

329521
L

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL
DE JESUS
INC. U.N.A.M. 3295**

**“ LA TANATOLOGIA, EN LA
PACIENTE GINECOLOGICA ”**

TESIS

QUE PRESENTAN:

**PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**NOE GONZALEZ ESPINOSA
JUAN OSWALDO CHAVEZ HUITRON**

ASESOR: LIC. TOMASA JUAREZ CAPORAL

MEXICO, D.F. NOVIEMBRE 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

DEDICATORIAS:

A DIOS Y A LA VIDA

POR PERMITIRME SENTIR, VIVIR
Y APRENDER LO NUEVO
DE ESTE SIGLO

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: NOE GONZALEZ ESPINOSA

UNAM - POLITECNICO

FECHA: 12-03-83

FIRMA: [Firma manuscrita]

A MI MADRE Y PADRE :

POR ENSEÑARME LA VIRTUD DE LA
RESPONSABILIDAD Y LAS
ALAS DE LA LIBERTAD

A MIS PROFESORES :

POR ENSEÑARME Y COMPARTIR SUS
CONOCIMIENTOS Y A TI AMIGO EFREN
DONDE QUIERA QUE TE ENCUENTRES

A EDUARDO E HILDA Y HERMANOS:

POR TODO SU APOYO
Y COLABORACION A LO LARGO DE
ESTOS ULTIMOS AÑOS

YA TI AMIGO OSWALDO

POR ESE APOYO INCONDICIONAL
EN LOS MOMENTOS DIFICILES Y POR TU CONFIANZA
DEPOSITADA EN MI PARA REALIZAR
ESTE PROYECTO JUNTOS

NOE GONZALEZ ESPINOSA

DEDICATORIA:

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: NOE GONZALEZ

ESPINDOSA

FECHA: 12-03-13

FIRMA: [Firma]

A DIOS Y LA VIDA

POR DARME TODO LO BUENO
DE ESTE SIGLO, Y PERMITIRME ESTAR EN EL

A MI MADRE Y AMIGA :

POR DARME LA VIDA Y TENERME
LA CONFIANZA EN TODOS
MIS PROYECTOS

A MIS PROFESORES:

POR COMPARTIR SUS
CONOCIMIENTOS Y APOYO INCONDICIONAL

ALEJANDRO TOVAR:

(Q.P.D)

POR ESE APOYO Y AMISTAD
A LO LARGO DE TU EXISTENCIA
ADEMAS DE TU COMPRENSION.

A TODOS MIS AMIGOS

POR
ESTAR CONMIGO EN TODO MOMENTO,
ADEMAS DE SU CONFIANZA

JUAN OSWALDO CHAVEZ HUISTRON

| | |
|--|----|
| CAPITULO I | 7 |
| INTRODUCCION | 7 |
| JUSTIFICACION | 10 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 12 |
| OBJETIVOS | 13 |
| OBJETIVO GENERAL | 13 |
| OBJETIVO ESPECIFICO | 13 |
| SUPUESTOS HIPOTETICOS | 14 |
| VARIABLES | 15 |
| | |
| CAPITULO II | 16 |
| | |
| REFERENTES TEORICOS | 16 |
| SIGLOS XII AL XVIII | 19 |
| EL CRISTIANISMO ANTE A MUERTE | 22 |
| EL CULTO A LOS MUERTOS EN OTRAS CULTURAS | 23 |
| LA MUERTE PREHISPANICA | 24 |
| LOS AZTECAS Y EL CULTO A LA MUERTE | 24 |
| LAS ALMAS | 25 |
| LA FIESTA Y SU MEMORIA | 25 |
| EL SENTIDO MEXICANO DE LA MUERTE | 26 |
| LAS TEORIAS DE LA MUERTE | 29 |
| EL HOMBRE | 29 |
| CONCEPTUALIZANDO LA MUERTE | 30 |
| EL INDIVIDUO Y LAS ETAPAS DE LA MUERTE | 32 |
| EL PROCESO DE LA VIDA Y MUERTE | 35 |
| PROCESO Y ETAPAS DEL DUELO | 40 |
| LA TANATOLOGIA | 46 |
| CALIDAD DE VIDA | 53 |
| EL DUELO Y LA FAMILIA | 57 |
| ACTITUD DE ENFERMERIA EN LOS PROCESOS DE DUELO Y MUERTE | 60 |

| | |
|--|--------|
| CAPITULO III | 68 |
| <i>METODOLOGIA</i> | 68 |
| <i>UNIDAD DE INVESTIGACION</i> | 68 |
| <i>TIPO DE INVESTIGACION</i> | 69 |
| <i>DISEÑO DE INVESTIGACION</i> | 69 |
| <i>UNIVERSO</i> | 69 |
| <i>POBLACION</i> | 69 |
| <i>METODOS DE SELECCIÓN</i> | 70 |
| <i>RECOLECCION DE DATOS</i> | 70 |
| <i>TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS</i> | 70 |
| <i>REQUERIMIENTOS DE INVESTIGACION</i> | 71 |
| CAPITULO IV | 72 |
| <i>RESULTADOS</i> | 72 |
| <i>ANALISIS DE RESULTADOS</i> | 90 |
| <i>CONCLUSIONES</i> | 95 |
| CAPITULO V | 99 |
| <i>BIBLIOGRAFIA</i> | 99 |
| <i>ANEXOS</i> | 101 |

*QUE CONOCIMIENTOS
TANATOLOGICOS
MANEJA LA ENFERMERA
GENERAL DEL
HOSPITAL DE LA MUJER*

CAPITULO I

INTRODUCCION

A lo largo de la historia de la humanidad, la Muerte ocupa y desempeña un papel predominante en la vida de cada individuo.

La muerte es parte importante de la vida y ante una enfermedad terminal o crónica podemos renunciar, solicitar ayuda, gritar y/o convertirnos en inválidos antes de lo necesario, podemos dirigir nuestra frustración y enojo hacia otros, generalmente a nuestra familia, llegando a hacer su vida completamente desgraciada, vacía y con poco valor.

Esto ha permitido el surgimiento de asociaciones, grupos e instituciones para el estudio interdisciplinario de la Muerte y el moribundo, particularmente para disminuir el sufrimiento físico, psicológico y espiritual.

Por ende surge la Asociación Mexicana de Tanatología, A.C., y el Instituto Mexicano de Tanatología, para llenar el hueco existente en todo individuo, reconociéndole multidisciplinaria en interdisciplinaria.

Para ello la presente investigación contempla en el Capitulo I las razones por la que la tanatología es una disciplina de gran trascendencia, proporcionando apoyo en la atención de pacientes terminales, elevando la calidad de vida tanto del paciente como de la familia y equipo multidisciplinario de salud.

La tanatología concibe al hombre como un todo en sus necesidades y realidades físicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales, e involucrando antes que nada al enfermo en fase terminal o terminal, es decir a todas aquellas personas que por algún motivo específico tienen que enfrentarse con la muerte de un ser humano.

Vista así, la tanatología es también una especialidad propia de muchas y diversas ciencias o disciplinas científicas como son la enfermería, medicina y por consecuencia la psicología, por ende en el Capítulo II, se hacen presentes las referencias teóricas, manifestando la relación entre la religión y muerte, el Cristianismo ante la Muerte, La muerte Prehispánica, así como la Teoría y Concepto de la Muerte, mismas que reflejan el sentido mexicano de la muerte.

Para ello dentro de este Capítulo II, contemplamos las etapas de la muerte, el Proceso de Vida y Muerte, así como el proceso y las etapas del Duelo, en donde considerando que estos procesos nos ayudan a brindar apoyo durante el proceso de Muerte, es por eso que actualmente la enfermera juega un papel predominante en la atención del paciente en fase terminal, brindando el apoyo espiritual y físico, para el bien morir del mismo.

De igual forma se hace presente la conceptualización de la Tanatología, La calidad de Vida y cual es la Actitud de enfermería en los procesos de Duelo y Muerte, con el propósito final de ayudar a tantos seres humanos a enfrentarse con una enfermedad terminal que necesariamente los lleva a la muerte, manifestando infelicidad, con una enorme angustia, el hombre experimenta los dolores más fuertes y profundos al verse con su propia muerte y la de sus seres queridos.

También se contempla el Duelo y la Familia, que comúnmente se siente frustrada e impotente ante la enfermedad o ante la muerte inesperada de un ser querido.

Sin embargo, también tenemos la oportunidad de contemplar nuestro trabajo, actuando de tal manera que seamos capaces de buscar la plenitud personal y la felicidad y asimismo servir de ejemplo a muchas otras personas con nuestra valiente batalla y el sentido que damos a nuestro dolor y a nuestra existencia.

Por todo esto la labor de las instituciones, asociaciones y tanatologos, y toda persona cuya labor sea de enfermería o médica, psicológica o espiritual, es ayudar al enfermo a bien morir, a morir con dignidad a aceptar la muerte como una culminación de la vida, así como a familiares y amigos, que su labor no termina con la muerte sino que deja el camino labrado para proseguir con su pensamiento y virtudes.

Por ultimo para poder comprender la actitud de la enfermería, en el Capitulo III se presentan los procesos metodologicos de la presente investigación, así como en el Capitulo IV, se muestran los resultados, análisis y conclusiones que determinan la actitud del ser humano ante la muerte y los procesos de Duelo.

JUSTIFICACIÓN

Considerando que la tanatología es el estudio interdisciplinario de la muerte, como del moribundo, así como la aprehensión de los sentimientos de culpa y la pérdida de su familiar.

La adaptación a una enfermedad crónica es un fenómeno duradero y continuo, el nivel de adaptación requerido dependen del tipo de enfermedad, grado de incapacidad y personalidad del paciente.

Por ende la enfermería participa en todo ámbito con el paciente en fase terminal y la pérdida, por lo que no esta exenta de sufrir cierto grado de depresión en donde los sentimientos que afloran con mayor frecuencia son, frustración, rabia, enojo, culpabilidad y otros más.

Desgraciadamente en México, como en otros países, aun no se prepara a la persona para enfrentar de un manera positiva su propia muerte y la de sus seres queridos, con ello la finalidad de las Instituciones en pro de la Tanatología, es la de ayudar al enfermo a bien morir, a morir con dignidad, a aceptar la muerte como una culminación de vida, como algo trascendental, aprovechar al máximo el poco tiempo que le quede sin darse por vencido ante su deterioro biológico, sino considerando el aspecto psicológico, social y el espiritual donde todavía le queda mucho por hacer.

Es por ello que el conocimiento de la tanatología es fundamental en el desarrollo profesional de la enfermería, pues permite dar un apoyo espiritual, físico y humanístico al paciente y familiares, permitiendo al hombre morir con dignidad, en paz y con plena aceptación.

Todo hombre tiene derecho a morir con la dignidad como persona humana, tiene la libertad de elegir su proyecto de vida y la forma en que quiere vivir, de tal forma la Tanatología, busca que la persona viva su vida de un modo integral hasta el momento de despedirse.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los hospitales de segundo y tercer nivel, existen servicios de atención a pacientes como lo son de hospitalización, Urgencias, la Unidad Toco Quirúrgica, quirófano, cirugía general unidad de cuidados intensivos, oncología, medicina interna.

En todas estas áreas se brinda atención a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas generalmente agudizadas y que por lo mismo los obligan a permanecer por largos periodos dentro de las áreas hospitalarias, y a pesar de su evolución, estos están condicionados a reingresos más frecuentes.

Por otra parte el personal multidisciplinario que los atiende esta calificado para brindar atención solamente en el aspecto medico, dejando el apoyo psicológico y humanístico tanto a los pacientes como a los familiares, por desconocimiento del área.

Por otra parte en el campo espiritual queda fuera de la atención, quizá por que en la formación básica de enfermería solo esta dirigida a aspectos científicos.

Por lo anterior se nos presenta la siguiente pregunta de investigación:

“CUENTA CON CONOCIMIENTOS TANATOLOGICOS LA ENFERMERA GENERAL DEL HOSPITAL DE LA MUJER PARA DAR ATENCION A LA PACIENTE GINECOLOGICA”

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Analizar los conocimientos tanatológicos con que cuenta el personal de enfermería, que labora en el Hospital de la Mujer en los servicios de hospitalización y áreas quirúrgicas.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar los conocimientos tanatológicos del personal de enfermería que labora en el Hospital de la Mujer
- Reconocer la importancia de contar con conocimientos tanatológicos en el personal que participa en la atención del paciente crítico o en fase terminal.
- Dar a conocer los cambios emocionales que manifiesta la enfermera, al atender a pacientes ginecológicas en la pérdida de un órgano.

SUPUESTOS HIPOTETICOS

- Si las enfermeras generales del Hospital de la Mujer de las áreas de hospitalización y quirúrgicas tuvieran conocimientos tanatológicos.

¿ Darían calidad en la atención a pacientes ginecológicas, familiares y amigos?

- Las enfermeras Generales del Hospital de la Mujer tiene conocimientos tanatologicos para brindar atención de calidad a sus pacientes en fase terminal .

VARIABLES

- Personal administrativo de enfermería áreas de Hospitalización y áreas quirúrgicas.

- Personal de enfermería operativo de áreas de Hospitalización y áreas quirúrgicas.

CAPITULO II

MUERTE:

*" LA MUERTE COMO EL NACIMIENTO
ES UN SUCESO NATURAL DE LA VIDA.*

*PARA TODO GENERO HUMANO VIVIR SE CONVIRTIERA EN MORIR.
LA MUERTE ES LA CONSECUENCIA INEVITABLE DE LA VIDA" (3)*

REFERENTES TEORICOS

SIGLOS XII AL XVIII

Durante los diez primeros siglos de la Era Cristiana y en la Edad Media, la muerte era percibida como algo natural, cercano y familiar, es decir, aceptada, según expresión de Philippe Arias, en esté período, todos tenían el tiempo suficiente para prepararse a morir, para conocer que su fin estaba próximo, y este conocimiento era espontaneo, surgía como premonición, de la intuición.

Para el siglo XI, la actitud ante la muerte implicaba una concepción colectiva el destino, los seres humanos admitían sin enojo las leyes de la naturaleza y la muerte era considerada una de estas, siendo aceptada con humildad. Nadie se preocupaba por la suerte concreta de un agonizante, puesto que a todos les pasaría lo mismo.

Esta actitud de la familiaridad con la muerte, sólo era revestida de la solemnidad necesaria mediante ciertas ceremonias, para resaltar la importancia de la etapa más crucial de la vida, **la muerte**

La gente moría de una forma simple y sencilla, en la cama de su casa, dejando arregladas sus últimas disposiciones, la habitación del enfermo era un lugar público donde la gente podía entrar libremente, de hecho la presencia de familiares, amigos y niños.

La conciencia de la propia individualidad, desconocida hasta entonces, que

propicio el descubrimiento de la muerte propia, de la muerte individual. Solo era dueño de la vida, si era dueño de su propia muerte y esta solo le pertenecía a uno mismo.

El nacimiento de la individualidad se plasmo en la presentación del juicio final hasta los siglos XI y XII, los muertos esperaban la resurrección en el paraíso, sin tener juicio previo ni condena, pero a partir del siglo XII, el juicio final se presento como tribunales que juzgaban individualmente según sus buenas o malas acciones, que eran recogidas en un libro y pesadas en una balanza aunque no en el momento de producirse la muerte, sino al final de los tiempos, en el ultimo día del universo, de forma que la muerte física no se asociaba a la separación del ser.

La muerte individual, a partir del siglo XI tuvo un cambio histórico muy importante, aparecido en los testimonios más ricos, poderosos ocultos de la población, modifico en parte las actitudes de la muerte.

En la edad Media, a los cuerpos no se les concedía importancia alguna y eran entregados a la iglesia, que a su vez, lo trataban con indiferencia, amontonando los huesos en sepulturas anónimas, enseguida olvidadas, el sitio concreto y exacto no interesaba, ni siquiera se ponía inscripción para su identificación, es a partir del siglo XIV y sobre todo del XVII, cuando se le reconoce importancia a la localización de las criptas y tumbas.

A finales del siglo XVII, se produjo otro gran cambio en las actitudes, consiste en la complacencia ante la idea de la muerte junto al peregrinaje las tumbas y la nostalgia exaltada del desaparecido. En el siglo XIX, la gente seguía muriéndose en sus casas, rodeado de personas, pero la actitud de éstas no era la de otros tiempos, amparadas en la oración, sino que turbadas por la emoción lloraban y gesticulaban en una gran demostración de dolor, que había desaparecido en el siglo XII al XVII, era un dolor intenso que luchaba desesperadamente por la forzada separación.

Para los médicos a finales del siglo XVII, quienes se empezaron a interesar por la higiene y pensando que el aire era beneficio para el enfermo, los cuales intentaron impedir la gran afluencia de personas alrededor del agonizante, los sacerdotes insistían en los mismo, aunque por otro motivo muy distinto, para permitir que el moribundo hablara con Dios.

El ritual tradicional se iniciaba con un recuerdo triste, aunque no

dramático de la vida, de todo aquello que sé haba disfrutado y que se iba a dejar, después tenia que solicitar el perdón de los suyos y mandaban resarcir los daños que hubiera causado. A continuación venía la oración, único acto eclesiástico de la ceremonia que existía en aquel entonces, o la absolución era impartida. El sacerdote incensaba al cuerpo y lo rociaba con agua bendita, acciones que repetía una vez más, cuando el cadáver iba a ser sepultado.

En la actual cultura occidental se experimento un cambio de la orientación espiritual de la vida y la muerte hacia valores científicos, éticos, económicos y de interés. El proceso de morir se ha desplazado desde la familia y el hogar hasta los profesionales sanitarios y los hospitales, de tal forma que más de un 90. % de los fallecidos de una población urbana de produce en una institución hospitalaria.

El alto nivel alcanzado con las técnicas de reanimación y procederes para mantener vivas a las personas han hecho que la muerte deje de contemplarse como un fenómeno natural, para convertirse en un accidente que de alguna forma puede ser controlado por el hombre.

La muerte normal ha sido borrada de nuestros proyectos, de nuestro lenguaje, casas y de todas nuestras actividades, se considera del mal gusto hablar de ella. Actualmente el morir está en manos de profesionales e instituciones sanitarias cuando el verdadero protagonismo lo debe tener el que muere, devolviendo a la persona el control sobre el último acto de su vida: su propia muerte.

Muchas disciplinas se dedican a enseñarnos a bien vivir pero a bien morir, de ellos se ocupan las Religiones, la Tanatología, la medicina nos aferra a la vida que podría lejos de ayudar dificultarnos la muerte.

Después de todo la muerte es una circunstancia que redime y trasciende haciendo que las personas se evoquen más buenas y se sientan más queridas.

RELIGION Y MUERTE

El catolicismo declara que todo en el Nuevo testamento, converge hacia el misterio de la muerte de Cristo, hasta antes de Cristo y sin él, se reinaba en la creación, pero Cristo con su muerte triunfa sobre ella y desde ese instante la muerte cambia de sentido para el "**hombre nuevo**", que es el que muere con Cristo para renunciar y vivir con él eternamente.

Las promesas del Antiguo Testamento, se realizan en Cristo, por ende la muerte de Cristo es un sacrificio expiatorio, murió por todos nosotros, los hombres, dándonos así la prueba suprema de amor. No murió en lugar nuestro sino "**por nosotros**", reconciliándonos con Dios por su muerte.

De tal manera, que la muerte de Cristo, es mas que nada, una muerte a la muerte y quien cree en él, no tiene por qué temer a la muerte, aunque haya muerto, vivirá eternamente.

El cristianismo por su parte, dice respecto a la muerte que se refiere casi siempre, ala propia e inminente muerte de Cristo: "el hijo del hombre va a ser entregado en manos de los hombres, le matarán y al tercer día resucitará". Pero el hijo del hombre volverá con todo su poder y gloria a juzgar las acciones de los hombre: "cada sujeto recibirá el pago que merezca según sus obras".

Jesús sigue diciéndonos que es más importante la vida que la muerte y por lo mismo, las relaciones interpersonales con Dios y con el hombre.

Pero más aún, Jesús es el todo: "Yo soy la resurrección y la vida. El que cree en mí aunque muera, vivirá y todo el que vive y cree en mí, no morirá por siempre". (1) Esta es la relación del hombre con Jesús.

Por otra parte el Judaísmo, manifiesta que la muerte no es un castigo ni un mal en sí misma, que Dios creó al hombre concreto y lo separa lo divino de lo humano, es precisamente la inmortalidad y el conocimiento del bien y del mal.

