

304112



ESCUELA DE ENFERMERAS
DE GUADALUPE, A.C.

INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 3041

NIVEL DE CONOCIMIENTO TANATOLOGICO EN LOS
ALUMNOS DE LA CARRERA DE ENFERMERIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

EDUARDO JAVIER ARANDA MARTINEZ

ASESOR: L.E.O. TANIA GUADALUPE MARTINEZ MERLO



MÉXICO D.F.

2004



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.



Escuela de Enfermeras de Guadalupe, A. C.

Incorporada a la U.N.A.M.

L.E.O. MARIA ELENA FRANCO MORALES
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERAS
DE GUADALUPE, A.C.
P R E S E N T E:

Los suscritos, Coordinador de Servicio Social así como el Asesor Académico de:

Cuyo Titulo es:

Nivel de conocimiento tanatológico en los alumnos de la
carrera de enfermería.

Que elaboró la pasante: Aranda Martínez Eduardo Javier

Manifestamos a usted, que satisface los requisitos académicos y administrativos establecidos en el reglamento de exámenes profesionales en vigor.

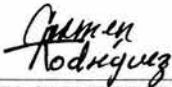
A T E N T A M E N T E.

Ciudad de México D.F., Febrero de 2004.

ASESOR ACADÉMICO

COORDINADOR DE SERVICIOS SOCIAL


L.E.O. Martínez Merlo Tania
Guadalupe
Cédula Prof. 3462520


PROFA. MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ

DEDICATORIA.

A MIS PADRES:

Como testimonio de cariño y eterno agradecimiento por mi existencia, valores morales y formación profesional por que sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para mi formación y por que nunca podré pagar todos sus desvelos ni aun con la riqueza mas grande del mundo.

Por lo que soy, por lo que tengo y por todo el tiempo que les robe pensando en mí... Gracias con amor y respeto

Eduardo Aranda Martínez.

INDICE

Resumen	1
I. Introducción	2
II. Marco Teórico	4
Capitulo.1. Nociones fundamentales de Tanatología	
1.1. Definición de Tanatología	4
1.2. La tanatología como ciencia interdisciplinaria	5
1.3. Propósitos de la Tanatología	7
1.4. Etapas frente a un diagnóstico terminal	9
Capitulo.2. La muerte y sus definiciones	
2.1. Definición de muerte	15
2.2. Percepción de la muerte en las diferentes etapas de la vida	15
2.3. Dimensiones del miedo ante la muerte	17
2.4. Tipos de muerte	19
2.5. Niveles de muerte	19
2.6. Estadios de muerte	20
2.7. Signos de muerte	21
2.8. Muerte apropiada	21

Capitulo.3. Aspectos culturales y Religiosos de la muerte

3.1.	Espiritualidad	22
3.2.	La muerte en el judaísmo	24
3.3.	La muerte en el catolicismo	26
3.4.	La muerte en el budismo	28
3.5.	La muerte en el hinduismo	29
3.6.	La muerte en el humanista y ateo	30

Capitulo.4. Cuidados éticos del enfermo terminal para una muerte digna

4.1.	Cuidados paliativos	31
4.2.	Ética del cuidado paliativo	33
4.3.	Derechos del enfermo terminal	36

Capitulo.5. El hombre frente e le muerte

5.1.	Necesidades físicas del enfermo en fase terminal	38
5.2.	Necesidades psicológicas del enfermo en fase terminal	39
5.3.	Necesidades del moribundo	40
5.4.	Morir en casa una alternativa más humana	41

Capitulo.6. Duelo y su manejo

6.1.	Etapas del duelo anticipatorio	44
6.2.	Etapas del duelo, cuando la muerte ya ocurrió, según diferentes Autores	47
6.3.	El duelo por muerte no esperada	52
6.4.	Los duelos anormales	54

Capitulo.7. Consejería Tanatológica

7.1.	Definición y niveles de intervención	57
7.2.	Principios y ejes temáticos de la conserjería	58
7.3.	Características y cualidades del consejero	59
7.4.	Campos de acción se enfermería en el cuidado del enfermo	60

III. Material y Métodos

3.1.	Justificación	70
3.2.	Objetivos	72
3.3.	Planteamiento del problema	73
3.4.	Hipótesis	73
3.5.	Variable estudio	74
3.6.	Tipos de estudio	79
3.7.	Universo estudio	79

3.8.	Unidades de observación	79
3.9.	Criterio, inclusión, eliminación	80
3.10.	Universo muestra	80
3.11.	Instrumentos	81
3.12.	Valides y confiabilidad	81
3.13.	Procedimiento estadístico	81
IV. Resultados		
4.1.	Datos generales	83
4.2.	Datos específicos	83
4.3.	Discusión y análisis	87
4.4.	Propuesta	91
4.5.	Conclusiones	92
V. Bibliografía		93
VI. Anexos		98

INDICE DE CUADROS Y GRAFICAS

Cuadro N° 1 Edad	110
Grafica N° 1 Edad	111
Cuadro N° 2 Sexo	112
Grafica N° 2 Sexo	113
Cuadro N° 3 Categoría	114
Grafica N° 3 Categoría	115
Cuadro N° 4 Estado civil	116
Grafica N° 4 Estado civil	117
Cuadro N° 5 Concepto de tanatología	118
Grafica N° 5 Concepto de tanatología	119
Cuadro N° 6 Objetivos de tanatología	120
Grafica N° 6 Objetivos de tanatología	121
Cuadro N° 7 Concepto de muerte	122
Grafica N° 7 Concepto de muerte	123
Cuadro N° 8 Muerte apropiada según Weissman	124
Grafica N° 8 Muerte apropiada según Weissman	125
Cuadro N° 9 Niveles de muerte	126
Grafica N° 9 Niveles de muerte	127

Cuadro N° 10 Dimensiones del miedo	128
Grafica N° 10 Dimensiones del miedo	129
Cuadro N° 11 Concepto de duelo	130
Grafica N° 11 Concepto de duelo	131
Cuadro N° 12 Etapas del duelo	132
Grafica N° 12 Etapas del duelo	133
Cuadro N° 13 Concepto de paciente terminal	134
Grafica N° 13 Concepto de paciente terminal	135
Cuadro N° 14 Concepto de paciente en fase terminal	136
Grafica N° 14 Concepto de paciente en fase terminal	137
Cuadro N° 15 Necesidades del paciente terminal	138
Grafica N° 15 Necesidades del paciente terminal	139
Cuadro N° 16 Derechos del paciente terminal	140
Grafica N° 16 Derechos del paciente terminal	141
Cuadro N° 17 Cuidados paliativos	142
Grafica N° 18 Cuidados paliativos	143
Cuadro N° 19 Ejes Temáticos	144
Grafica N° 19 Ejes Temáticos	145
Cuadro N° 19 Conserjería tanatológica	146
Grafica N° 19 Conserjería tanatológica	147

RESUMEN

Durante el transcurso del año 2003 se realizó una investigación acerca de el nivel de conocimiento tanatológico de los alumnos de la escuela de enfermería de Guadalupe A.C. El estudio fue de carácter descriptivo, prospectivo, transversal y por encuesta.

Encontrando que el mayor porcentaje de alumnos tienen un bajo conocimiento de tanatología para brindar o proporcionar una atención satisfactoria y oportuna a pacientes que se encuentren al borde de la muerte y requieran de apoyo tanatológico, sin olvidar al resto de la familia.

Las unidades de observación fueron los alumnos de la escuela de enfermería y obstetricia, para la recolección de datos se diseñó una encuesta integrada por 22 reactivos mismos que se refieren a datos generales y aspectos relacionados con los conocimientos fundamentales de tanatología.

En total se entrevistaron a 46 alumnos mostrando los resultados más relevantes.

I. INTRODUCCIÓN.

El universal temor, la muerte que es un paso inevitable dentro del ciclo vital de la vida a incitado al ser humano a cuestionarse sobre los aspectos que la rodean, por ello ha surgido la necesidad de ser analizada desde diferentes perspectivas profesionales. Esto implica que el profesional este equipado con algunas herramientas básicas y ser suficientemente capaz de ayudar a los individuos que se estén enfrentando a la muerte.

La tanatología o estudio científico de la muerte abre un importante espacio en la ocupación de muchos profesionales, como en el campo de la medicina; Uno de los muchos profesionales es la Enfermería, debido a que uno de los terrenos de esta profesión es el cuidado directo del paciente de forma holística y de esta manera brindar una atención adecuada y oportuna.

El presente trabajo esta integrado por cuatro capítulos, introducción, Marco teórico en el que revisa aspectos sobre que es la tanatología así como sus objetivos y beneficios al brindar esta atención, sin olvidar que el paciente es un ser biopsicosocial posiblemente con diferente cultura o religión, Material y métodos que incluye la justificación, objetivos, planteamiento del problema, hipótesis, variable estudio, tipos de estudio, universo muestra, instrumento, validez y confiabilidad y procedimiento estadístico.

Capitulo cuatro, donde se desarrollan los datos generales, datos específicos, discusión y análisis, propuesta y conclusiones.

Como apartado incluye las referencias bibliograficas y los anexos que esta integrado por el cuestionario, instructivo y cuadros y graficas.

Capítulo.I. Nociones fundamentales de Tanatología

1.1 Definición de Tanatología

El vocablo Tanatos deriva del griego Thanatos y este era el nombre que se le daba a la Diosa de la muerte dentro de la mitología griega, Logos deriva del Griego Logos, tiene varios significados, palabra, estudio, tratado, discurso, “Sentido” etc.

Así llegamos a la siguiente definición de Tanatología.

“Estudio interdisciplinario del moribundo y la muerte, especialmente de las medidas para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, así como la aprensión y los sentimientos de culpa y pérdida los familiares”¹Las variantes tradicionales de la tanatología se ocupan de los cadáveres. La nueva tanatología que surgió hace tres décadas, se ocupa de los pacientes terminales y de sus familiares. ²

¹ GUERRA, de Almaraz Patricia, Revista Rompan filas p-1

² Ibidem p-2

1.2. La tanatología a través de la historia

Por lo que la tanatología se refiere. “La ciencia de la muerte” este termino fue acuñado en el año de 1901 por el medico ruso Elías Metchinikoff, quien en el año de 1908 recibiera el premio Nóbel de medicina, en este momento él tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista Medicolegal.

En 1930 como resultado de grandes avances en la medicina empieza un periodo en el que se confina la muerte en los hospitales, ya para la década de los cincuenta esto se va generalizando cada vez mas y así el cuidado de los enfermos en fase terminal es trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, dando por resultado que la sociedad de está época “escondiera” la muerte en un afán de hacerla menos visible para que no le recordara los horrores de la guerra que acababa de terminar³

La Dra. Elizabeth Kübler Roos es quien se da cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte, define la tanatologia como una instancia de atención a los Moribundos. Por lo que se le considera la fundadora de está ciencia. Es aquella quien a través de su labor hace sentir a los moribundos miembros

³ GUERRA, de Almaraz Patricia Op.cit p-4

útiles y valiosos de la sociedad y para tal fin crea clínicas cuyo lema es “ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente sin dolor y respetando sus exigencias éticas”.

En el siglo XIX surgen diferentes iniciativas para cuidar con amor y compasión de los enfermos ancianos y moribundos. En 1842 Jeanne Garnier viuda católica, funda los calvarios u hospicios en Francia para aquellos que Morían de cáncer. Durante los siguientes 25 años, varios sitios semejantes, organizaciones cristianas en su mayoría, se abren en la Gran Bretaña y en los Estados Unidos.

En 1900, cinco hermanas irlandesas de la caridad, fundan el convento de St. Joseph en Londres y se dedican a visitar a los enfermos en sus casas y abren en 1902 el hospicio de St. Joseph con treinta camas para moribundos pobres.

Hasta este momento, el cuidado caritativo y amoroso del enfermo no daba mayor importancia al control del dolor y otros síntomas, su meta era ofrecer hospitalidad, cuidados básicos y ayuda espiritual al moribundo. La Dra. Cecily Saunders ingresa en 1948 como enfermera voluntaria al St. Luke´s y en 1952 se vincula al hospicio de St. Joseph, ya entonces desarrolla conceptos y técnicas para el control del dolor y para el cuidado total de los pacientes moribundos, hecho esto que dan pie al surgimiento del movimiento de los

hospicios, no sólo como atención amorosa al enfermo terminal, sin como una concepción más amplia y científica de su cuidado⁴

1.3. La tanatología como ciencia interdisciplinaria

Se dice que la intervención con los enfermos terminales es interdisciplinaria puesto que son varias las áreas en que necesitan apoyo:

*Médica. Cuya función es dar al enfermo aquellos paliativos que le permitan estar con el mínimo de dolor y sufrimiento.

*Psicológica. Ayuda al enfermo en el aspecto emocional y brindando apoyo a los familiares.

*Legal. Para que el enfermo pueda dejar resueltos este tipo de asuntos

*Espiritual. Puede incluir no solamente el aspecto religioso, sino también el aspecto espiritual del sentido de la vida o de la muerte.

*Pedagogía. Se orienta al enfermo y familia sobre el proceso de la enfermedad y duelo⁵

1.4. Propósitos de la tanatología

1.- Brindar compañía al enfermo terminal y la familia durante el proceso de la enfermedad y la muerte.

2.- Favorecer las relaciones interpersonales con quienes lo rodean.

⁴ Ibidem p-5

⁵ PASTOR. García. el "Manual de ética y legislación en enfermería p-117

- 3.- A morir con dignidad.
- 4.- A aceptar la muerte como una culminación de la vida.
- 5.- Aprovechar al máximo el poco tiempo que queda (vivir la vida con intensidad).
- 6.- A aprender a enfrentar el dolo físico y psicológico para hacer menos doloroso el momento.
- 7.- A mitigar la angustia.
- 8.- A querer ser querido.
- 9.- A afrontar los miedos y temores.
- 10.- Elaborar el proceso de duelo.
- 11.- Mejorar la calidad de vida emocional.
- 12.- Restauración de la familia ante el hueco que deja quien ha fallecido.
- 13.- Mejorar su productividad, si está en condiciones de trabajar.
- 14.- A poner sus cosas en orden, preparándose para irse:
 - a) Despidiéndose
 - b) Ordenar sus cosas
- 15.- Facilitar la expresión de sus distintos sentimientos a lo largo del proceso.
- 16.- Mejorar la calidad emocional de su muerte.
- 17.- Atención del equipo sometido frecuentemente a una fuente de “estrés”.⁶

⁶ ASCH.David. Revista Nursing p-7

1.1. Etapas frente a un diagnóstico terminal.

Primera fase: Negación y aislamiento

Cuando el paciente y la familia conocen el diagnóstico de una enfermedad fatal, la primera reacción será la de negar. “No, yo, no, no puede ser cierto” La tienen también aquellos a quienes se les negó la verdad y que poco a poco la fueron descubriendo. Aunque lo común es que aparezca como resistencia inicial, no es raro que se manifieste más adelante a lo largo del curso de la enfermedad. Funciona como amortiguador que permite recobrase luego de la noticia, para luego movilizar otros mecanismos de defensa menos radicales. El diálogo con el enfermo dependerá de lo que esté requiera hablar, de cuánto quiera hacerlo y cuánto quiera comunicar. A veces, incluso en esta etapa, el enfermo querrá hablar sobre la muerte; no debemos de eludir el tema: le es mejor tratarlo que reprimirlo, lo mismo pasa con la familia. Se necesita un Tanatólogo sensible y perceptivo que acepte las defensas del paciente aún si éste se contradice; en ocasiones hablará de su muerte, en otras platicará sus Fantasías sobre la vida o soñará despierto. Son momentos en los que el paciente prefiere descanso pensando en cosas más alegres. Debemos permitirlo. Tiempo después aparecerá el aislamiento: hablará de su salud y de su enfermedad, de su muerte y de su vida, como situaciones gemelas que

pueden vivir paralelamente: afronta la muerte pero persiste la esperanza.⁷

Segunda: fase Rabia

La primera reacción deja paso a una nueva. Cuando ya no se puede mantener la negación ésta es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia, resentimiento. La pregunta lógica es: ¿Por que a mí? ¿Por que yo?, esta fase es muy difícil de afrontar tanto para la familia como para el personal del hospital, ya que la ira se proyecta contra todos. Incluso las visitas serán objeto de enojo y mal trato; cuando se vayan y el enfermo quede solo de nueva cuenta, entonces será más dolor, culpabilidad y vergüenza.

El enfermo mira con resentimiento a los que son capaces de entrar y salir mientras él permanece postrado en una cama. El problema está en que pocas personas se ponen en el lugar del paciente y se pregunta de dónde puede venir su enojo. Tal vez nosotros también estaríamos disgustados si todas nuestras actividades se vieran interrumpidas tan prematuramente; Si todos los proyectos que habíamos forjado fueran a quedarse sin acabar, o fuera a acabarlos otro; Si hubiéramos ahorrado un dinero ganado duramente para disfrutar de unos buenos años de descanso, para viajar y dedicarnos a nuestras aficiones, y nos encontráramos con que “esto no es para mí” ¿qué haríamos con nuestra rabia? Si no descargarla sobre las personas que probablemente

⁷ RESEE. C. David. Revista Nursig p-20

iban a disfrutar de todas aquellas cosas, personas que corren a nuestro alrededor con aires de estar muy ocupadas sólo para recordarnos que ya ni siquiera podemos ponernos de pie. A donde quiera que mire el paciente en estos momentos, se encontrara motivos de queja. Tal vez escuche las noticias llenas de destrucción, guerra, incendios y tragedias, lejos de el sin preocuparse por la lucha de un individuo que pronto será olvidado. Ósea, que este paciente hace todo lo posible para que no se le olvide, alzaré la voz, pedirá cosas, se quejará y pedirá que se le atienda, quizá como un último grito; “Estoy vivo, no os olvidéis de eso. Podéis oír mi voz. ¡Todavía no estoy muerto!”⁸

Tercera fase: Regateo

Esta es la menos conocida y dura sólo breves períodos de tiempo, pero es igualmente útil para el paciente y la familia. En esta etapa el enfermo puede hacerse un razonamiento más o menos así: “Si mi negación y mi ira no dieron resultado, quizás Dios me va a escuchar si se lo pido de buen modo”. Lo que mas desea el enfermo generalmente es que se prolongue la vida o que pase más tiempo sin dolor. El pacto que hace es un intento por diferir los hechos, e incluye el “vencimiento” impuesto por el mismo enfermo “vivir hasta la boda de mi hijo, estar bien para cuando suceda el acontecimiento esperado, etc. Y,

* Ibidem p-21

aunque de manera implícita, la mayoría de las veces, con las promesas de que no se pedirá más se le concede lo que pidió. La doctora asegura “ninguno de los pacientes ha cumplido su promesa”. La mayoría de estas promesas se hace con Dios, asegura ella y generalmente se guardan en secreto, se dice entre líneas, o en la oficina del sacerdote. Incluyen dedicar su vida a Dios o a la iglesia, o donar su cuerpo, o partes de él para la ciencia.

