Entendiendo como equipo multidisciplinario a un grupo de profesionistas que trabajan en forma coordinada entre sí por un fin común, debido a que su perfil profesional corresponde a cierta área. Es decir, la unión de diferentes disciplinas en conjunto dan un objetivo y resultado en común, que para el caso particular de trabajo social es la atención del paciente y su familia.

Entre los profesionistas que conforman el equipo multidisciplinario cabe mencionar:

- **Médico:** es la persona que realiza el diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico del paciente, en qué condiciones va evolucionando el cuadro de los medicamentos de los cuales dependerá una acertada respuesta de intervención o de respuesta de cuidado paliativo, así como mantener informada a la familia del enfermo sobre el seguimiento de caso.
- **Enfermeras:** son las responsables de dar seguimiento a las medicaciones del médico, y de llevar un control riguroso de los signos vitales del paciente así como de las terapias y del seguimiento de los análisis clínicos, además de mantener constante comunicación con el médico en caso de existir algún cambio inesperado del paciente.
- **Psicólogos:** son aquellos cuya función es la de manejar y estabilizar los estados emocionales y de crisis cuando las condiciones por las que ingresó el paciente fueron por trauma o accidente, también de las depresiones que sufra el paciente y la familia, de dar un seguimiento y diagnóstico emocional, enfocado a la terapia, dependiendo de que tanto lo solicite y requiera el paciente, de su necesidad de comunicación y expresión.
- **Trabajo Social:** es la base de comunicación e interacción entre el paciente, su familia y el equipo multidisciplinario; desde que ingresa el paciente dar el diagnóstico social, estudio socioeconómico, atender las dudas e incertidumbre del paciente y su familia en lo que respecta a la atención y estado de salud, del seguimiento de los trámites administrativos a seguir, de la coordinación entre el equipo para respetar los espacios de privacidad del paciente, intimidad familiar en los horarios de visita entre otras actividades.

Además entre otros profesionales que también se desempeñan dentro del área y que su participación es de importancia en cuanto a la atención clínico-social cabe mencionar a:

- Dietistas y Nutriólogos.
- Tanatólogos.
- Sacerdotes.

CAPITULO IV

PROPUESTA DE MODELO DE INTERVENCION

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN

Para definir lo que es un modelo nos encontramos con varios autores que hacen referencia al respecto, señalaremos algunos de ellos⁴⁰:

TELLO: "Construcciones teóricas con base en las cuales se puede orientar la intervención y dar seguimiento a sus efectos."

ARACIL: "Constituye una representación abstracta de un cierto aspecto de la realidad y tiene una estructura que esta formada por lo elementos que caracterizan al aspecto de la realidad modelado, y por las relaciones de elementos."

WILSON: "Interpretación explícita de lo que uno entiende de una situación, o tan solo de las ideas de uno a cerca de esa situación. Puede expresarse en matemáticas, símbolos o palabras, pero en esencia es una descripción de entidades, procesos o atributos y las relaciones entre ellos. Puede ser descriptivo o ilustrativo pero, sobre todo, debe ser útil."

Concluiremos diciendo que un modelo: es aquel por el cual se describen ciertas características o sucesos de un fenómeno social desde el punto de vista de la investigación, la cual puede manejar o manipular parte de la realidad con la finalidad de optimizar el resultado en cualquier situación y/o tiempo.

4.2 MODELO DE INTERVENCIÓN

Es una propuesta elaborada en Venezuela por Boris Lima como una alternativa al quehacer profesional tradicional, a fines de la década de los 60's, y los primeros años de la siguiente, el modelo de intervención es una opción en el camino teórico y la perspectiva política e ideológica de la profesión, esta redefinición mantiene la especificidad de la profesión pero cambia sustancialmente la perspectiva que orienta la intervención social. Este modelo de intervención propone integrar armónicamente el carácter práctico y teórico de la profesión estableciendo relación dialéctica entre ambos que permita conocer la realidad donde se pretende intervenir y de esta forma arribe a la concreción de los modelos transformadores, productos del resultado predictivo del conocimiento teórico⁴¹.