Otra religión como el Hinduismo nos habla de que la muerte es tomada como una "**ilusión**" y como "**ser**", en tanto que en la filosofía del Budaismo se comprende a la muerte como una "**ficción y como un devenir**".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Desde el punto de vista Médico, la Muerte no es más que un proceso de suspensión biológica, es la suspensión de la nutrición celular, dicho de otra manera " La Muerte es una Autointoxicación".

El sentido que le otorga la psicología desde la visión Freudiana, es que no podemos morir, somos inmortales y no debemos morir. Esto está acreditado en nuestro inconsciente, todo ser humano es incrédulo de su muerte, rechaza la idea, la conceptualiza; sin embargo, vive a pesar suyo con esta amenaza latente puesto que ella nos acompaña siempre de diversas formas.

Estas diferentes maneras de percibir la muerte se conceptualizan en:

IMPERSONAL:

Cuando se trata de la noticia de la muerte de seres lejanos, en el espacio y en el tiempo. No hay relación afectiva, simplemente no llega a conmovernos.

INTERPERSONAL:

Cuando muere un ser querido o al menos conocido "*nos duele*", quizá porque su muerte nos recuerda la nuestra – esta cercana a mi presente.

INTRAPERSONAL:

Es la confrontación con nuestra propia muerte "*mi muerte*". Aquí, es normal que se reaccione con miedo, angustia, rabia, desesperación. Es la invasión de una gran y profunda tristeza e impotencia. Es cuando escucha el desgarrador grito: no quiero morir", "no debo morir", "no todavía no". Tal es la razón por la que cuando no enteramos, sobreviene un terrible abatimiento que corresponde al proceso mismo de morir. Este proceso lo mencionará mas adelante.

Popularmente, la muerte es símbolo de cadáver, símbolo de ausencia. Es una ruptura total y por ello, hemos inventado imágenes como los sueños, el renacimiento, los viajes, y otros aspectos con el propósito de lograr consuelo.

Por muerte debemos entender no sólo la cesación irreversible de las funciones vitales, fisiológicas, mentales y espirituales, sino la pérdida de una persona. Es la pérdida de la pareja, del familiar, del amigo.

*Es la pérdida de una relación personal, amorosa la más de las veces y no la simple pérdida de unos órganos vitales. Nunca debiéramos olvidar esto: "**la muerte se siente, la muerte se sufre**" (2)*



- ❖ (1) SAN JUAN 11:2 NUEVO TESTAMENTO
- ❖ (2) ARRIJOA MORALES G., ISLAS RAMIREZ, A "TANATOLOGIA" BUAP, 1999
- ❖ (3) DOMÍNGUEZ MORENOS MAGDALENA "INTRODUCCIÓN A LA TANATOLOGÍA,

EL CRISTIANISMO ANTE LA MUERTE

Para el cristianismo, que confía en la resurrección de los muertos y en la vida futura, la muerte no es definitiva, pero no por ello menos tremenda. Es el momento de ajustar cuentas ante Dios, quien provee de alma al cuerpo, haciéndose participar de lo espiritual.

El enlace cuerpo-alma se disuelve con la muerte que es, justo con el juicio, e infierno y la gloria, una de las cuatro postrimerías del hombre. También denominadas novísimos o situaciones que le esperan al final de sus días.

Para los marabinos cristianos de finales del siglo XVIII e inicios del XIX, la muerte es todo un acontecimiento. Desde una perspectiva religiosa y escatológica, se trata del momento en que Dios juzga al alma de pobres y ricos y estos obtienen el cielo, el purgatorio o el infierno, como premio o castigo según su actuación en la vida temporal. En el ámbito socio-cultural, es una ocasión en la que los notables ostentan su riqueza y poderío ante los demás.

En el imaginario del maracaibero cristiano de esta época, el buen morir implica la elaboración de un testamento, así como cuidados del alma y del cuerpo.

En cuanto al primer aspecto, el testante logra descargar su alma y su conciencia y deja en orden las cosas materiales para no tener que ocuparse de ellas en el momento fatal en que únicamente debe centrarse en asuntos celestiales, al tiempo que busca garantizar la inmortalidad de su honor y poder.

En el segundo aspecto: cuidados del alma, no sólo considera necesario permanecer en estado de gracia al momento de la muerte, sino que toma precauciones post mortem como misas adicionales y liberación de esclavos, que le permitan acortar sus sufrimientos en el purgatorio y arribar más rápidamente al cielo. La salvación del alma es una empresa muy delicada como para confiarla a otros y depender, por tanto, de su lealtad y misericordia.

En el tercer caso: cuidados del cuerpo, le preocupa recibir sepultura "decente", a la altura de su condición social, en la que no debe faltar un lienzo blanco o el hábito de San Francisco como mortaja; vigilia; traslado en andas y ataúd propio hasta la iglesia; doble mayor de campanas; misa solemne de cuerpo presente con acompañados y la presencia de órdenes y organizaciones religiosas, conjuntamente con misas rezadas en otras iglesias; responso y entierro cantado en el interior de la Iglesia Parroquial.

En este sentido, es notoria la ambivalencia existente entre el pomposo comportamiento asumido ante la muerte y la humildad y pobreza que la Iglesia recomienda como cualidades meritorias para el gozo del cielo.

Esta concepción de la muerte y pautas de comportamiento ante la misma son similares a las europeas del siglo XIV. Por otra parte, los testamentos marabinos analizados se asemejan a documentos españoles del siglo XVI e hispanoamericanos del siglo XVIII, tanto en su introducción como en el lenguaje, organización y contenido de la mayoría de las cláusulas, lo que evidencia que tanto éstos como los ritos mortuorios practicados por los blancos de alcurnia en la Hispanoamérica colonial, son instrumentos legales y costumbres propias de la cultura española medieval que persisten a lo largo de los siglos. (4)

EL CULTO A LOS MUERTOS EN OTRAS CULTURAS

La muerte es el destino inexorable de toda vida humana y es natural que nos asuste y angustie su realidad, sobre todo cuando vemos de cerca el peligro de morir o cuando afecta a nuestros seres queridos.

En las culturas antiguas como la China y Egiptia el culto a los muertos es un símbolo de unidad familiar. Les rendían culto construyendo templos y pirámides, considerando estos como deidad para los vivos así mismo los sepultaban con todas sus pertenencias, para su trayecto en camino al gran viaje.

Los antiguos egipcios creían que el individuo tenía dos espíritus. Cuando fallece, uno va al más allá y el segundo queda vagando en el espacio, por lo que tiene necesidad de comer. Consideraban que este espíritu vivía en el cuerpo que ellos cuidadosamente habían embalsamado, de esta manera el espíritu podía seguir existiendo. Este espíritu era quien recibía las ofrendas.

En la cultura China por ejemplo, en los aniversarios, se quemaba incienso, se encendían candelas y colocaban ofrendas de alimentos sobre un altar. Eran los días en los que se recordaba las grandes deudas que se tenían con los antepasados y de esta forma rendir tributo a sus antepasados. (5)

❖ (4) WWW.PRINCIPAL.htm// " CONCEPCION DE LA MUERTE Y RITOS MORTUORIOS EN LOS TESTAMENTOS MARABINOS"

❖ (5) CORTÉZ RUIZ E. "OBSERVACIONES SOBREL EL CULTO A LOS MUERTOS"

LA MUERTE PREHISPANANICA

LOS AZTECAS Y EL CULTO A LA MUERTE

El hombre se ha encontrado siempre con cuestionamientos que le han sido incomprensibles, a ellas les ha dado explicaciones que van de lo mágico y religioso a lo científico. Entre los misterios que rodean su existencia han sido fundamentales *la vida y la muerte* y los que de ellos derivan, como el destino del hombre después de la muerte el deseo de trascender el tiempo.

En esta búsqueda de respuestas y preocupaciones que le son universales, la espiritualidad, la imaginación, el arte y el fervor que han vertido el mexicano en el culto a los muertos, alimenta nuestras vida ritual.

Para los antiguos mexicas a la muerte no tenía las connotaciones morales de la religión católica en la que la idea del infierno y paraíso sirven para castigar o premiar la conducta de los individuos, por el contrario, creían que los rumbos destinados a las almas de los muertos estaban determinados por el tipo de muerte que habían tenido, más no por su comportamiento en vida. (6)



❖ (6) LAVIADA J, "YUCATAN, PIDRA, HISTORIA Y BELLEZA"

LAS ALMAS

Una de las direcciones que tomaban las almas de los muertos era el tlacopan o paraíso del dios de la lluvia, Tláloc, este sitio estaba reservado para aquellos que morían en circunstancias relacionadas con el agua, los ahogados, los muertos por rayo, los que morían de enfermedades como la gota, sarna, hidropesía o las bubas y los niños sacrificados a Tláloc.

Otro lugar de reposo era el Omeyocan, paraíso del sol regido por Huitzilopochtli, el dios de la Guerra, ahí llegaban sólo los que morían en combate, los cautivos que eran sacrificios y las mujeres que morían al dar a luz, estas llamadas mocihuaquetzque, mujer valiente, eran equiparadas a los guerreros, pues se consideraba que al igual que ellos desarrollaban una gran batalla la de parir.

El tercer destino de los muertos era el Mictlan, reservado para quienes morían de muerte natural, el Mictlan era habitado por Mictlantecuhtli y Mictecacihuatl, dioses de la muerte, era un lugar muy oscuro, sin ventanas, de que ya no salían las almas de los muertos.

El entierro de los aztecas eran de diverso tipos y para recordar su memoria se les acompañaba con objetos que en vida utilizaban o que requerían en su periodo de tránsito al inframundo como vasos, ollas, adornos como orejas de obsidiana, narigueras de jadeíta o concha nácar, caracoles, floreros y vasijas con forma de animales.

LA FIESTA Y SU MEMORIA

La fiesta de muertos está vinculada con el calendario agrícola prehispánico, porque es la única fiesta que se celebraba cuando iniciaba la recolección o cosecha. Es decir, es el primer gran banquete después de la temporada de escasez de los meses anteriores y que se compartía hasta con los muertos.

Este sentimiento de la representación del destino se debe entender en el sentido de que el pueblo azteca se concebían como soldados del Sol, cuyos ritos contribuían a fortalecer al Sol-Tonatiuh en su combate divino contra las estrellas, símbolos del mal y de la noche o de la oscuridad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los aztecas ofrecían sacrificios a sus dioses y, en justa retribución, éstos derramaban sobre la humanidad la luz o el día y la lluvia para hacer crecer la vida.

El culto a la muerte es uno de los elementos básicos de la religión de los antiguos mexicanos. Creían que la muerte y la vida constituyen una unidad. Para los pueblos prehispánicos la muerte no es el fin de la existencia, es un camino de transición hacia algo mejor.

Esto salta a la vista en los símbolos que encontramos en su arquitectura, escultura y cerámicas, así como en los cantos poéticos donde se evidencia el dolor y la angustia que provoca el paso a la muerte, al Mictlán, lugar de los muertos o descarnados que esperan como destino más benigno los paraísos del Tlalopan. (7)

EL SENTIDO MEXICANO DE LA MUERTE.

En el México contemporáneo tenemos un sentimiento especial ante el fenómeno natural que es la muerte y el dolor que nos produce. La muerte es como un espejo que refleja la forma en que hemos vivido y nuestro arrepentimiento. Cuando la muerte llega, nos ilumina la vida. Si nuestra muerte carece de sentido, tampoco lo tuvo la vida, *"dime como mueres y te diré como eres"*. (8)

Haciendo una confrontación de los cultos prehispánicos y la religión cristiana, se sostiene que la muerte no es el fin natural de la vida, sino fase de un ciclo infinito. Vida, muerte y resurrección son los estadios del proceso que nos enseña la religión Cristiana. De acuerdo con el concepto prehispánico de la muerte, el sacrificio de la muerte *-el acto de morir-* es el acceder al proceso creador que da la vida. El cuerpo muere y el espíritu es entregado a Dios (a los dioses) como la deuda contraída por habernos dado la vida.

Pero el cristianismo modifica el sacrificio de la muerte. La muerte y la salvación se vuelven personales, para los cristianos el individuo es el que cuenta. Las creencias vuelven a unirse en cuanto que la vida sólo se justifica y trasciende cuando se realiza en la muerte.

❖ (7) ZARAUZ, HECTOR " LA FIESTA DE LOS MUERTOS"

❖ (8) LVEGA@ACABTU.COM.MX, LA MUERTE Y SU TRADICION EN MEXICO",

La creencia de la muerte es el fin inevitable de un proceso natural. Lo vemos todos los días, las flores nacen y después mueren. Los animales nacen y después mueren. Nosotros nacemos, crecemos, nos reproducimos en nuestros hijos, después nos hacemos viejos y morimos. A menudo en un accidente perdemos a nuestros seres queridos, un amigo, un hijo o un hermano.

Es un hecho que la muerte existe, pero nadie piensa en su propia muerte. En las culturas contemporáneas la "**muerte**" es una palabra que no se pronuncia. Los mexicanos tampoco pensamos en nuestra propia muerte, pero no le tenemos miedo porque la fe religiosa nos da la fuerza para reconocerla y porque quizás también somos un poco indiferentes a la vida, supongo que así es como nos justificamos.

El desprecio, el miedo y el dolor que sentimos hacia la muerte se unen al culto que le profesamos. Es decir, que la muerte puede ser una venganza a la vida, porque nos libera de aquellas vanidades con las que vivimos y nos convierte, al final, a todos por igual en lo que somos, un montón de huesos.(9)

Huesos de papel pintado, de azúcar o chocolate y que saboreamos cuando esta la festividad, en donde nos damos el gusto de probar la muerte figurativamente y podemos decir que es dulce y no amarga y dolorosa como se presenta.

Entonces la muerte se vuelve jocosos e irónica, la llamamos "calaca", "huesuda", "dentona", la "flaca", la "parca", la pelona, en fin de una u otra forma esta segura siendo la muerte aquí en todo el mundo y hasta el fin del mundo.

Al hecho de morir de damos definiciones como "petatearse", "estirar la pata", "pelarse" "colgar los guantes", "entrego el equipo", "se adelanto" "patas por delante", expresiones que nos permiten jugar, burlarnos, gozar y reír de quien se la ha llevado y además en tono de burla hacer refranes y versos, sobre la muerte y si fuera poco hasta le festejamos con comida, bebida, pan, flores para hacerle presente que es nuestra amiga, y por consiguiente no nos puede tocar por se amigos, que irónico verdad.

❖ (9) LAVIADA I. "OP CIT. Pp

En nuestros juegos está presente con las calaveritas de azúcar o recortes de papel, esqueletos coloridos, piñatas de esqueletos, títeres de esqueletos y cuando hacemos dibujos en caricaturas o historietas, que permiten expresar el respeto y el goze de esta ante situaciones de escape personal.(10)



❖ (10) OP. CIT. " LA FIESTA DE LOS MUERTOS"pp

LAS TEORIAS DE LA MUERTE

*" LA HUMANIDAD ES POR CONSIGUIENTE
UN PRODUCTO FINAL DE UNA CADENA
IRROMPIBLE DE EVOLUCION ESPIRITUAL.
FISICA SIN LA CUAL NOSOTROS
NUNCA PODRIAMOS HABER LLEGADO
A SER LO SOMOS " (11)*

EL HOMBRE

El proceso vital humano esta determinado por dos eventos externos como son el inicio de la vida de un ser humano y la muerte de este.

La idea de pérdida, sufrimiento o muerte constituyen una dimensión cotidiana de nuestras relaciones humanas. A pesar de ello, cada vez con mayor intensidad y profusión las ciencias sociales y bio—medicas han ido propiciando nuevos enfoques del proceso terminal y de la misma muerte.

No obstante la muerte y el morir siguen constituyendo temas, tabú en la sociedad contemporánea, incluso se intenta negar su realidad y el hombre se siente expectante ante el misterio de la muerte.

La vida y la muerte son dimensiones isoformas de un mismo fenómeno del ser humano y no podemos indentificarlas exclusivamente con lo biológico, ya que comporta una dimensión afectiva, moral y psicológica y un uso social de la misma en el contexto de cada cultura.

La muerte es, indudable uno de los fenómenos que más preocupa al hombre, es un hecho que no podemos evitar que suceda y por otro es algo que nos enferma y nos abate en todo ámbito biospiciosocial.

Es evidente que influye en la configuración de su actitud ante la muerte

1. La maduración de su personalidad
2. Sus experiencias
3. Su nivel de comunicación

Pues su actitud ante la muerte no es un pensamiento aislado.

❖ 11) OP CIT INTRODUCCION A LA TANATOLOGIA HOSPITAL DE LA MUJER pp

CONCEPTUALIZANDO LA MUERTE

Tomando en cuenta que la muerte es una entidad abstracta y difícil de circunscribir es conveniente mencionar las tres conceptualizaciones de diferentes autores:

Louis Vincent Thomas dice: de no ser por la urgencia en determinar el momento adecuado para la extracción de órganos, la inhumación y la cremación probablemente no habría ninguna definición legal de la muerte.

La muerte es cotidiana, natural, aleatoria, universal, es exacto decir que se muere siempre progresivamente, no solo en la agonía, sino también en la muerte súbita, la muerte es un proceso no un estado. (12)

Para el autor la muerte es un proceso que cotidianamente se está efectuando, desde el momento de nacer, existe la degeneración de nuestros componentes, es natural por ser un hecho inherente a la vida e irreversible, por lo que todo ser humano tiene derecho a morir con dignidad en paz y a su hora.

Dra. E. Kubler-Ross: "La muerte no es más que el abandono del cuerpo físico, de la misma manera que la mariposa deja su capullo de seda, la muerte es el paso a un nuevo estado de conciencia en el que se continua experimentando, viendo, oyendo, comprendiendo, riendo y en el que se tiene la posibilidad de continuar creciendo, la única cosa que podemos en esta transformación en nuestro cuerpo físico, pues ya no lo necesitamos" (13)

En esta cita es evidente que en contraposición al concepto de Louis Vincent Thomas, para la Dra Kubler-Ross, la muerte es solamente un momento de transición a otra vida, es decir para la autor llano existe se deja espíritu y cuerpo, pasando al mundo del tiempo y espacio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

"Estas creencias, prueban hasta que punto tenía razón Freud, (*) al decir que nuestro inconsciente se cree inmortal, recurren ahora justificarse a todos los campos y de los hologramas, informática y ciencias de la comunicación." (14)

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

Considerando todo lo anterior a manera de conclusión se puede definir la muerte desde una perspectiva específicamente humana; de muerte biológica, espiritual, de manera psíquica, cerebral, se puede morir también para sí mismo y terminar dándose muerto.

Cada individuo sabe también que ha de morir un día, pero nadie lo cree realmente, y sin embargo nada hay más evidente, universal e inevitable que la **MUERTE**, y esta no tiene sexo, horario, religión, condición humana, tiempo, ni genero, por lo que se presenta en el momento y sin previo aviso.

* SIGMUND FREUD (1856-1939) MEDICO VIANES , CREADOR DE LA TEORIA PSICOANALISTA, ESPECIALIZADO EN EL TRATAMIENTO DE PROBLEMAS DEL SISTEMA NERVIOSO QUE ESPECIALMENTE SE INTERESABAN EN LOS QUE SE LLAMABAN TRASTORNOS NEUROTICOS. CARACTERIZADAS POR UN EXCESO DE ANSIEDAD, DEPRESION, FATIGA, INSOMIO O PARALISIS. FREUD, LLEGO A CREER QUE HACER CONSIENTE LOS CONSIENTE ERA LA CLAVE DEL EXTO, CUANDO LOS PACIENTES SE ENFRENTABAN AL MATERIAL OCULTO, SE VEIAN REDUCIDAS SUS DIFICULTADES.(15)

- ❖ (12) THOMAS L.V. " ANTROPOLOGIA DE LA MUERTE" FCE, MEXICO, 1983
- ❖ (13) KUBLER - ROSS E. " DEATH THE FINAL STAGE OF GROWN. PRENTICE HALL N.Y, 1975
- ❖ (14) KUBLER- ROSS E. "PREGUNTAS Y RESPUESTAS A LA MUERTE DE UN SER QUERIDO". EDICIONES MARTINEZ ROCA, BARCELONA 1988.
- ❖ (15). DAVIDOFF, LINDA L "INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA" TERCERA EDICION, EDIT. MC GRAWHILL MEXICO, 1999

EL INDIVIDUO Y LAS ETAPAS DE LA MUERTE

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

Etapas:

Negación y aislamiento:

En esta etapa se sufre de angustia. A la certidumbre de la muerte próxima el sujeto opone un rechazo absoluto, pero esta negación por lo general es solo en defensa temporal, manifestación de miedo, temor a lo desconocido, preocupación por dejar el mundo terrenal y no saber a donde se ira.