Cuarta fase: Depresión

Cuando el desahuciado ya no pueda seguir negando su enfermedad ni sostener su rabia, empezará a tener la sensación de una gran pérdida. Pérdida que puede aparecer por muy diferentes causas: amputaciones, cargas financieras, falta de presencia de seres queridos. Todo el que trata con pacientes conoce muy bien estas razones de depresión. Se conoce como depresión reactiva. Lo que no siempre se tiene en cuenta es el dolor preparatorio por el que tiene que pasar el que se está enfrentando a su muerte. Kubler-Ross la llama depresión anticipatoria. Las dos son distintas por lo que hay que manejarlas de modo diferente. Cuando se trata de una depresión reactiva, un tanatólogo comprensivo podrá descubrir la causa de la depresión y aliviar un poco el sentimiento de culpa o vergüenza que generalmente acompañan a la depresión. En cuanto a la anticipatoria, ésta no aparece como resultado de pérdidas anterior, si no que las causas se deben a las pérdidas que van a

venir. La depresión anticipatoria, a diferencia de la reactiva, es normalmente silenciosa. Se trata de un sufrimiento que no necesita hablarse. Es un sentimiento que puede aliviarse más fácilmente tocando la mano, acariciando el cabello, o sentándose en la cama, en silencio, al lado del moribundo. Quizá este pida una oración ya que su preocupación es más por lo que le espera que por lo que deja atrás.⁹

Quinta fase: Aceptación

Si un paciente tuvo suficiente tiempo y se le ayudó en todas las fases anteriores, llegará a la aceptación; su muerte ya no lo deprimirá ni tampoco lo enojará. Podrá contemplar su próximo fin con relativa facilidad.

Va a sentirse débil, cansando y dormirá a menudo en breves intervalos sintiendo una necesidad cada vez más grande de dormir, como el bebé sólo que a la inversa. No se trata de un abandono resignado o desesperado. No es la sensación de que para nada sirve seguir luchando, pero tampoco se trata de una fase de felicidad. En la aceptación hay una vaciedad de sentimientos. Es el descanso final antes del largo viaje. En estos momentos la familia es la que necesita más ayuda: el moribundo ha encontrado ya cierta paz y aceptación y su capacidad por interesarse por las gentes esta disminuída. Deseara que lo dejen solo o pedirá que los visitantes sean pocos y las visitas cortas, la

⁹ Ibidem p-22

comunicación se tornara a no verbal. Puede indicarnos que nos sentemos a su lado y lo tomemos de la mano. Tales momentos de silencio son de una comunicación muy significativa, siempre y cuando se pueda acompañar a un enfermo terminal sin sentirse amenazado. Nuestra sola presencia le confirmara que permaneceremos disponibles hasta el final, que no necesita hablar y que no lo abandonaremos¹⁰

Esperanza

La única emoción que persiste, generalmente, a lo largo de toda las fases es la esperanza. Incluso, los que son más realistas dejan abierta siempre una posibilidad de curación, un descubrimiento de última hora. Esta chispa de esperanza es la que lo sostiene durante meses u horas de sufrimiento; la esperanza de que todo lo que está pasando no sea verdad. Todos los pacientes tienen un poco de ella y se nutren de ella en los momentos especialmente difíciles. Si un enfermo deja de manifestar esperanza es señal de muerte inminente.

Los conflictos que hemos visto en lo que se refiere a la esperanza surgían de dos fuentes principales, la primera y más dolorosa era la transmisión de una sensación de esperanza por parte del personal o la familia cuando el paciente todavía necesitaba esperanza. La segunda fuente de angustia venía de la

¹⁰ Ibidem p-24

incapacidad de la familia para aceptar la fase final de un paciente; se aferraban desesperadamente a la esperanza cuando el propio paciente estaba dispuesto a morir y notaba la incapacidad de la familia para aceptar este hecho.¹¹

CAPITULO 2. LA MUERTE Y SUS DEFINICIONES

2.1. Definición de muerte.

La muerte como el nacimiento es un suceso natural de la vida. Para todo genero humano vivir se convertirá en morir; la muerte es la consecuencia inevitable de la vida.

Muerte del latín mors, motis

Cesación definitiva de la vida.¹²

2.2. Percepción de la muerte.

Los niños de 3 a 5 años, perciben a la muerte como una separación temporal como un sueño. En esta edad la muerte de un familiar es vivida de igual manera que si dicho familiar se hubiera ido a otro lugar y el niño deja de verlo por un tiempo más o menos largo.

Los niños de 6 a 9 años, empiezan a entender la muerte como algo definitivo e irreversible, por lo que es frecuentemente que presentes inquietud y temor a morir. Es conveniente que gradualmente se le vaya preparando para concebir

¹¹ Ibidem p-25

¹² ALVA. Mario Compendio de medicina forense p-17

la muerte como un acontecimiento natural en la vida de los seres humanos con el propósito que no genere tanta angustia.

Los niños de 9 a 12 años, la muerte es reconocida no sólo como final sino también inevitable, la universalidad de la muerte se hace presente, pero se debe tomar en cuenta que adquiere el concepto de muerte de su propia persona.

El concepto de muerte que tiene el adolescente dependerá del grado de desarrollo de su personalidad, de sus experiencias y del nivel de comunicación que tenga con los demás, concepto que perdura hasta la edad adulta y generalmente posee las siguientes características:

- Ser algo irreversible, debido que su pensamiento lógico con mayor capacidad de abstracción le permite cambiar sus conceptos radicalmente respecto a lo que tenía en la infancia, así la muerte es vista desde otra dimensión analizada con más profundidad.
- Como un estado placentero, que cesa el dolor y elimina el sufrimiento.
- Se hace patente el sentido de inevitable y universal
- Hay temor generalizado a la muerte dolorosa y prolongada
- Comienza a pensar en el futuro incierto que acecha al hombre después de la muerte

- Piensa que la muerte es cosa de viejos¹³

El adulto joven ve a la muerte como un acontecimiento lejano a su existencia, no concibe que él pueda ser víctima de una enfermedad que pueda llevarle a la muerte. Sin embargo la muerte de algún ser querido le va llevando a tener una concepción realista, como un proceso propio de la vida, que le lleva al deseo de conocer algo más sobre la muerte.

En el adulto maduro aumenta el miedo a mencionar la palabra muerte, miedo al envejecimiento, puesto que es un hecho natural que aparece como antesala de la muerte, por otro lado se presenta un fenómeno de curiosidad de modo que en forma ambivalente (con deseo y miedo), las personas se aproximan para conocer más sobre la muerte.

Al llegar a la senilidad el temor va en aumento y se combate no pensando en la propia muerte, pero se va asimilando poco a poco, al ir viendo la muerte de los amigos y familiares, así como la percepción del debilitamiento, decadencia que lleva con frecuencia a la pérdida de la salud, haciéndole sentir que el final se acerca.¹⁴

¹³ WHALEY. Wong. "Tratado de enfermería pediátrica p.p. 436-439

¹⁴ MARTÍN. Del Moral Mercedes. Revista "Psicología Practica". Dolor y muerte. Psicología de enfermo terminal p-6

2.3. Dimensiones del miedo ante la muerte.

- Miedo a lo desconocido:

Es el miedo a saber que sensación se tiene o cómo es el trance de ese momento. Es la angustia que presenta ante todo aquello, nunca vivido.

- Miedo a la conciencia de muerte:

Se trata del miedo a lo inmediato, que hay detrás de la muerte....¿ lo que hay o no hay?

- Miedo al cuerpo después de muerto.

Es el temor a lo que a de sucederle a nuestro cuerpo, una vez muertos.

Lo experimentamos cuando pensamos que seremos comidos por gusanos y que nos convertiremos en algo desagradable.

- Miedo a la muerte prematura.

Es el miedo a no haber realizado lo deseado en la vida, a no haber tenido tiempo para realizarnos.

- Miedo al proceso agónico.

Se trata del temor que experimentamos ante el concreto acto de morir y la situación previa.

- Miedo a los muertos.

Es el miedo a las personas o incluso a los animales que han fallecido.

- Miedo a ser destrozado.

Es la destrucción del propio cuerpo tras la muerte, lo que causa pavor.

También hay miedo a la destrucción de parte de lo que la propia muerte puede significar.

- Miedo a lo que la propia muerte supondrá para los otros.

Tendríamos aquí un miedo que podríamos clasificar como altruista, por la preocupación sobre el impacto de otros, de un hecho que me acontece a mi.¹⁵

2.4. Tipos de muerte.

1. Muerte intencionada:

El individuo desempeña una función directa y consciente para producir su propia muerte.

2. Muerte no intencionada:

Causada por traumatismos, insuficiencia biológica a consecuencia de edad o enfermedad.¹⁶

3. Muerte subintencionada:

En donde el difunto desempeña una función encubierta y por lo general, subinconsciente para acelerar su propia definición.¹⁷

¹⁵ REYES, Zubiria Luis Alfonso. Acercamientos Tanatológicos al enfermo terminal y a su familia. T. III p.p 130-136

¹⁶ ALVA Mario Op. Cit. P. 20

¹⁷ Ibidem p. 21

2.5. Niveles de muerte.

- Muerte biológica:

Es el cese de la actividad celular y el inicio de la putrefacción; se trata por lo tanto, de la constatación radical de que ya no hay vida.

- Muerte clínica.

Es el momento que aparecen los signos de muerte en la persona: el cese de la respiración, el cese de los latidos cardiacos y el electroencefalograma plano.

- Muerte social.

Se refiere al momento en que somos tratados como un objeto, al margen de los acontecimientos sociales¹⁸

2.6. Estadios de la muerte.

- 1.- Muerte aparente.

Especie de síncope prolongado, insensibilidad, desaparición de tono muscular, paro respiratorio y debilitamiento de la actividad cardiaca y circulatoria (Aún se puede recuperar a la persona a través de técnicas de reanimación y por acto voluntario espontáneo y controlado, como los yoguis, por medio de control mental).

¹⁸ Ibidem p. 22

2.- Muerte clínica o relativa.

Cesa la actividad cardíaca y respiratoria, los reflejos y la vida de relación, pero las reacciones metabólicas de los tejidos subsisten en ciertas condiciones; el retorno de la vida aún es posible de 5 a 8 minutos, con falta de irrigación cerebral sanguínea, puede haber secuelas si se pasa de este tiempo y se reanima a la persona.

3.- Muerte absoluta.

Se le ha definido como muerte cerebral o vida vegetativa (se necesitan aparatos), coma prolongado es cuando no se necesitan aparatos pero deben alimentar y asear al enfermo.

4.- Muerte total.

Cuando ya no quedan células vivas en el organismo y hay una definitiva imposibilidad de volver a la vida, empieza una progresiva degeneración del cadáver. Cuando se ha llegado a ésta forma, se dice que se ha llegado al estado de tanatomorfosis.¹⁹

¹⁹ REYES, Zubiria Luis Alfonso T. III Op. Cit. P. 55

2.7. Signos de muerte total.

- Enfriamiento del cuerpo
- Rigidez cadavérica
- Deshidratación
- El ojo es inexpresivo, pierde brillo, pupila fija
- Aparición de livideces cadavéricas (color livido)²⁰

2.8. Muerte apropiada

Según Weissman definió una muerte apropiada a aquella que presenta lo siguiente:

- a) Ausencia de sufrimiento
- b) Persistencia de las relaciones significativas para el enfermo
- c) Intervalo para el dolor permisible
- d) Alivio de los conflictos restantes
- e) Ejercicio de opciones y oportunidades factibles
- f) Comprensión de las limitaciones físicas.

Sheidman completa añadiendo que una muerte apropiada implica, no sólo al que muere, sino también para los principales sobrevivientes.

“Una buena muerte es aquella con la que los sobrevivientes puedan vivir”²¹

²⁰ ALVA Mario Op Cit p. 24

²¹ REYES, Zubiria Luis Alfonso. Curso fundamental de Tanatología Persona y Espiritualidad T- I p. 11

CAPITULO. 3. ASPECTOS CULTURALES Y RELIGIOSOS DE LA MUERTE.

3.1. Espiritualidad.

La persona humana es ontológicamente hablando, un ser espiritual.

Completemos lo que señala la OMS y digamos que el ser humano es un ente bio-psico-social y espiritual.

El mundo tanatológico es un mundo espiritual, lo espiritual no es algo apartado de la condición de ser humano. Tampoco es un monopolio de la región. La espiritualidad, es algo antológicamente esencial al hombre mismo. Esta verdad la vive el Tanatólogo día tras día. No hay un enfermo en fase terminal, no hay familiares de moribundos, que no busquen la paz y el consuelo en lo profundo de su espiritualidad.²² No hay personas que se esté enfrentando ya a su muerte inminente, o que está luchando por sobrevivir, que no busque a Dios, a su Dios personal, a su Dios verdadero, y el tanatólogo deberá, siempre, ayudarlo en este camino de encuentro, o de reencuentro, que es el camino de la paz, de la aceptación, de la dignidad, que son los objetivos prácticos de toda tanatología humana.²³

Entender al hombre, hablar de él, sin dar la impresión de que estamos solamente hablando de principios y no de un valor real, significa ver a la

²² REYES, Zubiria Luis Alfonso T- I Op. Cit p.183

²³ *Ibidem* p. 184

persona tanto en el orden metafísico como en el orden histórico. Por que un hombre es, por definición, un individuo responsable y autónomo.²⁴

Responsabilidad y Autonomía son dos componentes que no pueden faltar en la definición de hombre. La responsabilidad se apunala, por un lado, con la autonomía y por otro, con el valor. La autonomía, al liberarnos de una dependencia formalista, nos obliga a entrar a un mundo de los valores. El valor entra en donde está la emotividad humana; por eso elegir revela quién se es y hasta que punto se es libre.

Si ignoramos todo lo escrito, traficaremos con una espiritualidad vacía y con un culto compuesto de signos sin sentido, convirtiéndose en simples organizadores de ritos y apariencias, religión cultural que no tiene nada que ver con Dios ni con el hombre ya que entonces nos estaremos moviendo sin meternos en el mundo de la historia. Y todo sujeto tiene su historia, sobre todo su historia personal, y todo esto es la espiritualidad. Espiritualidad que hace el hombre para enfrentarse y comunicarse con Dios y con los hombres que están haciendo la historia.

El termino “espiritual” se refiere a lo que concierne a las últimas consecuencias y a menudo es contemplado como una búsqueda de significado y hace eco a lo que Frankl citó “El hombre no se destruye por sufrir, se

²⁴ Ibidem p. 185

destruye por sufrir sin ningún sentido”²⁵

3.2. La muerte en el Judaísmo.

Los preceptos religiosos son muchos y muy complejos, incluyen el culto a un solo Dios, cumpliendo con los tradicionales mandamientos que se le dieron a Moisés y explicados por el Rabino, y practican la caridad y la tolerancia hacia sus semejantes. El sabatino Judío empieza el viernes por la tarde antes de anochecer y termina con la aparición de las tres primeras estrellas el sábado por la noche. Los Judíos ortodoxos no pueden escribir, encender aparatos eléctricos, cocinar, viajar, enterrar a sus difuntos ni firmar documentos durante el sabático. El sabático es el día de descanso y existen servicios de sinagoga los viernes por la noche y los sábados por la mañana. Cuando el sabático termina, se enciende una vela y se da una bendición por la semana subsiguiente.

Los Judíos perciben la vida del ser humano como un puente entre el devenir desde las entrañas de la madre a las entrañas de la tierra. La salida del vientre se conoce como nacimiento, el retorno a la tierra como muerte, la salida del útero provoca el nacimiento del cuerpo, la partida del cuerpo físico, libera el alma a lo celestial, si la vida terrenal es un puente al futuro, la muerte es la puerta de la vida eterna. La separación del alma del cuerpo, que en el lenguaje

²⁵ Ibidem p.p. 186-187

común se llama muerte, es el retorno del alma a su fuente de origen. Según el pensamiento Judío, la muerte no es el fin sino el principio, consideran este mundo como una sala de espera, una preparación para el mundo por venir. Ven la muerte con tristeza, mas no con aflicción. Sienten como una enorme perdida la muerte de los seres amados y se preocupan de que sus pecados puedan hacerlos merecedores de un castigo futuro. Sin embargo hallan consuelo en el hecho de que la muerte no significa el fin de una persona.

Cuando la muerte ya ocurrió, hay manera respetuosa y especial de tratar el cuerpo y no se permite ninguna mutilación del mismo a menos de que haya alguna disposición legal, para practicar una necropsia. Los Judíos ortodoxos no desearían que sus órganos les fueran retirados para transplantes. En primer término, ningún órgano vital deberá ser retirado del cuerpo hasta que la muerte haya sido demostrada por el paro completo de todas las funciones vitales espontáneas y no solamente por lo que se conoce como “muerte clínica”.²⁶

El funeral generalmente se lleva a cabo en el transcurso de 24 horas, o tan pronto sea posible y el cuerpo, por lo general se entierra. Un “vigilante” puede permanecer con el cuerpo hasta el momento del entierro. Dependiendo del

²⁶ SHERR, Lorraine. *Agonia, muerte y duelo* p. 43

sexo del difunto, un compañero (a) prepara el cuerpo en presencia de tres miembros de la comunidad. El cuerpo es lavado en forma especial y amortajado antes de ubicarlo en un sencillo ataúd y que se pronuncien las oraciones. Cuando la persona muere por un accidente o de forma violenta, es necesario obtener toda las ropas que contengan la sangre del difunto para enterrarlas con él. Hay un periodo de luto familiar de siete días durante los cuales se reza y los dolientes vistan a la familia acongojada. Es importante que el cuerpo médico o el asistente traten al cuerpo con respeto y con cuidado por el pudor del individuo. No deben de lavar el cuerpo, simplemente cerrarle los ojos, enderezarle los miembros, envolverlo en una sábana sencilla y trasladarlo a la funeraria. Si hay necesidad de tocar el cuerpo, deben utilizar guantes desechables.²⁷

3.3. La muerte en el catolicismo (Iglesia cristiana).

Para la iglesia católica no cabe duda: todo, en las sagradas escrituras, está en relación al misterio pascual de cristo (Pasión, Muerte, Resurrección, Ascensión). Antes de el reinaba la muerte en la creación. Pero Cristo, con su muerte cambia de sentido para el hombre nuevo, que es el que muere con Cristo para resucitar con el y vivir eternamente en el señor.²⁸

De tal manera, que la muerte de Cristo y con Cristo es, más que otra cosa, una

²⁷ SHERR, Lorraine Op. Cit p. 44

²⁸ reyes. Zubiria Luis Alfonso T-1 Op. Cit p-240

muerte a la muerte: en El somos liberados de las obras muertas (Hh 6, 1-3; 9,13,14). Ahora sí podemos escuchar las palabras del señor que nos dice: “En verdad os digo, el que escucha mi palabra y cree en el que me ha enviado, tiene vida eterna y no incurre en juicios, sino que ha pasado de la muerte a la vida” (Jn 5, 24). Y también aquellas que nos aseguran que no debemos temer a la muerte; ya que, el que cree en El, aunque haya muerto, vivirá (Jn 11,25, 26).²⁹ El sacramento de la unción de los enfermos comienza con un saludo ritual, Seguido de una oración de todos los presentes por el enfermo. Luego de una imposición de manos sobre la cabeza del enfermo en fase terminal o del que sufre una enfermedad seria, aun que no esté grave, el presbítero bendice el óleo: “oremos. Dios nuestro, Padre de todo consuelo que por medio de tu hijo quisiste curar las dolencias de los enfermos: atiende, benignamente, la oración de nuestra fe...

Bendice este óleo que tú nos has dado para fortalecer nuestro cuerpo...”

Después de ungir el óleo bendecido al enfermo al enfermo, venciendo: “Por esta santa unción y por su bondadosa misericordia te ayude el señor con la gracia del Espíritu Santo. Amén . Para que libre de tus pecados de conceda la salvación y te conforte en tu enfermedad. Amen.”³⁰

La unción de los enfermos no es, un sacramento de moribundos, pero sí lo es

²⁹ Ibidem p. 241

³⁰ Ibidem p. 250

para enfermos terminales.