⁴⁰ Ramirez Vanoye Elvira Yesenia. *Manual de Programación Modulo V, Seminario de áreas Sustantivas en Trabajo Social.* México ENTSC CEC UNAM 2001 Págs. 5 a la 7.

⁴¹ Terán Trillo, Margarita. *Modelos de Intervención de Comunidad en Trabajo Social.* Editorial ENTSC UNAM México 1986 Págs. 175 a la 176.

4.3 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE TANATOLOGÍA

- Dar a conocer el modelo de tanatología a todo el personal de Trabajo Social que se desarrolla en el ámbito hospitalario y tenga relación con los pacientes terminales.
- Implementar un programa en todo paciente que requiera de atención tanatológica quienes serán identificados a través de: el personal de Trabajo Social al cuidado de los pacientes en los servicios quienes solicitan la interconsulta a Tanatología y por la revisión del expediente clínico y la visita a los pacientes y familiares.
- Revisar el expediente clínico para detectar los pacientes de alto riesgo y posibles candidatos a terapia tanatológica.
- Entrevistar a los pacientes por medio de visitas periódicas para iniciar el programa de ayuda, acompañamiento y de esta manera lograr su confianza. Efectuar el diagnóstico a fin de conocer la etapa en que se encuentra el paciente y su familia para iniciar la consejería siempre y cuando se solicite y se permita realizarla.
- Mantener comunicación con el equipo inter y multidisciplinario, para cubrir todas las necesidades del paciente, familiares y amigos.
- Entrevistar a los familiares más significativos para el paciente y en caso necesario aplicar el cuestionario y proporcionar la consejería siempre y cuando se requiera.
- Difundir periódicamente con el equipo inter y multidisciplinario una frase significativa de vida, para lograr una sensibilización del apoyo invaluable de la terapia tanatológica.
- Desarrollar cursos de educación continua en los avances de tanatología para el equipo inter y multidisciplinario en los diferentes servicios y turnos.
- Dar a poyo tanatológico al equipo inter y multidisciplinario que lo requiera para evitar el agotamiento profesional.
- Realizar material informativo para dar a conocer el servicio y la ayuda que se puede proporcionar al paciente, la familia, y amigos, al equipo inter y multidisciplinario de la salud involucrado en la atención del paciente terminal.
- Conocer la lista de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía de alto riesgo para brindar a poyo y orientación tanto al paciente como al familiar.

- Coordinar las actividades de tanatología para brindar una mejor atención de calidad al paciente hospitalizado.
- Entregar un folleto informativo del servicio al paciente al momento de su ingreso hospitalario para que él y sus familiares soliciten apoyo tanatológico si lo desean y conocer los derechos del paciente.
- Dar pláticas informativas a los familiares de los pacientes hospitalizados respecto a los tramites administrativos.
- Su relación con el quipo multi e interdisciplinario consiste en:
 1. Inducción al área de trabajo al personal de nuevo ingreso.
 2. Supervisión y seguimiento a los pacientes en su tratamiento.
 3. Toma de decisiones interdisciplinarias en el caso de los diagnóstico de los pacientes terminales, etapas de intervención en el tratamiento, sensibilizar a los familiares en caso de un diagnóstico terminal o cercano fallecimiento.
 4. Coordinación institucional en el caso de traslados o solicitud de ayuda.
 5. Terapias en manejo de los estados emocionales y anti estrés.