Por otra parte de le denomina estrategia Cognoscitiva por medio de la cual la gente ignora o se niega a reconocer la existencia de una experiencia aversiva para aliviar la angustia o el miedo a dejar el mundo terrenal o las cosas materiales (familia, amigos).(16)

Ira:

Aparecen sentimientos de rabia, enojo, y resentimiento, la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra todos los que lo rodean, desde hermanos, padres, parejas, hasta al propio personal de salud, quienes manifiestan sentimientos de depresión por el paciente.

Esto se puede catalogar como una reacción del sistema nervioso simpático, en donde ocurre un alto nivel de actividad neuronal, aunado a fuertes sentimientos de agrado desencadenados por males reales o imaginarios. (17)

Regateo:

Inicialmente existen periodos de depresión, contribuyendo a eliminar el miedo y conduce generalmente a una calma relativa, entonces sobreviene una negación. Se promete algo a cambio de diferir el plazo inevitable, la muerte, anteponiendo que toda vía quedan cosas por hacer, testamento, la visita del gato, perro, el nieto, el amigo o simplemente la ultima copa de vino por tomar.(18)

❖ (16) BEJARANO P., JARAMILLO I. "MORIR CON DIGNIDAD FUNDAMENTOS DEL CUIDADO PALEATIVO". FUNDACION OMEGA, SANTA FE DE BOGOTA COLOMBIA

❖ (17) LINDA L. DAVIDOFF OP. CIT pp

❖ (18) Ibid. pp.

Depresión.

El enfermo presenta depresión anticipada, es el dolor anticipado como preparación íntima. Refleja sentimiento de melancolía, soledad, temor al no saber a donde se dirigirá su alma, se deprime por la separación de los seres queridos, que nunca más volverá a ver, sentir, oír.

Su dolor se vuelve espiritual, al no saber si lo recordaran una vez que deje el cuerpo, ese cuerpo que tomamos solo para trabajar mientras vivimos y que una vez que cumplimos la función lo abandonamos. El es íntimo, ya que lo podemos manifestar hacia los demás, por hacer sufrir más a nuestros dolientes.(19)

Aceptación: Si el paciente tuvo el apoyo y ayuda necesarias llegara a esta etapa, hay variedad de sentimientos, no es una etapa feliz, pero si de resignación, de perdón de descanso espiritual, de logros por vivir hasta el último momento, de haber cumplido la función que se le indicó y poco hacer lo que tuvo que hacer, en vida.

Por otra parte podemos decir que no son las únicas etapas o situaciones por las que pasa el paciente o en su momento los familiares, el Dr. Reyes Zubiria, no habla precisamente de etapas, sino más bien se refiere a una serie de emociones entremezcladas que están presentes siempre en el enfermo y la familia.

Angustia: Acepta que se llega a presentar la negación y el aislamiento, pero en la mayoría de ellos nace una real resignación en lugar de la negación. Puesto que el pueblo mexicano a diferencia de Europa y E.U. es un pueblo naturalmente religioso. Y esta religiosidad, así sea mal entendida y menos conocida, hace que el enfermo y su familia se resignen o acepten la voluntad de Dios. Por otra parte esta emoción esta caracterizada primordialmente por sensación de peligro, tensión y angustia generada por el sistema nervioso simpático, donde se generan diversas toxinas que hacen surgir estas emociones.(20)

❖ (19) SIGMUND FREUD, " DUELO Y MELANCOLIA "

❖ (20) *Ibíd.* pp.

Frustración: Esta emoción el autor aclara que existe rabia en muchos casos, pero la misma religiosidad o un sentimiento de amor a la familia hace que muchas veces esta rabia desaparezca o quede totalmente reprimida. Aunque hay casos y surgen precisamente por la fuerte fe en Dios, en que el paciente o el familiar manifiesta, no rabia, sino odio a Dios o la vida y envidia. De igual forma el paciente genera esta emoción la cual es el producto de un obstáculo que evita la satisfacción de una meta, logro, expectativa, la cual lo lleva a un impedimento en la realización de su proyecto de vida. (21)

Culpa : durante el proceso siempre surge una serie de culpas en las que reflexiona el sujeto, sin embargo éstas siempre estarán basadas en el absurdo, por lo que el tanatólogo tendrá que enfrentar al paciente o al familiar a lo absurdo de sus culpas. Por que a estas no hay que manejarlas, simplemente se deben quitar o de otra manera se convertirán en las más fieles y dolorosas compañías de la muerte y la culpa produce también tristeza, por ello se hace urgente la necesidad de personar y personarse para eliminar estos sentidos de culpa. (22)

Aceptación: de acuerdo a Kúbler-Ross, esta etapa se da dependiendo de sí hubo tiempo para su preparación o si hubo una ayuda adecuada en el momento oportuno, pero además, depende también de la conciencia religiosa de su espiritualidad, que lo conducirá a una aceptación de la muerte con dignidad, en paz y a la hora que sea destinada para el paciente.(23)

Por otra parte el Dr. Reyes Zubiria, sostiene que no existen solamente dos depresiones "reactiva y anticipatoria", como menciona la Dra. Kúbler-Ross, sino que además existe la Depresión ansiosa, esta se presenta casi siempre antes de ellas anticipatoria.

Depresión ansiosa. Es una depresión cargada de dolor, generalmente su primer síntoma es la aparición de la hipocondría(24) *

**Manifestación clínica-tanatologica que expresa dolor crónico, afeción nerviosa además de una tristeza habitual y una enorme preocupación por su salud a pesar de saber que se acerca su deceso. **

- ❖ (21.Ibid.) REYES ZUBIRIA L.A. " EL DUELO Y SUS ETAPAS TANATOLÓGICAS"
- ❖ (22.Ibid.) CAP. I
- ❖ (23.Ibid.)CAP. I
- ❖ (24) "DEATH THE FINAL STAGE OF GROWTH" Op. CIT.PP

EL PROCESO DE LA VIDA Y MUERTE

El hombre en sí se le considera un misterio por la magnificencia de su pensamiento, por lo tanto la vida y la muerte inherentes al ser conforman en cada persona y en la humanidad, parte de su esencia.

Nos esforzamos por develar el misterio de la muerte, sin reconocer en ella, está la vida en la que estamos inmersos, preocupados por encontrar la verdad; toda esta búsqueda se realiza en las diferentes disciplinas científicas, tanto biológicas como humanísticas que nos pueden alejar de la realidad del hombre, si esta búsqueda no se realiza con amor, porque para comprender quién soy, debo amar al "tu", por medio del "tu", ya que somos su imagen y cada ser que conforma el género humano es singular, insustituible e intransferible, por lo tanto, único e invaluable por el hecho de ser persona.

Cada hombre es copartícipe y co-responsable en ese transitar de la humanidad en la búsqueda de superación y plenitud, creando así propia historia y la historia del género humano para dejar su legado a las generaciones venideras, así como el hecho de que la muerte estará presente hasta el fin de hombre, o la muerte.

Es la vida física corpórea la que permite al individuo expresarse, manifestarse como persona que percibe además de pensante, orientando sus acciones, seleccionando los medios necesarios para satisfacer sus propios intereses para lograr sus metas incluyendo los de la colectividad, como un ser sensible, creador, innovador con deseos, aspiraciones, prejuicios, temores y que existen cambios que le permiten enfrentarse a situaciones diversas poniendo en marcha su capacidad de adaptación para proteger la integridad personal y grupal, que lo conducen a satisfacer necesidades fisiológicas, de protección, seguridad, amor, pertenencia, autoestima, espirituales y de autoconocimiento, todo ello se desarrolla en un determinado ambiente por lo que existen variables en sus respuestas fisiológicas, psicológicas y socioculturales.(25)

Para ello se requiere de la ética, la moral que nos conducen al respeto íntegro de los derechos que se transcriben en códigos, leyes generales y específicos. En cada una de estas diferentes disciplinas que se han creado en la historia, cada una de las circunstancias y necesidades propias del que hacer al que están destinadas basadas todas y cada una de estas normas en el valor fundamental del hombre, que es la vida de la que se reúnen y fundamentan los demás valores personales y sociales.

❖ (25) PEREZ, V.V. "EL HOMBRE Y SU MUERTE"

Ciertamente existe la injusticia así como la insensibilidad que llevan al hombre a la falsedad y el oportunismo, caminos de la opresión y explotación del otro, causas de la miseria anímica, emocional y social generadoras del odio.

Es pues el hombre un ser complejo capaz de desgarrar a los otros y así mismo, de erosionar los valores, de destruir la dignidad o grandeza del ser humano, precisamente por que es humano, no es perfecto, es por ello que cada uno de sus actos es valuado mismo y por sus consecuencias positivas y negativas, juicio que se lleva a cabo personal y colectivamente.

Así, el acto final del hombre, **es el morir**, es una de las acciones de mayor consecuencia en la persona misma y durante su propio proceso de muerte y en los otros, en dicho proceso, en la muerte misma y en los ritos "post-mortem", que se llevan a cabo con el cadáver.

Todo ello lo positivo y negativo que tiene y que es el hombre, interactúan dentro de un ecosistema formando material orgánico e inorgánico conforman su entorno.

Nos preguntamos entonces **¿QUE ES LA MUERTE?**, Podríamos enunciar un gran número de respuestas, cada una de ellas válida conforme a los que cada ciencia estudia y lo que de ella se deriva.

Es por ello que para algunos la muerte es el aniquilamiento del ser y para otros él es fin de la existencia terrena, hacia una trascendencia eterna. El morir es la acción última del hombre, consecuencia inevitable de vivir por lo tanto la muerte es universal, es un acto absolutamente individual "nadie puede morir por mí".

La muerte puede llegar repentinamente: en una muerte de cuna, muerte súbita, en estas no hay signos ni síntomas, previos de enfermedad o la resultante de un accidente mortal y la muerte por enfermedad fulminante, es una enfermedad fulminante como infarto al miocardio cuyo proceso es sumamente rápido, sin embargo en la muerte súbita no sabemos realmente si el individuo experimenta dicho proceso.

Por otra parte, la muerte que llega por vejez o por enfermedad, en las que el deterioro físico es paulatino e irreversible, se vive en proceso de muerte en forma individual.

Cada persona asume su muerte, no la muerte en general y este proceso esta delimitado por la historia personal, las experiencias de pérdidas vividas previamente, el sistema cultural, socio-économico, las creencias religiosas, la espiritualidad, el origen étnico y la personalidad propia de cada ser, por lo tanto nadie reacciona y enfrenta este proceso y a la muerte de igual forma. (26)

En general la mayoría de las personas no acepta la muerte pero para otras puede ser un descanso a su dolor físico, emocional, y/o espiritual, a la soledad, al trato deshumanizante, a la miseria.

Sin embargo, así como el morir es universal, lo es también el miedo, sobre todo al proceso de muerte más que a la muerte en sí, estos temores en general son: temor al dolor, al abandono y a la soledad, a la pérdida del propio cuerpo y auto control del mismo por desgaste y perdida física (afectando la autoimagen y la autointegridad), temor a la pérdida de identidad la perdida definitiva de la conciencia y a no poder interactuar, por lo tanto, miedo a la separación de los seres significativos y significantes, temor a la sensación de falta de sentido de su vida, miedo a la aniquilación del "YO", temor a lo inesperado de la propia muerte y a lo desconocido, por lo que cada hombre adopta una postura y desarrolla una conducta personal, pues está muriendo toda la individualidad de sus ser.

La persona que está muriendo y quienes tienen una relación afectiva con ésta deben aprender a manejar niveles de separación, enfrentarse con lo limitado de la vida y con la decadencia.

La muerte del ser humano presupone que el término de la vida no es solo un proceso biológico, durante el proceso de muerte existe la muerte social, es decir, a la persona se le quita su derecho de autonomía, no se le deja ser, no es tomado en cuenta y la familia, el equipo de salud y la sociedad misma las responsables con sus acciones y actitudes ante las personas que cursan un proceso de muerte, la muerte intelectual llega con la pérdida absoluta de la confianza, perdiéndose las funciones racionales, las funciones integradoras del individuo y la capacidad para interactuar, socialmente la muerte biológica proviene del tronco cerebral que controla la respiración y la función cardiaca, al cesar estas, hay pérdida de flujo de las sustancias vitales y otra teoría filosófico-religiosa, acepta que el alma es la última pérdida que incluye en el ser las funciones espirituales, emotivas y mentales, es así como termina la existencia terrena de un ser humano, pero a la vez se consume. Sin embargo la muerte es diferente en cada ser, nadie muere igual.

Vida, es una materia compleja en estado físico especial, con una actividad química permanente (destruictiva y sintética), muerte es cuando esas funciones físico-químicas se detienen. (27)

El hombre no puede conceptuar su propia muerte y si concebir el proceso de la misma puede llegar a imaginar como será está; inclusive hay quienes en un momento dado lo planean.

Esto por supuesto, no siempre puede ser llevado a cabo por las circunstancias que se presentan y limitan lo planeado, puede incluso concebir la muerte de otra persona, pero difícilmente aceptará su propia muerte; inconscientemente el individuo se conceptualiza como un ser inmortal, aunque todos saben intelectualmente que van a morir, es difícil aceptar la muerte como una posibilidad cercana.

Hasta hace unas décadas, la muerte era vista como un fin natural, generalmente la persona moría en casa, informado y rodeado de sus familiares y amigos, se puede decir que precedía del acontecimiento de su propia muerte; los niños tomaban parte de dicho acontecimiento y los posteriores a la muerte.

Hoy en día la muerte es un tabú, no se acepta el fin de un ser humano como un evento natural del ser, se le niega al referirse a ella como un viaje final, el descansar en paz, el sueño eterno, se maquillan los cadáveres, se visten y se posan en el ataúd de manera que se exprese tranquilidad en su cara., en ésta época de consumismo se nos invita mediante la publicidad a una vida sin problemas "inmortal", la medicina y la ciencia han contribuido grandemente al respeto con los avances tecnológicos de hoy en día, el morir es una institución medica urbana, es para la sociedad actual una situación aceptable, los integrantes de los grupo económicamente marginados como las comunidades indígenas son quienes tienen más oportunidad de experimentar la vivencia de la muerte en su domicilio, en términos generales, los niños son aislados de este tipo de experiencias se les impide compartir y resolver sanamente las pérdidas inevitables de la vida y sin embargo, se les permite presenciar un sin número de ellas, reales y ficticias, en los medios masivos de comunicación, situación absurda pero verídica, no resuelven su duelo familiar pero si el mercadológico presente en los instrumentos de telecomunicación visual.

Por toda esta situación al morir una persona su muerte continua afectando a los sobrevivientes, ellos necesitan de un proceso de adaptación como todo proceso tiene un principio y un fin quizá largo, lento pero sobre todo doloroso e implica aceptar la ruptura de la relación del ser amado que ya no está; a este proceso se le llama "trabajo de duelo", a su vez la muerte del "tu", nos hace conscientes de nuestra propia mortalidad.

Se debe de agotar hasta la ultima fase de la vida, las posibilidades de desarrollo, pues esta debe ser vivida densa y noblemente, contando con todo lo que ella nos ofrece, inclusive la muerte.

Tomado lo anterior se deben de considerar tareas para poder llevar acabo un Duelo optimo y de buen vivir y para ello es necesario mencionar los siguientes puntos

- Asumir la realidad
- Dolerse y liberar emociones
- Adaptación al medio
- Compartir experiencias
- Llevar acabo la toma de decisiones
- Adaptación de nuevos apegos



PROCESO Y ETAPAS DEL DUELO.

CONCEPTUALIZACIÓN

La muerte es un tema que la sociedad esquivaba, sin embargo, el duelo nos concierne a todos nosotros. Los fuertes sentimientos que surgen ante la muerte necesitan expresarse. Cada persona es una acumulación de material genético, factores culturales, antecedentes familiares, experiencias personales, etc. Y su forma de enfrentar los problemas es única.

"El duelo es intensamente personal y no hay dos personas que sufran igual." (28)

El Dr. Reyes Zubiría, define el duelo de la siguiente manera:

El duelo es una reacción normal ante una pérdida real, en la que se actúa para apartar la libido que se había instalado en el objeto perdido. El proceso implica el regreso de la libido al propio yo, para poder establecer, luego nuevas relaciones con otros objetos.

Todo individuo pasa por el proceso de duelo ante la pérdida de un ser querido, en este proceso se tiene que hacer un reencuentro con uno mismo, para así poder apartar el sentimiento de culpa o pena con la persona u objeto que nos ata.

Debemos tomar en cuenta que en el proceso de Duelo, derivado de una pérdida real, la tensión que resulta del deseo vehemente y del amor al objeto perdido junto con la conciencia de que ese objeto ha desaparecido para siempre, que ha desaparecido realmente que no se le puede resucitar, refleja un desequilibrio intrasistémico.

La pérdida no solo implica un desencadenamiento de sentimientos en el individuo, sino que a su vez esta serie de sentimientos abordan y desarrollan un desequilibrio en el sistema orgánico, pérdida de peso, gastritis y otras más. (29)

❖ (28) REYES, ZUBIRÍA L. ALFONSO, "ACERCAMIENTOS TANATOLÓGICOS AL ENFERMO TERMINAL Y SU FAMILIA"
TOMO II

❖ (29) *Ibid.* PP

Louis Vincent Thomas menciona lo siguiente:

El duelo es la vivencia penosa y dolorosa (doleré quiere decir sufrir), que causa todo lo que ofende a nuestro impulso vital, en primer lugar la pérdida de uno mismo en el envejecimiento: pérdida de cabello, capacidad física y genérica de memoria y lucidez a la que es menester resignarse. Más aun la pérdida del ser amado que ocasiona un profundo desconcierto, una herida que equivale a menudo a una mutilación, el duelo en este caso se basa en el afecto.

En este apartado se manifiesta que a lo largo de la vida todo individuo pasa por el proceso de duelo pero la pérdida de un individuo con lazos sentimentales a otro es una mutilación y un profundo desconcierto para el hombre ya que no sabe como canalizar esa ira, frustración, pena y dolor de la persona.

La Dra. Elisabeth Kübler-Ross, reconocida como la pionera mundial de la tanatología, nuevamente expone las cinco etapas ya conocidas en la vivencia del morir tanto del enfermo terminal como de sus familiares: (30)

Negociación y Aislamiento
Ira
Regateo
Depresión y Aceptación

Así mismo **Louis Vincent Thomas**, aporta que el Duelo, es experimentado tanto por el enfermo como por la familia y por el equipo médico asistencia. Vincent, menciona que el duelo anticipado lo ubica en el enfermo, el cual se observa durante la agonía y lo nombra como "Duelo del Moribundo".(31)

Después del fallecimiento, se instala el duelo propiamente dicho que en su evolución normal pasa por tres etapas principales.

La primera se ubica en el momento que se anuncia el acontecimiento, la primera reacción consiste en un estado de choque psicológico y físico, se observa intensa aflicción, pérdida de apetito, sueño, sensación de fatiga, apatía, y opresión torácica. En esta se experimenta la vivencia de negación, que no es más que el rechazo de la evidencia. No es posible que haya muerte.

❖ (30) KUBLER - ROSS E. "LA MUERTE UN AMANCER"
❖ (31) THOMAS L.V. "ANTROLOPOLOGIA DE LA MUERTE"

Durante esta vivencia el familiar desencadena mecanismo de defensa para conservar la imagen del ser perdido, por ello responde con recuerdos, sueños, conservación de objetos, etc. Todo ello como una resistencia a perder el objeto libidinal depositado o identificado en el ser querido, posterior a ellos se manifiesta la cólera, dirigida inicialmente contra el desaparecido y luego contra el familiar y todos lo que rodean al doliente.

La segunda etapa es la Vivencia dolorosa:

Sobreviene una fase depresiva caracterizada por tres procesos:

- a) el mundo carente de sentido le parece vacío (no considera a nadie ni a nada digno de ocupar el lugar del objeto libidinal que el difunto ocupó)
- b) hostilidad hacia el mundo exterior y culpabilidad respecto a quienes nos rodean
- c) La interiorización como no se asume inmediatamente la realidad de la muerte del ser querido, le brindamos una sobrevida instalación dentro de nosotros mismos, conservando algo íntimo (objeto, petición, consejo), del ser perdido.