Cuando la muerte ya ocurrió no hay ninguna objeción religiosa para que se lleve a cabo una autopsia ni para que donen órganos para transplante, aunque hay personas que puedan tener fuertes razones personales a este respecto.³¹

3.4. La muerte en el Budismo.

El camino de la vida budista ofrece preceptos para el bienestar ético y espiritual de cada individuo y los exhorta a tener compasión, por cualquier forma de vida. Dado que creen en la reencarnación, todos los budistas deben aceptar la responsabilidad de la manera en que ejercen su libertad, ya que las consecuencias de la acción pueda ser vista en vida posteriores. Por tanto, es importante que el individuo se comporte correctamente y esto incluye no matar.

Los budistas aceptan las transfusiones de sangre y el transplante de órganos ya que en sus creencias, es fundamental ayudar al prójimo. El paciente budista con frecuencia es vegetariano y a menudo busca la ayuda del cuerpo médico para asegurarse de que pueda tener un tiempo de total tranquilidad para meditar.

En los moribundos puede rechazarse la administración de medicamentos que puedan obnubilar la conciencia si éstos interfieren en su capacidad para

³¹ Ibidem p. 251

meditar, especialmente por que meditar sobre su propia muerte ejercerá influencia en la siguiente reencarnación. Los budistas generalmente creman a sus muertos con el fin de que su alma pueda ser liberada del cuerpo para entrar dentro de su siguiente existencia. Normalmente no hay ninguna creencia solemne final, con excepción de que el cuerpo debe ser envuelto en una sábana lisa, sin ningún símbolo después de que el cuerpo médico realice los servicios tradicionales finales. El tiempo de depósito depende del calendario lunar y puede variar de tres a siete días.³²

3.5. La muerte en el Hinduismo.

Para los asiáticos, la higiene y el pudor son dos aspectos muy importantes de la vida así como el respeto hacia los profesionistas de cualquier raza.

Si un paciente hindú está agonizando en el hospital los parientes pueden traerle dinero y ropa para que los toque antes de distribuírselo a los necesitados.

Algunos parientes también aprovecharán la oportunidad para sentarse con el paciente moribundo y leerle un libro sagrado. Si el sacerdote hindú está presente puede ayudar a las personas a aceptar la muerte (como lo inevitable) de una manera filosófica. Puede, así mismo atar un hilo alrededor del cuello o de la cintura del paciente como una bendición. El paciente puede desear

³² SHERR, Lorraine Op. cit p. 42

acostarse en el suelo para estar más cerca de la madre tierra en el momento de la muerte y ayudar así a la subsiguiente encarnación. Después de la muerte, los parientes procederán a lavar el cuerpo y vestirlo con ropa nueva antes de sacarlo del hospital. Tradicionalmente, el hijo mayor del difunto será quien encabece esto independientemente de lo joven que sea. La familia puede desear llevarse el cuerpo a la india para que sea cremado y subsecuentemente esparcir las cenizas en el río sagrado (Ganges, que se supone nació de la melena de dios shiva).³³

3.6. La muerte en humanistas y ateos.

Si al ingresar a un hospital el paciente escribe “ninguna” en el espacio correspondiente a religión, esto no siempre significa que no tenga creencias religiosas. Puede significar que no quieren tener relación con ningún miembro de ninguna religión organizada o que no quieren hacer ningún compromiso. En el hospital, con frecuencia sucede que estos pacientes se sienten contentos cuando platican con algún capellán si el acercamiento inicial es social y no evangélico. Esto puede permitir que se desarrolle una relación que pueda dar espacio al paciente para compartir sentimientos, temores, y dudas en relación a su enfermedad y su posible futuro.

“El hombre es la medida de todas las cosas” es la piedra angular de la filosofía

³³ Ibidem p. 44

humanística, que piensa que el hombre puede, por si mismo, mejorar su propia situación sin ninguna ayuda sobrenatural. Un humanista, por tanto, tiene fe en la inteligencia del hombre para traer sabiduría y comprensión al mundo y poder resolver los problemas morales de libertad, tolerancia, y justicia y felicidad. Por la relación tan estrecha entre los cuerpos y la mente es inevitable, señala el humanista, que al morir. La vida de una persona se termine por completo. Por tanto no creen en la inmortalidad.

El énfasis humanístico en realización en esta vida conduce a una concentración de fuerza por resolver los problemas de dolor, sufrimiento y muerte que buscan limitar ese nivel de realización. Este motor para la investigación y el descubrimiento también está presente en otros sistemas de creencias, como el cristianismo, en donde se sostiene que el alivio al dolor y una muerte digna son importantes.³⁴

CAPITULO. 4 CUIDADOS ETICOS DEL PACIENTE TERMINAL PARA UNA MUERTE DIGNA.

4.1. Cuidados paliativos.

En 1987, Inglaterra define: “la medicina paliativa es el estudio y el cuidado del paciente que sufre una enfermedad activa, progresiva, avanzada, para la cual el pronóstico es limitado y la atención debe estar propuesta sobre todo en

³⁴ Ibidem p. 46

la calidad de vida”.

La OMS, por su parte, dice que los cuidados paliativos son “el cuidado activo y total de los pacientes en el momento en que su enfermedad no responde a las ,medidas curativas”.

Sus principales objetivos son el control del dolor y de otros síntomas y la solución de otros problemas sociales y espirituales. La meta del cuidado paliativo es ofrecer la mejor calidad de vida al paciente y a la familia.,integran los aspectos de ayuda psicológica y espiritual, ofrecen un sistema de apoyo para que el paciente pueda vivir lo más activamente posible hasta su muerte y a la familia le brinda apoyo para que pueda aceptar la enfermedad de su ser querido y superar el duelo.³⁵

La medicina paliativa tiene varios objetivos básicos: incrementar al máximo la potencialidad del enfermo, tanto en forma individual como dentro de su vida familiar. Estimular la mejoría y el saneamiento de las relaciones del paciente, Incrementar la comunicación con todos los miembros del equipo de salud. Controlar el dolor y los demás síntomas propios de la enfermedad y dar el adecuado soporte familiar. Por lo mismo, las áreas de trabajo propios de los cuidados paliativos son:

³⁵ REYES, Zubiría Luis Alfonso T. III Op. Cit p. 151

- Cuidado total: es decir, tratar al enfermo no solamente en su problemas biofisiológicos, sino en un sentido holístico.
- Control de síntomas: lo que presupone también prevención de los mismos y supervisión médica permanente
- Control del dolor: esto es básico en cuanto a calidad de vida
- Apoyo emocional: tanto al enfermo en fase terminal como a su familia
- Apoyo al equipo de salud: es importante tener en cuenta que el grupo que se enfrenta a diario con la muerte y con los duelos, debe manejar una alta y riesgosa cantidad de tensión, la cual exige mecanismos de soporte muy peculiares dentro del propio equipo.³⁶

4.2. **Ética del cuidado paliativo.**

Los principios que rigen la actuación ética en el manejo del paciente terminal no difieren de los principios rectores de cualquier otro acto médico. Ante todo prima el respeto por la vida. Este principio se desglosa en dos directrices: La primera es, que toda acción debe estar encaminada a hacer el bien, a actuar en beneficio del ser humano y de sus intereses, en el contexto de su situación de vida.

³⁶ Ibidem p. 152

La segunda es, que no se debe producir daño y cuando éste se presente, debe hacerse todo intento por minimizarlo. En el contexto del paciente terminal, este principio hace referencia a obtener alivio del dolor y del sufrimiento innecesario³⁷

Un segundo principio cardinal es respetar siempre la autonomía del paciente terminalmente enfermo: su capacidad de autodeterminación y de mantener el control sobre sus asuntos. Para ello es menester tener en cuenta que se habla aquí de un paciente competente para tomar sus propias decisiones. Esto no solamente se refiere al estado de lucidez mental sino también a la ausencia de factores externos y modificables, que puedan estar interfiriendo en su capacidad de hacer juicios correctos y decidir en beneficio de sí mismo.

Cuando el paciente presente un trastorno que obnuble su estado de conciencia, que altere su capacidad de tomar decisiones, se pueden presentar cuatro tipos de situaciones diferentes:

- a) Seguir los deseos previamente manifestados por el paciente de manera expresa, como puede ser el uso de documento
- b) La toma de decisiones informada y por consenso entre el equipo médico y la familia

³⁷ BEJARANO-JARAMILLO Morir con Dignidad p. 66

- c) Aquella en el que el paciente tiene un representante legal con precisas Instrucciones, traducidas en un documento escrito en este caso le corresponde a esa persona señalar el camino a seguir
- d) Se presenta cuando el paciente no ha expresado previamente su deseo, no tiene familia o ella está en conflicto frente al paso que se debe dar, o no hay representante legal; en este caso, es el deber del cuerpo médico tomar las decisiones, siempre en beneficio de los intereses del paciente.³⁸

Un tercer principio para tener en cuenta al tratar de intentar medidas heroicas o tratamientos con resultados inciertos en la fase terminal de la enfermedad de un paciente, hace relación a la justicia en el uso de los recursos.³⁹

Ante la disyuntiva de tomar medidas que puedan significar la prolongación de la vida de un enfermo terminal, las siguientes pautas deberían servir como orientación en la toma de decisiones, desde el punto de vista ético:

1.- Principio de la autonomía.

La norma fundamental es el deseo del paciente, cuando éste es competente para la toma de decisiones en los asuntos que le conciernen.

³⁸ Ibidem p. 67

³⁹ Ibidem p. 68

2.- Principio de proporción.

Toda acción médica tiene sus riesgos o efectos no deseados inherentes a ella. Cuando estos rebasan el beneficio que ofrecen, cuando se convierten en fuente de mayor sufrimiento y cuando la esperanza de curar o aliviar la enfermedad han desaparecido, no es ético intentar prolongar la vida del paciente.

3.- Principio de equivalencia.

En caso de enfermedad terminal, suspender un tratamiento no es éticamente diferente del hecho de no iniciar su aplicación; más aún, cuando ello no va a cambiar el curso de la enfermedad o la condición del paciente, pero si va a prolongar su agonía. Cuando se tomen decisiones de retirar o no aplicar tratamientos de tipo heroico o de sostén de funciones vitales, es menester incrementar apoyo a la familia y estrechar los vínculos establecidos con ella, como con el equipo terapéutico.

4.- Principio de relatividad.

A pesar de considerar que la vida es sagrada, que su respeto es incuestionable e inviolable y que el principio cardinal de todo accionar médico es el respeto por la vida, hay momentos en que sostenerla no procede tanto bien como se cree, sobre todo, cuando ello va a la par de una pauperización de la calidad de vida del hombre y de su dignidad.

Es aquí cuando el que hacer médico, antitanásico cuando se trata de salvar la

vida y prolongarla cuando hay una razonable esperanza de mejoría y e, vuelve a encontrar su limite, y debe enfocarse hacia el alivio del dolor l sufrimiento y en ocasiones, darle a la muerte una oportunidad para que sea ella quien libere al paciente de la carga de sufrimiento e indignidad que soporta. El deber del médico de prolongar la vida concierne a una vida humana con calidad.⁴⁰

4.3. Derechos del paciente terminal.

El Dr. Zubiría define al enfermo terminal como: Aquella persona que padece una enfermedad potencialmente terminal, por lo que probablemente vaya a morir en un tiempo relativamente corto.

Enfermo en fase terminal es: Aquella persona que perdió los mecanismos de defensa necesarios para conservar la homeostasis, y que más que tratamientos curativos, necesita que se le apliquen cuidados paliativos.⁴¹

Los derechos del paciente terminal no difieren tanto de los derechos del enfermo general. Más aún , muchos de los derechos del enfermo se han extrapolado apartir del conocimiento de la realidad y de las necesidades del paciente terminal. Estos derechos elementales del paciente terminal no son más que un discernimiento sobre la dignidad humana, que debe prevalecer en el último estadio de la vida y aún en la muerte misma.

⁴⁰ GARZA. Garza Raúl. La toma de decisiones en situaciones difíciles. p. 90

⁴¹ REYES. Zubiría Luis Alfonso T- IV Curso fundamental de Tanatología y suicidio p. 14

- 1.- El enfermo terminal tiene derecho a vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, espiritual, vocacional y social, compatible con el estado resultante de la progresión de la enfermedad.
- 2.- El enfermo terminal tiene derecho a tener alivio de su sufrimiento físico, emocional, espiritual y social.
- 3.- El enfermo terminal tiene derechos a vivir independiente y alerta.
- 4.- El enfermo terminal tiene derecho a ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores en su proceso e aproximación a la muerte, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen.
- 5.- El enfermo terminal tiene derecho a conocer o rehusar el conocimiento de todo lo concerniente a su enfermedad y a su proceso de morir.
- 6.- El enfermo terminal tiene derecho a ser el eje principal de las decisiones que se tomen en la etapa final de su vida.
- 7.- El enfermo terminal tiene derecho a que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente, ni se apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales.
- 8.- El enfermo terminal tiene derecho a hacer el mejor uso creativo posible de su tiempo.
- 9.- El enfermo terminal tiene derecho a que las necesidades y temores de sus seres queridos sean tomados en cuenta antes y después de su muerte.

10.- El enfermo terminal tiene derecho a morir con dignidad tan confortable y apaciblemente como sea posible.⁴²

CAPITULO 5. EL HOMBRE FRENTE A LA MUERTE.

5.1. Necesidades físicas del paciente en fase terminal.

Gray enuncia las siguientes necesidades fisiológicas del enfermo en fase terminal:

1.- La sensibilidad, los movimientos y los reflejos, los empieza a perder el enfermo por las piernas y los pies, por lo que debemos vigilar que las sabanas estén suficientemente flojas.

2.- Al aparecer una abundante sudación, señal del deterioro de la circulación periférica, la piel se enfría. Sin embargo la temperatura del organismo aumentará. La agitación que generalmente presenta el moribundo se debe muchas veces a la sensación de calor: muchos enfermos intentan quitarse las sabanas.

Necesitan pues ropa ligera y circulación de aire fresco.⁴³

3.- Conforme pasa el tiempo, el moribundo va perdiendo tanto la visión como la audición. Sólo ve lo que le está muy cerca y escucha nadamás lo que le dicen directamente.

⁴² BEJARANO-JARAMILLO Op. Cit. p. 49

⁴³ REYES. Zubiria Luis Alfonso T- III Op. Cit. p. 127

Hay que procurar que la habitación tenga luz suficiente, si es indirecta mejor, y pedir a los familiares que no hablen en voz baja, sino cerca de él, al oído o con voz clara y con respuestas sinceras.

4.- Aunque vaya disminuyendo su sensibilidad, el enfermo en fase terminal siente la presión, si a él le gusta tóquelo, hay muchos enfermos que prefieren la sola compañía del familiar sin el menor asomo de caricias.

5.- La presencia del dolor físico puede ser continua a lo largo de todo el proceso agónico. Hay que curarlo.

6.- Con frecuencia, el enfermo en fase terminal permanece con plena conciencia casi hasta el final. Lo que significa que hasta el final, hay que brindarle un cuidado holístico, total: Biofisiológico, psicológico, emocional, social, afectivo, místico.⁴⁴

5.2. Necesidades psicológicas del paciente en fase terminal.

El paciente sufre diferentes pérdidas, muy dolorosas para él. Pérdidas a las que se les debe poner mucha atención. Esta son principalmente:

Pérdidas de salud: La primera y la más obvia. Lo que ya no es tan manifiesto, son las consecuencias necesarias por esta pérdida, el enfermo pierde también su seguridad, incluyendo quizá la que da la esperanza, ya que su futuro es incierto; pierde su tranquilidad y autonomía.

⁴⁴ Ibidem p. 128

Pérdida de libertad: Libertad de movimientos, ya que por el gran debilitamiento que padece no podrá moverse, también perderá su libertad de pensar; la mezcla de emociones que sufre lo obligará a pensar siempre en una misma dirección perderá su libertad de privacidad.

Pérdida del cuerpo: Lo pierde como aliado, como su amigo. Desde el momento en que comenzó el proceso degenerativo consecuencia de la enfermedad terminal. Su cuerpo se convierte en el enemigo actual y en un obstáculo para su autorización.⁴⁵

Pérdida de la imagen propia: Ante el deterioro físico aparece la pérdida de autoestima, principalmente e una depresión que puede ser muy profunda. Con la depresión el paciente sufre también pérdida de afectos, ya que se negará a toda relación afectiva y se llenará de rabias y de culpas.

Pérdida de la paz interior: Por que ante la cercanía de la muerte, el moribundo comenzara a hacer un autoanálisis de su vida y sino se le ha ayudado en todas sus pérdidas, el saldo será negativo para él.⁴⁶

⁴⁵ Ibidem p. 129

⁴⁶ Ibidem p. 130

5.3. Las necesidades del moribundo.

Necesidad de verse bien.

Es muy importante para su dignidad simplemente es una necesidad de distinción, de seguir siendo dignamente la persona que siempre había sido. Es tan importante este aspecto que muchas veces le hacemos un daño a nuestro enfermo cuando lo obligamos a recibir visitas siendo que él no se siente presentable. (No confundir esta necesidad con la negación a ser visitado por una gran depresión). Por otra parte, si de veras estamos ayudando a nuestro paciente de la manera como él lo necesita, a lo largo de toda sus etapas del proceso del morir, o en esa entremezcla de emociones, forzosamente se le ira quitando el miedo, por que sabrá con certeza que al morir lo hará con toda dignidad: es consciente de que sí lo tratamos como persona y por lo mismo, sabe que todo seguirá siendo igual hasta el final.⁴⁷

Necesidad de la verdad.

Es necesario que siempre le digamos la verdad a nuestro enfermo. Es una condición indispensable; La verdad siempre hay que decirla; lo importante es saber que decir, a quién, para qué, cómo, cuándo y donde. Es cierta la frase evangélica: “La verdad os hará libres”.⁴⁸

⁴⁷ KÜBLER, Ross Elisabeth. Sobre la muerte y los moribundos p. 110

⁴⁸ Ibidem p. 111

5.4. Morir en casa una alternativa más humana.

Parto del principio de que la persona mortalmente enferma ha podido satisfacer una de las muchas e importantes necesidades que tiene, “saber la verdad” acerca de su enfermedad; es decir, que recuperar su salud es imposible; que ha podido discutir e ir decantando sus limitaciones y debilidades y conocer sus propias fuerzas.⁴⁹

Cuando el recorrido para recuperar la salud ha sido largo y doloroso y no ha habido cambios significativos, le queda al paciente terminal la alternativa de morir en casa. Podrá conservar hasta donde sea posible, la forma de vida que ha tenido siempre: sus propias horas para dormir, comer y bañarse; podrá contar con sus seres queridos sin horarios señalados y rechazar medios invasivos y artificiales que le prolonguen la vida.⁵⁰

Una persona en fase terminal sufre menos en casa que en un hospital, pues el amor de los miembros cercanos de su familia es un magnífico catalizador del sufrimiento y así el paciente podrá encontrar en su familia, en su medio, si las circunstancias lo permiten, inmensas gratificaciones.⁵¹

a) En casa tendrá mayor poder decisorio sobre su persona y sus costumbres que en el hospital.