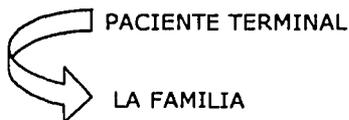
4.4 PERFIL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA DE TANATOLOGÍA

El profesionista en Trabajo Social inserto dentro del ámbito tanatológico, tomando en cuenta las habilidades y destrezas, se propone como perfil viable para su intervención dentro del área el siguiente:

- Familiaridad con tanatología, términos, conceptos, disciplinas o áreas con las que se involucra como medica, psicológica, conserjería, entre otras.
- Capacidad para identificar las necesidades del paciente terminal, de su familia así como reconocer los recursos y limitaciones con los que cuentan y así ofrecer una respuesta y atención viable a sus carencias y necesidades.
- Identificar el equipo multi e interdisciplinario con el que intervendrá profesionalmente y así desarrollar la capacidad de trabajar e identificar hasta donde será su campo de acción.

- Estar en constante capacitación en lo que refiere al estudio de caso, grupo y comunidad (paciente, familia, institución), actualizaciones de la Ley General de Salud, Derechos Humanos, Ministerio Público, Reglamentación Hospitalaria, entre otras.
- Desarrollar metodologías de investigación, planeación e intervención en la valoración médico-social, servicios de promoción y atención que llevarán a la participación, y restauración de la salud social y humana del paciente así como de su alrededor.
- Desarrollar la habilidad de escuchar, apoyar y comprender al paciente terminal así como a su familia en los momentos difíciles por los que encuentran, empatizar con ellos sin perder la objetividad profesional.
- Ética y objetividad en el desempeño de su quehacer profesional.
- Disponer del tiempo necesario para cada terapia con el paciente y/o su familia según lo requieran, adecuar el vocabulario según sea conveniente, no utilizar vocablos o términos científicos que solo dificulten encontrar las respuestas que busca el paciente y su familia, recordemos que por el momento ellos pasan por momentos de sentimientos encontrados y confusión.
- Contar con habilidades y destrezas de obtener la confianza y sinceridad del paciente y su familia hacia nosotros, recordemos que somos el enlace y apoyo entre ellos y la institución.
- Ayudar a fortalecer las relaciones familiares en el caso que se vean deterioradas al darse a conocer el diagnóstico de la enfermedad.
- Conocer el proceso de duelo y facilitar este proceso para una mayor aceptación del paciente a su etapa final.

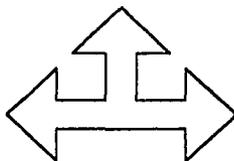
4.5 CUADROS SINOPTICOS PACIENTE TERMINAL Y SU FAMILIA



Desde que se da la notificación de un diagnóstico terminal en un núcleo familiar, las funciones de rol y estatus que el paciente que realizaba con anterioridad se modifican y alterna el orden de vida acostumbrado, tomando en cuenta desde las necesidades fisiológicas, de esparcimiento, laborales entre otras, además si el paciente es el soporte de económico, de ser la ama de casa las funciones de cuidado, atención y mantenimiento familiar, si fuese hijo menor se esta al pendiente y generalmente suele ser el centro de atención y cuidado del a familia.

DIAGNÓSTICO TERMINAL
AL PACIENTE

NECESIDADES DEL PACIENTE
TERMINAL

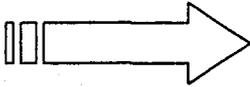


NECESIDADES DE LA
FAMILIA

Aún cuando se sabe que ningún ser humano se encuentra exento de una enfermedad al ser notificado de un diagnóstico terminal, es necesario que cuente con la calidad y calidez de atención necesaria para que sus últimos días de vida sean plenos, dignos y satisfactorios independientemente del lugar donde suela recibir la atención médica necesaria.

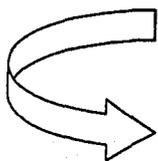
Desde la notificación de un diagnóstico terminal, la estabilidad emocional y de seguridad se ven afectadas, de acuerdo a la cercanía sentimental, rol y estatus del paciente. Esto lo lleva a vivir una serie de sentimientos, emociones las cuales difícilmente le ayudarán a enfrentar la realidad clínica de su paciente.