La tercera etapa es la Readaptación:

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

El equipo asistencial, respecto al duelo experimentado por el equipo profesional de salud, más a menudo sufriente que triunfante se define emocionalmente por medio de la rutina o la planificación, al activismo terapéutico o la autojustificación e incluso la huida.

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

Louis Vincent Thomas, identifica que el equipo de salud experimenta el Duelo ante la muerte de su paciente, sin embargo la preparación académica por la que ha cursado e impide aceptar la muerte y antepone una serie de mecanismos de defensa que el caso de enfermería actúa dejando sólo al paciente.

En general tanto el Médico como la enfermería se resisten en colaborar en el proceso de morir mediante actitudes menos conscientes o más inconscientes, ya que su preparación va conducida a preservar la vida por lo que no encuentra salida hacia la libertad para permitir morir al paciente, cuando ya no es posible asegurarle una vida digna. La muerte del paciente se coloca como una fuente importante de frustración y una herida al narcisismo del médico y de la enfermera, quien sólo se limita a proporcionar ayuda médica, proceso específicos, olvidando las necesidades emocionales de una enfermo terminal.(32)

Por ello es importante entender que cuando la curación ya no se contempla surge la necesidad de otro tipo de asistencia al enfermo terminal que le ayude a cursar su última fase de la vida con dignidad y si es posible en paz.

El Dr. Alfonso Reyes Zubiria, nos da a conocer las etapas para la elaboración del Duelo, fruto de experiencia como tanatólogo en México.

Manifiesta que: "no podemos hablar de duelo sin hablar también de Tristeza, y no debemos confundir nunca tristeza con depresión. (33)

Podemos hacer hincapié, en que esté aspecto es el primer punto concreto de atención, puesto que puede obligar a la psique a funcionar mejor bajo la influencia de otros sentimientos, aunque sean también negativos; en cada etapa la tristeza puede convertirse en ansiedad, rabia, enojo, culpa e incluso, en mecanismo hipocondríacos o piscosomaticos.

DEPRESION

Primera etapa:

previamente aclara que aquí la depresión, es una emoción, no una enfermedad, desde el momento en que se sabe que murió el ser querido, el familiar, amigo o miembro del equipo de salud involucrado, él yo se siente lastimado se experimenta un vacío interno.

❖ (32) " LA MUERTE UN AMANCER" Op. CIT. "
❖ (33) " EL DUELO Y SUS ETAPAS TANATOLOGICAS" Op. CIT

Así él yo, está posiblemente mutilado, en esta etapa aparece la negación, pero no la negación común, " *no es cierto, no pudo pasar*", más bien es la sensación de estar viviendo solo una pesadilla de la cual se despertará y volverá a ser como antes.

Son momentos en los que se siente fluctuar sobre nubes sensación que puede durar varios meses. Pero al caer en cuenta que la muerte fue real, la profunda tristeza, vivencia de desdicha se transforma en depresión, afecto que reemplaza todos los demás. Es la etapa de máximo dolor.

RABIA

Segunda Etapa:

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

PERDON

Tercera Etapa:

quien cursa por el dolor del duelo debe en primer lugar perdonarse y perdonar al tú, cualquiera que sea. Si no perdonamos viviremos inmersos en una profunda tristeza mientras no se pueda perdonar.

"El perdón es, más que una virtud, una condición indispensable para tener paz interior, sin paz interior, no podemos terminar nuestro trabajo de Duelo"

ACEPTACION

Cuarta etapa

El Dr. Reyes, hace hincapié en una real aceptación y no simplemente una resignación, agrega que la muerte como tal, no existe, mas bien lo que trajo fue simplemente un cambio de presencia. Y que la aceptación se dará cuando uno perciba la presencia del ser amado dentro de uno mismo. "Creo que entonces, uno podrá darle gracias a Dios por esa muerte", y hasta ese momento hará la verdadera aceptación. (34)

Por otra parte y de forma breve se enlistan las cuatro etapas de **O'Connor Nancy**, donde menciona, "todos los cambios significativos en la vida implican un proceso de duelo, ya que le decimos adiós a una parte del antiguo ser, a viejas formas a caminos familiares, por lo que su contribución se traduce en práctica. (35)

Etapa I Ruptura de los antiguos hábitos, desde el día del fallecimiento hasta ocho semanas

Etapa II inicio de reconstrucción de la vida. De la octava semana hasta un año

Etapa II búsqueda de nuevos objetos de amor o amigos. A partir del primer años hasta dos años

Etapa IV Terminación del reajuste. Después de los primeros años.

(34) " TANATOLOGIA ACERCAMIENTOS TANATOLOGICOS AL ENFERMO TERMINAL Y SU FAMILIA" TOMO II Op. CIT

* (35) O'CONNOR NANCY, "CRISIS INTERVENTION SELECTED, READINGS, FAMILY", SERVICE ASSOCIATION OF AMERICA, NEW YORK, 1995

LA TANATOLOGIA.-

La Muerte Destruye Al Hombre, La Idea De Morir Lo Salva"

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

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

Función de la tanatología.-

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

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

La misión del tanatólogo es ayudar a las personas prepararse a aceptar su muerte para que muera con dignidad, con total aceptación y verdadera paz, la cual se dará ofreciendo siempre al paciente una esperanza real, con una calidad de vida que le permita desarrollar su capacidad intelectual y física dentro de los límites que su estado le permitan tomando siempre en cuenta que tiene una enfermedad irreversible que evoluciona, por lo que probablemente vaya a morir en un tiempo relativamente corto, pero no por ello pierde su condición de hombre, ni aún en el último momento de su existencia, aun después de la muerte, el cadáver debe ser tratado con respeto.

CARACTERÍSTICAS DE UN TANATOLOGO

La Tanatología concibe al hombre como un todo, tanto en sus necesidades y en sus realidades físicas, sociales, culturales y espirituales, es por ello, que podemos decir que con toda certidumbre, que esta ciencia llamada Tanatología, es una especialidad multidisciplinaria, más que una ciencia, es todo un arte. Para ello es propio mencionar algunas características de la Tanatología.

- I. Estar dispuesto a compartir algunas de las preocupaciones del paciente y averiguar cuáles son sus necesidades específicas.
- II. Tener como requisito madurez, que proviene de la experiencia.
- III. Que, habiendo examinado su propia actitud ante la muerte, pueda sentarse junto al lecho de muerte con tranquilidad y sin ansiedad.
- IV. Conocimiento de psicología, ante todo ser una persona comprensiva.
- V. Contar con el equipo necesario para sentarse junto al enfermo y escucharlo, acompañarlo en el silencio que va más allá de toda palabra.
- VI. Capacidad para captar con palabras y actitudes la disponibilidad del paciente: el lenguaje oral, corporal, una mirada, un movimiento de manos, una lágrima.
- VII. Contar con la fortaleza y amor suficientes para brindar una auténtica ayuda.

Además de lo anterior, también se precisa contar con ciertos requisitos para una eficaz intervención tanatológica.

- A. Confrontación previa con la mortalidad propia.
- B. Comprensión amplia del proceso de duelo y una resolución previa de las pérdidas propias.
- C. Capacidad de empatía con el paciente para establecer una sintonía afectiva con él y su familia.

- D. Capacidad para tolerar el contacto cercano con la muerte, el sufrimiento, la incertidumbre e impotencia.
- E. Poseer efectivas capacidades de escuchar, interpretar y contestar lo adecuado.
- F. Ser consciente de las limitaciones propias, así como de las frustraciones como elemento inseparable de la terapia del moribundo.
- G. Poseer un sólido entrenamiento y contar con mecanismos de soporte propios (someterse a psicoterapia).

Se ha mencionado que la Tanatología es una ciencia de carácter multidisciplinario, es por ello y en virtud de que son diversas las especialidades que participan en el llamado equipo de salud, presentamos a continuación las cualidades del equipo tanatológico :

COMPETENCIA:

Preparación profesional que le permita ser un auténtico conocedor de su área específica.

SENSIBILIDAD:

Comprensión, entendimiento, paciencia y buen humor.

FLEXIBILIDAD:

No se puede ser rígido, sino flexible en todos los aspectos.

MADUREZ:

Aceptar la responsabilidad de los sentimientos personales y los del resto del equipo de salud.

ESPIRITUALIDAD:

Contar con una estructura espiritual diversa y bien fundamentada.

OBJETIVOS DE LA TANATOLOGIA.

Su objetivo central es proporcionar al hombre que muere (una muerte apropiada), es decir " aquella en la que hay ausencia de sufrimiento, persistencia de las relaciones significativas para el enfermo terminal, intervalo para el dolor permisible, alivio de los conflictos restantes, creencia de la oportunidad, ejercicio de opciones, actividades factibles y comprensión de las limitaciones físicas".

Lo anterior, significa que cuando hablamos de una "muerte apropiada", hablamos de una buena muerte, no solo para el que muere, sino también para los sobrevivientes; dicho de otra manera es tener una muerte con la que ellos puedan vivir.

Recabando lo anterior podemos decir que el verdadero objetivo de la Tanatología, se traduce en ayudar al hombre en aquello a lo que tiene como derecho primario y fundamental: " **Morir con dignidad, con paz y con plena aceptación**". (36)

Por otra parte todo significa ayudar a los familiares del enfermo terminal a prepararse para la muerte del ser querido, mediante el duelo anticipado o el duelo propiamente dicho: en el menor tiempo y dolor posible.

• (36) "TANATOLOGIA" TOMO 11 Op. CIT

ENFERMO EN FASE TERMINAL.-

"Es la persona moribunda, hacemos hincapié en "persona" ya que un moribundo sigue siendo persona, por más moribundo que esté".(37)

Entendemos como enfermo en fase terminal aquel que perdió los mecanismos de defensa necesarios para preservar la homeostasis y que no responde a las medidas terapéuticas que se aplican. Necesariamente cursa con insuficiencia orgánica progresivas que lo llevarán directamente a la muerte biológica. (Paciente agónico).

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

Por otra parte se le denomina como al individuo aquel que padece una enfermedad claramente documentada en lo que existe acuerdo para no aplicar tratamiento con finalidad curativa y cuya esperanza de vida no es superior a un tiempo mínimo de 6 seis meses a un año

PACIENTE TERMINAL.-

El enfermo terminal no es el moribundo, tanatologicamente hablando, se trata de un paciente que no es moribundo, citando al Dr. Zubiria:

"Definimos al enfermo terminal como: aquella persona que padece de una enfermedad potencialmente terminal por la que probablemente vaya a morir en un tiempo relativamente corto." (38)

Existe para el tanatólogo una misión con el hombre que vive con desesperanza y que será un suicida en potencia, por lo tanto le compete a la tanatología lo relacionado con la prevención intervención y post-venición del suicida, ya sea que éste tenga una ideación suicida, intento fallido o acto consumado, en todo ello tiene un importante papel la familia, a la que se le da atención para evitar que viva con sentimientos de culpa, frustración y rabia que le llevan a una posible depresión y a un trabajo de duelo no resuelto.

❖ (37) REYES, ZUBIRIA L. "ACERCAMIENTOS TANATOLÓGICOS AL ENFERMO TERMINAL Y SU FAMILIA" MEXICO, D.F. 1998

❖ (38). ACERCAMIENTOS TANATOLÓGICOS AL ENFERMO TERMINAL Y SU FAMILIA" OP. CIT

Existen hombres y mujeres que se interesan por el ser humano y aceptan el reto y estímulo que presenta la asistencia integral de una persona, con una formación de conciencia verdadera, abierta a la realidad, a la verdad, a la belleza, en el bien y al valor originario del ser, a pesar del progreso científico y técnico en medicina.

El equipo de salud está formado por un grupo multi e interdisciplinario, cuyos integrantes se enfrentan frecuentemente con pacientes que cursan procesos de muerte y duelo, además de pacientes cuya muerte no es esperada, la ayuda que el tanatólogo brinda, es que estos profesionales de la salud, conozcan y comprendan él porque de sus sentimientos, reacciones y conductas ante la muerte y elaboren sus duelos adecuadamente ya que suelen éstos acumularse sin ser resueltos y a la larga deterioran la salud del profesional.

Para la Tanatología, el hombre es un todo, un ser integral que interactúa con otros hombres y con el ecosistema en que se desarrolla, es decir, un ser bio-psico-social-cultural y espiritual a quienes hay que ayudar ante la muerte, sin olvidar que él es un ser humano igual que los demás, con sentimientos y necesidades propias con debilidades y límites que puede influir y ser influenciado, que no sabe ni conoce todo sobre la muerte.

DERECHOS DEL PACIENTE TERMINAL

Vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, espiritual, vocacional y social compatible con el estado resultante de la progresión de la enfermedad. La fase final de la vida es también una fase de crecimiento y desarrollo personal.

Vivir independiente y alerta. Este derecho le permite ejercer su autonomía.

Tener alivio de su sufrimiento físico, emocional, psicológico, intelectual, espiritual y social.

Conocer o rehusar conocer, todo lo concerniente a su enfermedad, su estado el proceso de morir.

Ser entendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen.

Ser el eje principal de las decisiones que se tomen en la etapa final sé su vida.

Que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente, ni se apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales.

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE TERMINAL

Dentro de los deberes del tanatologo es el ofrecer y proporcionar al paciente y la familia, en un trabajo conjunto con el cuerpo de salud, el otorgar una Calidad de Vida, digna para sus últimos días de vida, así como de resignación para el paciente.

Objetivamente la calidad de vida esta diseñada para ofrecer .

- ❖ Aumento en la calidad de vida del paciente
- ❖ Arreglar asuntos pendientes y una toma de decisiones
- ❖ Superar de forma razonable la frustración
- ❖ Otorgar un confort físico
- ❖ Capacitar a la paciente de enfrentarse a la crisis sin sufrir desintegración

CALIDAD DE VIDA:

- *Es un juicio subjetivo de grado máximo en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o como el sentimiento de bienestar personal pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente con indicadores objetivos, biológicos, psicológicos, y de comportamiento sociales.*

El personal de salud deberá considerar y en especial el Tanatólogo los aspectos esenciales para del paciente y la familia, para poder estructurar la capacidad de resolución de conflictos.

Se tendrá que tomar en cuenta:

- Estátus funcional (actividades normales, baño, alimento, sueño)
- Presencia y gravedad de síntomas (respiración, frecuencia cardiaca)
- Funcionamiento psicológico
- Funcionamiento social

Considerando todo lo anterior es importante recordar a que nos referimos con Paciente Terminal, en condiciones clínicas

Es aquella persona o individuo que padece una enfermedad claramente documentada en lo que existe acuerdo para no aplicar tratamiento con finalidad curativa y cuya esperanza de vida no es superior a un tiempo determinado (un mes, seis meses,)

Bajo este concepto la enfermera debe considerar sus condición humana y de calidad aplicando correctamente sus procedimientos, sin dejar atrás los cuidados paliativos y espirituales, situación resurgiente y de confrontación con las creencias, mitos y ámbito social.

Para ello no esta por demás considerar la muerte como un suceso de resolución o salvaguarda para los demás, situación que esta muy apegada con el personal de salud de un hospital, así como para el tanatologo.

Para ello tanto la enfermera, y toda persona que este apegado al paciente debe considerar puntos sobre la vida y muerte a nivel subjetivo como que la:

Muerte es encubierta, nunca la tomamos como proyecto de vida o nunca pensamos en ella, ya que no se encuentra dentro de nuestro pensamiento cotidiano.

La Vida y muerte: son dos caras de la misma moneda o como decir blanco y negro, arriba y abajo algo paradójico y muy subjetivo.

Muerte igual a transformación, la materia no cambia solo se transforma

En todo individuo y en el caso de los terminales, ha perdida del contacto con la idea de la muerte.

Existe temor a lo desconocido, y hay falta de control en si mismo y de nuestros sentimientos, (sentimientos encontrados)

Con todo lo anterior, se puede considerar que el paciente se enfrenta a una conciencia de la muerte, y el personal de salud, debe estar pendiente de las reacciones del paciente en donde vuelven a parecer etapas del duelo en forma discontinua como

- Estrés muy marcado
- Amenaza o interrupción de los procesos
- Mecanismo desintegrantes
- Se despierta el pasado cercano y lejano
- Se manifiesta duelo, estado de animo y mental deficiente
- Presencia de dolor físico
- Se requieren necesidades espirituales y soledad
- Hay presencia de control (ira, llanto)

Por otra parte una labor que también es muy importante además de los procedimientos de enfermería y cuidados tanatológicos, son las necesidades Psicológicas, en donde su papel es el reconocimiento de pena y dolor, así como el de mantener contacto con el paciente y sus familiares, el psicológico debe cubrir en cierta forma las necesidades de información, compañía y solución de duelos.

De igual forma el tanatólogo, el medico, la enfermera y en especial la familia tienen una tarea muy importante para el paciente, ya que las necesidades y cuidados tanto en casa como en el hospital no se deben dejar de considerar, como lo son:

Comodidad en todos los aspectos

Aumento y duración de las visitas (el perro, el gato, el nieto, el amigo)

Intensificar los cuidados de higiene (aseo bucal, baño de esponja diario, cambio de ropa de cama)

Información sobre posibles complicaciones (hipoxia, úlceras por decúbito, anorexia)

Mantener una cautela al hablar ante el paciente obnubilado o en coma.

Manifestación de cubrir sus necesidades espirituales y religiosas

Proporcionar un ambiente físico y confortable (: mucha luz, aire fresco)

Considerando todo lo anterior, lo podría tener resultados óptimos si no tomamos en cuenta nuestra Actitud Personal, tanto como humanos consientes de una realidad inevitable para la familia y el paciente, y es importante considerar los siguientes puntos:

- ❖ Respetar la dignidad y libertad del paciente
- ❖ Validar el hecho con respeto, sin burla
- ❖ Validar las preocupaciones del paciente y nunca mentirle
- ❖ Tener la disponibilidad necesaria
- ❖ Respetar la confianza.

- ❖ Tomar en cuenta sus deseos
- ❖ Afrontar su no curación

Con todo lo anterior y un trabajo en equipo tanto de enfermeras, médicos, psicólogos y en especial el tanatólogo, la Calidad de Vida del nuestro paciente se vera dignificada en sus últimos momentos, otorgando un descanso y confort para la familia y un cúmulo de experiencias para uno mismo. (39)



- (39) LIMONES VALENCIA MONICA ALICIA " CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE TERMINAL"

EL DUELO Y LA FAMILIA

El duelo es manifestado de muchas maneras, lo anterior expuesto tanto por Freud, la Dra. E. Kubler-Ross, así como el Dr. Reyes Zubiria, podemos hacer una definición considerando al Duelo como :

Reacción adaptativa natural ante la pérdida de un ser querido que conlleva un algo y costos proceso de elaboración y ajuste, así como la confrontación de emociones y sentimientos resurgientes y manifestados de distintas formas, creando en el individuo inestabilidad y deterioro físico.

Para ello el Duelo es catalogado por sus distintos representativos, en distintas formas de las cuales sobresalen dos el Duelo Norma y Patológico

Normal.

- A. Manifestado en forma física y sintomática
- B. Es conductual llevando al individuo al alcohol, psicofármacos, evitando los recuerdos.
- C. Presencia de nivel cognitivo intelectual, alterado, incredulidad, confusión embotellamiento.
- D. Desequilibrio en el nivel afectivo, con tristeza, enfado, culpa, ansiedad e impotencia.
- E. Desequilibrio a nivel socioeconómico, familiar y emotivo, baja autoestima, cambio de roles.
- F. Incremento en el nivel espiritual, acercamiento con Dios.

Patológico.