⁴⁹ STONER, Marilyn. Revista Nursing p. 11

⁵⁰ BEJARANO-JARAMILLO Op. Cit. P. 296

⁵¹ Ibidem p. 297

- b) Continuará conservando su lugar, mientras que en el hospital es un paciente más.
- c) Paciente y familiares podrán vivir en una forma más natural, tratando de continuar el ritmo de vida de cada hogar.
- d) El enfermo continuará siendo un integrante de la familia y estará, hasta done sea posible, al tanto de los conocimientos; podrá aportar sus propias opiniones y participar en los eventos y en las celebraciones.
- e) Podrá disfrutar la comida preparada para él, los platos de su agrado y sus antojos.
- f) Vivir en casa generalmente cuesta menos y se hace en forma más agradable que en el hospital.
- g) En casa podrá gozar con sus animales preferidos y sus objetos familiares; ocuparse de algunos pasatiempos o manualidades que le agraden o pueda desarrollar, gozara de la estructura y organización de la casa y se sentirá rodeado de una atmósfera familiar que le dará tranquilidad y seguridad emocional.
- h) Disfrutará del contacto y comunicación, casi permanente con su familia y amigos, sin tener que ajustarse a rígidos horarios de visita y no vivirá el aislamiento que debe soportar en el hospital.

- i) En casa la familia podrá estar más atenta a los cambios que va sufriendo al paciente y en mayor capacidad de responder a las necesidades y deseos que se van presentando. Así al final, logrará la tranquilidad y satisfacción que muchas personas han expresado al afirmar: “He hecho todo lo que pude” y no “tal vez habría podido más si hubiera muerto en casa”.
- j) En casa los niños tendrán la posibilidad de estar en contacto con su ser querido gravemente enfermo, ir desarrollando una actitud natural ante la muerte y ajustarse gradualmente a ella a medida que se aproxime.
- k) La casa es un medio familiar natural que le ofrece generalmente más confort y sensación de protección.
- l) Tendrá una muerte natural, rodeado del cariño de todos los suyos que lo van acompañando por los difíciles momentos que tienen que pasar.⁵²

CAPITULO. 6. DUELO Y SU MANEJO.

6.1. Etapas del duelo anticipatorio.

Duelo: es la respuesta real a una pérdida real, pérdida que puede ser la de una persona por muerte o separación, o pérdida de una posición económica, trabajo, rol social etc.

⁵² Ibidem p. 298

Elizabeth Kübler-Ross clasifica el duelo en cinco etapas:

- Negación
- Ira o rabia
- Regateo o negociación
- Depresión
- Aceptación

1.- Negación

Es un mecanismo de defensa primario, normal y sano para enfrentar una catástrofe; la angustia es el miedo a “que me puede suceder”.

La duda genera miedo; la certeza nos permite hacer algo. Cuando ya no es posible seguir negándolo, esta se traduce en ira.⁵³

2.- Ira.

En esta etapa hay enojo, con todo y con todos, consigo mismo, con su cuerpo, con los demás, con Dios, con la vida.

Trae consigo odio, envidia de bienestar de los demás. Es una etapa normal y se tiene que vivir. En esta etapa el enfermo no se pregunta ¿por qué yo? Sino ¿por qué no el o ella?.⁵⁴

⁵³ SHERR, Lorraine Op. Cit. p. 59

⁵⁴ Ibidem p. 73

3.- Regateo o negación.

Con Dios, con la familia, consigo mismo, se hacen promesas a cambio de salud, se negocian los sentimientos de culpa, se negocian para recuperar lo que se está perdiendo. En esta etapa se debe ayudar al enfermo a cerrar asuntos pendientes, exteriorizar la ira para que se libere de ella, que se transformen en amor y comprensión⁵⁵

4.- Depresión.

Es una etapa profunda de tristeza, por lo que está sucediendo, hay deseos de no querer continuar.

Se identifican dos tipos de depresión:

- ❖ Reactiva
- ❖ Anticipatoria

La depresión Reactiva: Es la reacción que se va manifestando ante las pérdidas reales y significativas que se dan durante la enfermedad; como la pérdida del rol familiar, la pérdida del cabello, la pérdida de las capacidades físicas y mentales.⁵⁶

La depresión Anticipatoria: La vive solo el paciente, “la tristeza que tengo me hace ensimismarme y cuestionarme que he hecho en la vida, por qué lo he hecho” es un análisis real de las vivencias, buscando aquello que no se ha

⁵⁵ Ibidem p. 111

⁵⁶ REYES, Zubiria Luis Alfonso T-III Op. Cit. P. 81

hecho bien y tratar de arreglarlo.

Es una etapa de mucho llanto, debe manifestarse y vivir su muerte y acompañarlo para que muera en paz.⁵⁷

5.- Aceptación.

Hay una vaciedad de sentimientos, se acepta la muerte, aun cuando no deja de doler, se debe respetar el silencio del moribundo.

Hay que tocarlo con gran respeto, discreción y sinceridad, hacerle sentir que estamos con él. No esta feliz, pero ya arregló lo que tenia que arreglar y lo acepta.⁵⁸

Esperanza.

Es la única emoción que persiste, generalmente, a lo largo de todas las fases. Esta chispa de esperanza es la que lo sostiene durante sus meses u horas de sufrimiento. Es el deseo de que todo esto tenga algún sentido, de que al final valga la pena que hayan aguantado un poco más.⁵⁹

6.2. Etapas del duelo cuando la muerte ya ocurrió.

Etapas del duelo de Kübler-Ross:

1.- Negación y Aislamiento.

No es sólo decir cuando nos enteramos que alguien murió “No puedo creerlo, si hace una semana estuve platicando con él”. E s sentir que esta

⁵⁷ KÜBLER, Ross Elisabeth Op. Cit. p. 147

⁵⁸ Ibidem p. 148

⁵⁹ Ibidem p. 180

persona sigue viva, es no poder aceptar que ya murió, es esperar que, en cualquier momento volverá a estar con nosotros.⁶⁰ Pero, conforme se va siendo consciente del suceso, el familiar se aísla, quiere estar solo, le molestan las visita, las relaciones, el tener que conversar. La negación debe tener corta duración. Si el sobreviviente sigue sin poder aceptar que su ser querido murió, a pesar de la existencia de un cadáver, de un entierro, entonces se requerirá de un tratamiento psiquiátrico profundo, incluyendo la hospitalización.

2.- Rabia.

La rabia, enojo, ira, odio, envidia, surgen de manera irracional e incontrolable. Ante la muerte del ser querido, la rabia se manifiesta, inevitablemente, contra Dios (incluso con blasfemias) o contra la vida, contra los médicos, incluso contra el muerto.

3.- Regateo.

Es la etapa más corta. El familiar busca buenas conductas para alcanzar un consuelo. “si me porto bien, si rezo, si cumplo mis obligaciones como creyente, Dios me va a dar un premio merecido”, “perdón eterno a mi ser querido, mayor grado de gloria” etc. En realidad, en el fondo es una búsqueda de medios para liberarse de las culpas.

⁶⁰ REYES, Zubiria, Luis Alfonso. T- III Op. Cit. p. 201

4.- Depresión.

Se vive una profunda tristeza que es, evidentemente, la manifestación propia del duelo. Es la etapa de mayor duración.

Es cuando se expresa más libremente el dolor por la pérdida tenida (equivalente a la depresión reactiva), sea pérdida real o simbólica. Tiene todas las manifestaciones de una depresión.

5.- Aceptación.

Con el tiempo, cuando el bagaje emocional haya tomado su cauce normal, vendrá la aceptación. Aceptación que es, en pocas palabras la certeza de que la muerte no existe. Que no es sino un simple cambio de presencia.⁶¹

Etapas de duelo de Isa de Jaramillo.

Para ella después de la muerte consta de tres etapas:

Evitación: Es la fase inicial del duelo, lo primero que surge ante la noticia de la muerte del ser querido es la necesidad de evitar reconocer que la pérdida es un hecho. Simplemente, “no puede ser”. Pero, ante la realidad, sobreviene un shock, mecanismo de defensa, que se manifiesta en atontamiento y es una vivencia de irrealidad. Aunque vienen momentos que no se pueden evitar y que sirven para enfrentar la realidad, pero no la soledad; como, por ejemplo, dar la noticia de la muerte a todos los conocidos, hacer los arreglos funerarios,

⁶¹ Ibidem p. 202

ver o identificar al cadáver. Poder tocarlo, despedirse, acariciarlo o depositarlo en el ataúd, etc. Con estas acciones se inicia el proceso del duelo. En seguida viene el ritual de despedida: el velatorio, el entierro o cremación. Actos que consolidan la realidad, facilita las expresiones del dolor y búsqueda de apoyo y sobre todo, separan al muerto de los vivos.

Confrontación: En esta fase aparecen fuertes sentimientos de añoranza, junto con una tremenda necesidad de volver a ver vivo al que murió.⁶² Como no se puede, viene la rabia, lo que hace que los amigos sean rechazados: aparece una como necesidad de vivir en soledad el dolor de la muerte. Las posesiones del difunto se conservan intactas; Aunque también es frecuente que el familiar se incline por lo opuesto, como que es necesario para poder olvidar. Por lo que aparecerán sentimientos de desesperación, pánico, rabia. Se inicia, también, el trabajo de deshacer los vínculos.

Restablecimiento: Después de varios meses, empieza a ceder la crisis aguda. El familiar se da permiso de sonreír, se olvida, aunque sea momentáneamente, de la tragedia y comienza a interesarse por algo nuevo. Para llegar al total restablecimiento hay que tomar en cuenta el momento en que ocurrió la muerte, dentro del ciclo vital, la naturaleza de la enfermedad o muerte, la capacidad de apertura social, la relación con el que murió.

⁶² Ibidem p. 205

El proceso del duelo terminará cuando el sobreviviente pueda recordar sin dolor.⁶³

Etapas de duelo de Reyes-Zubiría.

1.- Depresión:

En esta etapa aclara que la depresión es una emoción. No una enfermedad. Desde el momento en que se sabe que murió el ser querido, sentirá que su Yo está mutilado.

Muchos padres de familia sienten eso ejemplo; Se suele decir “Mi corazón ya no está conmigo, se fue; Sienten que su corazón está en donde se depositaron los restos del ser querido. Hay una negación que consiste en no creer lo que se está viviendo.⁶⁴

2.- Rabia:

Los sentimientos negativos salen del propio Yo para fijarse en el Tú, quien quiera que ésta sea. Por lo que la rabia también se vuelve contra el propio Yo. Rabia hacia el Yo por todo. Rabia que se transformará en culpa; Con la culpa sobreviene la tristeza y la tristeza servirá para expiar por la culpa. Incluso vendrán más sentimientos de culpa por los ratos de leve alegría que se puede permitir el familiar sobrevivientes.

⁶³ Ibidem p. 206

⁶⁴ Ibidem p. 207

3.- Perdón:

Es la etapa del perdón. Quien sufre el dolor del duelo debe llegar a esto; a perdonar, en primer lugar al propio Yo; Perdonar las faltas, reales o no, no importa, respecto a quien murió o referidas a los demás familiares. Perdonar todo sentimiento de culpa, por difícil que parezca. Y perdonar. Perdonar al Tú; Quien quiera que sea, perdonar al que ya murió y me dejó con mi dolor y mis Problemas .

Mientras no podamos perdonar, viviremos en una profunda tristeza. El perdón es, más que virtud, una condición indispensable para tener paz interior. Sin paz interior, no podremos terminar nuestro trabajo de duelo.

4.- Aceptación:

La aceptación auténtica se dará cuando uno perciba que dentro de uno mismo está, vivo, el que “murió” y que está cuidando de uno, como “ángel de la guarda”⁶⁵

Etapas del duelo de Nancy O’connor.

Todas las personas somos diferentes y así manifestamos nuestras emociones, sin embargo el duelo sigue un patrón predecible y con el tiempo viene la recuperación y se empieza a sentir alegría de vivir.

Los plazos son flexibles:

⁶⁵ Ibidem p. 208

Etapa I.- Ruptura de los antiguos hábitos.

Etapa II.- Inicio de la reconstrucción de la vida (8^a semana al primer año)

Etapa III.- Búsqueda de nuevos objetos de amor y amigos (1^o a 2^o año)

Etapa IV.- Terminación de reajuste (Después del 2^o año).⁶⁶

6.3. El duelo por muerte no esperada.

Entendemos por “muerte no esperada”, las que conocemos como muerte súbita, muerte por accidente, muerte por crimen, muerte masiva o muerte por suicidio. La muerte súbita es la que llega de pronto; como, por ejemplo, la que sobreviene después de un infarto masivo al miocardio, repentino, que no da tiempo para casi nada. Son muy dolorosas para los sobrevivientes.

En cuanto a las muertes debidas a un accidente mortal, o la muerte por el crimen, tienen, como uno de sus agravantes, el ser siempre muertes violentas, que normalmente dejan un cadáver herido, sangrante, quizá mutilado. Verlo puede significar mayor dolor para los familiares. Lo mismo sucede cuando la causa de la muerte es un desastre, o, para desgracia de muchos, una muerte masiva. La reproduce el número excesivo de muertos y el dolor de toda una comunidad manifestado intensamente.⁶⁷

⁶⁶ O'CONORS, Nancy Dejalos ir con amor p. 50

⁶⁷ REYES, Zubiria, Luis Alfonso T- III Op. Citi. P. 210

Algunos autores señalan que la elaboración del duelo por muerte no esperada, requiere más tiempo; los síntomas dolorosos son más persistentes que lo normal. Esto no se debe a que, por lo inesperado del suceso, se aumente el dolor del duelo. Simplemente pasa, explica Jaramillo, por que la capacidad para asumirlo es menor: Cuando la muerte es esperada hay un período de preparación emocional, que logra que la muerte se entienda como una consecuencia natural y se acepta así como el final de un proceso predecible. Lo cual no se puede cuando la pérdida no se puede anticipar.

Hay muchas variables que influyen en la respuesta ante la pérdida que se deben tomar en cuenta siempre y con igual razón o más, cuando se sufre un duelo por muerte no esperada. Estas variantes son principalmente las

siguientes:

- Experiencias infantiles: La historia de pérdidas anteriores y la manera como supo o pudo manejarlas.
- Experiencias anteriores de muerte de otros seres queridos.
- Enfermedades emocionales previas, como depresión o histeria.
- Crisis tenida a lo largo del ciclo vital.⁶⁸
- La relación con quien murió: fuerte, cercano, amable, mala, culpigena etc.

⁶⁸ Ibidem p. 211

- Tipo de vínculo: si fue un hijo, esposo, padre, primo, sobrino, amigo u otra clase de unión.
- Fortaleza y seguridad de este vínculo.
- Grado de dependencia.
- Intensidad de la ambivalencia.
- Clase de muerte: Súbita, por crimen, masiva, suicidio.
- Otros factores importantes son: Sexo, edad, personalidad, situación socio-economica, religión, espiritualidad, cultura.

En realidad las etapas de duelo por muerte no esperada son las mismas que las del duelo anticipatorio y se le debe de acompañar al doliente a lo largo de todo el proceso, por largo que sea.⁶⁹

6.4. Los duelos anormales.

Un duelo normal tiene una duración promedio de entre uno y dos años. Menos tiempo, o más, manifiesta algo de patología que puede ser de diversa índole.

Lo dicho no significa que durante todo ese período el sufrimiento va a ser igual de intenso. El dolor más profundo comenzará a salir de él, más o menos a los nueve o diez meses.

Pero en ocasiones el doliente se atora en alguna de las etapas: Se le llama duelo atorado. Jaramillo nos dice que un duelo puede convertirse en un duelo

⁶⁹ Ibidem p. 212

inhibido, puede asumirse defectuosamente y puede cornificarse, pero que también puede revestir una intensidad desproporcionada, por omisión o por exceso, casos en los cuales se debe llevar a cabo una detección precoz del problema, para encauzarlo adecuadamente; de otra manera puede aparecer desórdenes psiconeuróticos, afectivos y psicomatico.

Los duelos no resueltos más comunes, son:

Negación

Existe, en estos casos, fijación en una etapa de shok. Pero, por la negación, el dolor está inhibido, se presume ausente, o de plano, es negado. Los procesos mentales y las conductas aparecen como fuera de conciencia, mecanismo que sirve para evitar reacciones afectivas y cognoscitivas, por que son, para el doliente, demasiado agobiadoras y sumamente dolorosa.⁷⁰

Duelo crónico

La persona que lo sufre, vive, de una manera persistente e intensa, las etapas más dolorosas de duelo. Por eso da la impresión de estar en perenne desconsuelo: manifiesta ira, agotamiento, tensión, pánico y continuos sollozos; tiene conductas de apatías, sentimientos de vacuidad que lo obliga a preguntarse: “¿ Y ahora qué?”. Aparecen en ella, junto con angustia y depresión, sentimientos de rabia, resentimiento, autoreproches, agresiones al

⁷⁰ Ibidem p. 222

Tú. Algunos de estos pacientes, se esfuerzan por vivir exactamente como vivían antes de la muerte del ser querido, pero obviamente no pueden lograrlo. Este tipo de duelo puede durar muchos años.

Euforia

Se le llama así al duelo que presenta estas particularidades: es una respuesta inestable que da paso a un intenso dolor.

Está basado en profundas distorsiones de la realidad: una de ellas será la de Creer que el difunto, de alguna manera, sigue presente, incluso físicamente.

Otra, la de asegurar y, al menos aparentemente así sentirlo, que la muerte del ser querido representa una gran ventaja para el sobreviviente. Pero, en última instancia, llega a creer que el muerto nunca fue necesario en vida, que no hace la menor falta, eso inicia a un estado exagerado de euforia. Hasta que, finalmente, toman conciencia de su tremenda soledad y caen en profunda depresión.⁷¹

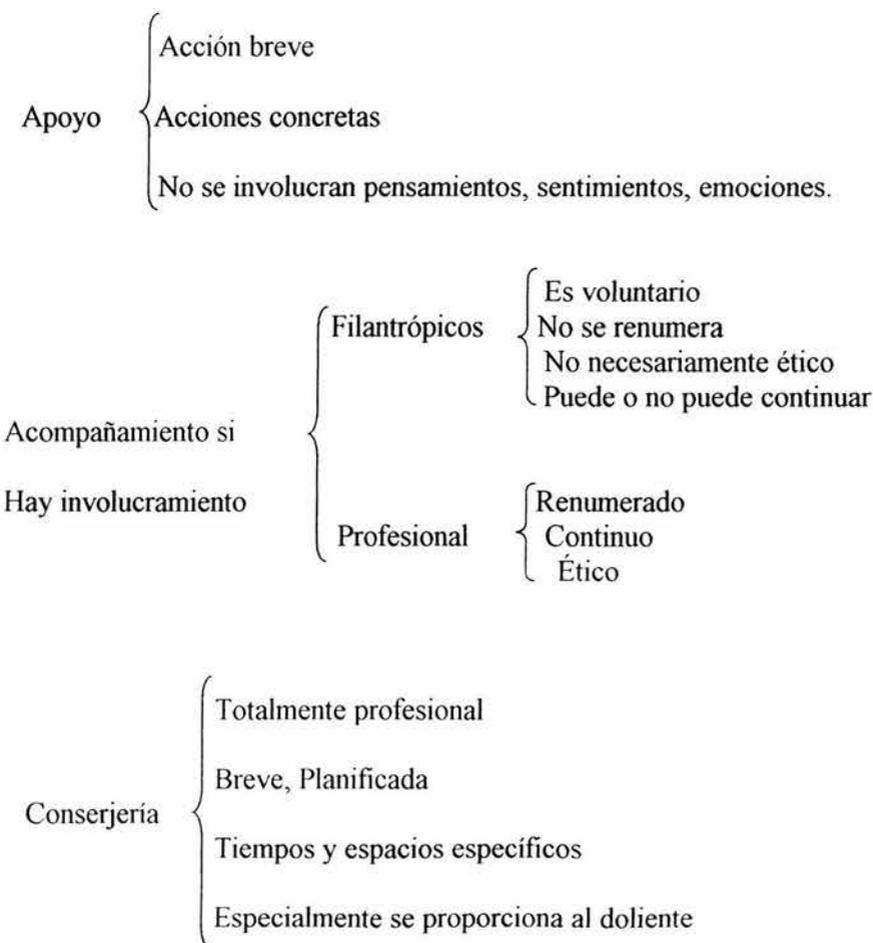
⁷¹ Ibidem p. 223

CAPITULO. 7 CONSEJERIA TANATOLOGÍCA.