Desde que el paciente es notificado de su diagnóstico terminal, al familiar se le invade de información a cerca de los trámites que tiene que seguir sin tomar en cuenta el shock emocional al que se enfrenta por la notificación médica de su ser querido, desde la valoración clínico-social, servicios de canalización e inclusive si llega a fallecer el paciente, la asesoría en los trámites jurídicos; razón por la cual el servicio y atención que recibe el paciente y su familia no cuenta con la calidez, siendo solo un punto de atención más los cuales solo reciben indicaciones y prescripciones medicas que muchas veces no comprende el familiar dejando a un lado la empatía médica provocando que el proceso de duelo sea más difícil de manejar.



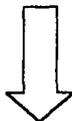
No solo el hablar de un paciente terminal y su relación con la familia, concientiza a los seres involucrados en el hecho social, esto va más allá, es necesario preparar desde una visión social, de estar familiarizado con el proceso de salud-enfermedad, ser conciente de su salud y responsabilidad de vida, esto no evitará su muerte, más sin embargo, propicia mejores y mayores expectativas de tiempo de calidad de vida, de igual manera constituiría la base para las nuevas generación es las expectativas de un mayor tiempo de vida estable de salud.

TANATOLOGÍA



Thanatos = muerte
Logos = estudio o tratado

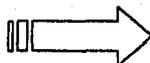
La tanatología surge a raíz de la necesidad de no solo enfrentar a la muerte como el hecho natural del ciclo de vida, es contar con una relación de equipo interdisciplinario con la finalidad de dar la ayuda y atención profesional al paciente terminal, en fase terminal, su familia y equipo multi e interdisciplinario, para que los últimos días de vida del paciente, el proceso de duelo entre su familia y atención profesional del equipo sea con la calidad de atención y servicio.



OBJETIVO Y SUJETOS DE ACCIÓN

El paciente terminal
La familia del paciente

PROCESO DE MUERTE



Consiste prácticamente en cuanto a los estados emocionales que sufrirán tanto el paciente como su familia durante todo el proceso de duelo terminal, los cuales se pueden concluir en: negación, ira, depresión y aceptación.



El proceso de Duelo, es la etapa del "dolor" emocional que viven tanto los familiares como el paciente desde la notificación del diagnostico, hasta después del fallecimiento del familiar o ser querido.

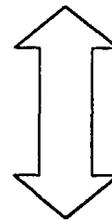
Aun cuando el paciente terminal así como su familia sean atendidos por el equipo de salud en lo que respecta al proceso de enfermedad terminal, existe una necesidad o vacío adicional, lo "espiritual". Desde la necesidad social de ser tomados en cuenta, es también empatizar desde los estados emocionales, nivel cultural (idiosincrasia), nivel económico, tradiciones y cultura religiosa entre otras variantes, esto con la finalidad de dar respuesta y confianza necesaria para que tanto el paciente terminal como su familia

sientan la seguridad de atención en un proceso tan difícil. Es cierto que esto no evitara la muerte o prolongara la vida del paciente, pero si fortalecerá y dará seguridad y apoyo en los momentos más dolorosos de la familia, la muerte del paciente.

La finalidad de la tanatología visto desde el punto social, es el servicio y atención interdisciplinaria profesional, encontrar las alternativas viables que lleven a un proceso de muerte digno para el paciente terminal y un proceso de duelo encaminado a la aceptación de los familiares, es ofrecer las soluciones viables de acuerdo a las carencias y recursos mientras que durante el proceso de enfermedad terminal y fallecimiento del paciente, lo cual esto sería posible, si desde el principio de la educación familiar y la enseñanza de los principios se involucrará el proceso de muerte como algo natural, como una etapa final del proceso de vida, que la muerte es un hecho sentimentalmente doloroso, esto no dejara de serlo y sobre todo cuando las circunstancias que la propiciaron fueron alteradas de su tiempo natural (accidentes, enfermedades, entre otras) sin embargo, con la existencia de una concientización previa al hecho de la muerte representaría un alivio y esperanza espiritual para quienes concluyera su ciclo biológico, además con la tranquilidad de haber hecho todo lo posible por el paciente.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