- I. Presencia de duelo exagerado
- II. Depresión, crisis, estrés postraumático, tristeza
- III. Incapacidad de incorporación social, familiar y económica
- IV. Manifestación de retardo, se inhibe y aparece más tarde, su presencia lo opaca
- V. Aparece enmascarado, no manifiesta abiertamente su tristeza y es somático.
- VI. La Tanatología y sus ramas afines, consientes de la una realidad palpable como lo es la Muerte, exponen y enfatizan tareas que llevan a una resolución del Duelo como .
 - ❖ Asumir la realidad de la muerte
 - ❖ Dolerse y liberar emociones
 - ❖ Adaptación del medio
 - ❖ Compartir experiencias
 - ❖ Reorganizar sistemas de vida
 - ❖ Llevar a cabo los rituales según condición y creencias humanas
 - ❖ Toma de decisiones
 - ❖ Adaptación de nuevos apegos
 - ❖ Vigilar señales del duelo patológico

Considerando todo lo anterior hay una labor que se debe exageradamente hacer por parte de la enfermera es la de tomar los siguientes puntos

- ❖ **Compartir las experiencias vividas relacionadas con la muerte**
- ❖ **Manifestar y expresar las emociones presentes**
- ❖ **Reconocer las limitaciones como individuo, ya que no somos dioses**
- ❖ **Adquisición de habilidades para tratar enfermos terminales**
- ❖ **Vigilar la propia calidad de vida de uno mismo**

Podemos concluir este punto, de forma subjetiva, diciendo la enfermera es capaz de afrontar de forma concreta, el otorgar una calidad de vida, con un plan de trabajo conforme a las necesidades del paciente, considerando las experiencias propias y de trabajo. (40)

- (40) OB. CIT " CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE TERMINAL

ACTITUD DE ENFERMERÍA EN LOS PROCESOS DE DUELO Y MUERTE

*El Cuerpo Mi Prisión,
Resulta Menos Opresivo
Cuando Mi Mente Empieza
A Volar Como Una Mariposa*

EI ENFERMERO:

Desde la formación educativa del profesional en Enfermería, se hace de su conocimiento él brindarle a los pacientes apoyo psicológico y emocional, dado que ellas tienen mayor contacto persona a persona con los enfermos y familiares. Se interesa de la muerte de un paciente que ha estado bajo su cuidado durante un determinado tiempo, tratando de brindar apoyo emocional a los familiares que así lo permiten.

El conocimiento sobre la muerte como aspecto social, tiene en común con el físico que ambos requieren información específica del mundo exterior. Sin embargo lo que caracteriza al conocimiento sobre la muerte, es su carácter convencional y arbitrario, puesto que el carácter de vínculo son la persona que muere, esta dado en parte por la ubicación de dicha persona en una diversidad de estructuras sociales como son la Familia, el Hospital, las carreras estructurales por la sociedad, edad, profesión, etc..

En nuestra cultura la mayoría de los padres procuran acercar a sus hijos a tema de forma gradual, cuando son pequeños, les mantiene por completo al margen de él y les niegan toda información, se implanta el mecanismo De negación y se les cuenta historias sobre el cielo. Más adelante cuando están preparados para asimilarlo aumentan poco a poco la dosis de realidad.

La enfermera es un ser humano como cualquier otro y no esta exente de sufrir cierto grado de depresión al atender a pacientes en fase termina. Los sentimientos que afloran con mayor frecuencia en el personal de enfermería son

- ❖ Depresión
- ❖ Frustración
- ❖ Rabia
- ❖ Enojo
- ❖ Culpabilidad
- ❖ Inadecuación y a la larga insensibilidad.

Mientras más joven es la enfermera, tiene una mayor tendencia al enojo, luego a la depresión y por último al desánimo.

Es innegable el hecho de que la enfermera siempre establece lazos emotivos tanto con el paciente como con la familia y en el caso de enfermos terminales no está por lo general, prepararla para un adecuado manejo de la situación.

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

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

Analizar nuestros sentimientos es de gran valor y requiere de tiempo y cierto grado de madurez, las sensaciones de grupo son muy valiosas para lograrlo, es importante saber que no necesariamente lo que se dice es lo que cuenta, sino el cómo lo expresamos y el mensaje de la palabra siempre va anexado al lenguaje corporal que a sin de cuentas es el que más habla de nosotros.

En el ejercicio de su profesión, el personal de enfermería presencia muertes frecuentes, ya sea de pacientes que mueren después de un largo proceso, o el paciente que muere repentinamente (incluyendo aquí los productos de la concepción que son abortados

En ocasiones poco frecuentes, la enfermera tendrá el conocimiento pleno de dar cuidados de enfermería a óbitos, así como a pacientes donadores de órganos.

En general, las enfermeras ayudan a los pacientes a tratar con todo tipo de pérdidas, como por ejemplo. Pérdida de la imagen corporal, (de un órgano la pérdida del ser amado, la pérdida de sensación de bienestar, la pérdida de rol familiar o social, la pérdida de trabajo, etc.

Orientando a la familia, ya que el personal de enfermería es un ser humano, primero es persona y luego profesional, por lo tanto lo correcto es que piense y actúe como persona, con emociones, valores y sentimientos que entran en acción, después él es también es ser holístico. El cuidado del paciente de su trabajo, por lo que encausara sus relaciones en beneficio de ambos. (41)

El cuidado del paciente en fase terminal, el paciente moribundo y el duelo, es una de las responsabilidades, más complejas y desafiantes para el personal de enfermería, ya que requiere de todas sus habilidades para el cuidado psicológico y psisocial para poder dar una atención adecuada al enfermo y a su familia; no hay conductas correctas o apropiadas ante la muerte, por lo que debe evitarse cualquier tipo de juicio y comprender él porque de las actitudes de cada individuo involucrado en dicho proceso.

El hecho de que el personal enfermo este involucrado que cualquier otro miembro del equipo de salud con el proceso de morir, (inclusive mas que él medico), ya que el grupo de enfermería quien asiste en forma continua al paciente. Esto no implica que estos acepten, comprendan o tengan disposición hacia la muerte, ya que todos tenemos problemas emotivos respecto al proceso de morir y a la muerte en sí; es por esto quien asisten a dichos pacientes en términos generales se comportan de la siguiente manera:

Hacer caso omiso del paciente que está muriendo, levantando una barrera cognocitiva y afectiva que nos lleva a conocer al enfermo y que empobrece la relación entre ambos, que obliga a huir y refugiarse en un profesionalismo falso, efectuando técnicas de enfermería correctas, pero sin un sentido humano y que pueden llevar al endurecimiento y hastío profesional y personal.

Proporcionar una atención de enfermería de calidad y entablando una relación personal con el paciente próximo a morir, pero sin saber la enfermera que hacer y como manejar los sentimientos y sufrimientos propios, es muy distinto de sí.

Se realiza una relación personal, con una comunicación, efectiva, siendo la enfermera capaz de reconocer la tensión psicológica a que ambos se ven sometidos, siendo la atención de enfermería de optima calidad; esta experiencia de ayudar, enriquece el desarrollo de lo profesional y personal de quien otorga los cuidados así como de quien los recibe.

❖ (41) THOMPSON, J.B. " ETICA EN ENFERMERIA " , MEXICO, D.F. 1992 P

En todas y cada una de las experiencias antes mencionadas, existe una retroalimentación del binomio enfermera paciente que debe ser evaluado por el profesional de enfermería para que le ayude a encontrar las causas de sus actitudes y comportamiento ante el paciente con muerte inminente y pueda mejorar su desempeño profesional y su desarrollo personal.

El personal de enfermería se enfrenta a agentes estresantes relacionados tanto con los pacientes, como con el ambiente de trabajo y su organismo pone en marcha los mecanismos homeostáticos fisiológicos y psicológicos ante el agente causal; estas respuestas pueden ser adaptativas siendo estos un proceso de cambio que ocurre de tres modos interrelacionados: Fisiológico, psicológico y sociocultural, que surge como mecanismo de defensa.

Día a día, durante las horas de trabajo se enfrenta a situaciones desesperadas, sin poder excluir las causadas fuera de las horas laborables, pero es el proceso de muerte y la muerte en si uno de los factores más estresante a los que se enfrenta la enfermera.

Cuando la enfermera se encuentra cuidando pacientes próximos a morir, siente miedo igual que cualquier otra persona, el temor a la muerte es universal y el profesional de enfermería no está exento sin embargo, se presenta un problema más, pues en términos generales, la sociedad y el resto del equipo de salud esperan de ella un comportamiento de serenidad que le impide expresar sus sentimientos, tanto en presencia, como en ausencia del enfermo, lo cuál a creado en el personal de enfermería un problema, pretendiendo serlo todo para el mundo, etiquetándose como "súper enfermera", comportándose de una forma que no corresponde y que le crea sentimiento de enojo y frustración; puede y debe compartir sus sentimientos con el paciente y la familia con profunda sinceridad y sin perder el control, aprender a escuchar y hablar abiertamente, requiere de tiempo, humildad y confianza; su miedo natural no debe ser interpretado como falla profesional, más bien, como el de un ser sensible ante la perdida y el dolor propio y de los demás

Cuando la enfermera esta cerca del hombre enfermo, sufriente y próximo a la muerte se hace consciente de lo limitado de la vida humana, de la fragilidad de aquellos a quien ama y de forma importante el reconocimiento de su propio ser mortal, de la decadencia de su propia persona, de su extinción.

Tiende el personal de enfermería en forma inconsciente a sentirse invulnerable ante la enfermedad y la muerte, es un pensamiento que se desarrolla através de la practica profesional y que se deriva del pensamiento consciente del deber de cuidar y dar atención a los otros, luego entonces, yo enfermera, no puedo ni debo enfermarme, por lo tanto, tampoco morir.

Es interesante la forma como el personal de enfermería reacciona ante su propia enfermedad, sin ser necesariamente esta una enfermedad terminal, por ejemplo, una enfermedad viral como gripa o un pequeño accidente que le cause consecuencias menores.

Al estar cuidando a un paciente (o varios a un tiempo) que se encuentran en proceso de muerte, la enfermera confronta su situación personal ante dicho proceso, que puede ser conceptualizado por ella surgen entonces múltiples planteamientos e interrogantes respecto a su propia existencia y la de otros, preguntándose por ejemplo ¿ De donde venimos?, ¿Quiénes somos? ¿ Porque y para que vivimos? Como humanidad ¿A qué metas aspiramos personalmente? ¿A que aspiro? ¿Vale la pena vivir? ¿ Porque nacer, crecer amar y morir? ¿ Que valor tiene mi trabajo? ¿Tiene sentido el trabajo humano? ¿ En qué creo?.

Así ante la proximidad de la muerte se pregunta por el sentido de la vida su valor y su fin, y es aquí en donde ella encuentra personalmente el sentido de su vida dándole sentido a la muerte, tomando así conciencia de su existencia. Sin embargo esto no quiere decir que su temor esta superado por supuesto que sigue siendo válido pues en ese o esos procesos de muerte que ella esta viviendo al cuidar al paciente sus miedos surgen con respecto a su propia muerte, que es la aniquilación de su " yo", la separación de los seres que ama, a la perdida de la conciencia y al sufrimiento físico.

Al igual que el enfermo y sus familiares la enfermera presenta las reacciones psicológicas que en general se presentan y que son: negación y aislamiento, ira, pacto(regateo),depresión y aceptación que no necesariamente se presenta en forma cronológica y que pueden repetirse en el curso de una enfermedad y / o proceso de muerte.

Esto no es todo, el profesional de enfermería tiene que enfrentarse aun a situación sumamente difícil y estresante cuando el paciente muere es ella quien permanece con el cadáver, la realidad de la muerte esta ahí, ella esta ante la vaciedad, cuyo cuerpo inanimado, sin vida, la confronta ante la realidad de la muerte y se cuestiona una ves mas respecto a la existencia, su existencia y se cuestiona también respecto aun mas aya de la muerte: ¿Qué le espera a él que ha muerto? ¿En que creo? ¿Qué me espera a mí después de mi muerte?

¿Tengo que dar cuenta de mi vida a alguien? ¿Hay algo más allá?.

Y ante estas interrogantes surge una de suma importancia, que le hace replantearse el sentido de su propia existencia y es: ¿Qué he hecho con mi vida?, ¿He utilizado mis capacidades correcta y convenientemente para los otros y para mí? ¿Qué debo de hacer de mi vida?. Es así como la muerte rompe con la cotidianeidad de la vida e invita a la reflexión de la vida, creando un compromiso y a su vez una conciencia de su temporalidad.

Al estar consciente de su mortalidad le hace vivir cada día plenamente, valorar los pequeños detalles de la vida y cuidar las cosas valiosas de la misma hacer un mejor uso del tiempo; la vida no pierde su significado con la muerte y a su vez el valor de la existencia no se mide por el tiempo, pues cada momento de su existencia es lo que le da sentido a la misma; cada momento tiene un significado en sí mismo por lo tanto el momento vivido debe ser uno que valga la pena: valorado como único e infinito.

El personal de enfermería podrá o no aceptar que tiene dichos pensamientos respecto a y derivados de la muerte y atener un comportamiento de indiferencia o desafío e incluso hacer bromas respecto a la misma para esconder ante los otros su miedo que no es capaz de aceptar.

Al exteriorizar sus sentimientos con otras enfermeras y al hacerlo en una relación de apertura podrá reconocer que sus compañeros también tiene mucho que expresar al respecto, el respeto hacia sus opiniones es de suma importancia, pues sabe que nadie reacciona de la misma forma ante un mismo estímulo; si el personal de enfermería no afronta sus sentimientos respecto a la muerte a la larga afectara sus relaciones con otros y su salud mental sé vera afectada.

Toda relación interpersonal tiene como consecuencia retroalimentación que en este caso deberá ser altamente positiva para los integrante que tomen parte al exteriorizar sus sentimientos.

Dado que sea considerado que el comportamiento de la enfermera es ecuánime, ante cualquier situación de estrés, el personal del hospital en general delega en ella laborales que a otros causa incomodidad, por ejemplo un medico le indica que permanezca con el paciente moribundo o efectúa tal o cual técnica, y el se desliga de dicha situación; personal no sanitario se acerca a ella cuando un paciente muere en busca de ayuda para disipar sus temores al respecto o simplemente cuando no puede resolver una situación "x" de cualquier índole y que este en relación con los pacientes; es entonces cuando ella debe responder con honestidad y reconocer sus sentimientos y limitaciones.

Es importante que la enfermera inicie su propio trabajo de duelo, pues la fase inicial de este proceso es básica para el resto de su desarrollo, es por ello conveniente que la enfermera permanezca unos momentos junto al cadáver del paciente, así como estas unos momentos con los familiares ya que esto da opción a que compartan sus sentimientos; de esta forma le ayudará a ellos también.

Puesto que la enfermera continúa dando cuidados al cuerpo del paciente que ha muerto, es importante que se refiera a él como tal y como si estuviese vivo.

Al trabajar con pacientes en estado terminal o con muerte inminente, la enfermera debe ser consciente de la ética del bien morir, el hecho de que esté cuidado a una persona próxima a morir no es razón para que éste ser sea tratado sin respeto, sin ser tomado en cuenta, pues puede caer en el hecho de que sea tomado como un instrumento de trabajo, como una cosa y no como un persona.

La enfermera debe ennoblecer al enfermo que puede perder su propia humanidad, cuando la enfermera ha sido capaz de comprender lo que es el proceso de muerte y él es sentido de a muerte, podrá ofrecer un cuidado de enfermería profesional y de alta calidad e intervenir adecuadamente para poder ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades físicas, psíquicas y espirituales; comprenderá que uno de los más grandes temores del paciente en fase terminal y del moribundo, es el miedo a morir sólo y no a la muerte en sí.

La enfermera se identifica con sus pacientes por medio de la comunicación y aprende a leer las expresiones corporales, para la comunicación y aprende a leer las expresiones no verbales del enfermo, pues no estará éste siempre en condiciones de mantener una comunicación verbal y aunque así fuese, ella debe detectar si lo que el enfermo dice concuerda con su lenguaje corporal.

El proceso agónico es de suma importancia, pues del se derivan las necesidades fisiológicas del paciente las cuales en ocasiones no son satisfechas completamente si se desconoce dicho proceso, lo cual como consecuencia dolor e incomodidades. Físicas que aumentarán su dolor. (42)

Si para el paciente la religión ha sido un factor importante en su vida, tratará de hablar de ello y compartirlo, se hará cuestionamientos respecto a los relacionado con ella y el valor que ha tenido su vida, es importante que en estos momentos la enfermera identifique los componente espirituales y culturales de su paciente para poder reforzarlos, los respete y no trate de imponer los propios.

* (42) REYES ZUBIRIA, L.A. "BASES FUNDAMENTALES DE PSICOLOGIA, DE PSICOTERAPIA Y DE ESPIRITUALIDAD" MEXICO, 1991

El personal de enfermería esta consciente de que ninguna persona reacciona de igual manera y que el proceso de muerte es individual, debemos de evitar que se sienta sólo y ayudarlo a superar ciertos temores ante la inminencia de la muerte, su deber es acompañar al paciente y ello no implica que al estar conversando con él, se debe ser uno, es decir que la compañía sea un autentico estar con él, u no una persona física, como si al estar con él fuese un bulto.

El personal de enfermería, no debe presentarse ante el enfermo terminal o paciente moribundo con una máscara que esconda sus miedos o con una gran barrera de por medio, si es autentica su atención y cuidados, ayudara la paciente a morir con dignidad, aceptación, y paz, teniendo siempre en cuenta que su paciente es un ser hólístico, pues la calidad de la muerte esta en intima correlación con los auténticos y válidos interlocutores con quien el paciente trate

El paciente se siente realmente dolido, no cuando descubre la incompetencia del personal, sino más bien cuando se ve privado de atención, de humanidad y de personalidad.

La falta de conocimiento y el temor a la propia muerte es lo que frecuentemente provoca que no se pueda establecer una relación interpersonal terapéutica entre la enfermera, el paciente en fase terminal y/o moribundo y su familia.



CAPITULO III

METODOLOGIA

UNIDAD DE INVESTIGACION

Se llevo a cabo una entrevista al personal de enfermería que trabaja en el Hospital de la Mujer de la Secretaria de Salud, que labora en las áreas ginecobstetricas, como Terapia Intermedia, e intensiva, Oncología, Puerperio Complicado, Embarazo de Alto riesgo, Quirófano y la UTQ, así como el Alojamiento Conjuntos, la consulta externa y el área de Urgencias, la aplicación de una encuesta de 15 reactivos cerrados, que posteriormente se interpretaron los datos recabados y se analizaron de manera objetiva y cuantitativa, que permita comprobar la pregunta inicial de la investigación, tomando en consideración que se interpretaran en forma cualitativa los aspectos Tanatologicos en Enfermería.

"CUENTA CON CONOCIMIENTOS TANATOLOGICOS LA ENFERMERA GENERAL DEL HOSPITAL DE LA MUJER PARA DAR ATENCION A LA PACIENTE GINECOLOGICA"

TIPO DE INVESTIGACION

Se llevo a cabo una investigación:

Descriptiva

Cualitativa

Cuantitativa

Transversal

Observacional en forma directa y personalizada al personal de enfermería que labora en el Hospital de la Mujer de la Secretaria de Salud.

Se aplico una encuesta de 15 reactivos de forma cerrada a enfermeras generales de los turnos matutino, vespertino del Hospital de la Mujer

DISEÑO DE INVESTIGACION

Por la participación del Investigador:

Descriptivo, Bibliográfico

Por el objetivo del estudio

Cualitativamente-cuantitativamente

Por la medición del evento

Transversal

Uso de instrumento

Aplicación de encuesta

UNIVERSO

Personal de enfermería que trabaja en el Hospital de la Mujer de la Secretaria de Salud, que labore en las áreas ginecobstetricas, como Terapia Intermedia, e intensiva, Oncología, Puerperio Complicado, Embarazo de Alto riesgo, Quirófano y la UTQ, así como el Alojamiento Conjunto, la Consulta Externa y el Area de Urgencias.

POBLACION

Enfermeras especialistas y generales cuyo servicio esta en áreas ginecobstetricas como Terapia Intermedia, e intensiva, Oncología, Puerperio Complicado, Embarazo de Alto riesgo, Quirófano, la UTQ, el Alojamiento Conjunto, la Consulta Externa y el área de Urgencias.

MUESTRAS:

Personal de enfermería que atiende a pacientes con patologías ginecobstetricas Con cuidados específicos o en fase terminal así como a sus familiares.

El tamaño de la muestra se considera conforme al número de enfermeras reflejadas en la plantilla que es de 478 enfermeras en los dos primeros turnos, considerando una muestra de 94 enfermeras

METODOS DE SELECCIÓN

Personal de enfermería que trabaja en el Hospital de la Mujer, de la Secretaria de Salud, que tenga mínimo 3 años de experiencia de en las áreas ya mencionadas y que aceptaron participar en el trabajo de investigación, se aplicó una encuesta, posteriormente se interpretaron los resultados recabados y se analizaron .