7.1. Definición y niveles de intervención.

La consejería tanatologica, es una técnica de intervención en donde el consejero plantea preguntas y el o los dolientes problematizan sus conceptos y llegan a sus propios alternativas.

Nivel tanatologico.



7.2. Principios de consejería.

- Confianza
- Paciencia
- Tolerancia
- Confidencialidad
- Respeto
- Capacidad de asombro
- Humildad
- Horizontalidad
- Sentido del humor

7.3. Ejes temáticos de la conserjería.

- Concepción de muerte
 - Mito fundante
 - Escena fundante
 - Factores culturales (familia, tradición, ritos)
 - Factores sociales (religión, estatus)
- Cuentas pendientes
- Despedida
- Perdón
- Ausencia-presencia-esencia

- Certeza-incertidumbre
- El exorcismo del silencio
- La importancia de la palabra⁷²

7.3. Características y cualidades del tanatólogo.

Evidentemente, no todos pueden ser Tanatólogos. Para serlo, se necesitan tener ciertas e importantes cualidades.

1. Tener un profundo conocimiento, científico, total, de lo que enseña la tanatología como disciplina científica. Sin esto, cometerá muchos errores y no es ético presentarse ante quien sufre los dolores de la muerte y/o de la desesperanza, sin tener la mejor preparación científica tanatológica.⁷³
2. Ser capaz de tener verdadera compasión (del tanín: sufrir con) Real empatía, sin sentimientos fingidos.
3. Desarrollar una gran habilidad para identificar, rápidamente las necesidades del paciente.
4. Igualmente, debe acrecentar sus aptitudes para desarrollar unas relaciones interpersonales (con el enfermo, familia y miembros del equipo de salud) llenas de significado.

⁷² REYES, Zubiria, Luis Alfonso, T- III Op. Cit. p. 226

⁷³ Ibidem p. 228

5. Tener un buen sentido del humor: ser capaz de reírse de lo absurdo de una situación, y de él mismo.
6. Una alta honestidad para poder decir “No se”.
7. Capacidad para decir las cosas como son, sin recurrir a mentiras piadosas, ni a circunloquios, que puedan llegar a romper la confianza que debe existir entre el tanatólogo-Enfermo-Familia.
8. Generosidad de dar su tiempo cada vez que el paciente lo necesite y paciencia para escucharlo, todo el tiempo que le sea necesario al enfermo o a los familiares.
9. Mucha humildad para aprender, dar, reconocer, aceptar correcciones, perdonar, perdonarse. (Recordemos que la humildad es la verdad).
10. Saber lo que es y exige el amor incondicional y vivirlo.⁷⁴

7.4. Campos de acción de enfermería en el cuidado del paciente terminal.

Cada acción de enfermería debe tener un objeto específico que pretende una solución a las necesidades del paciente, esto nos significa, sin embargo, que las soluciones siempre sean eficaces pues las patologías son complejas y muchas veces irreversibles.

El estudio realizado por Benner (1987) nos da un marco conceptual de los campos de acción de la enfermera profesional, basada en las experiencias y

⁷⁴ Ibidem p. 229

situaciones reales de 1200 enfermeras; los clasifica en 7 campos o áreas de actividad que aportan una clara definición, fundamentada en lo que el profesional de enfermería puede realizar. Estas son:⁷⁵

- ✓ La función de ayuda al enfermo
- ✓ La función docente y tutelar
- ✓ La función diagnóstica y de vigilancia del paciente
- ✓ Acción eficaz de situaciones que cambien rápidamente tratamientos terapéuticos
- ✓ Supervisión y garantía en cuanto a la calidad de la asistencia.
- ✓ Coordinación en el plano organizativo con el equipo interdisciplinario.

La función de ayuda al enfermo.

La función de ayuda al paciente se puede desglosar en 10 puntos que ayudarán al profesional de enfermería a realizar mejor sus acciones. Estos puntos han sido adaptados a las necesidades del paciente terminal y se basan en las experiencias adquiridas durante varios años, durante los cuales se han tratado más de 100 pacientes en las diferentes etapas de la enfermedad terminal.

- 1) Relación terapéutica: creación de un clima que fortalezca y consolide la relación enfermera-paciente y permita un conocimiento más profundo del paciente como un ser integral.

⁷⁵ BEJARANO-JARAMILLO Op. Cit. p.248

Para poder llegar a esto es importante tener en cuenta las etapas de Mantener la esperanza, tanto en el caso de la enfermedad, el dolor, el miedo, la angustia u otras emociones intensas o compulsivas y auxiliar al paciente ayudándole a valorarse del apoyo social, emocional o espiritual.

- 2) Prodigar medidas de alivio y preservar la dignidad del individuo frente al dolor y la inminencia de la muerte. El personal de enfermería muchas veces debe encarar el hecho de que es muy poco lo que ellos u otros profesionales del equipo de paliativos pueden hacer para prolongar la vida del paciente terminal, pero queda espacio, para enaltecer las condiciones de vida por corta que ésta sea.

El personal de enfermería no debe rehuir el contacto con el paciente terminal, sino que ha de hallar el medio de ayudarlo, apoyarlo, consolarlo, tanto a él como a su familia. Ello significa que el profesional de enfermería ha de ser capaz de ir más allá de lo habitual de cuidar y curar al paciente; contribuir a realzar y facilitar el sentido de la propia dignidad inherente a toda persona humana que tiene un fin que cumplir. (Barnner. 1987).

- 3) Permanecer al lado del paciente. Es importante el contacto próximo entre paciente y enfermera; también que ésta le permita expresar sus emociones, a menudo sin que ella tenga que pronunciar una sola palabra.

- 4) Alentar al máximo la participación del paciente y su propia supervisión del Proceso de atención del paciente y su propia supervisión del proceso de atención a su enfermedad. Esto implica:⁷⁶
- a) Saber aceptar la fortaleza, impulsos, deseos y capacidad del enfermo para mejorar su estado y movilizar estos esfuerzos hacia la relación enfermera-paciente.
 - b) Convertirse en veladora del enfermo por ejemplo, expresando que el paciente tiene recursos para dominar y superar su estado sin necesidad de intervenciones innecesarias.

Con frecuencia es la enfermera que asiste al paciente quien le ayuda a recobrar este sentimiento de participación activa en el proceso de la enfermedad que padece y en la proximidad de la muerte.

- 5) Interpretar las clases de dolor y escoger la medidas adecuadas ara cuidar, controlar el sufrimiento, es tarea que corresponde a la enfermera. Ella es quien esta en contacto más directo con el paciente y puede identificar claramente estas necesidades. Informando al médico para que establezca el tratamiento.
- 6) Proporcionar alivio y establecer comunicación mediante el tacto. La enfermera se vale con frecuencia de éste para consolar y llegar al corazón

⁷⁶ Ibidem p. 249

de un paciente reservado o deprimido. A menudo este contacto cálido y humano es el único modo de aliviar al enfermo y comunicarse con él. El tacto transmite sentimientos de comunicación y de apoyo; aporta estímulos y bienestar físico. Pero como cualquier otra forma de comunicación, tiene muchas connotaciones y debe utilizarse con discreción y claridad.

- 7) Facilitar apoyo moral e informativo a la familia del paciente. La enfermera debe tener en cuenta tanto las necesidades del paciente como las de la familia. Debe saber cuándo conviene retirarse a un segundo plano y ofrecer a los miembros de la familia un mayor papel en el cuidado del paciente y también cuándo intervenir.
- 8) Orientar al paciente en el curso de las fluctuaciones emocionales y orgánicas. Sugerir alternativas de ayuda de otros profesionales, desechar las que no han dado resultado, encauzar y servir de mediador.
- 9) Utilizar los objetivos con fines reales y terapéuticos. Estos objetivos deben ser realistas y asequibles para el paciente y deben apuntar a la mejoría de su comportamiento social y de su condición física y psicológica.
- 10) Crear y mantener una comunidad terapéutica. Es importante para la enfermera y el equipo interdisciplinario que maneja pacientes terminales, tener un apoyo de equipo y comunidad donde se puedan expresar los sentimientos, experiencias, dudas, para poder sobrellevar la

carga emocional que implica su trabajo.⁷⁷

La función docente y tutelar.

La enfermera debe tener en cuenta 5 puntos para cumplir adecuadamente esta función, no sólo con el paciente, sino también con la familia.

- 1) Sentido de la oportunidad; evaluar la disposición del paciente para recibir explicaciones.
- 2) Ayudar a los pacientes a integrar la enfermedad a su forma de vida.
- 3) Descubrir y comprender la interpretación que hace el paciente de su enfermedad.
- 4) Facilitar una interpretación del estado del paciente y ofrecer una explicación de los tratamientos y procedimientos aplicables a cada caso.
- 5) Hacer asequibles y comprensibles aquellos aspectos de una enfermedad terminal, que por razones de índole socio-cultural no han sido entendidos.

La función diagnóstica y de supervisión.

La práctica de enfermería hace que dicho personal sea el que pasa el mayor tiempo con el paciente y por su capacitación profesional, su experiencia y destreza en el manejo del paciente terminal, es el que primero detecta el síntoma o signo alarmante en su situación.

El personal de enfermería está capacitado para realizar un diagnóstico de

⁷⁷ Ibidem p. 250

enfermería y realizar un plan de cuidados que se ajuste a las necesidades de cada paciente en estado terminal, para lo cual debe tener en cuenta los siguientes puntos.

- 1) Apreciación y documentación de cambios significativos en el estado del paciente
- 2) Prevención de la crisis y el empeoramiento, antes de que se produzcan síntomas claros de diagnóstico más grave.
- 3) Prevención de complicaciones.
- 4) Anticipación de las necesidades asistenciales del enfermo.
- 5) Valoración de las posibilidades de satisfacción del paciente y su capacidad de respuesta a las distintas vías de tratamiento.

Acción eficaz de situaciones que cambian rápidamente

Dentro de esta área de la profesión se incluye la facultad de hacerse cargo inmediato de las anomalías que presente el paciente y proceder de una forma idónea, evaluar y movilizar la ayuda disponible para evitar complicaciones posteriores. La enfermera debe realizar una ejecución rápida y diestra en casos de extrema urgencia.⁷⁸

- Una pronta evaluación de las necesidades y recursos en caso de apremio.

⁷⁸ Ibidem p. 251

- Detectar la crisis y proporcionar el tratamiento hasta la llegada del médico.

Administración y supervisión de las intervenciones y tratamientos terapéutico.

El personal de enfermería, como miembro del equipo de salud, también debe hacer recomendaciones e intervenciones con medidas propias; esta pueden ser cuidados paliativos y el manejo de síntomas molestos como náuseas, vomito, dificultad respiratoria, diarrea., o cualquier otro estímulo desagradable y molesto para el paciente.

Estas intervenciones pueden ayudar a :

- La iniciación y mantenimiento de la terapia endovenosa con un mínimo riesgo y complicaciones, sólo si el paciente terminal lo requiere.
- La administración eficaz y segura de medicaciones; vigilancia de los efectos negativos, reacciones, respuestas terapéuticas, toxicidad e incompatibilidades.
- Combatir los peligros de inamovilidad. Prevenir y actuar en caso de afecciones cutáneas, promover al máximo la movilidad, realizar medidas de prevención de complicaciones respiratorias y gastrointestinales.

- Elaborar un sistema de tratamiento de las escaras causadas por la inmovilidad, que propicie la cicatrización, la comodidad y el drenaje adecuados

Supervisión y garantía en cuanto a la calidad de la asistencia.

El personal de enfermería debe poseer un sutil instinto respecto a la conducta y aspecto habitual del paciente, con el objeto de anticipar alteraciones de importancia que en apariencia carecen de relieve. El personal apático, no comprometido con su labor, jamás captará los signos inusuales que apuntan a un empeoramiento del estado del paciente. Es por esto que debe:

- Facilitar un dispositivo de soporte que garantice dispensar una asistencia médica y de enfermería sin riesgos.
- Discernir qué puede omitirse o añadirse a las prescripciones médicas sin riesgos suplementarios.
- Obtener del personal médico respuestas idóneas y en el momento propicio.
- Coordinación en el plano organizativo con el equipo interdisciplinario de cuidados paliativos.⁷⁹

Para lograr esta coordinación y organización, el personal de enfermería debe coordinar, ordenar y satisfacer las necesidades y exigencias de múltiples

⁷⁹ Ibidem p. 252

pacientes y establecer un orden de prioridades.

- Crear y conservar un equipo terapéutico capaz de facilitar una terapia óptima.
- Hacer frente a la escasez de personal capacitado para el manejo de estos pacientes y al exceso de trabajo. Planificar las contingencias.
Prepararse con antelación para una sobrecarga extrema de trabajo en un turno determinado
- Saber aprovechar y mantener el espíritu de equipo. Contar con la solidaridad de otras enfermeras y demás integrantes del equipo de salud.
- Adoptar una actitud solícita para con los pacientes, aun cuando no exista la relación íntima o los contactos sean escasos.
- Adoptar una actitud flexible con los pacientes, con la familia, con el instrumental y equipo técnico y con la burocracia.

Los puntos anteriores señalan la naturaleza exigente y compleja de las funciones del profesional de enfermería en el marco institucional, hospitalario y a nivel de atención domiciliaria.

Para proporcionar continuidad y asistencia con garantías para el bienestar del paciente se requiere: coordinación y labor de equipo. Cuidado de enfermería; este requiere ciertas aptitudes, actitudes y conocimientos que implican el cuidado, la comprensión de las necesidades, el tener en cuenta

a la persona y sobre todo, conocer las propias capacidades y limitaciones. Un enfoque teórico debe establecer la diferencia entre cuidar y curar, de manera que el rol de cuidador, ejercido por el profesional de enfermería, tenga autonomía y esté realmente reconocido.

El cuidado de las necesidades físicas, espirituales y sociales de los pacientes terminales debe seguir siendo el núcleo central de las funciones del profesional de enfermería ante la agonía y la muerte.

III. MATERIAL Y METODOS.

3.1 Justificación.

En las últimas décadas se han producido cambios dinámicos en las prácticas de la enfermería, los avances científicos y tecnológicos en la atención de la salud, a veces atentan contra el enfoque humanista y refuerzan la atención en resolver la enfermedad más que cuidar del enfermo. A partir de una visión objetiva acerca de las condiciones que rodean a un individuo y a su familia, cuando es enfrenta a la muerte, interesa reflexionar sobre la importancia de la capacitación fundamental de tanatología.

Debido a que el personal de enfermería es la persona más cercana al paciente es necesario que se concientice ante esta situación que es la muerte, ya que trabajar con este tipo de pacientes implica la confrontación con la propia muerte y puede ser que sea tanto el impacto de esta; que bloquee sus actividades para con los pacientes evitando una atención adecuada y oportuna.

El presente trabajo tiene como propósito investigar la opinión sobre las actividades del profesional de enfermería al momento de

brindar la atención a un paciente terminal, con el fin de saber si tiene elementos fundamentales para brindar una atención eficaz.

El análisis de los resultados obtenidos permitirá proponer alternativas que contribuyan a elevar la calidad de atención, no solo durante la etapa terminal, sino también, se proyectarán a cada una de las actividades que se realizan dentro de ámbito de la enfermería, por lo cual esta investigación proporciona las bases teóricas y técnicas para mejorar el nivel de conocimientos de los estudiantes de enfermería.

3.2 OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el grado de conocimientos en los estudiantes de enfermería con respecto a la práctica de actividades educativas sobre tanatología.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Definir el concepto de tanatología.
- Determinar los propósitos de la tanatología.
- Describir las etapas del proceso de duelo.
- Valorar las necesidades del paciente terminal.
- Identificar los derechos del paciente.

3.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A través de las prácticas hospitalarias en diversas instituciones de salud se ha observado que los conocimientos tanatológicos son importantes y necesarios, ya que durante estas practicas se brinda atención a pacientes con diagnósticos terminales.

Sin embargo el desconocimiento de los profesionales de Enfermería les imposibilita brindar una atención adecuada.

Por lo anterior:

¿ Cual es el nivel de conocimiento tanatológico en los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe ?

3.4 HIPOTESIS PRIMARIA O DE TRABAJO.

El nivel de conocimiento tanatológico en los alumnos de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Escuela de Guadalupe A.C esta determinado por los aspectos teorico-metodológico en su formación profesional.

3.5 VARIABLE ESTUDIO

Conocimiento de tanatología de los estudiantes.

Indicadores de la variable estudio:

- Concepto de tanatología.
- Propósitos de la tanatología.
- Etapas del proceso de duelo.
- Necesidades del paciente terminal.
- Derechos del paciente terminal.

Descripción nominal de las variables:

1.- Concepto de tanatología: Pensamientos o ideas que se tiene sobre tanatología.

2.- Propósitos de la tanatología: Conocer la finalidad de la intervención tanatológica.

3.- Proceso de duelo: Saber ó conocer las fases o etapas que se presentan al sufrir una perdida de algo querido ó amado.

4.- Necesidades del paciente terminal: Identificar o saber lo que el paciente terminal necesita o añora durante su proceso patológico.

5.- Derechos del paciente terminal: Cuanto sabe o conoce sobre lo que se le puede y debe realizar a un paciente terminal.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL INSTRUMENTO.

El presente cuestionario esta integrado por un total de 23 preguntas de las cuales las cuatro primeras se refieren a datos generales y el resto preguntas específicos relacionados con el conocimiento tanatológico.

DEFINICIÓN OPERATIVA.

- 1.- ¿Qué es la Tanatología?
- 2.- ¿Qué es la muerte?
- 3.- ¿Conoces las dimensiones del miedo ante la muerte?
- 4.- ¿Conoces que es la conserjería tanatológica?
- 5.- ¿Conoces los campos de acción de la enfermera (o) en el cuidado del paciente terminal?

Variable	Tipo	Escala	Categoría
Concepto de tanatología	Cualitativo	Nominal	A SI B NO C TAL VEZ

6.- ¿Conoces los objetivos de la tanatología?

7.- ¿Conoces lo que es una muerte apropiada o adecuada?

Variable	Tipo	Escala	Categoría
Propósitos de tanatología	Cualitativo	Nominal	Si, No

8.- ¿Qué es el duelo?

9.- ¿Conoces las etapas del proceso de duelo?

Variable	Tipo	Escala	Categoría
Proceso de duelo	Cualitativo	Nominal	Si, No

10.- ¿Identificas las necesidades del paciente terminal ?

11.-¿Conoces que son los cuidados paliativos ?

Variable	Tipo	Escala	Categoría
Necesidades del paciente terminal	Cualitativos	Nominal	Si, No

12.-¿qué es un paciente terminal ?

13.-¿Qué es un paciente en fase terminal ?

14.-¿ Conoces los derechos del paciente terminal ?

15.-¿Enuncia 4 derechos del paciente terminal ?

Variable	Tipo	Escala	Categoría
Derechos del Paciente terminal	Cualitativo	Nominal	Si, No

3.6. TIPOS DE ESTUDIO

- ✓ Descriptivo
- ✓ Prospectivo
- ✓ Transversal
- ✓ No experimental

3.7 UNIVERSO DE ESTUDIO

Escuela de Enfermeras de Guadalupe.

3.8 UNIVERSO DE OBSERVACIÓN.

Alumnos de la carrera de Licenciatura en enfermería y obstetricia.

3.9 CRITERIO DE EXCLUSIÓN, ELIMINACIÓN, INCLUSIÓN.

Exclusión. a los alumnos que faltaron.

Eliminación. a los alumnos dados de baja.

Inclusión. Alumnos de Licenciatura en Enfermería y
Obstetricia.

3.10 UNIVERSO MUESTRA.

No considera una muestra ya que se estudia el total de alumnos de la carrera de L.E.O.

3.11.INSTRUMENTO

Para la recolección de datos se empleo la técnica de la encuesta por lo que se diseño un cuestionario con un total de 23 preguntas las cuales se refieren a datos generales y aspectos específicos relacionados con los conocimientos tanatológicos de los alumnos de la Escuela de Enfermeras de Guadalupe.

3.12 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

Para establecer la validez y confiabilidad del instrumento se recurrió al juicio experto, encontrando consistencia en el instrumento a la hora de la evaluación.

3.13. PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO.

Se aplico estadística descriptiva por lo cual se elaboraron cuadros y graficas.

IV. RESULTADOS

Después de haber analizado los 46 cuestionarios aplicados en la escuela de enfermería de Guadalupe A.C se encontro:

- ❖ Que con relación a la Edad un 41.3% se encuentra entre 15 a 19 años y un 58.6% son mayores de los 20 años (ver cuadro N° 1 grafica N° 1)

- ❖ Referente al sexo femenino un 95.6% es mayor que el masculino. (ver cuadro N°2 grafica N°2).

- ❖ Respecto a la categoría un 41.3 % son de primer semestre , que un 28.2% son de tercer semestre, un 17.3% es de quinto semestre y un 13% es de séptimo semestre. (ver cuadro N°3 grafica N°3).

- ❖ En relación con el estado civil se registro que un 89.1% son solteros y un 10.8% son casados. (ver cuadro N°4 grafica N°4).

4.2.DATOS ESPECÍFICOS DEL CONOCIMIENTO TANATOLOGICO DE LOS ALUMNOS.

- ❖ Con relación al conocimiento tanatológico de los alumnos se encontró que un 86.9% acertó al concepto correcto y un 13% no.(Ver cuadro numero 5, grafica numero 5).

- ❖ Respecto a los objetivos de la tanatología se encontró que solo el 10.8% acertó y el 86.9% no. (Ver cuadro numero 6, grafica numero 6).

- ❖ En cuanto al concepto de la muerte se encontró que un 13.0% si sabe y el 86.9% no. (Ver cuadro numero 7 grafica numero7).

- ❖ Con relación a lo que es una muerte apropiada se encontró que el 2.1 si tiene conocimiento y el 97.8% no. (Ver cuadro numero 8 grafica numero 8).

- ❖ Respecto a los niveles de muerte un 50% acertó y el otro 50% no acertó. (Ver cuadro numero 9 grafica numero9).

- ❖ Referente a las dimensiones del miedo ante la muerte se encontró que el 39.1% si sabe y el 60.8% no. (Ver cuadro numero 10, grafica numero10).

- ❖ Respecto al concepto de duelo el 23.9% si lo conoce y el 76.0% no. (Ver cuadro numero 11 grafica numero11).

- ❖ Con relación a las fases del duelo se encontró que el 6.5% si sabe y el 93.4% no. (Ver cuadro numero 12, grafica número 12)

- ❖ En cuanto al concepto de paciente terminal se identifico que el 23.9% si lo conoce y el 76.0% no. (Ver cuadro numero 13, grafica numero 13).

- ❖ Respecto al concepto de paciente en Fase terminal se identifico que el 13.0% si lo conoce y el 86.9% no. (Ver cuadro numero 14, grafica numero14).

- ❖ Con relación a las necesidades del paciente en fase terminal se ubico que el 30.4% si sabe y el 69.5% no. (Ver cuadro numero 15, grafica numero15).

- ❖ Referente a los derechos del paciente terminal el 4.3% si los conoce y el 95.6% no. (Ver cuadro numero 16, grafica numero 16).

- ❖ En cuanto a los cuidados paliativos se encontró que un 17.3% si saben e el 82.6% no. (Ver cuadro numero 17, grafica numero 17).

- ❖ Con relación al conocimiento de conserjería tanatológica se ubico que un 32.6% si la conocen y un 67.3% no. (Ver cuadro numero 18, grafica numero18).

- ❖ Referente a los ejes temáticos de la conserjería tanatológica se identifico que el 6.5% si lo conocen y el 93.4 % no (Ver cuadro numero 19, Grafica numero 19).

- ❖ Respecto a los campos de acción de la enfermera(o) en el cuidado del paciente terminal se encontró que el 13.0% si lo conocen y el 86.9% no (Ver cuadro numero 20, Grafica numero 20)

- ❖ Con relación al curso sobre intervención de enfermería en materia de tanatología se ubico que el 13.0% si lo han tenido y el 86.9% no (Ver cuadro numero 21, Grafica numero 21).

- ❖ Respecto a que todo el profesional de Enfermería tenga conocimientos fundamentales de tanatología se identifico que el 2.1% creen que es necesario e importante y el 97.8% no (Ver cuadro numero 22, Grafica numero 22)

4.3. DISCUSION Y ANÁLISIS

40 de 46 alumnos tienen el conocimiento del concepto de tanatología, ya que la tanatología se señala como el estudio interdisciplinario del moribundo, la muerte y aspectos relativos de la misma

6 de 46 alumnos conocen los objetivos de la tanatología por lo que ayudar a morir con dignidad es uno de los objetivos de la tanatología

6 de 46 alumnos tienen conocimiento del concepto de muerte ya que la muerte se define como la cesación de la vida

1 de 46 alumnos conocen lo que es una muerte apropiada según Weissman ya que para esto debe presentar ausencia de sufrimiento, intervalos para el dolor permisible, comprensión de las limitaciones físicas.

23 de 46 alumnos saben los niveles de muerte, de tal modo que los niveles se clasifican en biológica, clínica y social.

18 de 46 alumnos conocen las dimensiones del miedo ante la muerte puesto que uno de ellos es el miedo a lo desconocido y miedo al proceso agónico.

11 de 46 alumnos saben el concepto de duelo, por lo que el duelo es una respuesta real a una pérdida real de una persona ya sea por muerte o separación o pérdida de una posición económica, trabajo o rol social etc.

3 de 46 alumnos conocen las etapas del duelo, ya que están integrada por la negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

11 de 46 alumnos saben el concepto de paciente terminal puesto que se define como aquel que padece una enfermedad incurable por la que probablemente vaya a morir en un tiempo relativamente corto.

6 de 46 alumnos saben el concepto de paciente en fase terminal pues, este se define como aquella persona que perdió los mecanismos de defensa necesarios para conservar la homeostasis.

14 de 46 alumnos conocen las principales necesidades del paciente en fase terminal por lo que estas necesidades se señalan como fisiológicas, psicológicas y espirituales.

2 de 46 alumnos saben los derechos del paciente terminal ya que el tener alivio al dolor físico, emocional, espiritual y social es uno de sus derechos.

8 de 46 alumnos saben que son los cuidados paliativos, ya que estos cuidados son de manera holística controlando el dolor y síntomas, brindando apoyo emocional.

15 de 46 alumnos saben que es la consejería tanatológica, pues se señala que son las técnicas de intervención en donde el consejero plantea preguntas y el o los dolientes problematizan sus conceptos y llegan a sus propias alternativas.

3 de 46 alumnos conocen los ejes temáticos de la consejería tanatológica, ya que dentro de estos temas esta la concepción de muerte, mito fundante, factores culturales, sociales, cuentas pendientes etc.

6 de 46 alumnos conocen los campos de acción de la enfermería en el cuidado del paciente terminal, por lo que uno de los campos de acción es la función de ayuda al enfermo y la función docente.

6 de 46 alumnos han tomado un curso sobre la intervención de enfermería en materia de tanatología.

45 de 46 alumnos piensan que es necesario e importante que todo profesional de enfermería tenga conocimientos fundamentales de tanatología, ya que éstos son los que tienen mayor contacto con los pacientes.

4.4. PROPUESTAS

Como alternativa, se debería integrar la materia de tanatología como materia curricular dentro de la profesión de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, y de esta manera realizar un programa educativo continuo sobre el tema, que permita poner en práctica los conocimientos adquiridos, con base fundamental para poder brindar la atención adecuada a pacientes con diagnósticos terminales. Proporcionando apoyo tanatológico incluyendo a los familiares.

4.5. CONCLUSION

Se logro identificar el nivel de conocimiento tanatológico de los alumnos de la carrera de enfermería comprobando que esta determinado por los aspectos teorico-metodologico dentro de su formación profesional, concluyendo que es bajo, debido a que no hay un programa educativo continuo sobre tanatología.

Sin embargo se lograron alcanzar los objetivos específicos contribuyendo a incrementar el conocimiento tanatológico permitiendo conocer los propósitos de la tanatología y las etapas de duelo e identificar las necesidades y derechos del paciente terminal.

BIBLIOGRAFÍA

ALVA, Mario Compendio de Medicina forense ed. 1 Ed. Francisco Mendez Cervantes México 1991. 438 pp.

ASCH, David A (1997) ¿Ayudaría a morir a un paciente? Revista Nursing en español, Tomo- 6. Vol- 3 España.

BEJARANO-JARAMILLO. Morir con dignidad, fundamentos del cuidado paliativo ed. 1 Ed. Manual moderno México 1997. 369 pp.

BUQUETS, Surribas Monserrat (1997) Ejercicio profesional, responsabilidad ,ética y legal Revista Enfermería clínica Vol- 8 N°1 España.

DENNIS, Hassol (1995) Psicología evolutiva 8° ed. Ed Interamericana México.

GAFO, Fernández Javier Bioética 10 palabras claves Ed Verbo Divino Madrid España 1993.

GARZA, Garza Raúl Bioética, la toma de decisiones en situaciones difíciles ed. 1 Ed. Trillas México 2000. 750 pp.

GUERRA, De Almaraz Patricia (1999) ¿Qué es la Tanatología?
Revista Rompan filas. Vol-8 n° 41, Junio, UNAM-MEXICO.

HERNÁNDEZ, Sampiere Roberto, et al. (1998) Metodología de la investigaxción 2° ed. Ed. Mc Grau-Hill Interamericana México 200 pp

JEAN-LOUIS Baudovin, Danielle Blondeau. La ética ante la muerte y el derecho a morir ed.2 Ed. Herder, Barcelona 1995. 520pp.

JOMAIN C. Morir en la ternura ed.1 Ed. Luciernaga, Barcelona 1987.

KUBLER, Ross Elizabeth La muerte un amanecer Ed. Luciérnaga,
ed.3° España 1993. 400pp.

KUBLER, Ross Elizabeth Sobre la muerte y los moribundos ed.1
Ed. Grijalva México 1998. 480pp.

KUBLER, Ross Elizabeth Vivir hasta despedirnos ed.1 Ed. Luciérnaga
Barcelona 1991. 500pp.

López de la peña Xavier A Los derechos de paciente ed.1 Ed Trillas
México 2000. 250pp.

MARTÍN, Del Moral Mercedes, Revista "Psicología practica" Dolor y Muerte Ed.Trillas, Mexico 1995.

MORIN, Edgar El hombre y la muerte ed.1 Ed. Kairos, Barcelona
1994. 362pp.

O'CONORS, Nancy Déjalos ir con amor ed.1 Ed. Trillas México 2° ed
1990. 420pp.

PASTOR, Garcia, et al. Manual de ética y legislación en enfermería
Ed. Luciérnaga México 1993. 300pp.

QUIROZ, Cuarón Alfonso Medicina forense ed.1 Ed. Porrúa México
1996. 438pp.

REESE, C. David (1997) Por favor lllore conmigo Revista Nursing en español T-3, Vol-7 febrero España.

REYES, Subiría Luis Alfonso Curso fundamental de Tanatología, Persona y Espiritualidad T-I México Ed. Pax 1996. 253pp.

REYES, Subiría Luis Alfonso Curso fundamental de Tanatología Acercamientos Tanatológicos al enfermo terminal y a su familia T- III México Ed. Pax 1996. 300pp.

REYES, Subiría Luis Alfonso Curso fundamental de Tanatología Suicidio T-IV México Ed. Pax 1996. 250pp.

ROSALES, Barrera Susana Fundamentos de enfermería Ed. Trillas, ed 2° México 1999. 150pp.

SHERR, Lorraine Agonía, muerte y duelo ed.1 Ed. Manual moderno México 1992. 271pp.

STONER Morilyn (1998) Cubrir las necesidades espirituales del paciente Revista Nursing en español T-V, Vol-7 Noviembre, España.

TOMAIN C. Morir en la ternura ed. 2 Ed. Luciérnaga, Barcelona 1987.

TOMPSON, Joye Beebe Etica en enfermería ed. 1 Ed. Manual moderno México 1998. 350pp.

WHALEY, Wong Tratado de enfermería pediátrica Ed., Interamericana ed 2° México 1996. 422pp.

ANEXOS
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE GUADALUPE A.C
INCORPORADA A LA U.N.A.M

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Encuesta del estudio del nivel de conocimiento en los alumnos de
Enfermería

Objetivo General:

Identificar el nivel de conocimiento tanatológico de los alumnos de la
Escuela de Enfermeras de Guadalupe

Instrucción:

Llenar con letra de molde de manera clara lo que se pide.

ESCUELA DE ENFERMERIA DE GUADALUPE A.C

INCORPORADA A LA U.N.A.M.

CLAVE 3041

LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Encuesta del estudio del nivel de conocimiento tanatológico de los estudiantes
de enfermería

OBJETIVO:

Evaluar el grado de conocimiento tanatológico de los estudiantes de
enfermería

I. DATOS GENERALES

1.- Edad

2.-Sexo M () F ()

3.-Categoría:

Primer semestre ()

Tercer semestre ()

Quinto semestre ()

Séptimo semestre ()

4.- Estado civil:

Casada (o) ()

Soltera (o) ()

Divorciado (o) ()

Viuda (o) ()

II. DATOS ESPECIFICOS

5.-¿ Que es la tanatología?

- a) Es el estudio interdisciplinario del moribundo y la muerte
- b) Es el estudio de el culto a la muerte
- c) Es el estudio de las tradiciones de la muerte

6.-¿Cuál es un objetivo de la tanatología?

- a) Ayudar a morir con dignidad
- b) Curar la enfermedad
- c) Dar esperanza para vivir

7.-¿ Que es la muerte?

8.-¿Conoces lo que es una muerte apropiada o adecuada según Weissman?

Si ()

No ()

9.-¿Cuáles son los niveles de muerte?

- a) total y parcial
- b) biológica, clínica, social
- c) completa e incompleta

10.-¿Conoces las dimensiones del miedo ante la muerte?

Sí ()

No ()

11.-¿Qué es el duelo?

12.-Escribe las etapas del duelo

13.-¿Qué es un paciente terminal?

14.-¿Qué es un paciente en fase terminal?

15.-¿Conoces las principales necesidades del paciente en fase terminal?

Si ()

No ()

16.- Escribe 4 derechos del paciente terminal

17.-¿Sabes que son los cuidados paliativos?

Si ()

No ()

18.-¿Conoces que es la conserjería tanatológica?

Si ()

No ()

19.-¿Conoces los ejes temáticos de la conserjería?

SI ()

No ()

20.-¿Conoces los campos de acción de la enfermera (o) en el cuidado del paciente terminal?

SI ()

No ()

21.-¿Alguna vez tomaste un curso sobre intervención de enfermería en materia de tanatología?

SI ()

No ()

22.- ¿Crees que es necesario e importante que todo profesional de enfermería tenga conocimientos fundamentales de tanatología?

SI ()

No ()

¿Por qué?

**GRACIAS POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN
QUE CONTRIBUYE EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL.**

INSTRUCTIVO

- 1.- En la pregunta numero uno relacionado con la edad, se registrara con un numero arábigo el total de años cumplidos.
- 2.- En la pregunta numero dos relacionado con el sexo se registrara marcando en el paréntesis una X en la f si es sujeto femenino y una X en la M si es sujeto masculino.
- 3.- En la pregunta numero tres relacionado con la categoría se registrara con una X dentro del paréntesis según el semestre correspondiente.
- 4.- En la pregunta numero cuatro relacionado con el estado civil se registrara con una X dentro del paréntesis el estado civil del sujeto.
- 5.- En la pregunta numero cinco relacionado con el concepto de tanatología se marcara el inciso que contenga la respuesta correcta.
- 6.- En la pregunta numero seis relacionada con los objetivos de la tanatología se marcara el inciso que contenga la respuesta correcta.
- 7.- En la pregunta numero siete relacionado con el concepto de la muerte se contestara el concepto personal sobre que es la muerte.
- 8.- En la pregunta numero ocho relacionado con el conocimiento de lo que es una muerte apropiada o adecuada según Weissman, se marcara en el inciso con una X si tiene el conocimiento o no.

9.- En la pregunta numero nueve relacionada con los niveles de muerte se marcara el inciso que contenga la respuesta correcta.

10.- En la pregunta numero diez relacionado con las dimensiones del miedo ante la muerte se registrara con una X dentro del paréntesis si las conoce o no.

11.- En la pregunta numero 11 relacionado con lo que es el duelo se escribirá el concepto del mismo.

12.- En la pregunta numero doce relacionadas con las etapas del duelo se escribirá las etapas del duelo en orden.

13.- En la pregunta numero trece se escribirá el concepto de paciente terminal.

14.- En la pregunta numero catorce se escribirá el concepto de paciente en fase terminal.

15.- En la pregunta numero quince relacionado con las necesidades del paciente en fase terminal se registrara con una X si las conoce o no.

16.- En la pregunta numero dieciséis relacionada con los derechos del paciente se escribirán cuatro derechos del mismo.

17.- En la pregunta numero diecisiete relacionado con los cuidados paliativos se registrara con una X si los conoce o no.

18.- En la pregunta numero dieciocho relacionado con lo que es la conserjería tanatológica se registrara con una X si los conoce o no.

19.- En la pregunta numero diecinueve relacionada con los ejes temáticos de la conserjería tanatológica se registrara con una X si los conocen o no.

20.- En la pregunta numero veinte relacionado con los campos de acción de la enfermería en el cuidado del paciente terminal se registrara con una X si conoce los campos de acción o no.

21.- En la pregunta numero veintiuno relacionado a si se a tomado algún curso sobre la intervención en materia de tanatología se registrara con una X si se a tomado o no.

22.- En la pregunta numero veintidós relacionado con la importancia de que todo el profesional de enfermería tenga conocimiento fundamental de tanatología registrara con una X en el inciso correspondiente si creen que es necesario e importante y por que.

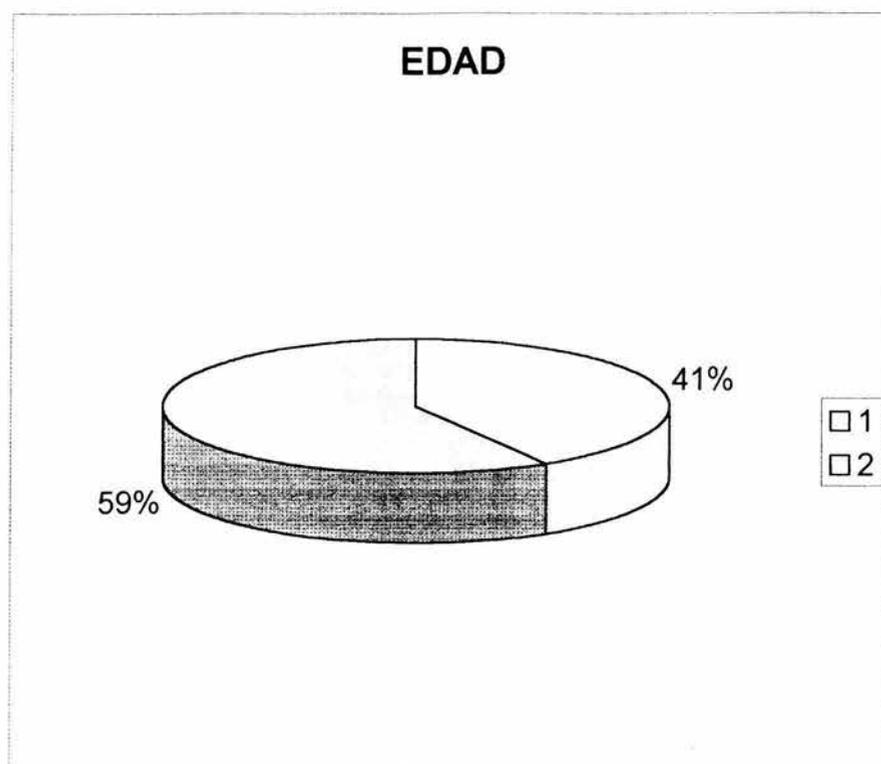
PROCESO ESTADÍSTICO: CUADROS Y GRÁFICAS

Cuadro N° 1 Edad. "Nivel de conocimiento tanatológico de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe"

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 A 19	19	41.30%
20 A 25	27	58.60%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C.

Gráfica N° 1:



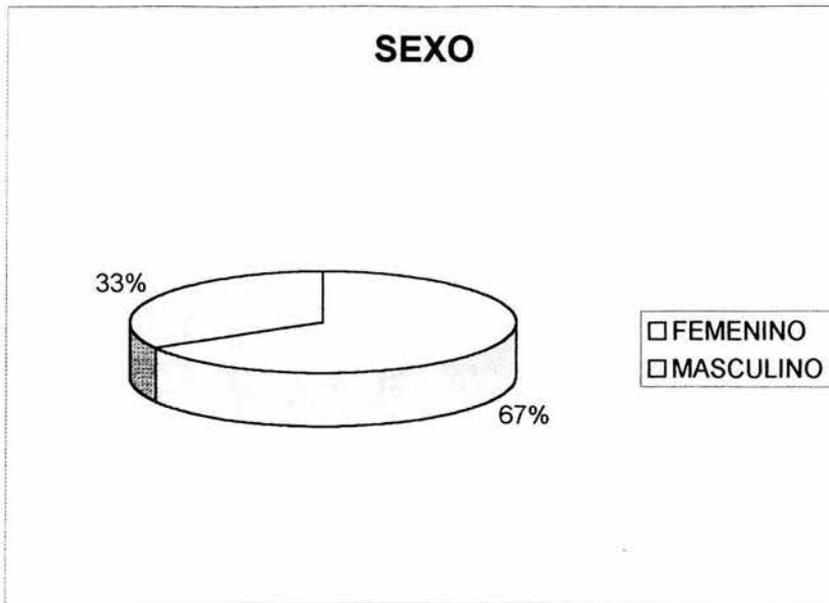
Fuente: Cuadro N° 1

Cuadro N° 2 Sexo "Nivel de conocimientos tanatológico de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	4	95.60%
MASCULINO	2	0.40%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Gráfica N° 2



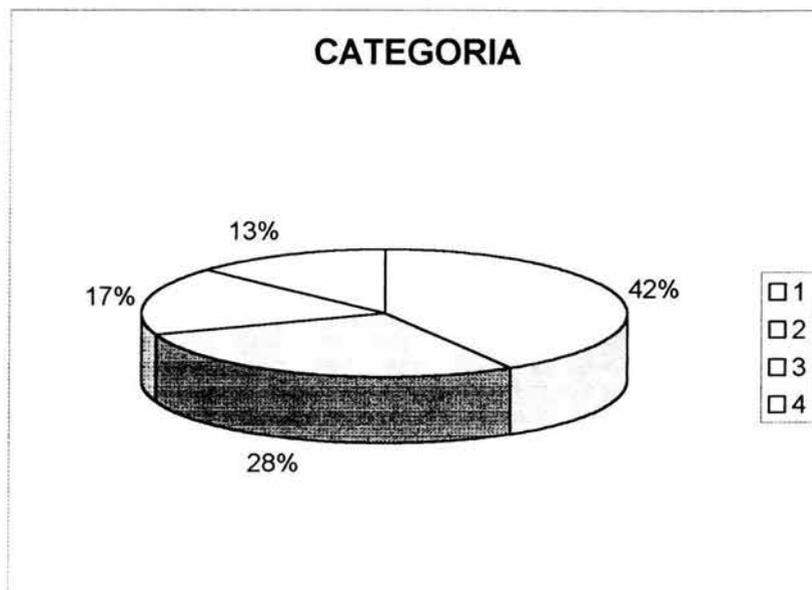
Fuente: Cuadro N°2

Cuadro N° 3 Categoría “Nivel de conocimiento tanatológico de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe”

Categoría	frecuencia	Porcentaje
primer semestre	19	41.30%
tercer semestre	13	28.20%
quinto semestre	8	17.30%
Séptimo semestre	6	13%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe”

Gráfica N° 3



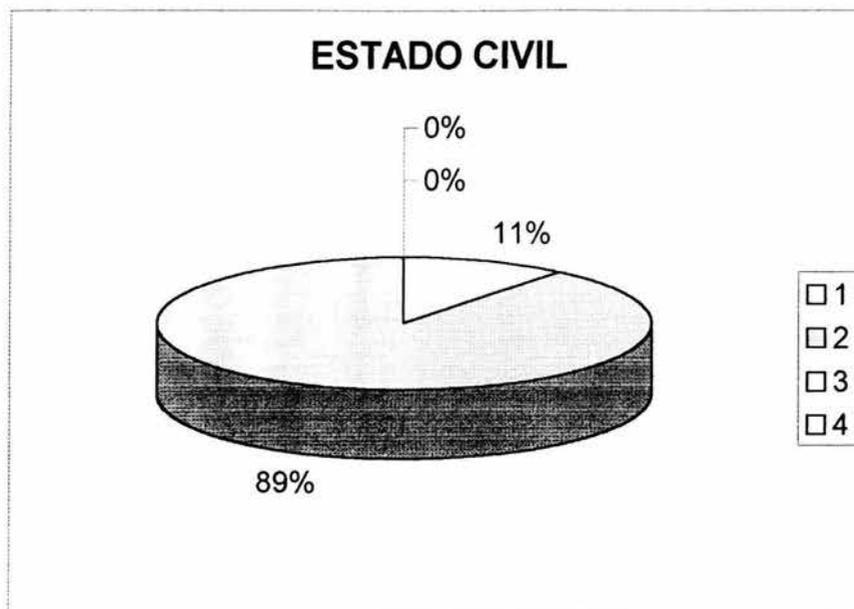
Fuente: Cuadro N° 3

Cuadro N° 4 Estado civil “Nivel de conocimiento de los alumnos de la Escuela de Guadalupe”

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADA (O)	5	10.80%
SOLTERA (O)	41	89.10%
DIVORSIADA (O)	0	0%
VIUDA (O)	0	0%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Gráfica N° 4



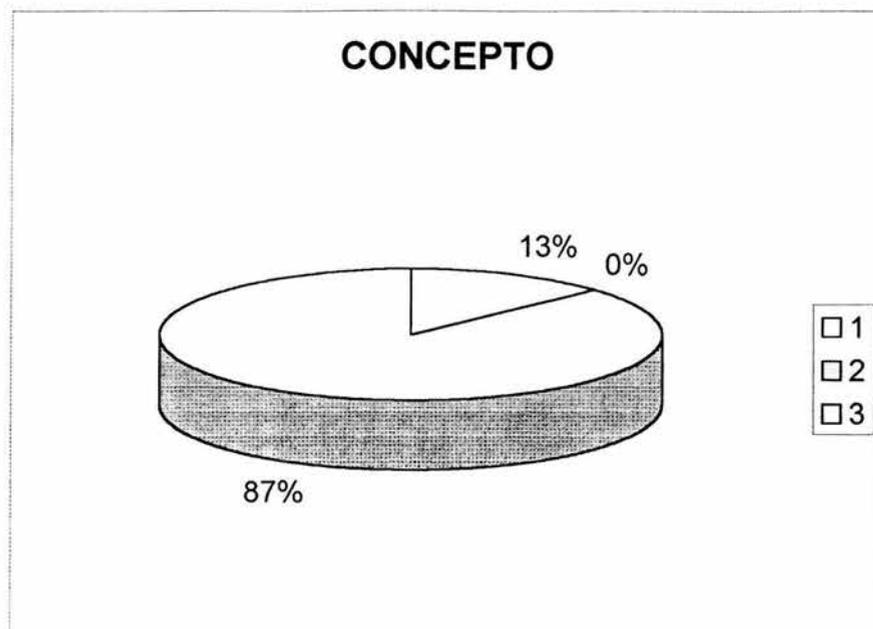
Fuente: Cuadro N° 4

Cuadro N° 5 Concepto de tanatología “ Nivel de conocimiento tanatológico de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe”

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	6	13%
B	0	0%
C	40	86.90%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Gráfica N° 5



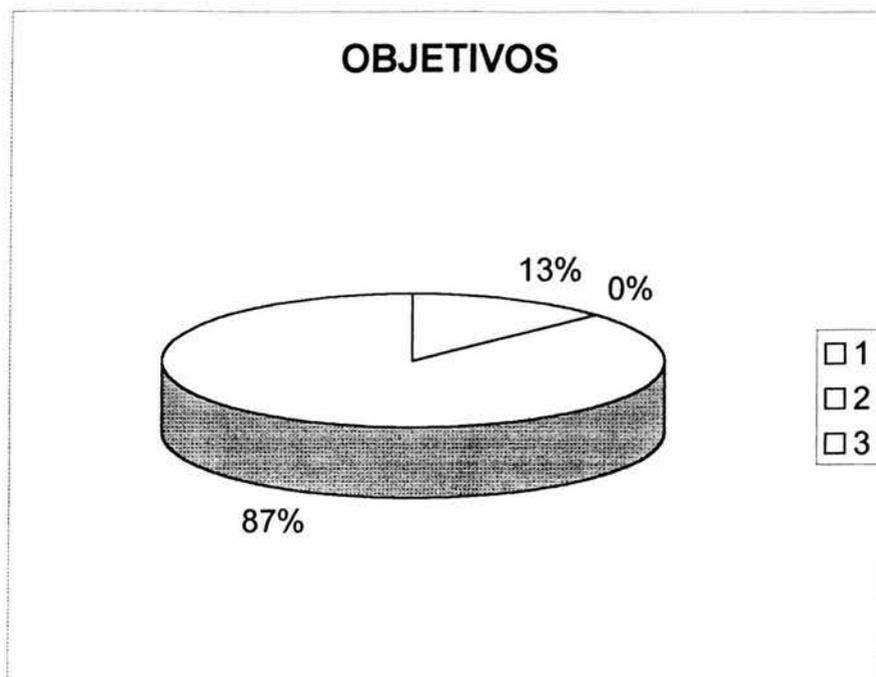
Fuente: Cuadro N°5

Cuadro N° 6 Objetivos de la tanatología “ Nivel de conocimiento de tanatología de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe”

OBJETIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	6	10.80%
B	0	0%
C	40	89.10%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Gráfica N° 6



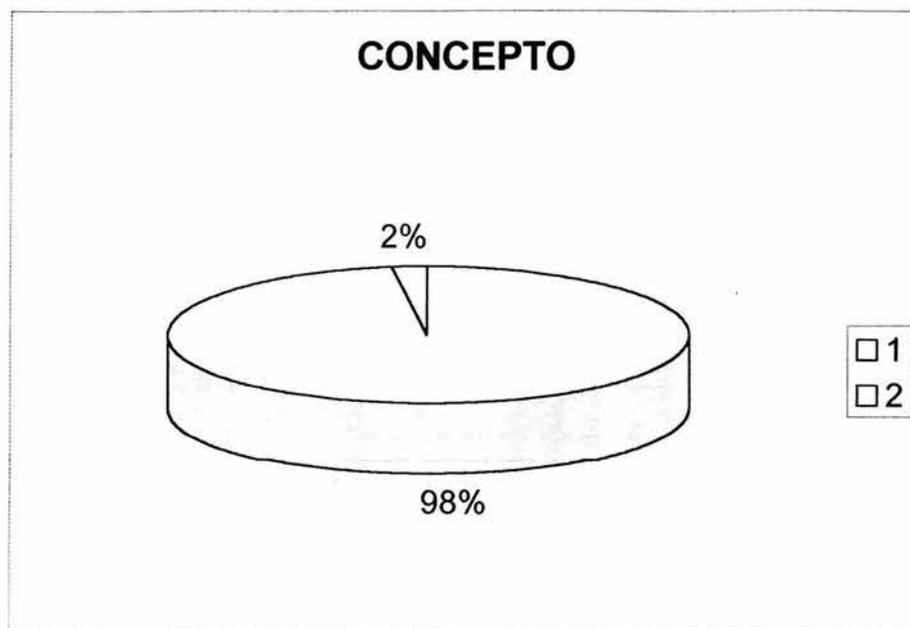
Fuente: Cuadro N°6

Cuadro N° 7 Concepto de muerte “Nivel de conocimiento de tanatología de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe”

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	13.00%
NO	40	86.90%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Gráfica N° 7



Fuente: Cuadro N° 7

Cuadro N° 8 Muerte apropiada de Weissman “Nivel de conocimiento tanatológico de los alumnos de la escuela de Enfermería de Guadalupe”

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	1	2.10%
NO	45	97.80%

Fuente: Encuesta aplica a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Gráfica sugerida N° 8



Fuente: Cuadro N° 8

Cuadro N° 9 Niveles de muerte “Nivel de conocimiento tanatológico de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe”

NIVELES DE MUERTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	23	50%
B	23	50%
C	0	0%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Gráfica sugerida N° 9



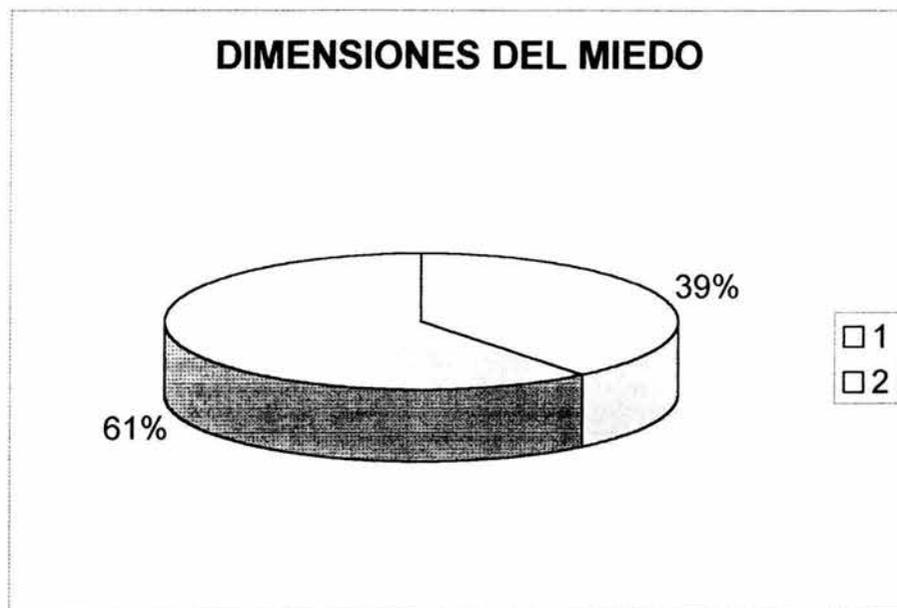
Fuente: Cuadro N° 9

Cuadro N° 10 Dimensiones del miedo “ Nivel de conocimiento tanatológico de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe”

DIMENSIONES DEL MIEDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	18	39.10%
NO	28	60.80%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Gráfica N° 10



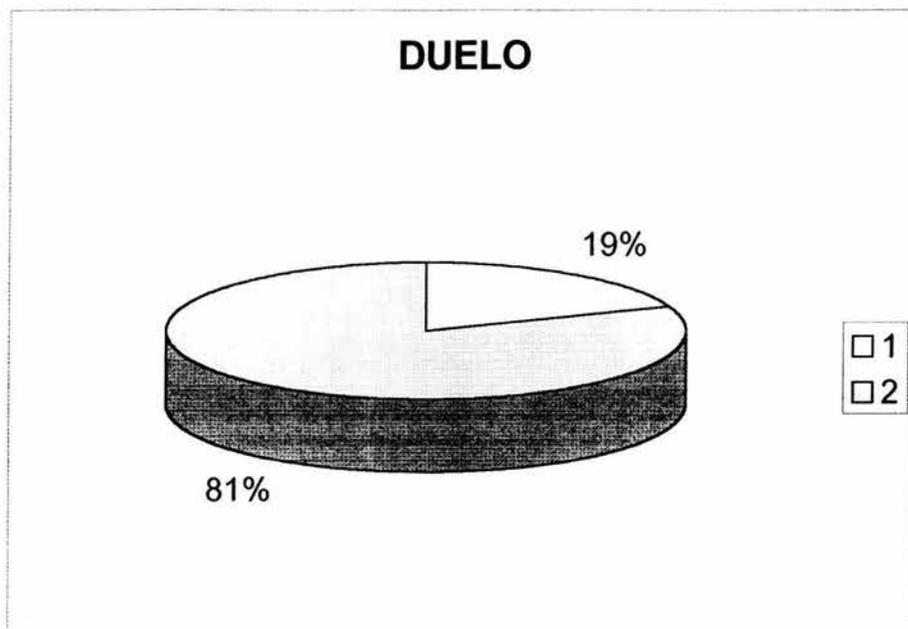
Fuente: Cuadro N° 10

Cuadro N° 11 Concepto de duelo “ Nivel de conocimiento tanatológico de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Gadalupe”

CONCEPTO DE DUELO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	23.90%
NO	46	76.00%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Grafica N° 11



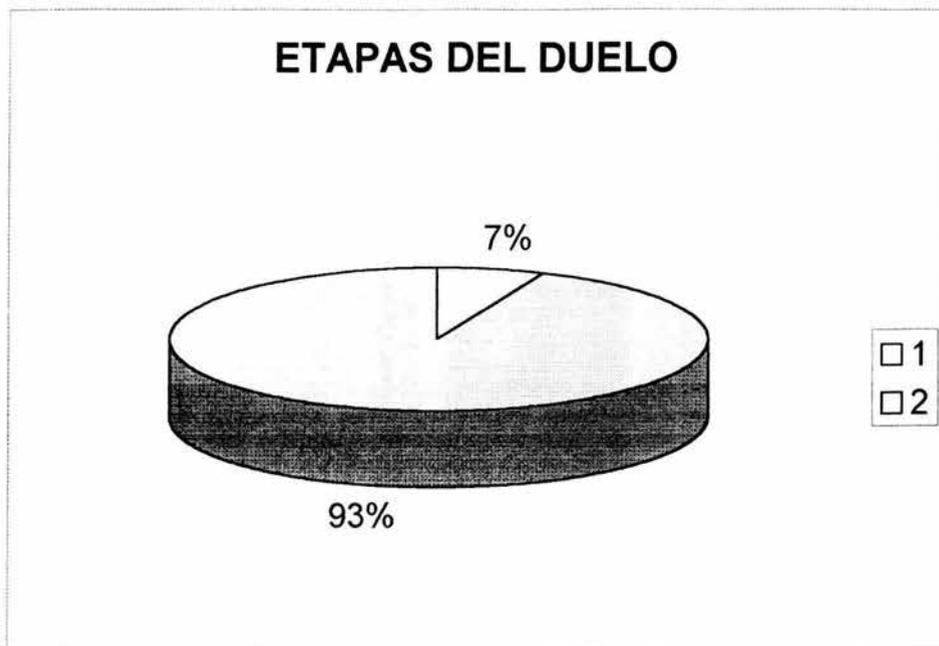
Fuente: Cuadro N° 11

Cuadro N° 12 Etapas del duelo “ Nivel de conocimiento de tanatología de los alumno de la Escuela de Enfermería de Guadalupe”

ETAPAS DEL DUELO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	6.50%
NO	43	93.40%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Grafica N° 12



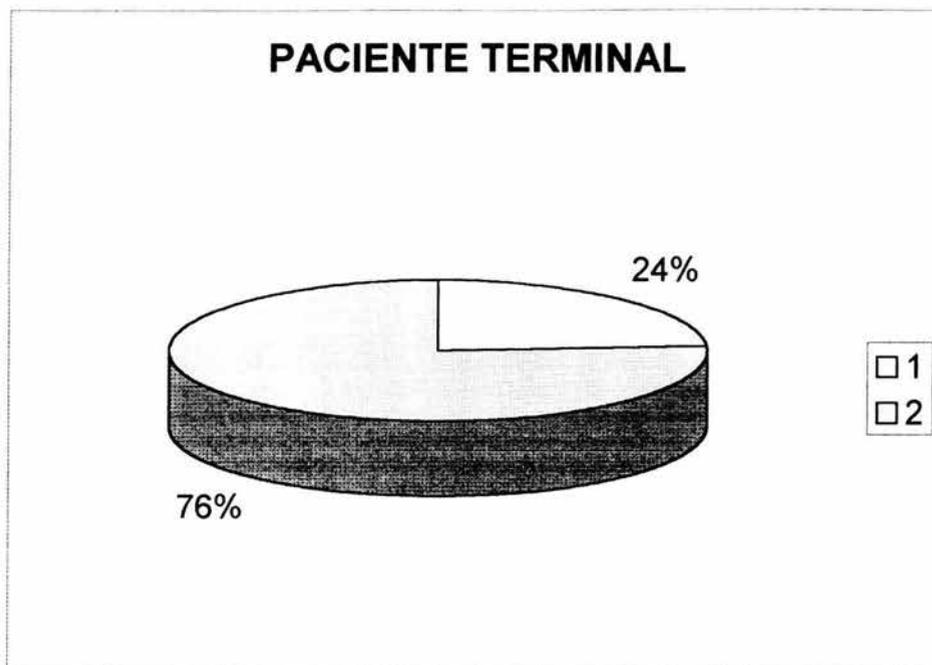
Fuente: Cuadro N° 12

Cuadro N° 13 Paciente terminal “nivel de conocimiento tanatológico de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe”

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	23.90%
NO	35	76.00%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Gráfica N° 13



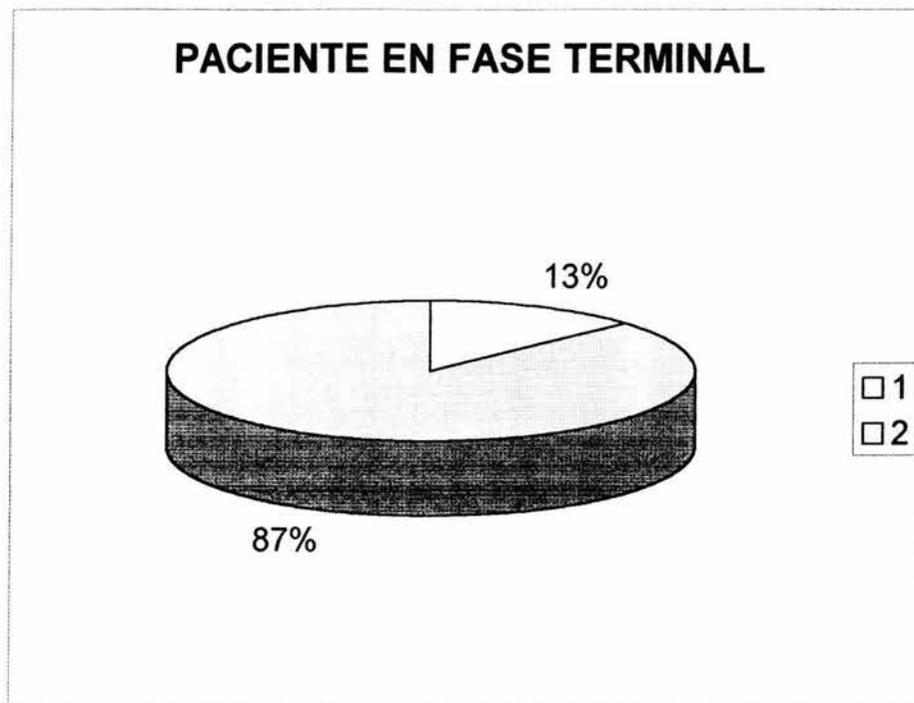
Fuente: Cuadro N° 13

Cuadro N° 14 Derechos del paciente terminal “Nivel de conocimiento tanatológico de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe”

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	13.00%
NO	40	86.90%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Gráfica sugerida N°14



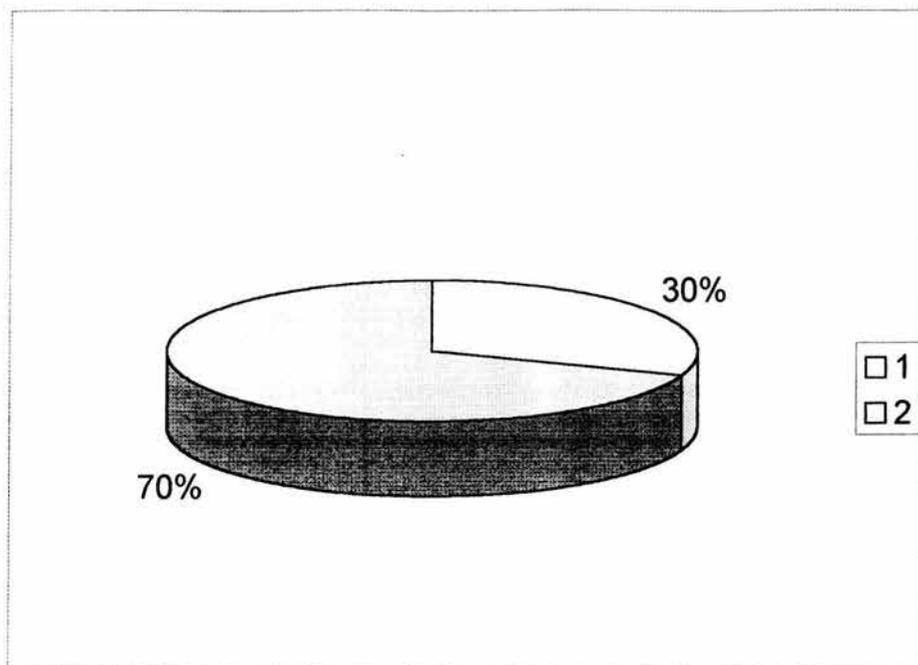
Fuente: Cuadro N° 14

Cuadro N° 15 Necesidades del paciente terminal “Nivel de conocimiento tanatológico de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe”

NECESIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	14	30.40%
NO	32	69.50%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Gráfica N° 15



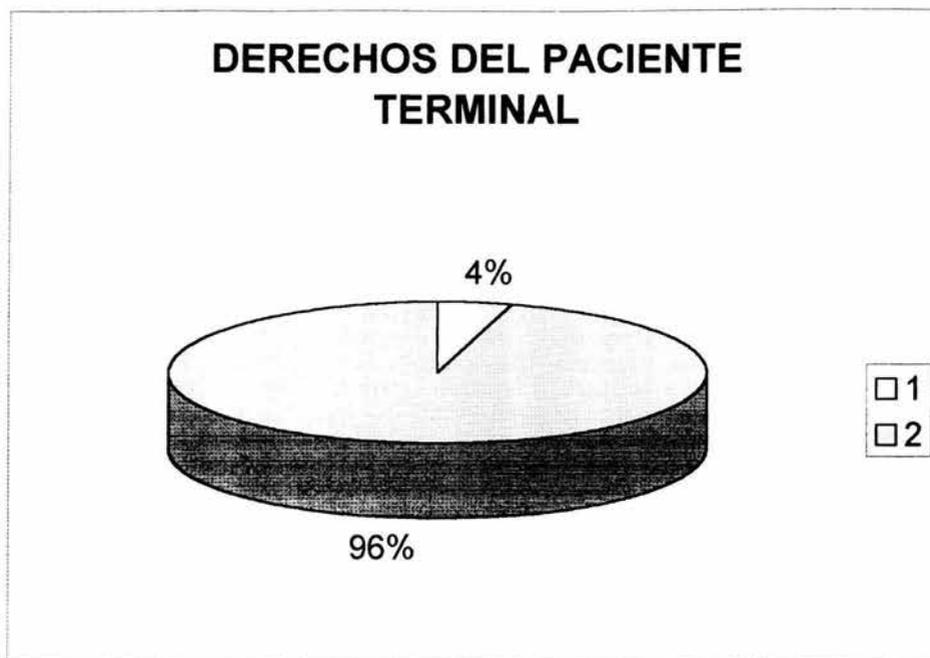
Fuente: Cuadro N° 15

Cuadro N° 16 Derechos del paciente “Nivel de conocimiento tanatológico de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe”

DERECHOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	2	4.30%
NO	44	95.60%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Gráfica sugerida N°16



Fuente: Cuadro N° 16

Cuadro N° 17 Cuidados paliativos “Nivel de conocimiento tanatológico de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe”

CUIDADOS PALIATIVOS	FRECUENCIA	PORSENTAJE
SI	8	17.30%
NO	38	82.60%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Gráficaa N°17



Fuente: Cuadro N° 17

Cuadro N° 18 Conserjería tanatológica “Nivel de conocimiento tanatológico de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe”

CONCEPTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	8	17.30%
NO	38	82.60%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Gráfica N° 18



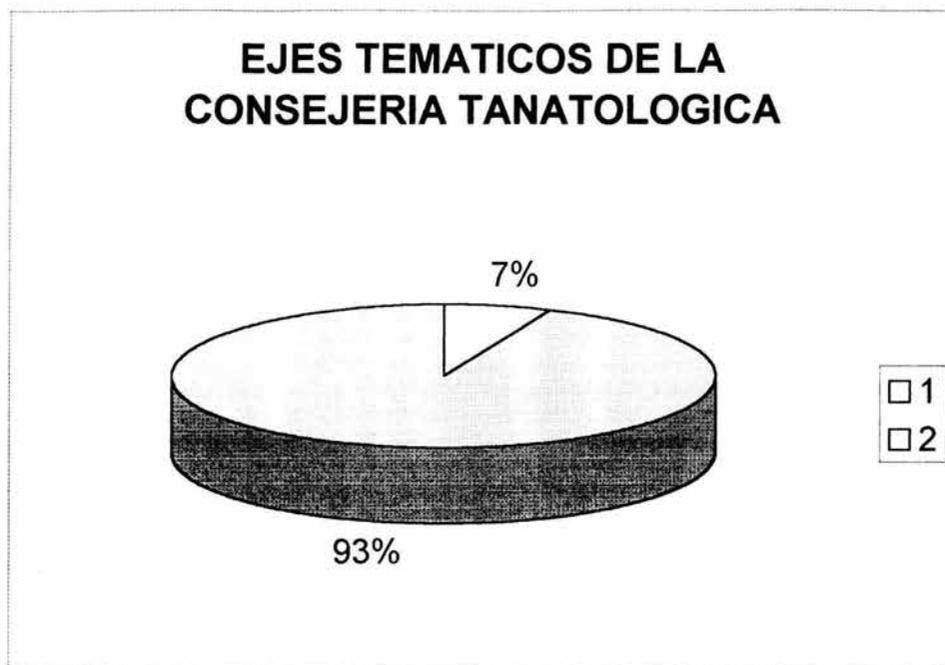
Fuente: Cuadro N° 18

Cuadro N° 19 Ejes temáticos de la consejería “Nivel de conocimiento tanatológico de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe”

EJES TEMATICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	6.50%
NO	43	93.40%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Gráfica N° 19



Fuente: Cuadro N° 19

Cuadro N° 20 Campos de acción “Nivel de Conocimiento tanatológico de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe”

CAMPOS DE ACCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	13.00%
NO	40	86.90%

Fuente : Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Gráfica N°20



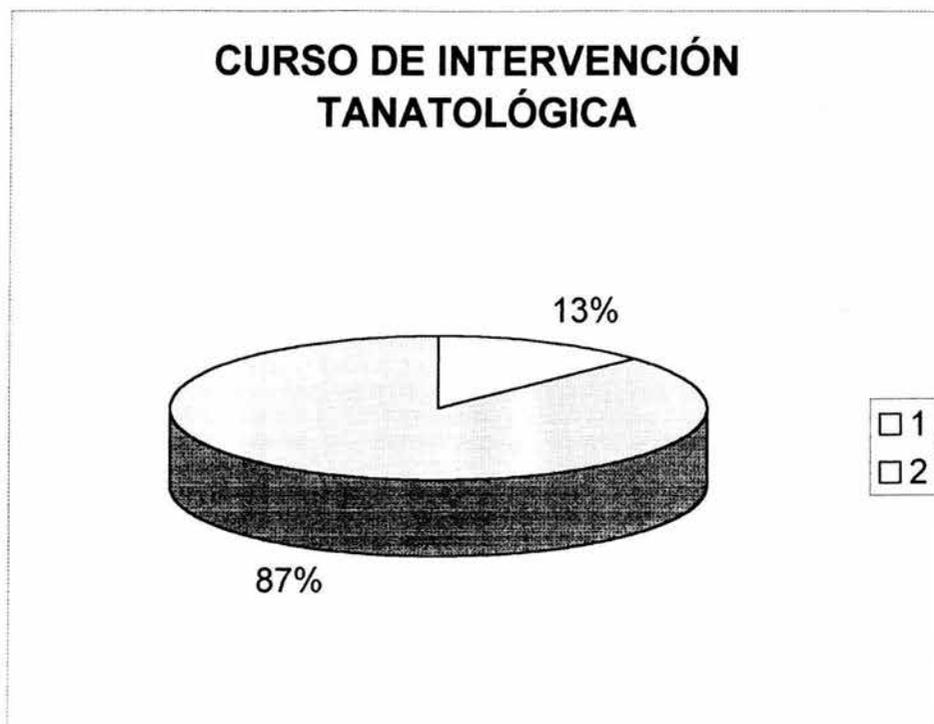
Fuente: Cuadro N° 20

Cuadro N° 21 Curso de intervención tanatológica “ Nivele de conocimiento tanatológico de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe”

CURSO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	13.00%
NO	40	86.90%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Gráfica N° 21



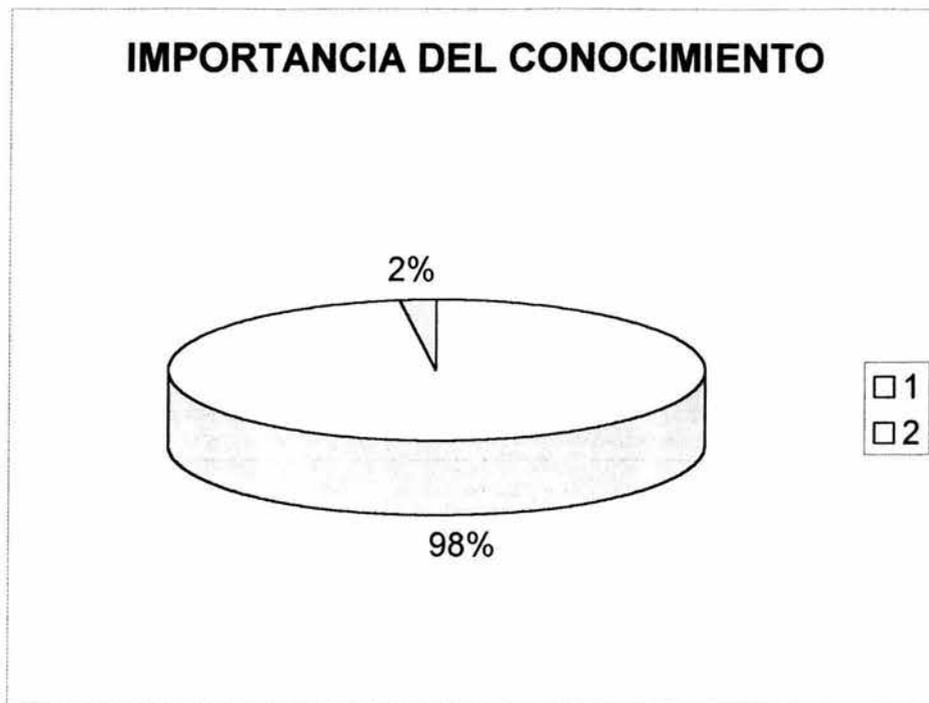
Fuente: Cuadro N° 21

Cuadro N° 22 Importancia del conocimiento “ Nivel de conocimiento tanatológico de los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe”

IMPORTANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	45	97.80%
NO	1	2.10%

Fuente: Encuesta aplicada a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Guadalupe A.C

Gráfica N° 22



Fuente: Cuadro N° 22

ORACIÓN DE UN MUERTO

“No lloren si me aman. ¡ Si conocieran el don de Dios y lo que es el cielo! ¡Si pudieran oír el cántico de los ángeles y verme en medio de ellos! Si pudieran ver con sus ojos los horizontales, los campos eternos y los nuevos senderos que atravieso. Si por un instante pudieran contemplar, como yo, la belleza ante la cual todas las otras bellezas palidecen.

Créanme, cuando la muerte venga a romper sus ligaduras, como ha roto las que a mi me encadenaban, y cuando un día que Dios ha fijado y conoce, su alma venga a este cielo en que los ha precedido la mía, ese día volverán a ver aquel que los amaba y que siempre los ama y encontrarán su corazón con todas sus ternuras purificadas .

Volverán a verme, pero transfigurado y feliz, no ya esperando la muerte sino avanzando con ustedes por los senderos nuevos de la luz y de la vida, bebiendo con embriaguez a los pies de Dios, un néctar, del cual nadie se saciará jamás.

Enjuaguen sus lágrimas y no lloren si me aman.