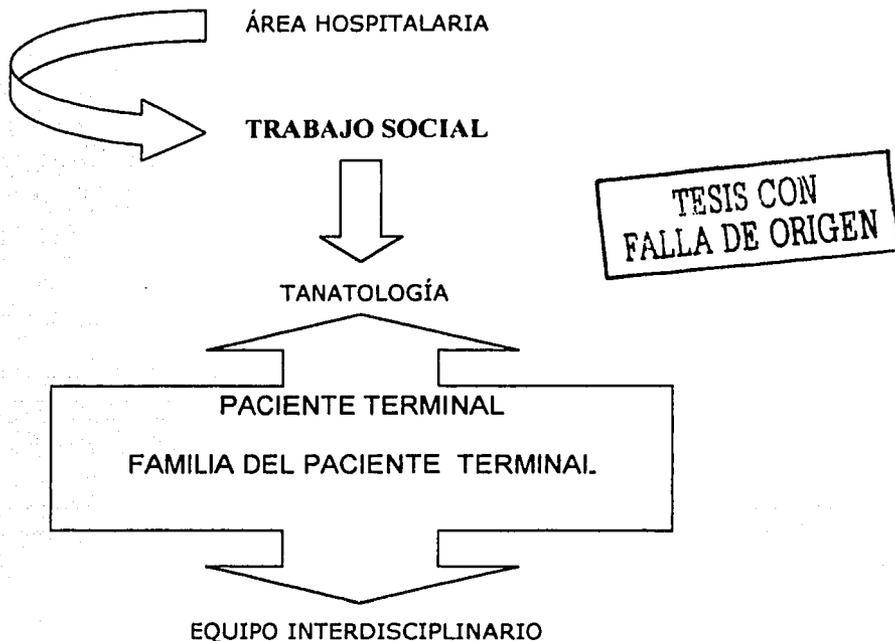
Atención espiritual.



NECESIDADES DE ATENCIÓN TERMINAL :

Atención medica, hospitalaria.

TRABAJO SOCIAL Y SU INTERVENCIÓN EN EL ÁREA DE TANATOLOGÍA



La razón de denominar el concepto interdisciplinario, es por el hecho de que es la actividad en conjunto de diferentes áreas de estudio relacionadas entre sí (áreas de atención medico-social) con la finalidad de actuar por un objetivo en común, el paciente terminal. Trabajo Social, debido a sus características y perfil profesional, es el personal con mayores posibilidades de interrelación entre el paciente terminal y su familia así como del equipo interdisciplinario. Es el instrumento de cohesión entre ambos sectores, con la finalidad de fortalecer las redes de comunicación entre ambos, identifica las características sociales de cada grupo para encontrar la forma correcta y oportuna de su interacción, con la finalidad de brindar un servicio de calidad integral.

RELACIÓN DE FUENTES DE CONSULTA

BIBLIOGRAFICA

Alonso, José Antonio Metodología. Editorial Limusa S.A. México 1997 169 paginas.

Apodaca Rangel, María de Lourdes. Conceptualización de Trabajo Social. Gaceta ENTS UNAM, México, Febrero 1998 Págs. 3-21.

Basave Fernández, Agustín. Metafísica de la Muerte. Editorial Limusa México 1990 Pág. 54.

Buckman, Robert. ¿Qué decir?, ¿Cómo decirlo?. Dialogando con el Paciente Terminal. Editorial Kimpres LTDA. Colombia 1993, 253 paginas

Bonilla Aranda, Mercedes. Nociones Fundamentales de Tanatología. Instituto Mexicano de Tanatología AC pagina 2

Cázares Hernández, Laura. Técnicas de Investigación Documental. Editorial Trillas UAM, México 1990, 194 paginas.

Ezequiel Ander, Egg Diccionario de Trabajo Social. Editorial El Ateneo S.A. Argentina, 1982, 392 paginas.

Galeana De la O, Silvia. Modelos de Promoción Social en el Distrito Federal. Editorial ENTS UNAM, México 1996 199 paginas.

García Hernández, Alfonso M. Currículo y Educación para la Muerte. Editorial Logroño, España, octubre 2000, pagina de la 1 a la 10.

Kübler-Ross, Elizabeth Sobre la Muerte y los Moribundos. Editorial Grijalbo Barcelona 1973, 360 paginas.

Lagarnica, Raquel. Gerontología y Geriatría. Editorial Interamericana México 1990 Pág. 269

Moiix Martínez, Manuel. La Naturaleza del Trabajo Social. Págs. 245-246

Pangrazzi, Arnaldo. El Duelo, Experiencias de Crecimiento. Editorial CENCAPS-SELARE, SantaFé de Bogotá-Colombia Septiembre 1993, 155 Págs.

Payne, Malcom. Teorías Contemporáneas del Trabajo Social. Una introducción crítica. Editorial Paidós 1991 Barcelona, 349 paginas.

Reyes Zubiría, Alfonso. Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Terminal y su Familia. Editorial Alzira, México, 1996. Volumen III 230 Paginas.

Terán Trillo, Margarita. Modelos de Intervención de Comunidad en Trabajo Social. Editorial UNAM ENTS México 1986 Págs. 175 a la 176.

Zubirini, Xavier. Naturaleza, Historia, Dios. Madrid 1994 Pág. 28

HEMEROGRAFICA

5ta. Reunión de Trabajo Social en el Hospital General de México O.D. El Trabajador Social y sus diferentes alternativas de intervención ante el paciente y su familia. México 30 de mayo al 1 de junio del 2001.

Evangelista, Martínez, Eli. Historia de Trabajo Social en México Revista Trimestral de Trabajo Social Octubre Diciembre Editorial ENTS UNAM 1993 Págs. 45-48.

Hernández González, Pedro. El Principio del fin: El Enfermo Terminal y la Familia. Revista Trimestral Práctica, Editorial ENTS UNAM México 1993 II pagina 26 a la 30.

Luna Luna, Angélica María. Trabajo Social y Tanatología. Revista Trimestral de Trabajo Social Abril-Junio 1996 Editorial ENTS UNAM México pagina 26 a la 30.

Manual de Información Básica de la Lic. En Trabajo Social, Publicado por la Escuela Nacional de Trabajo Social UNAM México 1996.

Terán Trillo, Margarita. Perfil Profesional de Trabajo Social del Trabajador Social en el Área de la Salud. Revista de Trabajo Social 37 Enero-Marzo 1989 Editorial ENTS UNAM México pagina 1 a la 55.

Terán Trillo, Margarita. Perfil Profesional del Trabajador Social en la Promoción Social. Revista Trimestral de Trabajo Social 38 Abril Junio 1989 ENTS UNAM México 47 paginas.

Ramírez Vanoye, Elvira Yesenia. Manual de Programación Modulo V. Seminario de Áreas Sustantivas en Trabajo Social. México ENTS CEC UNAM 2001 Págs. 5 a la 7.

INTERNET

Asociación Derecho a Morir Dignamente España. www.eutanacia.ws/dmdLinks.html

Definición de Trabajo Social, Universidad de Montreal Canadá Julio 2002
www.ts.ucr/decla-006.html

Elepe E. María, La Relación médico-paciente en el cáncer terminal: una aproximación a la muerte en la sociedad compleja. Revista Chilena de Antropología.
www.uchile.cl/facultades/csociales/antropo/rcha12-7.html

Maqueo Velazco Pilar. Responsable de los Servicios de Tanatología en el INICICH.
efgestor@cardiologia.org.mx

Maslow Abraham. Motivation and Personality.
www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/18/jerarquia.html

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Definición de Enfermedad Terminal: Características. www.secp.com

Teorías de la Personalidad, Dr. C. George Boeree
<http://www.ship.edu/~cgboeree/frommesp.html>