RECOLECCION DE DATOS

Se realizo la investigación mediante encuesta, de 15 preguntas subdivididos en 2 partes: definiciones y conceptos posteriormente en actitudes y consideraciones.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se explica el motivo de la encuesta, se solicito la autorización para aplicación de la misma y se les proporciona el cuestionario con las instrucciones de respuesta mediante una "x" en la opción que consideren las adecuada a su criterio

LOGISTICA

Se realizo una prueba piloto con estudiantes de los niveles de Licenciatura y Técnico en las Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús y Conalep plantel Coyoacán, aplicando una total de 70 encuestas con resultados no sesgados, ya que no se les explico nada sobresaliente en tanatología.

Arrojando resultados considerables para proseguir con la investigación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(ver anexos)

El plan de trabajo se elaboro sin interrumpir las tareas de los grupos y en espacios de oportunidades.

REQUERIMIENTOS DE INVESTIGACION

Recursos humanos:

Dos encuestadores que visitaron los diferentes turnos entrevistando al personal de enfermería que labora en el Hospital de la Mujer, en las áreas de Terapia Intermedia, e intensiva, Oncología, Puerperio Complicado, Embarazo de Alto riesgo, Quirófano, la UTQ, el Alojamiento Conjunto, la Consulta Externa y el Area de Urgencias.

Recursos materiales:

Cuestionarios, lápices, plumas, corrector y computadora

Recursos financieros:

Los investigadores aportaron el capital necesario de su pecunia para la elaboración de cuestionarios, transporte, papel, copias, y otros elementos para la elaboración de la investigación.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Como resultado de la encuesta realizada el pasado 06 de septiembre dentro de las instalaciones del Hospital de la Mujer, en los servicios ya especificados, se obtuvieron los siguientes datos.

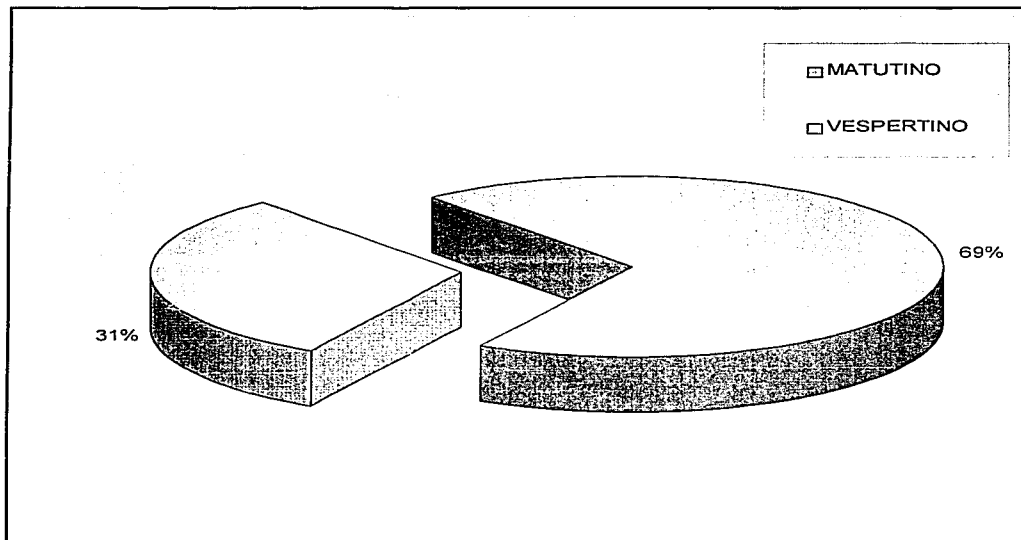
CUADRO NO. 1

ENFERMERAS ENCUESTADAS POR TURNO DEL HOSPITAL DE LA MUJER

| <i>TURNO</i> | <i>CASOS</i> | <i>%</i> |
|-------------------|--------------|---------------|
| MATUTINO | 65 | 69.15 |
| VESPERTINO | 29 | 30.82 |
| TOTAL | 94 | 100.00 |

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTA REALIZADA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER, SEPTIEMBRE 06 DEL 2002, MEXICO, D.F.

GRAFICA NO. 1



FUENTE : DATOS OBTENIDOS DEL CUADRO NO. 1
ENCUESTA DEL 06/09/02, MEXICO, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO NO. 2

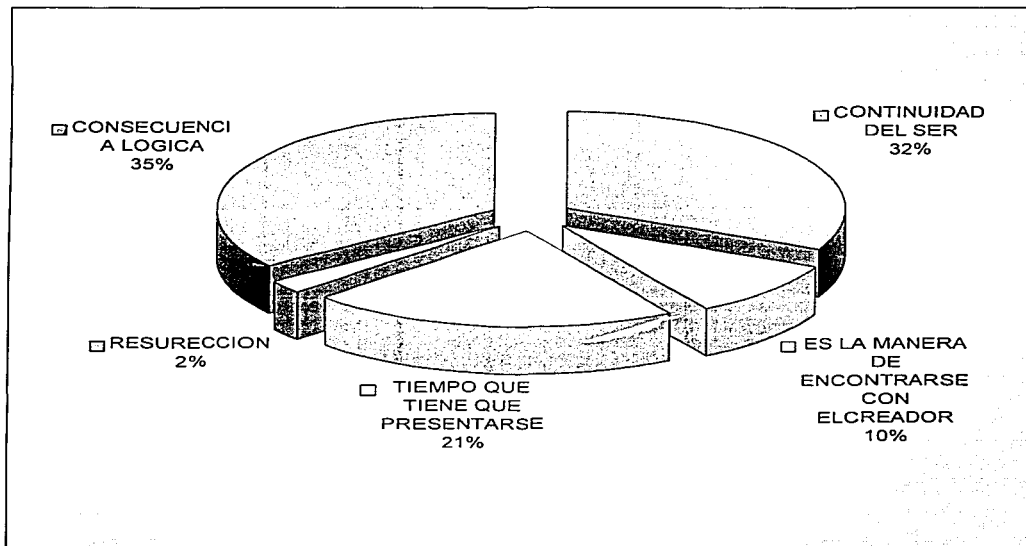
COMO DESCRIBES A LA MUERTE

| <i>INTERROGANTE</i> | <i>CASOS</i> | <i>%</i> |
|--|--------------|---------------|
| CONTINUIDAD DEL SER | 30 | 31.91 |
| ES LA MANERA DE ENCONTRARSE CON EL CREADOR | 9 | 9.57 |
| TIEMPO QUE TIENE QUE PRESENTARSE | 20 | 21.28 |
| RESURECCION | 2 | 2.13 |
| CONSECUENCIA LOGICA | 33 | 35.11 |
| <i>TOTAL</i> | <i>94</i> | <i>100.00</i> |

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTA REALIZADA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER, SEPTIEMBRE 06 DEL 2002, MEXICO, D.F.

LA TANATOLOGIA EN LA PACIENTE GINECOLOGICA

GRAFICA NO. 2



FUENTE : DATOS OBTENIDOS DEL CUADRO NO. 2
ENCUESTA DEL 06/09/02, MEXICO, D.F.

LA TANATOLOGIA EN LA PACIENTE GINECOLOGICA

CUADRO NO. 3

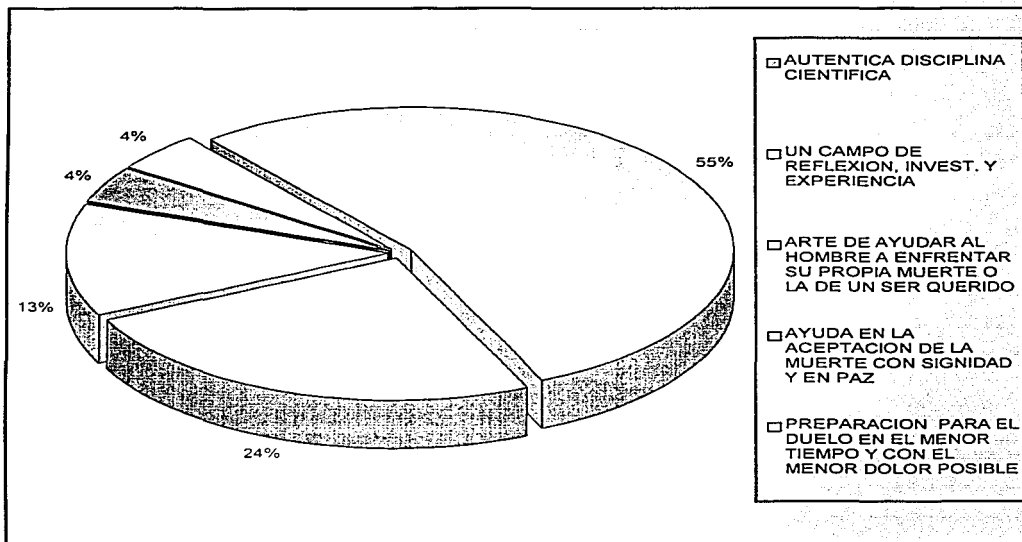
QUE CONCEPTO TIENE SOBRE LA TANATOLOGIA

| <i>INTERROGANTE</i> | <i>CASOS</i> | <i>%</i> |
|--|--------------|---------------|
| AUTENTICA DISCIPLINA CIENTIFICA | 4 | 4.26 |
| UN CAMPO DE REFLEXION, INVESTIGACION Y EXPERIENCIA | 4 | 4.26 |
| ARTE DE AYUDAR AL HOMBRE A ENFRENTAR SU PROPIA MUERTE O LA DE UN SER QUERIDO | 51 | 54.26 |
| AYUDA EN LA ACEPTACION DE LA MUERTE CON DIGNIDAD Y EN PAZ | 23 | 24.47 |
| PREPARACION PARA EL DUELO EN EL MENOR TIEMPO Y CON EL MENOR DOLOR POSIBLE | 12 | 12.77 |
| <i>TOTAL</i> | <i>94</i> | <i>100.00</i> |

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTA REALIZADA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER, SEPTIEMBRE 06 DEL 2002, MEXICO, D.F.

LA TANATOLOGIA EN LA PACIENTE GINECOLOGICA

GRAFICA NO. 3



FUENTE : DATOS OBTENIDOS DEL CUADRO NO. 3
ENCUESTA DEL 06/09/02, MEXICO, D.F.

CUADRO NO. 4

**QUE ES LA MUERTE APROPIADA
(CON DIGNIDAD)**

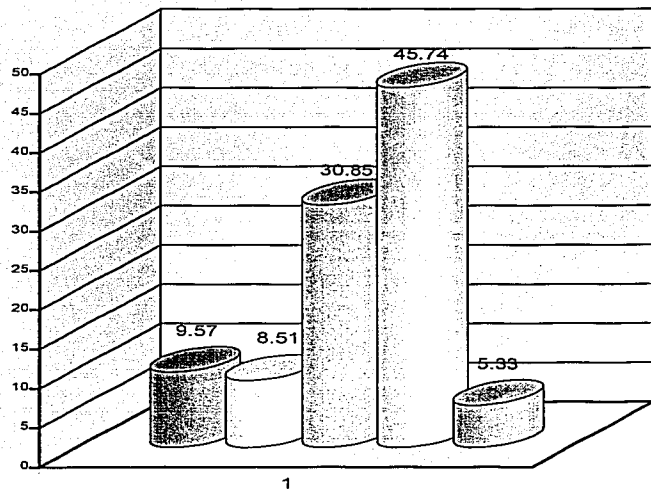
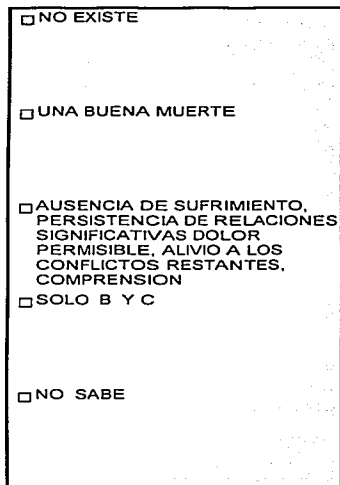
| <i>INTERROGANTE</i> | <i>CASOS</i> | <i>%</i> |
|--|------------------|----------------------|
| NO EXISTE | 9 | 9.57 |
| UNA BUENA MUERTE | 8 | 8.51 |
| AUSENCIA DE SUFRIMIENTO, PERSISTENCIA DE RELACIONES SIGNIFICATIVAS, DOLOR PERMISIBLE, ALIVIO A LOS CONFLICTOS RESTANTES, COMPRESION | 29 | 30.85 |
| SOLO B Y C | 43 | 45.74 |
| NO SABE | 5 | 5.32 |
| <i>TOTAL</i> | <i>94</i> | <i>100.00</i> |

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTA REALIZADA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER, SEPTIEMBRE 06 DEL 2002, MEXICO, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LA TANATOLOGIA EN LA PACIENTE GINECOLOGICA

GRAFICA NO. 4



FUENTE : DATOS OBTENIDOS DEL CUADRO NO. 4
ENCUESTA DEL 06/09/02, MEXICO, D.F.

LA TANATOLOGIA EN LA PACIENTE GINECOLOGICA

CUADRO NO. 5

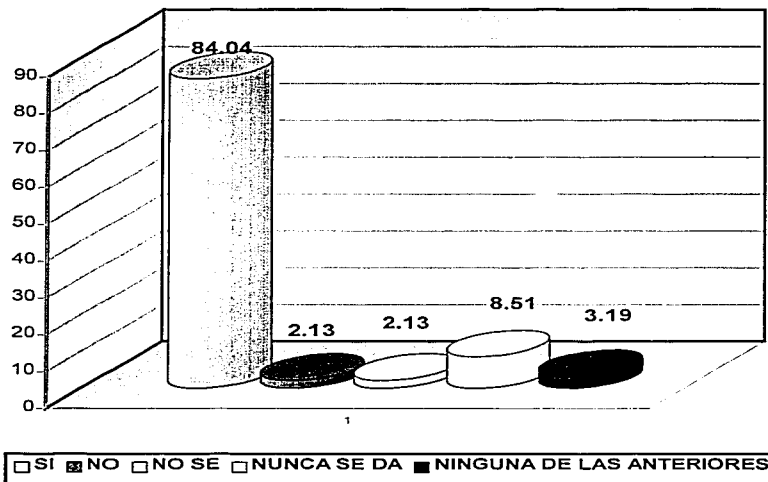
**EL MORIR CON DIGNIDAD ES UN DERECHO
PRIMARIO Y FUNDAMENTAL DEL SER HUMANO**

| <i>INTERROGANTE</i> | <i>CASOS</i> | <i>%</i> |
|---------------------------|--------------|---------------|
| SI | 79 | 84.04 |
| NO | 2 | 2.13 |
| NO SE | 2 | 2.13 |
| NUNCA SE DA | 8 | 8.51 |
| NINGUNA DE LAS ANTERIORES | 3 | 3.19 |
| <i>TOTAL</i> | <i>94</i> | <i>100.00</i> |

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTA REALIZADA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER, SEPTIEMBRE 06 DEL 2002, MEXICO, D.F.

LA TANATOLOGIA EN LA PACIENTE GINECOLOGICA

GRAFICA NO. 5



FUENTE : DATOS OBTENIDOS DEL CUADRO NO. 5
ENCUESTA DEL 06/09/02, MEXICO, D.F.

LA TANATOLOGIA EN LA PACIENTE GINECOLOGICA

CUADRO NO. 6

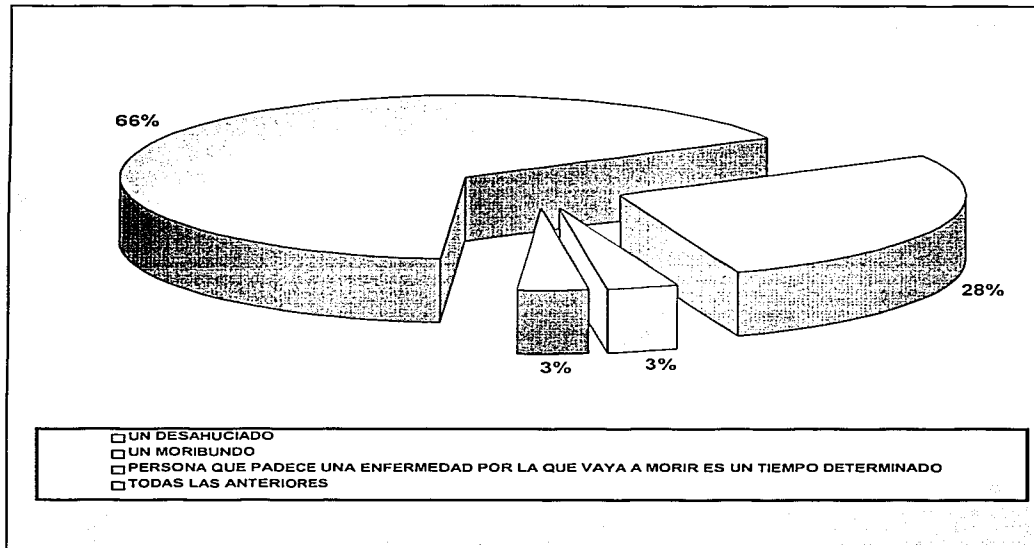
COMO DEFINE A UN PACIENTE TERMINAL

| <i>INTERROGANTE</i> | <i>CASOS</i> | <i>%</i> |
|---|--------------|---------------|
| UN DESAHUCIADO | 3 | 3.19 |
| UN MORIBUNDO | 3 | 3.19 |
| ENFERMO QUE TIENE LA SENSACION DE QUE TODO ES ESFUERZO INUTIL | 0 | |
| PERSONA QUE PADECE UNA ENFERMEDAD POR LA QUE VAYA A MORIR EN UN TIEMPO DETERMNADO | 65 | 65.96 |
| TODAS LAS ANTERIORES | 26 | 27.66 |
| <i>TOTAL</i> | <i>94</i> | <i>100.00</i> |

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTA REALIZADA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER, SEPTIEMBRE 06 DEL 2002, MEXICO, D.F.

LA TANATOLOGIA EN LA PACIENTE GINECOLOGICA

GRAFICA NO. 6



FUENTE : DATOS OBTENIDOS DEL CUADRO NO. 6
ENCUESTA DEL 06/09/02, MEXICO, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO NO. 7

CUALES CONSIDERAS QUE SON LAS EMOCIONES DEL PROCESO DE MUERTE TANTO DEL PACIENTE, ENFERMERA Y FAMILIA.

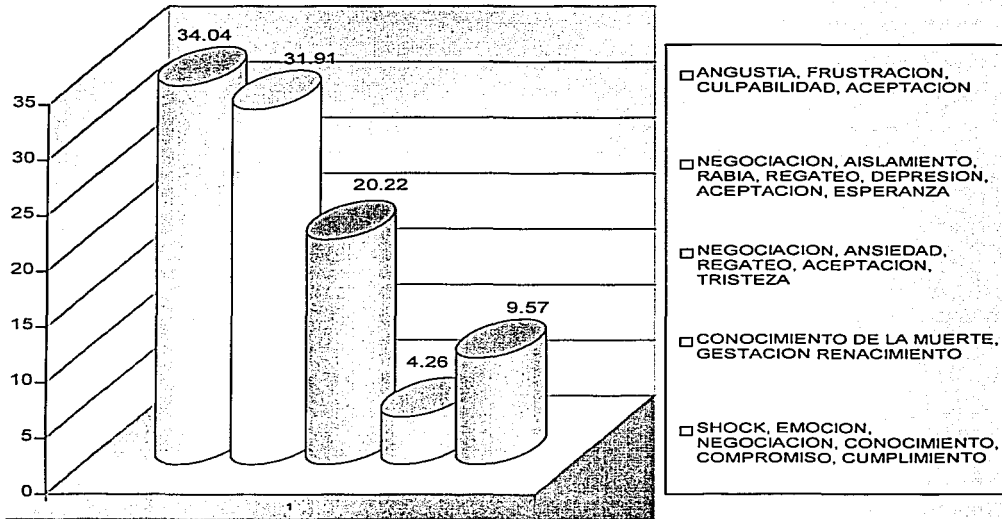
| <i>INTERROGANTE</i> | <i>CASOS</i> | <i>%</i> |
|--|--------------|---------------|
| ANGUSTIA, FRUSTRACION, CULPABILIDAD, ACEPTACION | 32 | 34.04 |
| NEGOCIACION, ASILAMIENTO, RABIA, REGATEO, DEPRESION, ACEPTACION, ESPERANZA | 30 | 31.91 |
| NEGOCIACION, ANSIEDAD, REGATEO, ACEPTACION, TRISTEZA | 19 | 20.21 |
| CONOCIMIENTO DE LA MUERTE, GESTACION RENACIMIENTO | 4 | 4.26 |
| SCOCK, EMOCION, NEGACION, CONOCIMIENTO, COMPROMISO, CUMPLIMIENTO | 9 | 9.57 |
| TOTAL | 94 | 100.00 |

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTA REALIZADA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER, SEPTIEMBRE 06 DEL 2002, MEXICO, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LA TANATOLOGIA EN LA PACIENTE GINECOLOGICA

GRAFICA NO. 7



FUENTE : DATOS OBTENIDOS DEL CUADRO NO. 7
ENCUESTA DEL 06/09/02, MEXICO, D.F.

LA TANATOLOGIA EN LA PACIENTE GINECOLOGICA

CUADRO NO. 8

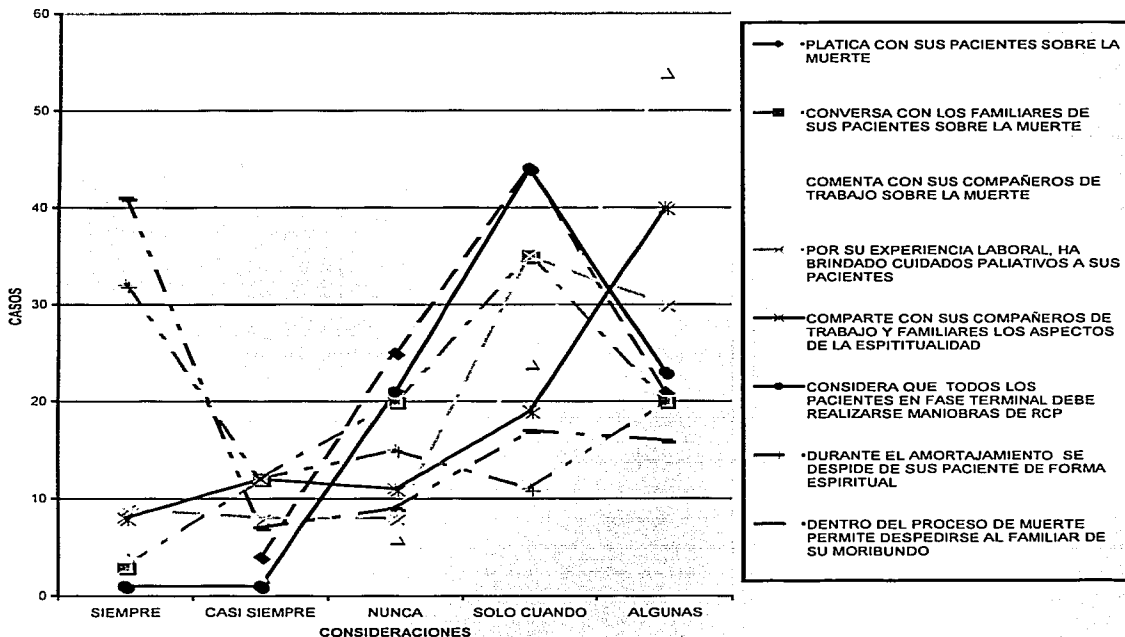
| <i>INTERROGANTE</i> | <i>SIEMPRE</i> | <i>CASI SIEMPRE</i> | <i>NUNCA</i> | <i>SOLO CUANDO ES NECESARIO</i> | <i>ALGUNAS VECES</i> |
|--|----------------|---------------------|--------------|---------------------------------|----------------------|
| PLATICA CON SUS PACIENTES SOBRE LA MUERTE | | 4 | 25 | 44 | 21 |
| COMVERSA CON LOS FAMILIARES DE SUS PACIENTES SOBRE LA MUERTE | 3 | 12 | 20 | 35 | 20 |
| COMENTA CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO SOBRE LA MUERTE | 4 | 2 | 6 | 24 | 54 |
| POR SU EXPERIENCIA LABORAL, HA BRINDADO CUIDADOS PALIATIVOS A SUS PACIENTES | 9 | 8 | 8 | 35 | 30 |
| COMPARTO CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO Y FAMILIARES LOS ASPECTOS DE LA ESPIRITUALIDAD | 8 | 12 | 11 | 19 | 40 |
| CONSIDERAS QUE TODOS LOS PACIENTES EN FASE TERMINAL DEBE REALIZARSE MANIOBRAS DE RCP | 1 | 1 | 21 | 44 | 23 |
| DURANTE EL AMORTAJAMIENTO SE DESPIDE DE SU PACIENTE DE FORMA ESPIRITUAL | 32 | 12 | 15 | 11 | 20 |
| DENTRO DEL PROCESO DE MUERTE PERMITE DESPEDIRSE AL FAMILIAR DE SU MORIBUNDO | 41 | 7 | 9 | 17 | 16 |

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTA REALIZADA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER, SEPTIEMBRE 06 DEL 2002, MEXICO, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LA TANATOLOGIA EN LA PACIENTE GINECOLOGICA

GRAFICA NO. 8



FUENTE : DATOS OBTENIDOS DEL CUADRO NO. 8 ENCUESTA DEL 06/09/02, MEXICO, D.F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

LA TANATOLOGIA EN LA PACIENTE GINECOLOGICA

CUADRO NO.9

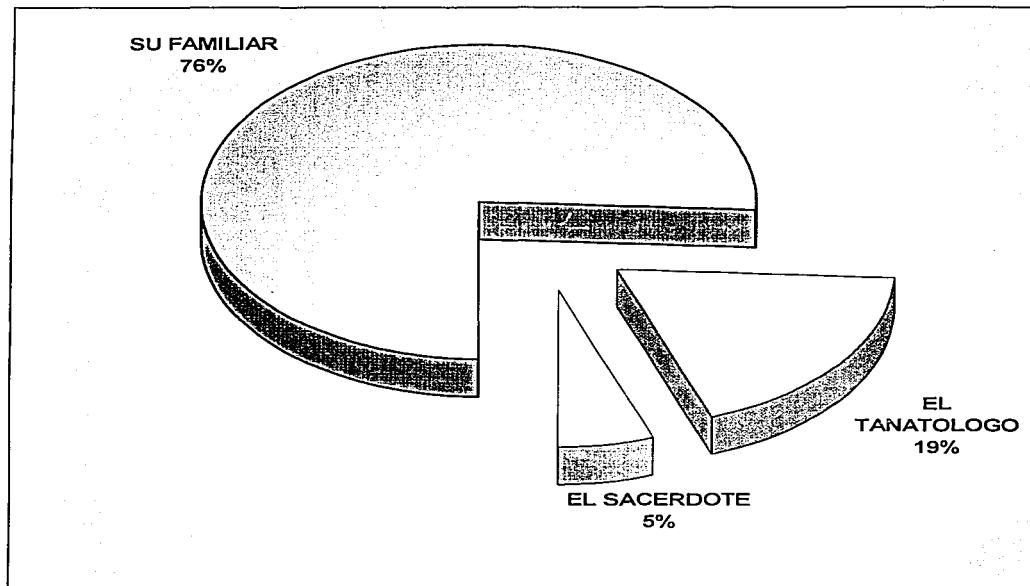
A SU CONSIDERACION, DEBE EXISTIR RELACION DEL ENFERMO TERMINAL O EN FASE TERMINAL CON

| <i>INTERROGANTE</i> | <i>CASOS</i> | <i>%</i> |
|----------------------|--------------|--------------|
| SU FAMILIAR | 69 | 73.40 |
| EL MEDICO | 0 | 0 |
| EL TANATOLOGO | 17 | 18.09 |
| EL SACERDOTE | 5 | 5.32 |
| LA ENFERMERA | 0 | 0 |
| TOTAL | 91 | 96.81 |

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE ENCUESTA REALIZADA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER, SEPTIEMBRE 06 DEL 2002, MEXICO, D.F.

CABE MENCIONAR QUE DEL 100 % (94) SOLO CONTESTARON 91, DEBIDO A QUE SE ANULARON 4 ENCUESTAS POR ESTAS INCOMPLETAS, EN ESTA OPCION, POR OTRO LADO DE LAS 91 EL 35 % CONSIDERO QUE DEBEN TOMARSE TODAS.

GRAFICA NO.9



FUENTE : DATOS OBTENIDOS DEL CUADRO NO. 9
ENCUESTA DEL 06/09/02, MEXICO, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANALISIS DE RESULTADOS

Se realizo la encuesta el pasado 06 de Septiembre del presente año, en las Instalaciones del Hospital de la Mujer, al personal de enfermería de los diferentes servicios, y se obtuvieron los siguientes resultados:

Se obtuvo una participación 69.15 % en el turno matutino y 30.85 %, en el turno vespertino con un lo anterior en virtud de que la plantilla del Hospital contempla un mayor número de enfermeras para la realización de actividades propia de sus servicios, lo cual nos permitió un avance optimo en la aplicación de la encuesta, considerando el volumen de trabajo del turno matutino.

Por otra parte el vespertino se mostró optimista y apoyo la labor de la aplicación de la encuesta, ya que el tema de la Tanatología, es considerado de interés.

Cabe mencionar que el personal del Hospital se mostró interesado en conocer mas acerca de la aplicación de la Tanatología en el medio profesional , tanto para una mejor atención a la paciente ginecológica, como en su vida cotidiana, puesto que es un tema de importancia social en nuestros días

ambos turnos fueron de gran importancia en la aplicación de la encuesta, ya que aportaron resultados importantes para la presente investigación.

Nota: no consideramos al turno de la velada, debido a se cuenta con poco personal y esto repercute en sus labores, ya que tomaría tiempo valioso para sus actividades.

De la serie de 15 interrogativas presentadas en la encuesta se llevo al siguiente resultado:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMO DESCRIBES A LA MUERTE

EL 35.11 % del personal encuestado considera que la Muerte es una Consecuencia Lógica, debido a que la mayoría considero que es un paso a seguir de todo individuo. Por otra parte el 31.91 % considera que es una Continuidad del Ser, ya que es el paso siguiente de nuestro proceso de desarrollo humano.

Podemos mencionar que el personal maneja en similitud un concepto propio de la muerte, pero enfocados a una solo camino que es algo que no se puede evitar y que es parte de nuestro proceso de vida al cual estamos ligados y que tarde o temprano se tiene que afrontar. Se observa en los resultados que un 21.28 % lo tomo como Suceso u Hecho que no tiene precedente, es decir que se Tiene que Presentar, en algún momento además que en el ámbito Hospitalario es una situación que es vivida constantemente por el personal de enfermería.

QUE CONCEPTO TIENES SOBRE LA TANATOLOGIA.

De los resultados presentados un 54.26 % considera que la Tanatología es un Arte para ayudar al hombre a enfrentar su propia muerte o la de un ser querido, así también un 24.47 % ratifico que la Tanatología es una Ayuda en la Aceptación de la muerte con dignidad y en paz. Ambos resultados presentan que el personal considera y conoce el papel de la Tanatología en forma empírica hacia el paciente y su familia principalmente en pacientes ginecobstetrico.

Por otra parte de las opciones presentadas un 12.77 % maneja que la Tanatología es una preparación para el duelo en el menor tiempo y con el menor dolor posible, respuesta valida e importante, ya que el preparar al paciente, familiares y amigos de los mismos, hacia el Duelo sin dolor es una actividad del tanatologo, así como de la enfermera, en caso de que se le pida su apoyo, ya que por su experiencia y relevancia en la atención puede aportar menor sufrimiento para todos los involucrados.

Podemos mencionar que el personal de enfermería conoce y contempla la labor de la Tanatología tanto para su ámbito personal como profesional, ya que como ser humano también tiende a padecer duelo por el manejo de pacientes y familiares.

TESTS CON
FALLA DE ORIGEN

QUE ES LA MUERTE APROPIADA (CON DIGNIDAD)

De esta interrogante un 45.74 % considera que la Muerte Apropiada es, una Buena muerte, aunada a una Ausencia de sufrimiento, con un dolor permisible, Alivio a los conflictos restantes y comprensión al paciente u familiar, cifra importante, pues muestra que como seres humanos tenemos derecho a morir de la mejor forma y sin sufrimiento, objetivo de la Tanatología y función que se proporciona en las actividades de enfermería al realizar los cuidados paliativos, de mejora y calidad al paciente, para mantenerlo lo más confortable posible.

De esta forma se comprueba que la enfermera, es la primera en desempeñar funciones de tanatologo, ya que ofrece confort, ayuda y proporciona un ambiente terapéutico de tranquilidad al paciente, para su mejor estabilidad emocional.

Resumiendo, cabe mencionar que siendo tanatologo, enfermera, medico u otro miembro del equipo de salud, se pueden proporcionar cuidados y mejoras para la tranquilidad y bienestar del paciente, haciendo su agonía menos dolorosa, conjuntamente con sus procesos de duelo, así como otorgarle una Buena Muerte.

EL MORIR CON DIGNIDAD ES UN DERECHO PRIMARIO Y FUNDAMENTAL DEL SER HUMANO

El 84.04 %, afirma que el morir con Dignidad es un derecho primario y fundamental. El resultado demuestra que como pacientes tenemos derechos y uno de ellos es el morir con respeto y dignidad, cuando ya es irremediable la muerte.

En un minino margen del 8.51 % considera que nos hay muerte con dignidad puesto que nunca se lleva a cabo, la cual es valida, y nos permite ver otro punto de vista de la actitud del personal

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMO DEFINE A UN PACIENTE TERMINAL

El 65.96 % define al Paciente Terminal como una Persona que padece una enfermedad en donde va a morir en un tiempo determinado.

Si consideramos el concepto real de paciente terminal, donde es: **persona que padece de una enfermedad potencialmente terminal por la que probablemente vaya a morir en un tiempo relativamente corto.**

Es aceptada la respuesta, y el personal maneja adecuadamente el termino de Paciente Terminal, Así mismo se resalta la calidad humana y el respeto de los individuos ante los pacientes.

Por otra parte un 27.66 % considera las opciones tanto de moribundo, desahuciado, para este resultado es recomendable establecer un parámetro u concepto más fácil de identificar para la minoría y concretizar la idea de moribundo.

CUALES CONSIDERAS QUE SON LAS EMOCIONES DEL PROCESO DE MUERTE TANTO DEL PACIENTE, ENFERMERA Y FAMILIA.

El 34.04 % considera la *Angustia, Frustración, culpabilidad y aceptación* como emociones primarias en el proceso de la Muerte, por otra parte el 31.91 % toma la negociación, el aislamiento, la rabia, el regateo, la depresión, la aceptación y esperanza como emociones del paciente, enfermera y familia.

Para ambas propuestas, las emociones ya citadas son validas, pues diferentes autores interpretan distintas facetas del proceso de duelo, por lo que podemos decir que de acuerdo a la perspectiva de la enfermera, de sus experiencias y manejo de situaciones de duelo se manifiestan conforme al desarrollo, del mismo, además de que cada ser es diferente, en la forma sentir y desarrollar sus emociones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De las interrogantes de la encuesta presentadas de la no. 7 a la 14 donde se manejaron opciones de siempre, casi siempre, nunca, solo cuando es necesario y algunas veces, se obtuvieron resultados importantes en el Tema de la muerte, no solo como camino de una secuencia lógica o suceso que debe presentarse, sino más bien que es algo que no esta dentro de nuestra rutina de vida o pensamiento, por lo que se manejan y se presentan los siguientes puntos.

De las preguntas 7 y 8. el 46.81 % y 38.99 % respectivamente consideran que *Solo cuando es necesario de debe conversar sobre la muerte con familiares y pacientes*, por otro lado en la pregunta no. 9 el 60 % dice que algunas veces comenta sobre la muerte con sus compañeros, así mismo el 38.89 % dice que *Solo cuando es necesario brindar los cuidados paliativos a sus pacientes*.

De la pregunta 11 el 44.44 % comenta algunas veces se *Comparte los aspectos espirituales con compañeros y familiares*, estos resultados son una situación preocupante, ya que manifiesta que aun no se cuenta con la premura de poder incluir la muerte en nuestro vocabulario cotidiano.

De la pregunta 12, el 48.89 % dice que *Solo Cuando en necesario, hay que realizar maniobras de RCP*, ya que por la experiencia y por respeto al paciente en muy traumático y desgastaste para el paciente cuando este ya no tiene medio de sobrevivencia ante una situación donde no hay esperanza de calidad de vida , de igual forma algo muy marcado y de con gran importancia es que los resultados de la interrogante 13, donde el 35.56 % comenta que *Siempre procura el despedirse de su paciente* en forma espiritual al amortajarlo, por otro lado de la interrogante 14, el 45.56 % manifestó que *Siempre se le permite despedirse al familiar de su moribundo*.

Estos resultados demuestran la calidad humana de las enfermeras y conforme a sus creencias religiosas manifiestan una mayor tranquilidad para ambas partes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A SU CONSIDERACION DEBE EXISTIR RELACION DEL ENFERMO TERMINAL O EN FASE TERMINAL CON

Un 73.40 % manifiesta que la mayor relación que debe existir entre el enfermo terminal y en fase terminal, es con sus familiares, dejando en segunda opción al Tanatologo con el 18.09 %.

De acuerdo a lo expresado con anterioridad y conforme a las distintas maneras de manejar el duelo y los procesos de la muerte, podemos definir que el mayor lazo existente es el familiar, ya que es con quien vive, conoce y manifiesta todas sus emociones a lo largo de toda sus vida, pero es de relevancia considerar a la enfermera, tanatologo y el resto del equipo de salud como miembros para el buen desarrollo de una muerte, en primera instancia la enfermera, quien es la que ofrece el ambiente y los cuidados terapéuticos para su mejoría o estancia dentro de la unidad hospitalaria.

Así mismo el tanatologo es quien proporciona la atención humana y ayuda a disminuir el dolor y comprender la situación de nuestro paciente.

El resultado presente, se puede considerar como individual además de contener los lazos fraternales de unidad entre humanos, ya que la familia es el vinculo de mayor unión entre los individuos.

Cabe mencionar que dentro de la encuesta, se manifestaron en un 35 % que debería considerarse la unión con el familiar, él médico, el tanatologo, el sacerdote y la enfermera.

Por otra parte dentro de la encuesta revisado los resultados no se obtuvo porcentaje para la enfermera y al medico, independientemente de los expresado en el párrafo anterior.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Durante la elaboración y realización de esta investigación, recabamos una infinidad de experiencias, donde se pudo comprobar y rectificar el profesionalismo en la de atención del personal de enfermería del Hospital la Mujer, además de poder comprobar cualitativamente la actitud de enfermería ante las pacientes en fase terminal, terminales, y ginecológicas así como reconocer y comprender el interés acerca de la muerte, y todo su entorno sobre ella.

El resultado fundamental de la investigación permite reconocer la labor de la enfermera al proporcionar los cuidados y la terapéutica al paciente tanto en fase terminal como terminal sea la rama u especialidad medica en la que se este preparado profesionalmente, y porque no también en lo familiar.

La tanatología maneja en si todas las emociones, pues no se basa en una sola tendencia, sino que se trabaja sobre las que tienen mas significado para el paciente, y la familia, tomando en cuenta la actitud de la enfermera, quien es la que mayor contacto tiene con respecto a la atención y cuidados, sin dejar de ser humanista pues también sufre y padece el duelo conjuntamente con todos los integrantes del equipo de salud.

Las enfermeras del Hospital de la Mujer, independientemente de la preparación académica y profesional, recibida a los largo de su vida, en el tema de la muerte es manejado en forma clínica, y no como suceso inesperado, ya que por las convicciones de cada una de ellas y las creencias religiosas la calidad humana estuvo presente, además de las experiencias propias.

Algo que nos llamo la atención fue el interés mostrado en la realización de esta investigación, ya que por la experiencia de cada una de ellas, nos manifestaron distintas situaciones con paciente y sobre su vida personal, mismas que pueden ser marco principal para iniciar un ciclo de platicas o sesiones sobre la muerte y porque no reiniciar nuevamente los cursos sobre tanatología elemental.

En los temas sobre la muerte, cuidados paliativos, y la espiritualidad, estos eran y son comentados tanto con compañeros, familiares y amigos, se comprobó que dependiendo de la ocasión son tratados, lo que se traslada que Solo cuando es necesario, se debe hablar de ellos.

Situación para considerar, ya que las enfermeras contemplan empíricamente la Tanatología, y la manejan en diversas ocasiones pero reprime el expresar su sentimiento para no verse afectadas, junto con la carga de trabajo presente, además de la carga emocional personal.

Haciendo un balance de cómo es manejada la muerte en nuestro país, podemos destacar que las tradiciones, conjuntamente con las convicciones, independientemente de la profesión, la actitud de temor ante la muerte, la consecuencia de ella con los familiares, el no reconocer la pérdida de un ser querido nos lleva y los aspectos que rodean al Proceso de muerte y Duelo no se puede cuantificar en porcentaje, ya que los sentimientos no se pueden medir pero si entender y razonarlos, lo cual no dará un punto de partida e inicio para comprender la actitud del ser humano.

La muerte es un suceso de la cual no estamos exentos, no se sabe cuando se presentara, misma que no contempla, raza, credo, sexo, color, estatus, esta se aparece a cuando ya es tiempo, de entregar las cuentas correspondientes con el ser supremo como convicción humana, la muerte no tiene ni hora, tiempo, color, olor, ni forma, es solo el suceso de la separación de la carne con el alma, el llamado camino de la luz, el viaje sin retorno hacia la paz, el reencuentro con los seres que ya partieron primero.

En si la muerte, es el suceso que nos incomoda, lacera, lastima, deprime y nos hace aflorar un conjunto de sentimientos encontrados ya que dentro de esta hay miedo, el miedo a que nunca mas estará la otra persona y nos refleja soledad.

Por ello la Tanatología, tanto en su función como su objetividad es la de preparar al paciente, y familiares al proceso de duelo, en el menor tiempo con el menor dolor, y por que no también al personal medico y de enfermería.

La presente investigación, contempla y propone que en base a los resultados presentes, se considere como punto de partida para realizar prácticas de sensibilidad así como de preparación ante el proceso de duelo de nuestros pacientes por la pérdida de algún órgano u suceso irreversible en pacientes en fase terminal o terminales, conjuntamente con los familiares, quienes también padecen sin control el proceso de duelo, ante la pérdida de algún familiar.

Retomando lo antes citado, concluimos que actualmente la Tanatología dentro de los Hospitales, esta tomando rumbo fijo y seguro hacia el proporcionar una Muerte Apropiada, una Muerte Digna sin dolor, con armonía y con plena aceptación del suceso de transformación, del cuerpo y el alma, la cual emplea adecuadamente sus objetivos y cualidades.

Por ultimo la Tanatología en México, ya cuenta con la Asociación Mexicana de Tanatología, A.C., y el Instituto Mexicano de Tanatología, Instituciones de apoyo, donde se proporciona la atención requerida.

CAPITULO V

BIBLIOGRAFIA.-

- ARRIJOA MORALES G., ISLAS RAMIREZ J.A. "TANATOLOGIA" BUAP 1999
- BEJARANO P., JARAMILLO I. "MORIR CON DIGNIDAD FUNDAMENTOS DEL CUIDADO PALEATIVO", FUNDACION OMEGA, SANTA FE DE BOGOTA COLOMBIA
- CORTEZ RUIZ E. "OBSERVACIONES SOBREL EL CULTO A LOS MUERTOS" CUADERNO DE TABAJO 4 DEPARTAMENTO DE ETNOGRAFIA MVA, MEXICO, 1975
- DAVIDOFF LINDA L., "INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA" TERCERA EDICION, EDIT. MC GRAWHILL MEXICO, 1999
- DOMINGUEZ MORENOS MAGDALENA "INTRODUCCION A LA TANATOLOGIA, CURSO-TALLER HOSPITAL DE LA MUJER MEXICO, D.F. MAYO 20-24 DEL 2002
- FREUD SIGMUND, " DUELO Y MELANCOLIA" OBRAS COMPLETAS, EDIT. BIBLIOTECA NUEVA TERCERA EDICION, MADRID ESPAÑA 2000.
- LAVIADA I. "YUCATAN, PIDRA, HISTORIA Y BELLEZA" FONDO EDITORIAL YUCATAN, MERIDA 1978
- LIMONES VALENCIA. MONICA ALICIA " CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE TERMINAL" HOSPITAL DE LA MUJER, CURSO DE ATENCION AL PACIENTE ONCOLOGICO. MEXICO, OCTUBRE 2001
- LVEGA@ACABTU.COM.MX , NOVIEMBRE 2000, CONSULTA ABRIL 10 2002 "LA MUERTE Y SU TRADICION EN MEXICO", LAURA DE LA VEGA
- KUBLER-ROSS, E. " SOBRE LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS" ESPAÑA 1985
- KUBLER- ROSS E. "PREGUNTAS Y RESPUESTAS A LA MUERTE DE UN SER QUERIDO". EDICIONES MARTINEZ ROCA, BARCELONA 1988.
- KUBLER – ROSS E. " DEATH THE FINAL STAGE OF GROWN. PRENTICE HALL N.Y. 1975
- KUBLER – ROSS E. "LA MUERTE UN AMANCER" ED. LUCIENAGA, BARCELONA ESPAÑA 1990
- KOZIER., B. " FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA" MEXICO
- O'CONNOR NANCY,"CRISIS INTERVENTION SELECTED, READINGS, FAMILY", SERVICE ASOCIATION OF AMERICA, NEW,YORK, 1995

- PEREZ, V.V. "EL HOMBRE Y SU MUERTE" MEXICO, D.F. 1990
- REYES, ZUBIRIA L.A. " EL DUELO Y SUS ETAPAS TANATOLOGICAS" SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE TANATOLOGIA Y SUICIDIO Y PRIMER SIMPOSIUM INTERNACIONAL, MEXICO, 1994
- REYES, ZUBIRIA L.A. "CURSO FUNDAMENTAL DE TANATOLOGIA ACERCAMIENTOS TANATOLOGICOS AL ENFERMO TERMINAL Y SU FAMILIA" TOMO II
- REYES ZUBIRIA, L.A. "BASES FUNDAMENTALES DE PSICOLOGIA, DE PSICOTERAPIA Y DE ESPIRITUALIDAD" MEXICO, 1991
- REYES, ZUBIRIA L. "ACERCAMIENTOS TANATOLOGICOS AL ENFERMO TERMINAL Y SU FAMILIA" MEXICO, D.F. 1998
- ROBERTO, HERNANDEZ ROBERTO; FERNANDEZ, COLLADO CARLOS; BAPTISTA, LUCIO PILAR; "METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION" EDIT. MC-GRAW-HILL, SEGUNDA EDIC. 2000 MEXICO, D.F.
- SAN JUAN 11:2 NUEVO TESTAMENTO
- THOMAS L.V. " ANTROPOLOGIA DE LA MUERTE" FCE, MEXICO, 1983, D.F. 1994 EDIT. HARLA
- THOMPSON, J.B. " ETICA EN ENFERMERIA ", MEXICO, D.F. 1992
- VAZQUEZ C., HECTOR " EL METODO CIENTIFICO EN LA INVESTIGACION EN CIENCIAS DE LA SALUD", MEXICO, D.F. 1996
- WWW/PRINCIPAL.HTM//UNIVERSIDAD NACIONAL DE COSTA RICA, JULIO-DICIEMBRE1991, CONSULTA ABRIL 10-2002, " CONCEPCION DE LA MUERTE Y RITOS MORTUORIOS EN LOS TESTAMENTOS MARABINOS" SECCION DE ESCRIBANOS EN EL ARCHIVO DEL REGISTRO PRINCIPAL DE MARACAIBO (1799-1811) . AMERICA ON LINE-INTENET-MICROSOFT
- ZARAUZ, HECTOR " LA FIESTA DE LOS MUERTOS" BIBLIOTECA BASICA DE MEXICO TOMO II MEXICO, D.F. 2000

FUENTES FORMALES DE INFORMACION

INSTITUTO MEXICANO DE TANATOLOGIA, A.C. (INMEXTAC)

INSURGENTES SUR 2047 1er PISO

COL. SAN ANGEL

01000 MEXICO, D.F.

TELS. 56-62-12-50

ASOCIACION MEXICANA DE TANATOLOGIA, A.C

INSURGENTES SUR 1140

COL. DEL VALLE

03219, MEXICO, D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXOS

**ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE JESUS
INC. UNAM
CLAVE 3295
ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTO TANATOLOGIA EN ENFERMERIA**

SERVICIO: _____

CATEGORIA: _____

TURNO: _____ EDAD _____ SEXO: _____

INSTRUCCIONES: lea cuidadosamente el siguiente cuestionario y marque con una X la opción que considere adecuada.

1.- ¿Cómo describe a la muerte?

- A) continuidad del ser
- B) es la manera de encontrarse con el creador
- C) tiempo que tiene que presentarse
- D) resurrección
- E) consecuencia lógica

2.- ¿Que concepto tienes sobre la Tanatología?

- A) Autentica disciplina científica
- B) Un campo de reflexión, investigación y experiencia
- C) Arte de ayudar al hombre a enfrentar su propia muerte o la de un ser querido.
- D) Ayuda en la aceptación de la muerte con dignidad y en paz
- E) Preparación para el duelo en el menor tiempo y con el menor dolor posible

3.- ¿Que es la muerte apropiada? (con dignidad)

- A) no existe
- B) Una buena muerte
- C) Ausencia de sufrimiento, persistencia de relaciones significativas, dolor permisible, alivio a los conflictos restantes, comprensión de las limitaciones físicas
- D) Solo B y C
- E) No se

4.- ¿El morir con dignidad es un derecho primario y fundamental del ser humano?

- A) Si
- B) No
- C) No se
- D) Nunca se da
- E) Ninguna de las anteriores

5.- ¿Como define a un paciente Termina?

- A) un desahuciado
- B) un moribundo
- C) enfermo que tiene la sensación de que todo esfuerzo es inútil
- D) persona que padece una enfermedad por la que vaya a morir en un tiempo determinado.
- E) Todas las anteriores

6.- ¿Cuales consideras que son las emociones del proceso de muerte tanto del paciente, enfermera y familia?

- A) angustia, frustración, culpabilidad, aceptación
- B) negociación, aislamiento, rabia, regateo, depresión, aceptación, esperanza
- C) negociación, ansiedad, regresión, aceptación, tristeza
- D) conocimiento de la muerte, gestación renacimiento.
- E) Shock, emoción negociación conocimiento, compromiso, cumplimiento

7.- ¿Platica con sus pacientes sobre la muerte?

- A) Siempre
- B) Casi siempre
- C) Nunca
- D) Solo cuando es necesario
- E) Algunas veces

8.- ¿Conversa con los familiares de sus pacientes sobre la muerte?

- A) Siempre
- B) Casi siempre
- C) Nunca
- D) Solo cuando es necesario
- E) Algunas veces

9.- ¿Comenta con sus compañeros de trabajo sobre la muerte?

- A) Siempre
- B) Casi siempre
- C) Nunca
- D) Solo cuando es necesario
- E) Algunas veces

10.- ¿Por su experiencia laboral, ha brindado cuidado paliativo a sus pacientes

- A) Siempre
- B) Casi siempre
- C) Nunca
- D) Solo cuando es necesario
- E) Algunas veces

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11.- ¿Comparte con sus compañeros de trabajo y familiares los aspectos de espiritualidad?

- A) Siempre
- B) Casi siempre
- C) Nunca
- D) Solo cuando es necesario
- E) Algunas veces

12.- ¿Considera que todos los pacientes en fase terminal debe realizarse maniobras de RCP?

- A) Siempre
- B) Casi siempre
- C) Nunca
- D) Solo cuando es necesario
- E) Algunas veces

13.- ¿Durante el amortajamiento se despide de su paciente de forma espiritual?

- A) Siempre
- B) Casi siempre
- C) Nunca
- D) Solo cuando es necesario
- E) Algunas veces

14.-¿Dentro de proceso de muerte permite despedirse a familiar de su moribundo?

- A) Siempre
- B) Casi siempre
- C) Nunca
- D) Solo cuando es necesario
- E) Algunas veces

15.- ¿A su consideración debe existir relación del enfermo terminal o en fase terminal con?

- A) su familiar
- B) el médico
- C) tanatologo
- D) sacerdote
- E) enfermera

ANEXO 2

Durante el desarrollo de la investigación, la logística llevada a cabo, fue la de aplicar una prueba piloto, para comprobar la efectividad de la cédula, misma que se aplica a estudiantes de nivel Licenciatura de la Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús, y nivel técnico del Colegio Nacional de Estudios Profesionales Plantel Coyóacan (Conalep).

Analizando resultados se obtuvieron datos considerables e importantes para proseguir con la investigación, mismos que se presentan a continuación, cabe señalar que debido al volumen y veracidad de los datos se consideraron solo dos temas a desarrollar, que son Que es la Muerte y el concepto sobre Tanatología.

Con estos resultados de considera que dentro de la preparación académica del enfermero, es importante el de incluir un tema sobre la muerte, sus aspectos y consecuencias, para poder afrontar el proceso de duelo tanto para el paciente, familiar y enfermera.

CUADRO NO. 1

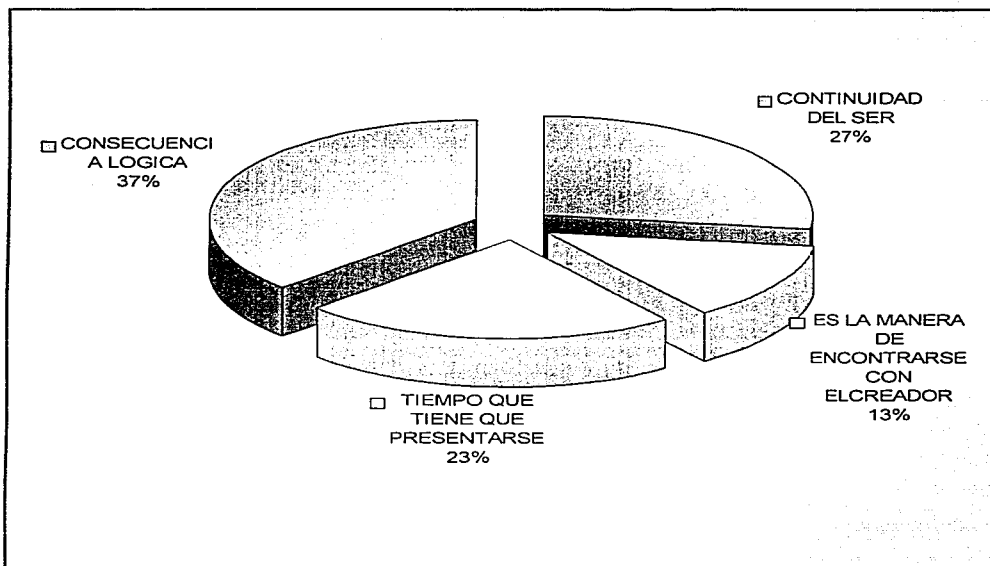
PARA MI QUE ES LA MUERTE

| OPCIONES | CASOS | % |
|--|--------------|---------------|
| CONTINUIDAD DEL SER | 19 | 27.14 |
| ES LA MANERA DE ENCONTRARSE CON EL CREADOR | 9 | 12.86 |
| TIEMPO QUE TIENE QUE PRESENTARSE | 16 | 22.86 |
| RESURRECCIÓN | | |
| CONSECUENCIA LÓGICA | 26 | 37.14 |
| TOTALES | 70 | 100.00 |

FUENTE: Datos obtenidos de la prueba piloto que se realizó a estudiantes de nivel Lic. de la Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús, y Técnico del Plantel Coyoacan, el pasado 18 de Mayo del 2002, México, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA NO. 1



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DEL CUADRO NO. 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

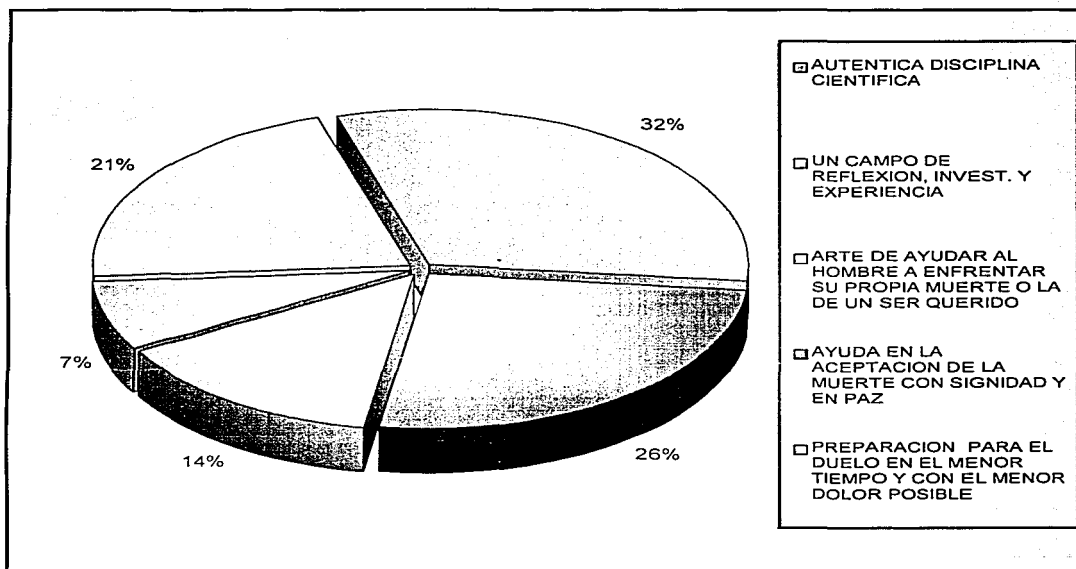
CUADRO NO. 2

QUE CONCEPTO TIENES SOBRE LA TANATOLOGIA

| OPCIONES | CASOS | % |
|---|--------------|---------------|
| AUTENTICA DISCIPLINA CIENTIFICA | 5 | 7.14 |
| UN CAMPO DE REFLEXION, INVESTIGACION Y EXPERIENCIA | 15 | 21.43 |
| ARTE DE AYUDAR AL HOMBRE A ENFRENTAR SU SPROPIA MUERTE O LA DE UN SER QUERIDO | 22 | 31.42 |
| AYUDA EN LA ACEPTACION DE LA MUERTE CON LA DIGNIDAD Y EN PAZ | 18 | 25.71 |
| PREPARACION PARA EL DUELO EN EL MENOR TIEMPO Y CON EL MENOR DOLOR POSIBLE | 10 | 14.28 |
| TOTALES | 70 | 100.00 |

FUENTE: Datos obtenidos de prueba piloto que se realizo a estudiantes de nivel Lic. de la Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús, y Técnico del Plantel Coyóacan, el pasado 18 de Mayo del 2002, México, D.F.

GRAFICA NO. 2



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DEL CUADRO NO. 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANALISIS PRUEBA PILOTO

COMO CONCLUSION DE LA PRUEBA PILOTO, PODEMOS MENCIONAR EN FORMA MOMENTANEA QUE DENTRO DEL AMBITO EDUCATIVO TANTO A NIVEL LICENCIATURA Y TECNICO INDEPENDIENTEMENTE DE LA INSTUTUCION DE PROCEDENCIA, NO SE ENCUENTRAN CONTEMPLADOS LOS TEMAS SOBRE LA MUERTE, ASI COMO LOS RELACIONADOS CON LA TANATOLOGIA Y SUS OBJETIVOS

PODEMOS DECIR QUE A NIVEL PERSONAL SE CUENTA CON LA NOCION DE QUE A SE REFIERE LA TANATOLOGIA PERO NO SE TIENE EL CONOCIMIENTO COMPLETO, POR OTRA PARTE NO DESCONOCEN SOBRE LOS CUIDADOS PALEATIVOS, ADEMAS DE QUE EN ALGUNAS OCASIONES HAYAN EXPERIMENTADO ALGO SIMILAR.

SE PRESENTAN SOLO DOS CUADROS DE LA PRUEBA PILOTO DEBIDO AL CARÁCTER QUE SE PRESENTA EN ESTA MUESTRA, PERO LOS DATOS QUE NOS ARROJAN SON LO SUFICIENTE CLAROS PARA PROCEGUIR CON LA INVESTIGACION.

PERMITIENDO ESTOS QUE NO SE SESGARA LA INVESTIGACION, YA QUE SE TOMARON ALUMNOS SIN PREVIO CONOCIMIENTO DE LA ENCUESTA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN