



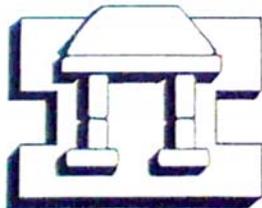
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

LA MUERTE Y SUS EFECTOS EMOCIONALES Y
CONDUCTUALES EN TÉCNICOS EN URGENCIAS
MÉDICAS

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
MA. LAURA DEL CARMEN RAMOS LOZANO

ASESORES:
LIC. EDY AVILA RAMOS
LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÁZARES
MTRA. PATRICIA SUÁREZ CASTILLO



TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO
-2007-



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

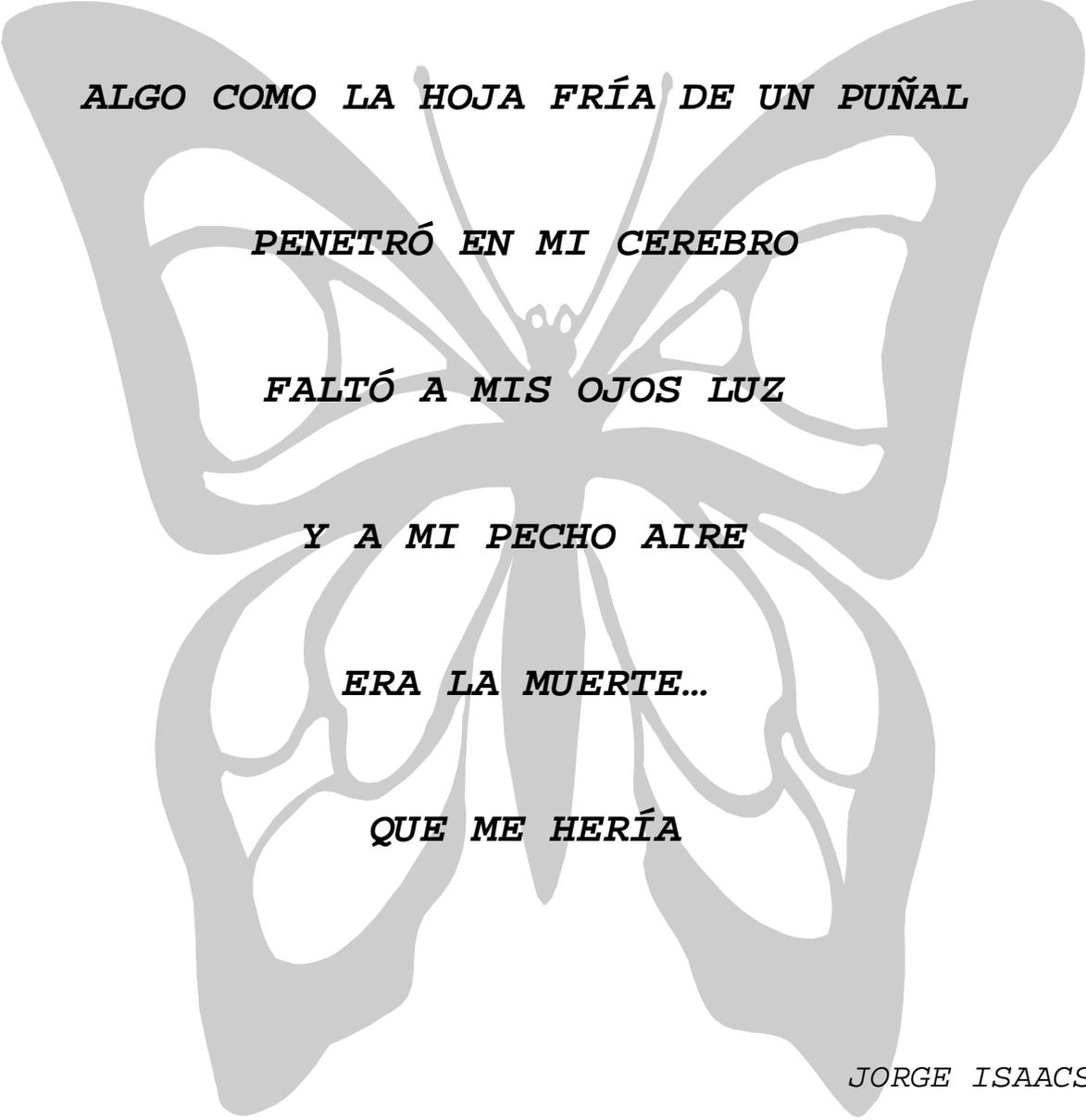


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



ALGO COMO LA HOJA FRÍA DE UN PUÑAL

PENETRÓ EN MI CEREBRO

FALTÓ A MIS OJOS LUZ

Y A MI PECHO AIRE

ERA LA MUERTE...

QUE ME HERÍA

JORGE ISAACS

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirme vivir para disfrutar esta experiencia y por enseñarme a disfrutar al máximo todo lo que hago porque en cualquier momento nos necesita y nos lleva sin avisar... y gracias también porque por alguna razón me hizo vivir y sufrir la muerte de dos seres muy queridos por mi, mi Abuelito y mi Max...

Gracias a mis padres por su apoyo, paciencia, amor y comprensión en todas las cosas que realizo, aunque en ocasiones no estén de acuerdo... Los quiero mucho

Gracias a mis hermanos por todo su cariño, su tiempo, apoyo y atención cuando los necesito, gracias por esas pláticas que nos ayudan a reflexionar, analizar y reafirmar cada paso que damos. Los amo...

Gracias a ti Abel por ser un gran ejemplo para mí, por demostrarme y enseñarme que podemos realizar todo lo que queremos con constancia, fe y amor... Gracias por ser un gran guerrero en esta vida TE AMO.

Gracias a todas las personas que me apoyaron para realizar este trabajo y que creyeron en él, gracias por su tiempo, su atención y paciencia... Y gracias en especial a mis amigos: **Pao, Sandy, Héctor, Mávil y Richard.**

Gracias a Edy por la paciencia que me tuvo durante este proceso; gracias por compartirme algunas de sus experiencias de vida, la verdad las disfruté mucho... Eres una persona especial para mí.

**GRACIAS A TODOS USTEDES QUE DIOS LOS BENDIGA
EN LA VIDA Y EN LA MUERTE...**

ÍNDICE

	PÁG.
Resumen	4
Introducción	5
CAPÍTULO 1 Historia y conceptos de Vida-Muerte	12
1.1 Antigüedad	14
1.2 Edad Media	15
1.3 Edad Moderna	15
1.4 Edad Contemporánea	16
1.5 De fines del siglo XIX a nuestros días	17
CAPÍTULO 2 Enfoques teóricos del proceso Vida-Muerte	20
2.1 Antropología	20
2.2 Sociología	24
2.3 Medicina	27
2.4 Psicología	31
CAPÍTULO 3 El Técnico en Urgencias Médicas (TUM)	36
3.1 ¿Quién es y qué hace?	36
3.2 Características del T.U.M.	37
3.2.1 Físicas	37
3.2.2 Médicas	38
3.2.3 Psicológicas	38
CAPÍTULO 4 El Servicio Médico de Urgencia	40
4.1 El Ser Humano ante situaciones estresantes	40
4.2 Reacciones del T.U.M. en el Servicio Médico de Urgencia	43
4.2.1 Reacciones Psicológicas	44
4.2.1.1 Afectivas	44
4.2.1.2 Cognitivas	47
4.2.1.3 Comportamentales	48
4.2.2 Reacciones Sociales	49
CAPÍTULO 5 Metodología	51

Resultados	53
Conclusiones	61
Referencia Bibliográfica	70
Anexos	73

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue investigar los efectos emocionales y conductuales que genera la muerte de pacientes en Técnicos en Urgencias Médicas (T.U.M) de Cuautitlán Izcalli. Para ello participaron 12 Técnicos en Urgencias Médicas, 3 hombres y 3 mujeres de Cruz Roja y 6 hombres de Protección Civil, a quienes se les realizó una entrevista semiestructurada. Los resultados muestran que el 90% de los T.U.M.'s experimentan tristeza y frustración cuando fallece un paciente y la conducta que más realizan es platicar del servicio (90%); además se encontraron efectos fisiológicos y cognitivos entre los que destacan: sudoración (90%) y los pensamientos: "bueno hice lo que pude lo demás ya no está en mis manos" (75%) y "tengo que ponerme a estudiar" (75%). Por lo que se concluye que cuando la muerte es quien vence, los T.U.M.'s experimentan una serie de reacciones tanto emocionales como conductuales, y no sólo de este tipo, también experimentan cambios en su actitud ante la vida, ante las demás personas; su cuerpo reciente el malestar y lo que más los atormenta son sus pensamientos, el concepto que generan de ellos mismos cuando no logran su cometido; se considera que todos estos cambios, a la larga, afectarán la salud física y emocional de los participantes, por lo que se proponen temas sobre talleres teórico-vivenciales, pláticas, conferencias, cursos, terapia individual y grupal para prevenir, intervenir y disminuir los efectos emocionales, conductuales, fisiológicos y cognitivos que genera la muerte de pacientes.

INTRODUCCIÓN

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

No hace mucho tiempo, la muerte se consideraba como una parte normal del ciclo de vida. La mayoría de las personas moría en casa, rodeada por la familia y los amigos, los niños presenciaban el proceso de la muerte y participaban en el funeral y los ritos del entierro. Actualmente, muchos de nuestros esfuerzos por prolongar la vida o minimizar el dolor, ocasionan serios daños emocionales en todos los afectados debido a que la mayoría de las muertes ocurren en instituciones tales como hospitales y asilos.

Con el traslado de la población a las ciudades para trabajar en fábricas, se inició el desarrollo de la negación cultural de la muerte. Los hospitales se convirtieron en un lugar al cual acudir para recuperar la salud; la profesión médica empezó a enfocar la muerte como un fracaso y aceleró los esfuerzos para combatir a ese "enemigo" con tecnología cada vez más refinada.

Así, en vez de considerarse como una parte natural e inevitable de ser humano, de estar vivo, a la muerte se le contempla como un enemigo al que hay que conquistar a cualquier costo.

Sabemos que la muerte es universal, es decir, todos vamos a morir, nadie se escapa de ella; es cotidiana porque la vivimos a diario con conocidos, parientes, y en los noticieros no se habla más que de muerte; es natural porque forma parte del ciclo de vida, por ejemplo, para los animales es sólo un suceso biológico pero para el hombre es sufrimiento, un misterio, un problema, algo a lo que se rebela. También es radical ya que no existen porcentajes; es individual e inoportuna y, sobre todo, es el acto de soledad más absoluto; sin embargo, al pensar en ella, la pensamos para los demás, más no para nosotros.

La muerte suele ser paradójica. Para comprenderla, se debe primero entender y valorar la vida. Ahora bien, para valorar ésta, se tiene que aceptar la muerte.

Pero, hasta ahora sólo hemos abordado el tema de la muerte y considero que antes de adentrarnos en éste, deberíamos intentar responder la pregunta universal que siempre nos planteamos y que por ser parte de ella, nunca logramos tener una respuesta satisfactoria: ¿Qué es la vida?

La vida es demasiado sutil para definirla total y completamente y se escapa cada vez que nos acercamos a ella.

Uno de los problemas básicos que entra en la definición de vida es que estamos tan condicionados a ella, y formamos tal parte de ella, que sus rasgos esenciales quedan ocultos entre la abrumadora cantidad de detalles que conocemos.

Definitivamente es muy difícil definir exactamente este concepto y llegar a un acuerdo en común, esto lo menciono porque existen variadas definiciones de "vida" y el significado que le dan depende de la disciplina que la estudie; por ejemplo, los idealistas consideran la vida como una manifestación de un principio espiritual supremo al cual nombran "alma" o "razón superior" y este concepto, como es bien sabido, es la base de todas las religiones; es decir, hay un Dios o un Ser supremo que creó la vida. Por otro lado, tenemos al materialismo, quien nos dice que la vida no es más que una forma especial de existencia de la materia que se origina y se destruye de acuerdo con determinadas leyes. Otro ejemplo es el de la psicología, en donde encontramos que la necesidad del hombre por la búsqueda del significado de vida nace de un sentimiento de vacío interior, que lejos de ser una enfermedad, no es sino una prueba de su humanidad (J. Fabry, en: Rodríguez y cols. 1989) y, a su vez, esta búsqueda va unida a las preguntas: ¿Qué sitio ocupo en este mundo? ¿Cuál es mi función? ¿Para qué estoy

vivo? Nosotros, como seres humanos, necesitamos definirnos, saber nuestro propósito y nuestra misión y, a la vez, la satisfacción que obtendremos al vivirlo.

Éstas no son las únicas definiciones que podemos encontrar, tendríamos que analizar el concepto de muchas otras disciplinas y tomar el que más nos convenga o el que concuerde con nuestro estilo de vida o, ¿Por qué no? elaborar nuestro concepto de vida y encontrar un significado y una función en nuestra vida.

En lo que hacemos el intento por encontrar el significado de nuestra vida, pasamos por una serie de acontecimientos que podríamos llamar críticos y debido a que nos causan incertidumbre, casi todos tratamos de negarlo y nos resistimos a aceptarlos. Esta actitud la tomamos porque esto nos genera un cambio, un desequilibrio en nuestra vida y vemos a ese suceso o acontecimiento como un enemigo para nuestra "estabilidad".

¿Qué es lo que pasa? Bueno, pues esa incertidumbre de la vida después del cambio, con frecuencia produce resistencia y ansiedad y no nos damos cuenta de que estas crisis y estas circunstancias importantes que nos obligan a cambiar, también pueden conducirnos a un desarrollo positivo que propicie nuestra madurez y que nos ayude a encontrar eso que tanto buscamos, el significado de nuestra vida o, en dado caso, nos ayude a manejar nuestra vida de modo que no nos causemos mucho daño, de modo que podamos disfrutarla aminorando el nivel o el grado de incertidumbre con el que vivimos la mayor parte del tiempo.

Uno de los sucesos críticos por los que todos pasamos, tarde o temprano, y al cual le tenemos mucho miedo y tratamos de esquivarlo pero que es parte de nuestro ciclo de vida es la pérdida, el perder a un ser querido, ya sea que se muera o se aleje de nosotros; perder un objeto muy significativo para nosotros; perder a nuestra mascota y ¿Por qué no?, perder el tiempo. Tantas cosas que perdemos en esta vida que, al no saber manejar o trabajar esas pérdidas, nos vamos generando un cúmulo de emociones y sentimientos que pueden llegar al punto de desarrollarnos una

enfermedad crónica que, al fin y al cabo, nos llevaría a una muerte prematura; porque probablemente, si las "hubiéramos" manejado al momento, no "hubiéramos" desarrollado ninguna enfermedad y nuestra vida tendría más posibilidades de prolongarse; es decir, tendríamos una salud física, psicológica, social y emocional estable.

Es aquí en donde decimos que si cada una de las pérdidas que vivimos las manejáramos tal y como se presentan, intensificaríamos la seguridad de que una nueva pérdida no nos devastará igual que la primera.

El hecho de no saber cuándo vendrá la muerte, le da urgencia a la cuestión de qué hacer con nuestras vidas, pero para saberlo tenemos que decidir si la muerte es el final o si es una puerta que da a otra vida.

Algunas personas sienten que debe haber una razón para todo esto, "que la vida debe seguir adelante en algún otro lado". Otras personas anhelan unirse a los seres amados, o se quedan consternados al pensar que tendrán que compartir la eternidad con "todas esas personas tan desagradables". También hay quienes no pueden soportar el insulto personal de que su identidad quede borrada, mientras que otros anhelan el arrobamiento del eterno descanso.

Pero sea lo que sea, al cabo de una vida plena hay personas que aún poseen energía, lucidez y capacidad de decisión y escogen arriesgar seriamente su vida o entregarla por otra persona o por una causa noble y decente. También hay personas que podrían consagrar su mente y su energía en ayudar a otros de una manera más contundente y arriesgada; estas actividades podrían involucrar grandes riesgos de salud, con el propósito de servir a los enfermos; peligro físico al interponerse entre los opresores y sus víctimas o socorrer a las gentes en zonas asoladas por la violencia. Pero esto no significa que estas personas no sientan, que no experimenten esos sentimientos de pérdida, yo creo que en estas personas estos sentimientos son más

intensos porque se supone que dedican su vida a ayudar a otros y, ¿Qué va a pasar en el momento en que no puedan lograr su objetivo?.

Este es el caso de los Técnicos en Urgencias Médicas, quienes en muchas ocasiones, si no es que en todas, ponen en riesgo sus vidas para ayudar a otros.

Pero, ¿Quiénes son ellos? ¿Qué hacen? ¿Por qué son Técnicos en Urgencias Médicas? ¿Cuál es su función en nuestra sociedad o en esta vida?

Antes que cualquier otra cosa, son seres humanos que piensan, sienten, razonan, actúan, etcétera. Estas personas se capacitan técnicamente para resolver situaciones de urgencia médica, quirúrgica o traumatológica que se presenten dentro de la comunidad. Realizan su trabajo a bordo de una ambulancia y son el segundo contacto de atención que tiene el paciente mal-herido, después de las personas que activan el servicio médico de urgencia. Para que ellos puedan lograr su óptimo desarrollo, deben contar con ciertas habilidades físicas tales como, buena presentación, control de hábitos personales, de voz y vocabulario; habilidades médicas, es decir, buena salud en general y capacitación constante; y habilidades psicológicas, en donde se toman en cuenta ciertos aspectos de la personalidad así como habilidades psicomotrices.

Podemos pensar que el Técnico en Urgencias Médicas tiene bien estructurado un plan de vida y trabajo para mantener un equilibrio entre sus objetivos vitales y profesionales que abarcan áreas que van de la persona consigo misma, con su familia, con su trabajo y con el mundo. Menciono esto porque estas áreas están interrelacionadas de manera que, si una no es tomada en cuenta, afecta a las demás e impide un desarrollo integral y por tanto el funcionamiento óptimo de sus potencialidades.

Además, hay que tener en cuenta que los servicios médicos de urgencia son quizá, dentro del ámbito laboral, los que requieren de una bien fincada vocación ya que

la responsabilidad de la vida y la seguridad de otras personas es considerada como la principal fuente de tensión para el personal y es muy probable que tenga efectos nocivos en su vida personal. Los factores cotidianos de tensión de la vida diaria pueden tener un efecto negativo o incluso destructivo, cuando se asocian con las tensiones que implican el cuidado de enfermos o lesionados (Cruz Roja Mexicana, s/a).

Al igual que una lesión, enfermedad o herida física, la pérdida de alguien por muerte también nos provoca una herida muy severa a la cual hay que brindarle la misma atención y debemos darnos el tiempo necesario para sanar de ese mal.

El dolor psicológico que experimentamos es tan importante como cualquier herida física observable y el tiempo por sí solo no lo cura, pero la duración del proceso de duelo sí nos ayudará a recuperar nuestra entereza, claro, siempre y cuando nos permitamos experimentar y sentir lo que sea necesario para liberar al fallecido y proseguir con nuestra propia vida.

Casi todos buscamos la felicidad y eludimos los sentimientos dolorosos o negativos; vivimos en el mito brumoso de que la felicidad es el único estado de existencia aceptable.

Respecto a esto, el filósofo francés Philippe Aries decía que se ha convertido en "deber moral y obligación social el contribuir a la felicidad colectiva evitando cualquier causa de tristeza o tedio, dando la impresión de ser feliz, incluso en la etapa de desesperación más profunda". (cit. en O'connor, 2002)

Por esto, muchos de nosotros ignoramos o negamos nuestras emociones fuertes y dolorosas; pero no nos damos cuenta de que si seguimos así, con el tiempo nos derrumbaremos emocionalmente y sufriremos ataques de ansiedad, estallidos irracionales de enojo u otros síntomas neuróticos o psicóticos.

Así, podemos ver que en la atención a pacientes en los Servicios Médicos de Urgencia no basta únicamente la prontitud para establecer un diagnóstico y la habilidad técnica para efectuar procedimientos exploratorios y terapéuticos. También es necesario tener habilidad, sensibilidad y conocimientos para enfrentar los sentimientos del paciente y de sus familiares y, además, luchar con nuestras propias emociones. Al final, lo que realmente le interesa al paciente es ser escuchado, comprendido y ayudado.

Considero que, si a los Técnicos en Urgencias Médicas se les prepara para manejar sus emociones, ellos van a poder atender otro servicio de urgencia con la misma calidad con que atendieron el primer servicio del día, sin que se vean tan afectados y sin que afecten a sus pacientes. Sabemos que una salud emocional deficiente lleva a un fracaso académico, entorpece el pensamiento, la concentración, la memoria, la paz interior, las relaciones interpersonales, el manejo integral del cerebro y la armonía del balance sentimiento-razonamiento (Kasuga y cols., 1999). Es por ello que considero que esta investigación es necesaria y muy importante para que podamos elaborar un programa de trabajo con los Técnicos en Urgencias Médicas y con ello, que la sociedad reciba una mejor atención por parte del personal de estas Instituciones (Cruz Roja y Protección Civil), ya que no estamos exentos de necesitar su atención, por lo que el personal que brinda este servicio debe estar en muy buenas condiciones, tanto físicas como psicológicas y emocionales, para atenderlos.

El objetivo de este trabajo fue investigar los efectos emocionales y conductuales que genera la muerte de pacientes en los Técnicos en Urgencias Médicas de Cuautitlán Izcalli.

CAP. 1 HISTORIA DE LOS CONCEPTOS VIDA Y MUERTE

A lo largo de la historia se han generado diversos conceptos acerca de lo que es la vida y la muerte; desde el hombre primitivo hasta la actualidad estos conceptos han tenido diferentes significados y diferente valor para el ser humano.

Los hombres primitivos, según nos dicen los antropólogos, no creían en el carácter ineludible de la muerte ni en su finalidad. La muerte, escribió Jacques Chorno, es el resultado de la acción o fuerza maligna de un enemigo con forma humana o espiritual; nos puede matar o inducir mágicamente una enfermedad mortal. Si no fuera por estos actos hostiles, nadie moriría. Los diversos mitos sobre el origen de la muerte que se encuentran en los primitivos llevan a la conclusión de que durante la larga prehistoria de la raza, la muerte no fue considerada como un atributo necesario de la condición humana. Se creía que el hombre no estaba sujeto a la muerte cuando fue creado. La muerte vino al mundo a causa del error que hizo el mensajero que traía el regalo de la inmortalidad, y que confundió el mensaje por olvido o malicia o no llegó a tiempo. Los primitivos culpaban a los dioses, y el Antiguo Testamento al hombre (Rowe, 1989).

La muerte necesita una explicación especial; el carácter especial de ésta se subraya por actos especiales que llevan a cabo los sobrevivientes, a los que se da el nombre de "ritos funerarios". En todas las culturas se considera un acto vergonzoso tirar los cadáveres como si fueran basura o tratarlos irrespetuosamente. Este carácter especial de la muerte fue reconocido incluso por los homínidos, los hombres de Neandertal que llevaban a cabo ritos funerarios, al igual que nuestros primeros antepasados, los hombres del Cro-Magnon, quienes durante miles de años rociaron ocre rojo sobre los cadáveres de sus parientes muertos como símbolo, quizá, de vida eterna.

Una característica que cubre la mayoría de los sacrificios humanos, es que ellos tenían la creencia en el más allá, como el caso de los Aztecas, quienes para

congraciarse a los dioses se hacían autosacrificios. Los mayas creían en la inmortalidad del alma y en el más allá, la muerte tenía un sentido sagrado, la costumbre era arrojar a los hombres vivos en el Cenote Sagrado (Pozo de los Sacrificios), como sacrificio a los dioses en tiempo de sequía, pero creían que estos hombres no morían por más que no volvieran a ser vistos (Marín, 2000).

Dios advirtió a Adán: No comerás del árbol de la ciencia del bien y del mal, porque el día que comieres de él morirás. A pesar de esto, Adán comió del árbol de la ciencia y trajo así la muerte a este mundo. San Pablo enseñaba que así como por un hombre entró el pecado a este mundo, y con el pecado la muerte; así la muerte recaerá sobre todos los hombres, porque todos han pecado, y el mensaje cristiano de esperanza es que el precio del pecado es la muerte, pero el don de Dios es vida eterna a través de Jesucristo nuestro Señor. Estas fueron también las enseñanzas de San Agustín, Lutero y Calvino, y por consiguiente de las iglesias Católica y protestante (Rowe, 1989).

En algunas culturas los espíritus de los muertos son tratados con más interés y ceremonia que la gente viva, puesto que se considera que los espíritus tienen el poder de interferir en la vida diaria y de interceder ante los dioses. Muchos cristianos creen en los espíritus, y muchos rezan pidiendo la intercesión de la Virgen María y de los santos. En algunas culturas se cree que los espíritus de los muertos reencarnan, y que un abuelo regresa a la vida en el cuerpo de su nieto. Sin embargo, la reencarnación no necesita ser un asunto familiar. En la India pueden esperar, y de hecho creen, que los miembros de su familia están con ellos en cada reencarnación; y esperan el moksha, que los liberará del Karma, y los budistas esperan que cese el deseo y entren al nirvana (Rowe, 1989).

Con el transcurso del tiempo, la fundamentación teórica de la generación espontánea y repentina fue adquiriendo un carácter cada vez más idealista y hasta místico. A continuación se muestra una breve reseña, por etapas, de los conceptos de vida y muerte, de la antigüedad hasta nuestros tiempos.

1.1 ANTIGÜEDAD

En la Época Helénica, el hombre trataba de dar respuesta a los problemas que planteaba la Naturaleza basando sus conclusiones en un estudio positivo de los fenómenos atmosféricos y geográficos. Así, tenemos que, Tales de Mileto (636-546) afirmó que el agua era el principio de todas las cosas; Anaximandro (611-547) comparó la formación del mundo a la de una nube; Anaxímenes (588-524) sostuvo que el aire precedió a cualquier otro elemento de la naturaleza y para Heráclito (540-475), el mundo es la unidad, mantenida por la Justicia, de todas las cosas sometidas a un cambio constante y el elemento fundamental es el fuego.

Hacia el año 450 a. de J.C. inicia la preocupación por el hombre, en esta época, Parménides (504-450) decía que el ser es imperecedero, eterno, uno, indivisible y absoluto. Por otro lado, Protágoras decía: <<el hombre es la medida de todas las cosas: de las que son, en tanto que son, y de las que no son, en tanto que no son>> (p-983) (García-Pelayo, 1990).

Por mucho tiempo se desarrolló y predominó la concepción idealista de Platón, filósofo de la antigua Grecia. Según sus ideas, la materia vegetal y animal, por sí sola, carece de vida, y sólo puede vivificarse cuando el alma inmortal, la “psique”, se aloja en ella. Y suponía que la existencia de la vida no se podía explicar con las cosas de la vida, sino en un mundo más allá. Y consideraba a la muerte como la liberación del alma, que da pauta al desprendimiento que se dirige a la perfección del ser (Xirau, 1990).

Hasta cierto punto, esta concepción se reflejó también en la doctrina de otro filósofo de la antigua Grecia, Aristóteles, convertida más tarde en la base de la cultura medieval y que dominó en el pensamiento de los pueblos durante casi dos mil años.

Aristóteles consideraba que los seres vivos, lo mismo que todos los demás objetos concretos, se formaban por la conjugación de cierto principio pasivo, la materia,

con un principio activo, la forma. Esta última sería para los seres vivos la “entelequia del cuerpo”, el alma. Ella era la que daba forma al cuerpo y la que lo movía (Oparin, 1968).

Durante los primeros siglos de la era cristiana, comienzan a ver la aparición del hombre nuevo y de una imagen del mundo distinta. Esta consideraba al universo como inacabado, indeterminado, imperfecto; el ser no es, como creían Platón y Aristóteles, la suma de lo existente, sino la esencia de la realidad fundamental, principio de otras realidades, y por encima de todas las cosas está la trascendencia de lo divino.

1.2 EDAD MEDIA

A partir del siglo IX, después del renacimiento carolingio, aparecen escuelas teológicas y filosóficas que se llamaron escolásticas. Una de las primeras figuras de esta escuela fue San Anselmo (1033-1109) quien se centró en demostrar la existencia de Dios, basándose en la llamada prueba ontológica, según la cual, puesto que tenemos la idea de un ser perfecto, éste tiene que existir ya que la perfección absoluta implica forzosamente la existencia (García-Pelayo, 1990).

Para el siglo VIII destaca especialmente Santo Thomas de Aquino quien decía que el hombre estaba hecho por Dios, por amor a su imagen y semejanza; que el hombre no es sólo espíritu sino una síntesis de materia y espíritu, así, lo esencial del hombre es el alma humana y debe encontrar la verdad y la belleza en este mundo, si no, no vino a nada. Para él, la muerte era la separación del cuerpo y el alma, había una nostalgia del alma por el cuerpo y había una resurrección donde el cuerpo y el alma se unían. La visión de Dios era la contemplación, “a Dios no se le puede ver sin morir”, la muerte es la salvación, la vida es un Don dado por Dios. Y consideraba la existencia de dos mundos, una vida después de la muerte (González, 1999. En Reyes, 2005).

1.3 EDAD MODERNA

Durante los siglos XV y XVI, ven la sustitución de las especulaciones teológicas por otras más positivas.

Descartes consideraba que todo era falso, pero afirmaba que sólo había algo que no podía serlo: su propia existencia (Pienso, luego existo). A partir de la intuición de 'pienso' deduce la realidad formal de las ideas y después la realidad objetiva. La existencia de un Dios verdadero constituye la piedra angular de la metafísica cartesiana. El idealismo que profesaba (la mente humana es la única realidad) le conduce al realismo (la idea no es más que el reflejo de la cosa). El análisis metódico puede entonces descomponer para luego volver a descomponer lo real, separándolo en los elementos que lo constituyen: sustancia pensante, atributo del alma; sustancia extensa del mundo, atributo de la materia, y unión de estas dos sustancias, alma y cuerpo, que forma el hombre.

Para Baruch Spinoza (1632-1677), Dios es un ente absolutamente infinito, de quien proceden todas las cosas. La salvación únicamente se logra por el conocimiento de Dios y el objetivo que persigue consiste en buscar un bien, capaz de comunicarse, con el que se gozará eternamente de un placer continuo y supremo (García-Pelayo, 1990).

De acuerdo con Simon (En Thomas, 1991), discípulo de Kant, "la muerte es el paso del tiempo y de la conciencia al acto", en tanto que el nacimiento es "el paso lógico del acto a la conciencia y al tiempo"; nacer y morir son pues maneras de pensar, más no maneras de ser.

1.4 EDAD CONTEMPORÁNEA

Para Arthur Schopenhauer (1788-1860) la vida es dolor, la voluntad de vivir es un mal y el hombre es bueno o malo esencialmente y para siempre. La única salvación es la superación de la voluntad de vivir, el nirvana.

Por otra parte, el danés Søren Kierkegaard (1813-1855) se ocupó de la existencia humana, exaltó la vida religiosa y afirmó que la existencia humana es una paradoja ya que el hombre está suspendido entre la propia finitud que tiene y la infinitud que se le revela de alguna manera, así mismo, afirmó que la imposibilidad de resolver esta paradoja crea la angustia (García-Pelayo, 1990).

Según el materialismo dialéctico, la vida es de naturaleza material; sin embargo, la vida no es una propiedad inherente a toda la materia en general ya que los objetos y los materiales del mundo inorgánico carecen de ella. Por lo que podríamos decir que la vida es una nueva cualidad, que surge como una etapa determinada, como determinado peldaño del desarrollo histórico de la materia.

Por otro lado, para los filósofos la vida no es otra cosa que un continuo y prolongado ejercicio que permita separar al alma del cuerpo. Por eso la vida es solamente una preparación para morir. El filósofo sabe que sólo muere el cuerpo puesto que pertenece al mundo físico (Marin, 2000).

1.5 DE FINES DEL SIGLO XIX A NUESTROS DÍAS

Henri Bergson planteó la problemática de la inserción del espíritu en la materia y decía que la realidad de la vida es algo dinámico, un impulso vital o élan vital y que este impulso determina una evolución en el tiempo que al mismo tiempo es creadora (García-Pelayo, 1990).

La idea fundamental de Nietzsche (1844-1900) era la valorización de la vida como voluntad de afirmación del hombre frente a la sistematicidad de la razón. Para él la vida es impulso, voluntad de poder, pero es rechazable, oculta y culpable por su conciencia servil. Y termina diciendo que el gran tesoro del ser humano es su existencia y tiene que hacer lo mejor, o sea, la voluntad de poder; un poder que sobretodo pueda consigo mismo. Para él el valor primordial es la vida (Jaspers, 1995).

Georg Simmel (1858-1918) defendió la concepción que tuvo de la vida; y llamó vida a un tipo de existencia que no reduce la realidad al momento presente, sino que consideró que el pasado penetra en el presente y el presente se dilata en el futuro.

Desde un enfoque idealista, éstos siempre han considerado y siguen considerando la vida como una manifestación de un principio espiritual supremo, inmaterial, al que dan el nombre de “alma”, “espíritu universal”, “fuerza vital”, “razón divina”, etc. Este concepto idealista de la vida constituye la base de todas las religiones del mundo.

El problema de la esencia de la vida es abordado en forma totalmente distinta por el materialismo, según el cual la vida, como todo el mundo restante, es de naturaleza material y no necesita para su explicación el reconocimiento de ningún principio espiritual supramaterial. La vida no es más que una forma especial de existencia de la materia, que se origina y se destruye de acuerdo con determinadas leyes.

Jean Paul Sartre (1905-1980) ha caracterizado el existencialismo como una doctrina según la cual en el hombre, y sólo en él, la existencia precede a la esencia. Nosotros existimos antes de haber sido una esencia determinada, es decir mucho antes de ser esto o aquello, pobre o rico, por ejemplo. La libertad que Sartre identifica con la existencia humana, determina el hombre que llegamos a ser (García-Pelayo, 1990).

José Ortega (1883-1955) critica el idealismo y afirma que la verdadera realidad radical es la del yo con las cosas (yo soy yo y mi circunstancia). No hay prioridad de las cosas, como aseguraba el realismo, ni tampoco prioridad del yo sobre ellas, como decía el idealismo. A partir de 1940, el concepto de historia desplaza al de la vida y es la insistencia en la necesidad del saber a qué atenerse en la situación histórica lo que permite renovar la fórmula yo y mi circunstancia en un sentido más existencialista.

Por último, mencionaremos a Viktor Frankl (1999) quien dice que “vivir es sufrir; sobrevivir es hallarle sentido al sufrimiento. Si la vida tiene algún objeto, este no puede

ser otro que el de sufrir y morir... Quien tiene un porqué para vivir, encontrará casi siempre el cómo". Y menciona que dentro de los aspectos esenciales de la existencia del ser humano está el ser finito y esto es lo que le da sentido a su existencia ya que la muerte nos obliga a aprovechar nuestro tiempo limitado, aprovechar las situaciones que sólo se presentan una vez y cuya finalidad es la vida misma.

Como hemos podido observar, la respuesta a estas preguntas: ¿Qué es la vida? y ¿Cuál es su origen?, constituye uno de los problemas más grandes de las Ciencias Naturales. Consciente o inconscientemente, todos los hombres, cualquiera que sea el nivel de su desarrollo, se plantean estas preguntas y, bien o mal, les dan una respuesta.

Así como se han definido los conceptos de vida y muerte, de manera general y por épocas, también hay ciencias que se han encargado de definir estos conceptos. En el siguiente capítulo se mencionan los enfoques teóricos más importantes para esta investigación.

CAP. 2 ENFOQUES TEÓRICOS DEL PROCESO VIDA-MUERTE

Existen diversos enfoques y dentro de éstos, varios autores que han dado su concepto de vida y de muerte, en este capítulo sólo mencionaremos los enfoques antropológico, sociológico, médico y psicológico.

2.1 ENFOQUE ANTROPOLÓGICO

La muerte ha inquietado al hombre de todas las épocas. Hoy en día tiende a verse como un dato objetivo, estanco e indiscutible, y como un hecho biológico e individual, esta concepción sin duda está fuertemente vinculada con la medicalización y cientifización de la vida (de la salud y la enfermedad) y por ende de la muerte.

Sin embargo, la representación y las actitudes del hombre ante la muerte (costumbres, mitos, creencias, ritos) han sido muy diferentes en distintas épocas y en distintas sociedades. Es por esto que la muerte es mucho más que una cuestión médico científica y que por todas sus implicancias culturales particulares, debe ser entendida como una Construcción Social e Histórica.

La muerte aparece como un fracaso de la técnica y del modelo del hombre moderno que “todo lo puede”, cuando encuentra ese límite no puede otra cosa que negarlo.

La muerte ha sido excluida de la sociedad moderna, siempre es una sorpresa, un accidente, y como tal se transforma en un hecho clandestino que debe disimularse, ocultarse, y superarse rápidamente. Así, pasa de ser un espectáculo público a ser un acontecimiento privado, íntimo. El hombre moderno muere en el hospital solo, o apenas rodeado de sus familiares más cercanos.

Algunas de las causas que pueden explicar esta individualización de la muerte son: la urbanización, la tecnologización, la medicalización de la enfermedad, la negación de la muerte, la simplificación de los ritos y la ruptura de los lazos sociales.

La negación de la muerte lleva directamente a la necesidad de que “alguien se ocupe por mí” y nace todo un negocio en torno a la muerte: servicios completos de velatorios, que evitan llevar el cadáver al domicilio; cementerios privados, que se ofrecen promocionando: “una solución definitiva y a su alcance”, “Adquiera un espacio en campo dorado”, “individual y privada como su decisión”, etc..; cremación, que se ofrece también como solución definitiva, y que en muchos países del mundo ha tenido un crecimiento vertiginoso, en nuestro país puede advertirse un crecimiento en los últimos años (Hartfiel, 2002).

Todos estos mensajes refuerzan la individualización y la negación, además de remarcar las desigualdades que subsisten con respecto a la muerte.

La muerte es algo más que una mera experiencia individual, y los antropólogos se han esforzado en darle una explicación y un papel importante en el melodrama colectivo de la vida.

Por otro lado, dentro de la antropología física, una disciplina de la antropología, se ha encontrado que la mayor parte de la vida del hombre en nuestro planeta corresponde a periodos prehispánicos; probablemente, el hombre como género tiene alrededor de un millón de años de existencia. Los hombres prehistóricos no nos dejaron testimonios escritos, pero sí se pueden obtener datos sobre esa época a través de los restos que evidencian su presencia y modo de vida. Sin embargo sabemos que las ideas religiosas fueron extendiéndose y de esa manera, la interpretación sobre el surgimiento del hombre por un tiempo se basó en las propuestas bíblicas, hasta que en Europa, en el siglo XIX Charles Darwin con su trabajo evolucionista sobre el Origen de las especies y, Boucher de Perthes con sus indagaciones de materiales líticos que lo llevó a proponer la existencia del hombre a partir del último Periodo Glaciar, ofrecen una explicación científica, refutando la explicación cristiana.

En lo que respecta a las escuelas antropológicas, sólo mencionaremos la hiperdifusionista. Dentro de la cual encontramos a dos precursores que hablan un poco de lo que es la vida y de dónde provienen los ritos funerarios.

En primer lugar mencionaremos a Perry (1923. En Argüello y González, 1995) quien llegó a afirmar que todo fue construido una sola vez, en una época determinada – hace siete mil años-, incluso talvez por un solo hombre y, por supuesto, en Egipto (de allí la denominación de heliocentrismo a partir de helio como significación de sol), este autor dice, que es probable que, “antes de que surgiera la civilización egipcia los pueblos indígenas carecieron de toda clase de prácticas e ideas mágicas o religiosas” (p26).

Y por otro lado mencionamos a Elliot Smith (1871-1973) (En Argüello y González, 1995) quien menciona que los indios americanos vivían como antropoides hasta el principio de la era cristiana; sus primeras pirámides fueron construidas cinco o seis siglos más tarde, copiando modelos cambogianos y javaneses, los que a su vez se derivan de prototipos egipcios. Los ritos de iniciación y las sociedades secretas americanas tienen su origen en las ceremonias de momificación que se practicaron en el Nilo; la organización social y el totemismo australiano son los resultados degenerados y modificados de la adopción de prácticas y creencias ajenas, es decir, egipcias.

Cuando en un grupo humano se hace presente la muerte, éste reacciona según unos hábitos ancestrales y, en general, fijados de antemano. La muerte, por mucho que se espere, es siempre una sorpresa, por lo que en todas las culturas y todas las épocas se han desarrollado tipos de actuación frente a esta eventualidad: son los usos funerarios y el duelo.

El duelo está generalmente regido por un estricto protocolo y es al mismo tiempo un deber religioso y social; su expresión externa certifica ante el difunto la certeza de que no está olvidado, creando a la vez una nueva relación con los antepasados muertos y fortaleciendo en consecuencia la unidad social, que sufriría un debilitamiento si faltasen los ritos del luto con toda su tremenda carga de significados.

Resulta complicado pensar en la antropología de la muerte, como un campo autónomo de reflexión, desde el que hombres y mujeres revisan sus posiciones

seculares respecto a la muerte en un mundo cambiante, en el que crece con paso firme la carrera armamentística, el aumento de las guerras, nunca antes tan destructivas, ni tan dramáticas, las amenazas y el desprecio del hombre por el hombre, donde la vida es más una cuestión ontológica que una realidad, poniéndose de manifiesto este desprecio por la vida en posturas xenóforas, racismo, ecocidio, genocidio y etnocidios, aumento de la criminalidad, accidentes de trabajo y de tráfico, etc.

La muerte del otro se presenta como esbozo del objeto de estudio antropológico de la muerte, como ciencia del hombre por excelencia que ha buscado leyes universales de pensamiento y de la sociedad, teniendo en cuenta las diferencias espacio temporales.

“Después morimos”

Esta frase expresa admirablemente la comprensión que el hombre occidental tiene de la muerte y por tanto de su destino, pero tal como decíamos se trata de una comprensión algo distinta a la que hallamos en otras culturas. En las que hombres y mujeres pugnan por entrar en su misterio y aprehender su significado. No conocemos cultura alguna en la que esta frase haya sido cuestionada -"después morimos"- pero esta frase se convierte en una trivialidad presuntuosa cuando la aislamos de su contexto mitológico, de esas mitologías personales y grupales, concluyentes, significativas que reconvertirían la frase en: - "y por lo tanto morimos"- (García, 2002).

Todas estas analogías, entre cosmogonía, antropogonía y muerte indican, por así decirlo, las virtualidades creadoras del acto de morir. Pues es bien sabido que en muchas sociedades la muerte no se considera real mientras no se han completado apropiadamente las ceremonias funerarias. En otras palabras, la manifestación de la muerte fisiológica es sólo la señal de que hay que efectuar un conjunto nuevo de actos rituales, con el objeto de crear la nueva "identidad" del difunto. Actuaciones, que en sí mismas son difíciles de interpretar por su polivalencia, y porque responden, en general, tanto a determinadas creencias como a la necesidad vital de manifestar el afecto que se

tiene al difunto, sin olvidar una gama de sentimientos, "respetuosos", ante la realidad inevitable de la muerte.

La vida y la muerte así como todo lo que concierne al cuerpo son, en la universalidad de las sociedades humanas, objetos de ceremonia.

2.2 ENFOQUE SOCIOLÓGICO

Dentro de este enfoque se menciona la teoría sociológica de Auguste Comte (Ontiveros y Peralta, 1996), dentro de la cual se encuentra la ley de la evolución intelectual de la humanidad o la ley de los tres estadios. El primer estadio es el teológico o el ficticio en donde los hombres del período fetichista, atribuían su vida a los objetos externos y veían en ellos dioses; dentro del período politeísta, que estuvo muy extendido en Grecia antigua y Roma, atribuían vida a seres ficticios, por cuya intromisión explican todos los fenómenos. Con el tiempo se fue forjando la concepción poética del mundo y en el período monoteísta, que es la época del cristianismo, la fe en un solo Dios cambia la imagen del mundo, las relaciones políticas y sociales, las costumbres y la moral. El segundo estadio es el metafísico o abstracto, en donde ya no es la pura imaginación quien domina, ni es todavía la verdadera observación, sino que interviene en gran medida el razonamiento y se prepara confusamente al ejercicio verdaderamente científico. Por último se encuentra el estadio positivo o real, en donde, una vez que tales ejercicios preparatorios han comprobado la poca importancia o el vacío radical de las explicaciones vagas y arbitrarias propias de la filosofía inicial, sea teológica o metafísica, el espíritu humano renuncia en lo sucesivo a las indagaciones absolutas que no convenían más que a su infancia, y circunscribe sus esfuerzos al dominio a partir de entonces rápidamente progresivos de la verdadera observación, única base de los conocimientos verdaderamente accesibles, razonablemente adaptados a nuestras necesidades reales.

Vivir implica no sólo utilizar los recursos disponibles, sino también ser conformado por ellos, modificarlos uno mismo y, en consecuencia, llegar a un estado de

integración íntima con la totalidad del ambiente. Sólo es posible comprender a los organismos vivientes si se les considera como parte del sistema en que funcionan. Esto es particularmente cierto referido a nosotros, los seres humanos, pues todos los aspectos de nuestras vidas son profundamente influidos por una inmensa diversidad de fuerzas culturales que configuran nuestros cuerpos, nuestra conducta y las estructuras sociales con las cuales hemos de relacionarnos a fin de ser plenamente humanos. En cualquier nivel, la vida implica la integración de una inmensa diversidad de sustancias que, funcionando como unidad, interactúan continuamente con sus ambientes particulares, a menudo de manera creativa (Dubos, 1985).

Para Tönnies (1987), la vida es esencialmente unidad, un existir en común de individuos que actúan unos sobre otros, es decir, que se encuentran en una relación de acción recíproca. La vida psíquica de un grupo, en tanto que la de un individuo condiciona la vida pura y simplemente, puede ser considerada como vida psíquica común; primero, en cuanto que muchos individuos sienten, experimentan, imaginan y piensan de un modo homogéneo y coetáneo, luego en cuanto que piensan, sienten, etc., en relación de reciprocidad, en un estar referidos unos a otros, en la acción recíproca que propulsa la vida de cada uno. De ahí deriva el querer para otros y el querer con otros.

Por otro lado, dentro de este mismo enfoque tenemos el Marxismo, en donde resulta que, la explicación de la vida social, de la vida de los individuos, debe partir de sus condiciones reales de existencia y esto sólo se entiende comprendiendo la forma, el modo en cómo los hombres se organizan para poder vivir a partir de la producción de sus propios medios de vida.

“...Tal y como los individuos manifiestan su vida, así son. Lo que son coincide, por consiguiente, con su producción, tanto con lo que producen como el modo como lo producen. Lo que los individuos son depende, por tanto, de las condiciones materiales de su producción”(p32) (Marx y Engels, 1973. En: Ontiveros y Peralta, 1996).

Por otro lado, y basándose en pruebas científicas, Engels consideraba la vida como un producto de desarrollo, como una transformación cualitativa de la materia, preparada en el periodo que precedió a la aparición de la vida por una serie de cambios graduales operados en la naturaleza y condicionados por el desarrollo histórico (Oparin, 1968).

Como podemos observar, en la teoría social de Marx y Engels, no se parte de lo que los hombres dicen, se representan o se imaginan, ni tampoco del hombre predicado, pensado, representado o imaginado, para llegar, arrancado de aquí, al hombre de carne y hueso, se parte del hombre que realmente actúa y, arrancando de su proceso de vida real, se expone también el desarrollo de los reflejos ideológicos y de los ecos de este proceso de vida. No es la conciencia la que determina la vida sino la vida es la que determina la conciencia.

“Allí donde termina la especulación, en la vida real, comienza además la ciencia real y positiva, la exposición de la acción práctica, del proceso práctico del desarrollo de los hombres” (p36) (Marx y Engels, 1973. En Ontiveros y Peralta, 1996).

Por otro lado, la Enciclopedia Soviética no se aparta del espíritu marxista y menciona que la muerte coincide con la detención de la actividad vital del organismo y, en consecuencia, con la destrucción del individuo como sistema viviente autónomo; en un sentido más general, la muerte es la cesación definitiva de la materia viva, que se acompaña de la descomposición de las albúminas. La muerte sólo puede comprenderse sobre la base de la explicación materialista de la esencia vital del organismo (Thomas, 1991).

Dentro de la sociología hay un aspecto importante que debemos tomar en cuenta respecto a la muerte y es, que ésta no es propia sólo del hombre y de los seres vivos debido a que afecta a todo lo que tiene dimensión temporal: las sociedades se desmoronan, los sistemas culturales y las etnias entran en decadencia y los objetos se desgastan convirtiéndose en residuos y ruinas.

Acerca de este tema, Heller (1987) expone lo que es para el hombre la muerte, y las actitudes que presenta hacia ella. Para Heller, la no resignación a la irreversibilidad por parte de los hombres es un modo de reaccionar al hecho irrevocable de la finitud de la vida, su limitación. El saber relativo al fin de la vida, a la muerte (la nuestra y la de otros), penetra todo el campo de acción de la actuación y del pensar cotidianos. El temor de perder para siempre lo que no se haya obtenido hoy, no significa que la gente sólo piense en la muerte, al contrario, en la vida cotidiana media dominan los objetivos a alcanzar, el trabajo, los proyectos, el dolor por las desgracias sufridas, los intereses y el pensamiento de los intereses, y no domina en absoluto el pensamiento torturante de la muerte. No obstante, basta una enfermedad, el funeral de un vecino, un mal sueño, y de inmediato la muerte aparece en el horizonte de la vida cotidiana como fuerza motivadora de determinadas acciones.

El modo de reaccionar a la conciencia de la muerte depende en gran parte de los períodos, de los estratos sociales y, en su seno, de los particulares.

El análisis histórico de la actitud hacia la muerte, considera tres tipos: la primera está caracterizada por la *insensibilidad*; son insensibles aquellos que aún sienten la muerte como un hecho natural, y por ello no se ocupan de ella, para ellos es insignificante tanto la muerte de los otros como la suya propia en cuanto que, no teniendo una individualidad desarrollada, ni siquiera poseen el sentido de la unicidad de las personas. El temor a la muerte es característico del segundo tipo. Las personas de este tipo no son insensibles, comprenden ya su propia unicidad y la de los otros, por lo cual su fantasía –continuamente o sólo en situaciones de crisis- se ocupa de la muerte. De ello se derivan dos comportamientos aparentemente contradictorios: uno está constituido por la no resignación, por la rebelión, por la perenne pregunta <<¿por qué debo morir?>>; el otro está constituido por la resignación, que puede llegar incluso al deseo entusiasta de la muerte. El tercer tipo, finalmente, siente ya la muerte (sobre todo la propia) como algo natural, mientras se rebela contra todo género de muerte provocada por la mano del hombre. Estas personas son individualidades que también respetan la individualidad, la unicidad del otro, por insignificante que sea el otro. El

individuo no se resigna a la muerte, pero la acepta como parte orgánica de la vida y se esfuerza en vivir de manera sensata, de un modo digno del hombre, para que su muerte tenga también un sentido.

2.3 ENFOQUE MÉDICO

Para los médicos la muerte representa un fin fisiológico representado por toda una serie de señales físicas que deja de emitir el organismo cuando éste pierde la vida como: suspensión permanente de todas las funciones corporales vitales... como cesación irreversible de los siguientes datos: función cerebral total, función espontánea del aparato respiratorio, función espontánea del aparato circulatorio, etc. Esto hace notar que el concepto de muerte esta elaborado en función de elementos físicos y anatómicos, es decir que esta definición se da a partir de signos y criterios (Diccionario de Medicina Dorland 26ª edición).

Existen signos precoces que señalan la ruptura vida-muerte, tales como: inmovilidad, hipotonía, falta de reflejos y de respuestas, cuerpo totalmente inerte, miembros ligeramente flexionados, cabeza ladeada, punta de pies inclinados hacia afuera, mandíbula caída, boca abierta, ojos entreabiertos con los globos sin tonicidad.

Hipócrates, en su obra "De Morbis", habla de los signos inequívocos de muerte; frente arrugada y adusta, ojos hundidos, nariz puntiaguda rodeada de una coloración negruzca; sienes hundidas, huecas y arrugadas; las orejas rígidas y hacia arriba; los labios colgantes; las mejillas hundidas; el mentón arrugado y contraído; piel seca, lívida y plomiza; pelo de las ventanas de la nariz y pestañas salpicado de una especie de polvo blanco opaco; rostro fuerte, contracturado, no reconocible (Marin, 2000).

El Diccionario de Medicina Dorland en su 26ª edición define a la muerte como la cesación de la vida; El diagnóstico de muerte ha cambiado como consecuencia del desarrollo de las ciencias biológicas, en particular de las técnicas de resucitación y de sostén de funciones vitales. Durante muchos años se diagnosticaba cuando no había actividad cardiaca alguna ni tampoco función respiratoria, pero hoy, el paro cardiaco puede ser irreversible si el corazón no está dañado irremediabilmente. Por lo que ahora

se diagnostica la muerte de una persona cuando se demuestra la existencia de un daño encefálico irreversible, a lo que se llama muerte cerebral.

Con el nacimiento de la terapia intensiva la muerte se hace aún más científica, más técnica y se despoja aun más de todo carácter social y cultural. En este segundo momento, se suma a la muerte secularizada, la muerte solitaria, el hombre de hoy muere en el hospital, lejos de sus afectos. Este segundo proceso profundiza y refuerza la medicalización de la muerte.

La Doctora Elisabeth Kübler-Ross (1975), ha encontrado que la muerte es todavía un acontecimiento terrible y aterrador, y el miedo a ésta, es un miedo universal aunque creamos que lo hemos dominado en muchos niveles y se atreve a afirmar que la creencia “una vida después de la muerte” es, en cierto modo, una forma de negar la mortalidad.

Gracias a su estudio en el que trabajó con gente moribunda, pudo describir de manera clara y detallada las reacciones emocionales ante la muerte. Ella encontró que la mayoría de los pacientes agradecen tener una oportunidad para hablar abiertamente de su condición y que la mayoría está consciente de estar próxima a morir, incluso aunque no se les haya informado sobre el nivel de gravedad de su enfermedad. Después de hablar con casi 500 pacientes terminales, la Dra. describió 5 etapas en términos de la proximidad a la muerte.

Es importante aclarar que estas etapas no solo se originan del hecho mismo de la muerte, sino que también pueden ser producidas por la simple idea de la muerte, su proximidad o algún contacto cercano. Así mismo, cabe mencionar que el proceso de duelo implica el paso por todas las etapas y aún, aunque no se siga un orden riguroso, es importante que se cubran todas para poder cerrar el duelo.

FASE 1. Negación y Aislamiento: La negación es habitual en casi todas las personas; funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrar al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas menos radicales.

FASE 2. Ira: Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento; surge la pregunta: “¿porqué yo?”. En contraste con la fase anterior, esta fase es muy difícil de

afrontar por parte de la familia y el personal médico o quien esté a cargo del paciente; esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, casi al azar. El problema está en que pocas personas se ponen en el lugar de paciente y se preguntan de dónde puede venir su enojo. Tal vez nosotros también nos sentiríamos enojados si se vieran interrumpidas todas nuestras actividades tan prematuramente, si todos los proyectos que habíamos forjado se quedaran sin terminar o los tuvieran que concluir otros. Seguramente descargaríamos toda nuestra rabia hacia los demás ya que, probablemente, ellos iban a disfrutar de todas aquellas cosas que nosotros no podremos seguir haciendo.

Cuando el personal a cargo del paciente o la familia se toma esta ira como algo personal y en consecuencia reaccionan con más ira, en realidad no hacen más que fomentar la conducta hostil del paciente. Tenemos que aprender a escuchar a nuestros pacientes y a veces incluso a aceptar su ira irracional, sabiendo que el alivio que experimentan al manifestarla les ayudará a aceptar mejor sus últimas horas.

Un paciente al que se respeta y comprende, al que se preste atención y se le dedique un poco tiempo, pronto bajará la voz; se sentirá un ser humano valioso, del que se preocupan y al que permiten funcionar mientras pueda, al nivel más alto posible.

FASE 3. Negociación o Pacto: El pacto es un intento por posponer los hechos, incluye un “premio a la buena conducta”, además fija un plazo de “vencimiento” impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento.

FASE 4. Depresión: Cuando la persona desahuciada no puede seguir negando su enfermedad, cuando se ve obligado a pasar por más operaciones u hospitalizaciones, cuando empieza a tener más síntomas o se debilita y adelgaza, no puede seguir haciendo “al mal tiempo buena cara”. Su estabilidad, su ira y su rabia serán pronto sustituidas por una gran sensación de pérdida. El periodo depresivo trae consigo la tristeza, desinterés, incapacidad de amar e inhibición psicomotriz; es entonces cuando se corre el riesgo de caer en la melancolía.

FASE 5. Aceptación o Adaptación: Este periodo comienza cuando el individuo empieza a darse cuenta de la realidad y a fijarse objetivos nuevos. Si la persona ha tenido bastante tiempo (esto es, no una muerte repentina e inesperada) y se le ha

ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a una fase en la que su “destino” no le deprimirá, no le enojará. Esto se debe a que pudo haber expresado sus sentimientos anteriores, su envidia a los que gozan de buena salud, su ira contra los que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto. Habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares para él, y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad. Estará cansado y, en la mayoría de los casos débil; además sentirá necesidad de dormir o dormir a menudo en breves intervalos, lo cual es diferente de la necesidad de dormir en épocas de depresión.

2.4 ENFOQUE PSICOLÓGICO

En Psicoanálisis, Freud (1917. En: Laplanche, 1987) nos habla de la vida y la muerte. Para él, la vida es la que cristaliza los primeros objetos a que se adhiere el deseo antes de que se engarce en ellos el pensamiento.

La vida decididamente es un ser-en-el-mundo, un desenvolverse, por lo que supone también un excedente en posibilidades de desarrollo frente al estadio ya alcanzado (Caruso, 1988).

Menciona que si la muerte está dada como presente, materialmente, en las fronteras de la psique, la entrada a escena de la muerte en el freudismo resulta mucho más enigmática. En un principio, al igual que todas las modalidades de lo negativo, está radicalmente excluida del campo del inconsciente. De pronto, en 1920, la vemos surgir en el centro mismo del sistema, constituyéndose en una de las dos fuerzas fundamentales y quizás incluso en la única fuerza primordial en el seno del psiquismo, del ser vivo y aun de la materia. En el inconsciente, la muerte sería siempre la muerte del otro, la destrucción o la pérdida provocada, y únicamente alcanzaríamos a tener algún presentimiento de nuestra propia mortalidad a través de la identificación ambivalente con la persona amada, cuya muerte deseamos y tememos a la vez, es decir, esencialmente el duelo (Laplanche, 1987).

Freud (1915. En Caruso, 1988) menciona que nuestra actitud ante la muerte no es sincera. “Nos pretendíamos dispuestos a sostener que la muerte era el desenlace natural de toda vida, que cada uno de nosotros era deudor de una muerte a la

Naturaleza y debía hallarse preparado a pagar tal deuda, y que la muerte era cosa natural, indiscutible e inevitable. Pero, en realidad, solíamos conducirnos como si fuera de otro modo. Mostramos una patente inclinación a prescindir de la muerte, a eliminarla de la vida. Hemos intentado silenciarla e incluso decimos, con frase proverbial, que pensamos tan poco en una cosa como en la muerte. Como en nuestra muerte, naturalmente. La muerte propia es, desde luego, inimaginable, y cuantas veces lo intentamos podemos observar que continuamos siendo en ello meros espectadores. Así, la escuela psicoanalítica ha podido arriesgar el aserto de que, en el fondo, nadie cree en su propia muerte, o, lo que es lo mismo, que en lo inconsciente todos nosotros estamos convencidos de nuestra inmortalidad” (p23-24).

Caruso (1988) menciona que lo revolucionario en el descubrimiento de Freud es el estudio del proceso vital en su relación con la muerte, sobre la cual se eleva la vida activamente. Pero aquella se apodera de la vida en todos sus aspectos. La muerte ejerce por lo tanto una acción profunda en la vida en cuanto está omnipresente en ella – y en mayor grado en la vida que toma conciencia de sí misma-.

La multiplicación de la vida por sí misma es lo único que implica una esperanza, el dar origen por sí misma a nuevas calidades, el trascenderse así misma; la muerte, por el contrario, como aniquiladora, no puede producir ni nuevas etapas ni nuevas calidades de sí misma.

Viktor E. Frankl (1999), creador de la logoterapia, denominada la tercera escuela vienesa de psicoterapia, nos dice que la búsqueda por parte del hombre del sentido de la vida constituye una fuerza primaria y no una <<racionalización secundaria>> de sus impulsos instintivos. Este sentido es único y específico en cuanto es uno mismo y uno solo quien tiene que encontrarlo; únicamente así logra alcanzar el hombre un significado que satisfaga su propia voluntad de sentido.

Subraya que el verdadero significado de la vida debe encontrarse en el mundo y no dentro del ser humano o de su propia psique, como si se tratara de un sistema cerrado. Por idéntica razón, la verdadera meta de la existencia humana no puede hallarse en lo que se denomina autorrealización. Ésta no puede ser en sí misma una meta por la simple razón de que cuanto más se esfuerce el hombre por conseguirla más se le escapa, pues solo en la misma medida en que el hombre se compromete al

cumplimiento del sentido de su vida, en esa misma medida se autorrealiza. En otras palabras, la autorrealización no puede alcanzarse cuando se considera un fin en sí misma, sino cuando se toma como efecto secundario de la propia trascendencia.

Una vida activa sirve a la intencionalidad de dar al hombre una oportunidad para comprender sus méritos en la labor creativa, mientras que una vida pasiva de simple goce le ofrece la oportunidad de obtener la plenitud experimentando la belleza, el arte o la naturaleza. Pero también es positiva la vida que está casi vacía tanto de creación como de gozo y que admite una sola posibilidad de conducta; a saber, la actitud del hombre hacia su existencia, una existencia restringida por fuerzas que le son ajenas. A este hombre le están prohibidas tanto la vida creativa como la existencia de goce, pero no solo son significativos la creatividad y el goce; todos los aspectos de la vida son igualmente significativos, de modo que el sufrimiento tiene que serlo también. El sufrimiento es un aspecto de la vida que no puede erradicarse, como no pueden apartarse el destino o la muerte. Sin todos ellos la vida no es completa.

Una vida cuyo último y único sentido consistiera en superarla o sucumbir, una vida, por tanto, cuyo sentido dependiera, en última instancia, de la casualidad, no merecería en absoluto la pena de ser vivida.

El modo en que el hombre acepta su destino y todo el sufrimiento que éste conlleva, la forma en que carga con su cruz, le da muchas oportunidades –incluso bajo las circunstancias más difíciles- para añadir a su vida un sentido más profundo. Puede conservar su valor, su dignidad, su generosidad. O bien, en la dura lucha por la supervivencia puede olvidar su dignidad humana y ser poco más que un animal.

Lo que de verdad necesitamos es un cambio radical en nuestra actitud hacia la vida. Tenemos que aprender por nosotros mismos y, después, enseñar a los desesperados que en realidad no importa que no esperemos nada de la vida, sino si la vida espera algo de nosotros. Tenemos que dejar de hacernos preguntas sobre el significado de la vida y, en vez de ello, pensar en nosotros como en seres a quienes la vida les inquiriera continua e incesantemente. Nuestra contestación tiene que estar hecha no de palabras ni tampoco de meditación, sino de una conducta y una actuación rectas. En última instancia, vivir significa asumir la responsabilidad de encontrar la

respuesta correcta a los problemas que ello plantea y cumplir las tareas que la vida asigna continuamente a cada individuo.

Dichas tareas y, consecuentemente, el significado de la vida, difieren de un hombre a otro, de un momento a otro, de modo que resulta completamente imposible definir el significado de la vida en términos generales. <<Vida>> no significa algo vago, sino algo muy real y concreto, que configura el destino de cada hombre, distinto y único en cada caso. Ninguna situación se repite y cada una exige una respuesta distinta; unas veces la situación en que un hombre se encuentra puede exigirle que emprenda algún tipo de acción; otras, puede resultar más ventajoso aprovecharla para meditar y sacar las consecuencias pertinentes. Y, a veces, lo que se exige al hombre puede ser simplemente aceptar su destino y cargar con su cruz.

La vida humana no cesa nunca, bajo ninguna circunstancia, este infinito significado de la vida comprende también el sufrimiento y la agonía, las privaciones y la muerte.

Los que conocen la estrecha relación que existe entre el estado de ánimo de una persona – su valor y sus esperanzas, o la falta de ambos- y la capacidad de su cuerpo para conservarse inmune, saben también que si repentinamente pierde la esperanza y el valor, ello puede ocasionarle la muerte.

Por otro lado, la Terapia Racional Emotiva (RET), creada por Albert Ellis (1992) en 1955, dirige sus esfuerzos a las creencias actuales de las personas, considerando que las actitudes y auto-afirmaciones de un individuo contribuyen y mantienen su perturbación emocional y conductual; por lo que enfatiza las capacidades del ser humano para cambiar su pensamiento, con el fin de vivir una vida más feliz y productiva.

De acuerdo con la teoría de la RET, los hombres son más felices cuando establecen metas y propósitos importantes en su vida y se esfuerzan por alcanzarlos. Se supone que en el establecimiento y persecución de estas metas y propósitos, las personas tienen mayor conciencia de que viven en un mundo social.

La Teoría Racional Emotiva es una aproximación humanístico-existencial a los problemas humanos y a sus soluciones; se ocupa principalmente de las conductas, emociones y evaluaciones de las personas perturbadas; es sobre todo racional y

científica pero pone la racionalidad y la ciencia al servicio de los hombres con el fin de que vivan felices. Es hedonista, pero combina el hedonismo a largo plazo y a corto plazo, de tal forma que las personas puedan disfrutar del placer del presente y del futuro y puedan conseguir la máxima libertad y disciplina. Plantea la hipótesis de que probablemente no exista nada superhumano, ya que la creencia devota en ello favorece la dependencia e incrementa las perturbaciones emocionales; y así, asume que ningún ser humano, por muy antisocial y horrible que nos parezca, puede catalogarse como condenable o subhumano.

También pone un énfasis especial en la importancia de la capacidad de desear y de elegir en un momento dado, aunque también acepta la posibilidad de que algunas conductas estén en parte determinadas por lo biológico, social y otras fuerzas.

Es por esta razón que la RET sostiene que los seres humanos tienen muchas habilidades, entre ellas, de darse cuenta de que se trastornan a sí mismos por su visión irracional de las situaciones; de que pueden cambiar su pensamiento, y lo que es más importante, trabajar activa y continuamente para cambiar este pensamiento mediante la aplicación de métodos cognitivos, emotivos y conductuales (Ellis, 1989).

CAPÍTULO 3. EL TÉCNICO EN URGENCIAS MÉDICAS

Mucha gente cree que el propósito de la vida es crear algo trascendental, o asegurarse de que el propio nombre aparezca en los libros de historia o simplemente en algún periódico. Buscar la fama personal es una empresa egoísta, y por eso mucha gente trata de dejar una huella en el mundo a través del bien que hacen a otros. La gente que desea que el mundo esté mejor que cuando lo encontraron, son los que contribuyen a que nuestra cultura deje de ser “desagradable, bestial y limitada”, y a que el interés y la tolerancia por los demás se consideren como fuerzas necesarias en vez de debilidades tontas. Pero si vemos que la única razón de nuestra existencia es ayudar a otros, quedamos desnudos cuando la vida no nos deja a nadie a quien ayudar. (Rowe, 1989)

Este podría ser el caso de los Técnicos en Urgencias Médicas, comúnmente llamados paramédicos; probablemente muchas personas se pregunten qué es lo que hacen, cómo es que se capacitan, en dónde, cómo hace su trabajo, etc. Bueno, pues en este capítulo se brinda un poco de información relacionada con la labor y capacitación de estas personas, así como de las habilidades con las que debe contar para desempeñar un muy buen trabajo para la comunidad y así, lograr su misión en la vida.

3.1 ¿QUIÉN ES Y QUÉ HACE?

El término Técnico en Urgencias Médicas (T.U.M.) es referido a personas capacitadas técnicamente para la resolución de situaciones de urgencia médica, quirúrgica o traumatológica que se presentan dentro de la comunidad.

Para lograr el óptimo desarrollo del Técnico en Urgencias Médicas, es necesario cumplir con las normas que reglamentan sus obligaciones, tales como, portar el uniforme correctamente, preparar y mantener limpio y ordenado el equipo de atención médica asignado para sus labores, proporcionar el cuidado médico de urgencia requerido por el paciente, vigilar y mantener en buen estado los vehículos de urgencia, registrar en el parte de servicio los datos relativos al paciente y al servicio, entregar al

paciente en el hospital con el médico responsable, conocer y respetar los protocolos de atención médica prehospitalaria autorizados por las autoridades médicas de la comunidad y, no proporcionar información de ninguna especie a periódicos y/o familiares sin autorización expresa. Así mismo, deben conocer y aplicar todos los reglamentos institucionales y gubernamentales relacionados con su trabajo como personal del área de salud.

3.2. CARACTERÍSTICAS DEL T.U.M.

Dentro del sistema de atención médica prehospitalaria, es necesaria la formación de recursos humanos de alta calidad y capacidad. Para lograr este objetivo es imprescindible la selección de los candidatos a formarse como Técnicos en Urgencias Médicas, buscando características que proporcionen una base sólida para la capacitación futura.

Debido a esto, todo aspirante a formar parte del servicio de atención médica prehospitalaria debe contar con ciertas características que a continuación se presentan.

3.2.1. FÍSICAS

Presentación limpia, que ayudará a obtener la confianza del paciente y simultáneamente reduce significativamente la posibilidad de la contaminación.

Control de hábitos personales, que procure reducir al mínimo las situaciones que incomoden al paciente. Aquí se debe considerar el no fumar y no consumir bebidas alcohólicas por lo menos ocho horas antes de comenzar su jornada.

Control de voz y vocabulario, al hablar se debe buscar la confianza del paciente y para obtenerla, se deberá utilizar un tono de voz claro y evitar el uso de tecnicismos o palabras soeces, así como evitar divulgar datos confidenciales del paciente.

3.2.2. MÉDICAS

Desde el punto de vista *médico*, es deseable que tengan buena salud para poder enfrentar adecuadamente las responsabilidades que implica su labor; debe tener integridad física, buena agudeza visual y auditiva; poseer una buena resistencia al esfuerzo y excelente condición física.

Otra de las habilidades con las que debe contar el Técnico en Urgencias Médicas es la capacitación, la cual se categoriza en tres niveles, a saber:

Nivel Básico: En esta categoría se capacita al personal en las técnicas de soporte vital básico, principalmente enfocadas a los padecimientos de índole traumática. En este nivel la piedra angular es el dominio absoluto de la reanimación cardiopulmonar básica.

Nivel Intermedio: En este nivel se completa la formación del personal en las técnicas de soporte vital básico en padecimientos médico-quirúrgicos. La destreza fundamental que deben dominar es el reconocimiento de arritmias potencialmente letales.

Nivel Avanzado: Esta categoría completa al Técnico en Urgencias Médicas destacando la capacitación en procedimientos invasivos y en soporte cardiaco avanzado.

3.2.3. PSICOLÓGICAS

Debe tener un amplio dominio en la habilidad psicomotriz fina y gruesa; una habilidad óptima para el cumplimiento de órdenes escritas y verbales, poseyendo también la capacidad de dar órdenes al paciente, familiares y curiosos.

En lo referente a las *características de personalidad* deseable, el Técnico en Urgencias Médicas debe ser:

Agradable, para inspirar confianza y tranquilidad al paciente.

Sincero consigo mismo, para lograr entender la situación emocional del paciente y proporcionarle el apoyo necesario.

Cooperativo, trato con el paciente como con otros miembros de atención médica prehospitalaria de urgencia, para obtener mayores resultados en el cuidado del paciente.

Debe tener *iniciativa*, para adaptar herramientas y técnicas a situaciones inusuales, siempre con fundamentación teórica.

Emocionalmente estable, para poder superar situaciones desagradables derivadas del servicio de urgencia, poniendo ante todo el cuidado médico y emocional del paciente.

Liderazgo, en algunos momentos de la situación de urgencia es importante el control de la escena, la decisión de cuidado médico y situaciones similares que ponen a prueba la capacidad de toma de decisiones.

Ética, que le permita respetar las creencias religiosas, políticas, económicas o de cualquier índole, anteponiendo el cuidado del paciente y cuando así se considere modificar la estrategia de cuidado y manejo del paciente.

Para que el Técnico en Urgencias Médicas pueda lograr sus objetivos en forma plena, cuenta con ciertos rasgos de personalidad que le permiten enfrentar diversas situaciones. Entre los rasgos más significativos están: autocontrol, obsesivo (perfeccionista), compulsivo (repetitivo en su actuar), alta motivación interna, acción orientada, necesidad de estímulos inmediatos, alto nivel de dedicación y la necesidad de ser necesitado.

Todas las características señaladas anteriormente tiene la finalidad de desarrollar, durante la capacitación, la tranquilidad y profesionalismo que deben estar presentes en un Técnico en Urgencias Médicas.

El trabajo del Técnico en Urgencias Médicas requiere de todo un sistema que le permita optimizar los cuidados del paciente, aprovechando los recursos humanos y materiales del área de la salud.

CAPÍTULO 4. EL SERVICIO MÉDICO DE URGENCIA

Toda situación de urgencia genera un estado de tensión y crisis, es por ello que dentro de este capítulo se mencionan las reacciones de cualquier persona ante una situación que le es extraordinaria y que se presenta de manera repentina, posteriormente se hace énfasis en las reacciones que un Técnico en Urgencias Médicas puede presentar, o presenta, ante un Servicio Médico de Urgencia.

4.1 EL SER HUMANO ANTE SITUACIONES ESTRESANTES

A pesar de la variedad de diferencias entre los eventos traumáticos de causa natural y los inducidos por los seres humanos, las personas responden de modos notablemente similares. Probablemente el registro más antiguo de los síntomas clínicos que surge de un estado de estrés severo, es el que se describe en 1766 de un oficial francés que padecía debilidad en un brazo y trastornos en el habla, que provenían sin ninguna duda del miedo al combate (Wilkinson y Vera, 1989. En Rubin, 2001).

La mayoría de las observaciones más tempranas sobre el trauma psicológico proceden del campo de batalla, cada guerra traía consigo una nueva terminología por parte de quienes asistían a los soldados. Al principio, los síntomas se conceptualizaban dentro del contexto médico dominante. DaCosta (1871 En Rubin, 2001) describió síntomas cardíacos en los soldados de la guerra civil americana; en 1919, Lewis describe síntomas similares durante la Primera Guerra Mundial como el “Corazón de soldado” y el “Síndrome de esfuerzo”. Los síntomas de vértigo, taquicardia, temblor extremo, mareo, sensaciones de hormigueo en los brazos o manos, y transpiración excesiva se presentan más tarde, sin duda alguna, en las listas inclusivas de los síntomas generales del estrés traumático.

Con el paso de los años, los datos clínicos y empíricos, reunidos a partir de los eventos traumáticos de todo el mundo, documentan una constelación de reacciones y consecuencias psicológicas derivadas de las catástrofes que son comunes en los individuos de todas las sociedades: aplanamiento emocional, incredulidad, perturbaciones del sueño, pesadillas, enojo e irritabilidad, flashbacks, pensamientos

intrusivos, tristeza, olvido, pérdida de concentración, miedo a “volverse loco”, culpa del superviviente, pérdida de la sensación de seguridad del mundo, pérdida de confianza en los demás, sensación de que la vida carece de sentido, incremento en el uso de alcohol y droga, aislamiento social, excitabilidad, inquietud, nerviosismo, quejas de dolor, síntomas de gripe y resfriado, minimización del incidente traumático, hipervigilancia, sentimientos de vergüenza, desesperación, desesperanza, sentimientos de invulnerabilidad, “ganas de problemas”, vértigo, temblor, mareo, taquicardia y sentimientos de euforia (Framer, 1990. En Rubin, 2001).

La víctima de un accidente puede responder principalmente, sintiendo una amenaza a su capacidad de control, mientras que otra tendrá temor de una mutilación.

La consternación, ira o depresión pueden ser los componentes de la crisis en algunos individuos mientras que en otros una crisis aparente puede sobrellevarse sin necesidad de intervención o ayuda profesional. Otros individuos pueden aparentar superficialmente que se adaptan muy bien a la crisis; pero interiormente están sufriendo en gran medida de agitación emocional (Bellak y Small, 1988).

Según Bellak y Small (1988), las situaciones más críticas de la vida pueden agruparse bajo tres categorías: aquellas que involucran violencia y originan temor por la propia vida, salud y sentido de sí; la pérdida de la autoestima y finalmente, la pérdida del amor o de los seres amados. Un accidente serio, un asalto o violación, una enfermedad grave o un incidente que amenace la vida; el efecto desquiciante de las drogas alucinógenas, todos ellos pueden originar el temor a perder el sentido de la identidad, temor que frecuentemente va acompañado de sentimientos de despersonalización y miedo de una desorganización regresiva. Aquellas crisis que provocan la pérdida de la autoestima y la experiencia de rechazo y separación, son: la pérdida de empleo, el divorcio, una relación amorosa desdichada, un revés financiero y envejecimiento, entre otras.

Los problemas médicos y quirúrgicos en ocasiones traspasan estas líneas y conllevan temor a la muerte, a la invalidez y a la desfiguración. Ciertas situaciones como la del aborto y decisiones acerca de métodos heroicos de los sistemas de apoyo de la vida, van probablemente a estimular los conflictos que involucran conciencia, agresión e identificación. La hospitalización en ocasiones produce una crisis de la

autoestima, crisis que ha sido vívidamente descrita tanto por médicos como por los propios pacientes.

Para aquellos que se ven afectados por la crisis y el trauma es común construir una zona segura alrededor de sí mismos. Por hábito, y debido a la ansiedad, crean un límite dentro del cual viven y que sólo pueden cruzar ciertas personas (Rubin, 2001).

Para algunos la muerte repentina de un ser amado es seguida de una sensación tan severa de choque que la crisis podrá durar más allá de lo normal. Los individuos que sufren la pérdida inesperada de un ser amado por un accidente o un ataque al corazón, tal vez respondan a tal suceso con odio y amargura hacia un mundo en el cual puede ocurrir una muerte repentina en cualquier momento.

Muchos individuos se adaptan mucho mejor y más rápidamente a la realidad de la muerte que otros, especialmente si su relación no era ambivalente (Bellak y Small, 1988).

Los fuertes sentimientos que surgen ante la muerte necesitan expresarse; la mayoría de las personas pueden trabajar su dolor completo con el apoyo de los familiares y amigos. Sin embargo, algunas personas se apartan de parientes y amigos afligidos en su pena.

Pero los médicos, casi por definición, parecen temer a la muerte. Motivados a invertir su vida en controlarla y prevenirla, su meta oculta parece ser eliminarla. Los médicos jóvenes están frecuentemente devastados por sus primeros encuentros con la responsabilidad ante el moribundo y los dolientes. Por lo general son abandonados cuando se encuentran con su consecuente desorden emocional, no son alentados a compartir esto con sus colegas y, de modo sorprendente por lo común, evitan y se separan de los agonizantes y dolientes cuando pueden, ya sea mediante un distanciamiento físico o emocional (Sherr, 1992).

La evaluación del concepto y la actitud ante la muerte se aceleraron con el cambio del lugar en que se muere. En efecto ya no se muere más en el hogar sino en el hospital. El morir se convirtió en algo solitario e impersonal porque a menudo el paciente es arrebatado de su ambiente familiar y llevado a toda prisa a una sala de urgencias.

Según los partidarios de la buena muerte, ésta no debería ocurrir en los pasillos de los hospitales, sino posiblemente, como en los tiempos pasados, en la propia casa y cama (Marin, 2000).

Frecuentemente se supone (erróneamente) que porque las personas tienen capacitación para hacerle frente a las urgencias, pueden impedir muchas situaciones displacenteras o más aún un espantoso desastre. La ayuda, la prórroga y la oportunidad de hablar son muy importantes para dichos trabajadores. Además, tales muestras de apoyo deben provenir de organizaciones fuera de su profesión, ya que algunas veces pueden sentir que aceptar dicha necesidad es una manifestación de debilidad que podría ir en contra de su posición o de su carrera profesional (Sherr, 1992).

4.2 REACCIONES DEL TUM EN EL SERVICIO MÉDICO DE URGENCIA

Cuando los Técnicos en Urgencias Médicas acuden a un Servicio Médico de Urgencia, experimentan una serie de reacciones fisiológicas, psicológicas, emocionales y conductuales, al igual que cualquier persona ante una situación que les genera estrés y les provoca una crisis. Esto ocurre desde el momento en que reciben la llamada de auxilio hasta después de regresar del servicio. Pero no siempre son las mismas ya que dependen del servicio, de qué se trate, del paciente, de los familiares, de cómo encuentren la escena, es decir, el lugar en donde se encuentre el paciente, y de su propia capacidad de conocimiento y enfrentamiento.

Dentro de este apartado, mencionaremos algunas de las reacciones más frecuentes que suelen experimentar los Técnicos en Urgencias Médicas en servicios de urgencia en los cuales la muerte los acompaña. También mencionaremos algunas reacciones sociales, es decir, la reacción que la sociedad demuestra ante este hecho, la muerte.

4.2.1. REACCIONES PSICOLÓGICAS

Todos los seres humanos experimentamos reacciones ante cualquier suceso, éstas suelen ser: psicológicas, fisiológicas y conductuales, pero las que tienen mayor peso son las psicológicas ya que es a partir de éstas que reacciona nuestro cuerpo, externando nuestro malestar por medio de conductas y manifestándose por medio de las reacciones fisiológicas, tales como el sudor, malestar estomacal, cefaleas, dolor en alguna parte de nuestro cuerpo, etc.

Este capítulo se centra en las reacciones psicológicas que se pueden experimentar antes, durante y después de un Servicio Médico de Urgencia en el que la muerte llega primero.

4.2.1.1. AFECTIVAS

Todos los sentimientos modifican la conducta de las personas debido al cambio interno que implican. Los cambios que se producen dependen de las circunstancias y del sujeto que las vive.

Aquí se menciona una breve definición de la angustia, el enojo, el miedo, la tristeza, la ira, la satisfacción y la frustración.

ANGUSTIA

Aparece siempre como espera inquieta y opresiva, opresión por algo que podría ocurrir. Como toda perturbación emocional es vivida, a la vez, sobre el plano psíquico y sobre el plano somático (Whittaker, 1985).

ENOJO

Al sentir enojo, experimentamos un malestar hacia otra persona o situación; o bien malestar hacia ti mismo, un sentimiento de haber sido lastimado o de ser tratado injustamente, reprobación, expresión fuerte de incomodidad (Aguilar, 1997).

La Enciclopedia Larousse define al enojo como una alteración producida en el ánimo de una persona como resultado de algo que le contraría o perjudica (Bosch, 1991. Tomo 8).

Ariete y Bemporad (1990) mencionan que el enojo, en su forma más simple, es rabia imaginada, esto es, producida por la imagen de los estímulos que en general provocan rabia; tiende a ser más duradero, aunque conserva su característica impulsiva.

MIEDO

La expresión de miedo es característica de la especie en general, pero lo que suscita el sentimiento, es decir, lo que lo provoca viene siempre dado socialmente. (Heller, 1999)

Así, se dice que el miedo es una emoción desagradable, que puede asumir grandísima violencia, provocada por una situación de peligro que puede ser actual o anticipada, e inclusive fantástica. Está acompañada por un estado orgánico que se considera como reacción preparatoria, característica aunque no específica, debido al sistema nervioso autónomo y unida originariamente con comportamientos de lucha o de fuga (Orozco, 2004).

Aguilar (1997) menciona algunas características del miedo: vulnerabilidad, sentir que algo nos sobrepasará y no podremos defendernos, malestar y tensión, peligro que nos amenaza (real o imaginario), escalofrío, se dispara ante una situación específica y causa malestar mental y cambios físicos que pueden ser desde tensión hasta un incremento fuerte en el ritmo cardíaco.

TRISTEZA

Aquí experimentamos un sentimiento de pena, dolor, abatimiento; un sentimiento de haber perdido algo, baja energía y retraimiento (Aguilar, 1997).

Se le podría definir como un tipo especial de dolor, que no es físico sino mental, en el que nos sentimos en peores condiciones para emprender cualquier tipo de acción. Y es casi obvio que el valor negativo de la vivencia refleja el valor negativo del hecho que la provocó.

En algunos casos la psique no tolera más que un determinado monto de tristeza y el individuo parece entonces funcionar mejor bajo la influencia de otros sentimientos

por lo que se puede convertir en ansiedad, rabia, enojo y mecanismos hipocondriacos o psicossomáticos. En otros casos, el estado de tristeza no se resuelve y se transforma en una vivencia de desdicha más intensa que se denomina depresión (Ariete y Bemporad, 1990).

IRA

La palabra ira hace referencia tanto a una condición interna o estado impulsivo que conduce a la conducta agresiva y la acción; en otras ocasiones también hace referencia a una experiencia emocional de sentimientos particulares.

La ira no persigue necesariamente a una meta concreta y sólo se refiere a un conjunto particular de sentimientos, aquellos sentimientos que normalmente clasificamos como ira. Estos sentimientos surgen en gran parte de reacciones psicológicas internas y de las expresiones emocionales involuntarias producidas por la aparición de un acontecimiento desagradable –las reacciones motoras (puños apretados), cambios faciales (dilatación de las fosas nasales y ceño fruncido), y otros- pero probablemente también están afectados por los pensamientos y recuerdos que se producen en ese momento. Todos estos inputs sensoriales se combinan en la mente de la persona para formar la experiencia de la ira. Independientemente de lo que genere esta muestra de sentimientos, la experiencia no persigue la consecución de una meta y no sirve a ningún propósito útil para el individuo en esa situación particular (Berkowitz, 1993).

SATISFACCIÓN

Ariete y Bemporad (1990) definen a la satisfacción como un estado emocional derivado de la gratificación de necesidades físicas y del alivio de otras emociones.

Por otro lado, otra fuente la define como un acto por el cual se repara o desagrava un daño, ofensa o injusticia (Bosch, 1991. Tomo 21).

FRUSTRACIÓN

Cuando una persona pasa largas horas en el campo de la práctica, noche y día, y sacrifica el placer personal persiguiendo lo que considera como un mundo mejor, se dice que está motivada. Cuando la satisfacción del motivo queda truncada, este truncamiento o interferencia con la conducta dirigida hacia una meta es llamada “frustración”.

Las fuentes externas de frustración pueden ser físicas o sociales; las primeras pueden adoptar la forma de perder las llaves de nuestro automóvil cuando pensamos en acudir a una cita amorosa. Pueden suponer lesión a alguien a quien amamos, plumas con las que no podemos escribir y ruido cuando tratamos de estudiar. Carencias de varias clases pueden ser igualmente frustrantes (Whittaker, 1985).

La frustración es causada a veces por factores existentes dentro de nosotros mismos, que impiden la satisfacción de ciertos motivos.

Algunas de las características de la frustración son: se espera algo que no se cumple (en tiempo o especie), generándose tensión y malestar, esperanza frustrada y sinsabor (Aguilar, 1997).

4.2.1.2. COGNITIVAS

Temple (en Limonero, 1996) destaca como factor principal de ansiedad ante la muerte, la personalidad del sujeto, es decir, el elemento cognoscitivo-afectivo, un componente que es independiente de la experiencia y del sexo de la persona, y menciona que la aceptación de la muerte es mayor a medida que la persona va completando su ciclo vital.

Cuando vemos o participamos de algún modo en la muerte de otra persona, experimentamos una sensación de pérdida de nosotros mismos. Empezamos a pensar en nuestra propia muerte futura; nos dolemos por el fallecido y por nosotros mismos. Gran parte de estos sentimientos son profundamente intensos y la confusión con que se experimentan durante el periodo del duelo provienen de esa mezcla de emociones: la de perder a la otra persona y, al mismo tiempo, alegrarse de que haya sido ella la que murió y no uno mismo (O'connor, 2002).

Dentro de estas reacciones destaca la culpa y la incertidumbre.

CULPA

Las características de ésta consisten en pesar sincero y profundo ante el error cometido y deseos sinceros de no haber hecho lo que se hizo (Aguilar, 1997).

O'Connor (2002) menciona que la culpa proviene de la idea de algo que dijimos o hicimos y que deseamos no haber hecho, o de algo que pensamos que debimos haber dicho o hecho y no lo hicimos. Es el resultado de un evento que no se cumplió y por lo tanto cae en el 'hubiera'.

INCERTIDUMBRE

La incertidumbre es inherente a toda decisión en la medida en que el que decide sólo puede pretender un conocimiento imperfecto o incompleto del conjunto de consecuencias que pueden conllevar la decisión (Bosch, 1991. Tomo 12).

4.2.1.3. COMPORTAMENTALES

Una actitud particular que la mayoría de las personas llevamos a cabo, es que frente a un muerto mantenemos una conducta casi de admiración, como si hubiera llevado a cabo algo muy difícil; suspendemos toda crítica hacia él, le disculpamos cualquier cosa, ordenamos y hallamos justificado que en el disco fúnebre o en su epitafio se le honre con lo más favorable; ponemos el respeto por el muerto, que, por obvias razones, a éste ya no le servirá de nada, y la mayoría de nosotros lo valora más incluso que al respeto por los vivos.

Entre otras reacciones que podemos tener ante la muerte esta la evasión, es decir, evitamos hablar de ella; cambios en el estilo de vida, en donde cuidamos exageradamente la salud, aunque esto no garantiza la calidad de vida; la indiferencia y la impotencia.

INDIFERENCIA

Estado de neutralidad efectiva en el cual el sujeto no experimenta ningún sentimiento al contacto con el mundo exterior y no manifiesta ninguna reacción a las situaciones (Orozco, 2004).

IMPOTENCIA

Se puede definir como la falta de poder para llevar a cabo una actividad (Orozco, 2004).

4.2.2. REACCIONES SOCIALES

La muerte, junto a invariantes que pueden aprehenderse a nivel de su naturaleza, de las modalidades del morir y de las creencias y prácticas relacionadas con el más allá, presenta hoy un conjunto de innovaciones que son específicas de la civilización moderna pero constituyen también una reacción contra ella.

Por parte de la sociedad, es decir, de todos, porque todos somos parte de la sociedad, existe un rechazo, una negación. Este rechazo es ante todo psicológico, ya que el vínculo entre el miedo a la muerte y la culpa es indudable. Esta culpabilidad tiene que ver con el deseo de muerte más o menos consciente respecto de los padres o los hermanos, deseo que podría explicar por qué se oculta la muerte a los niños, se aísla a los moribundos, se evita expresar dolor frente a la muerte de otras personas y no se acepta esa expresión en los demás.

En general, el ocultamiento o escamoteo de la muerte se ha incorporado insidiosamente al conjunto de las conductas sociales. Los discursos sobre la muerte, por ejemplo, revelan artificios que atenúan la angustia y alejan la muerte: en el lenguaje corriente abundan las expresiones de germanía y humorísticas y los eufemismos estudiados; el lenguaje científico la reduce a objeto cosificado, a hecho biológico eventualmente controlable; pero sobre todo los medios de comunicación difunden sobre la muerte un discurso superabundante que la trivializa y oculta su dimensión esencial: muertes anónimas y lejanas, de interés estadístico o anecdótico, muertes espectaculares cuya repetición disminuye la repercusión emocional y cuya escenificación las diferencia radicalmente del drama vivido.

Esta actitud cultural hacia la muerte se complementa con un total descalabro cuando fallece una de las personas que son próximas, cuando la muerte alcanza a nuestro padre, a un hermano, a un hijo o un amigo. El descalabro viene debido a que se sepultan con él las esperanzas, las demandas y los goces y, por lo tanto, no nos dejamos consolar. Esta actitud ante la muerte tiene un fuerte efecto sobre la vida, ya que ésta se empobrece, pierde interés, se vuelve insípida e insustancial, es decir, nuestro comportamiento se vuelve como si se muriera cuando mueren aquellos a quienes se ama.

Es por esta situación que el hombre de occidente ve la muerte como algo obsceno y escandaloso y pone sus esperanzas en los progresos de la ciencia y de la técnica que podrán un día acabar definitivamente con ella.

METODOLOGÍA

PARTICIPANTES:

Participaron 12 Técnicos en Urgencias Médicas de nivel socioeconómico medio; 3 hombres y 3 mujeres de la Cruz Roja y 6 hombres de Protección Civil y Bomberos del Municipio de Cuautitlán Izcalli.

ESCENARIO:

Para el personal de Cruz Roja, las entrevistas se llevaron a cabo en el dormitorio de dicha institución, un lugar en donde hay buena iluminación y ventilación.

Para el personal de Protección Civil y Bomberos, las entrevistas se realizaron en diversos lugares debido a que no contamos con el permiso para realizarlas dentro de la institución.

INSTRUMENTO:

Se utilizó una grabadora durante las entrevistas, para la recopilación de datos.

Se realizó un cuestionario piloto de tres preguntas para elegir a los participantes. Estas fueron: (1) ¿Cuánto tiempo llevas de ser Técnico en Urgencias Médicas?, (2) ¿En alguna ocasión has dado reanimación cardiopulmonar a un paciente y éste no salió del paro?, (3) ¿Cuándo fue la última vez que presenciaste la muerte de un paciente?

Se elaboró una entrevista semiestructurada para todos los participantes la cual consta de 32 reactivos; los cuales se dividieron en 7 categorías, a saber: Datos Personales, Antigüedad como Técnico en Urgencias Médicas, Concepto de Vida, Concepto de Muerte, Reacciones Fisiológicas, Sentimientos y Emociones, Conductas y por último, Pensamientos.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El diseño empleado fue el transversal, debido a que se aplica en aquellas situaciones en las que se tiene en cuenta un solo registro por periodo de observación y unidad. En éste, se toma una sección transversal de la población, de diversas edades, en cierto periodo y se prueba a los participantes en el procedimiento de interés, con propósitos de evaluación.

PROCEDIMIENTO:

Una vez elaborados los instrumentos, acudí a las Instituciones de Cruz Roja y Protección Civil del Municipio de Cuautitlán Izcalli y solicité a los Técnicos en Urgencias Médicas me contestaran el cuestionario piloto; les informé que los datos proporcionados serían completamente confidenciales. Ya que obtuve los primeros datos, hice la atenta invitación a las personas que habían experimentado la muerte de un paciente, a participar en la elaboración del presente trabajo y se les explicó que era para fines de investigación y titulación. Cuando conté con la autorización para realizar las entrevistas, acordé la fecha y el lugar para su realización, con cada uno de ellos.

Todas las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas.

Obtenidos todos los datos, se procedió a graficar y analizar los resultados.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados fueron agrupados en 7 categorías que nos muestran los datos más relevantes para nuestra investigación, a saber:

- A) Antigüedad como Técnico en Urgencias Médicas
- B) Reacciones Fisiológicas
- C) Sentimientos y Emociones
- D) Conductas
- E) Pensamientos
- F) Concepto de Vida
- G) Concepto de Muerte

A continuación mostraremos los resultados en este orden.

A) Antigüedad como Técnico en Urgencias Médicas

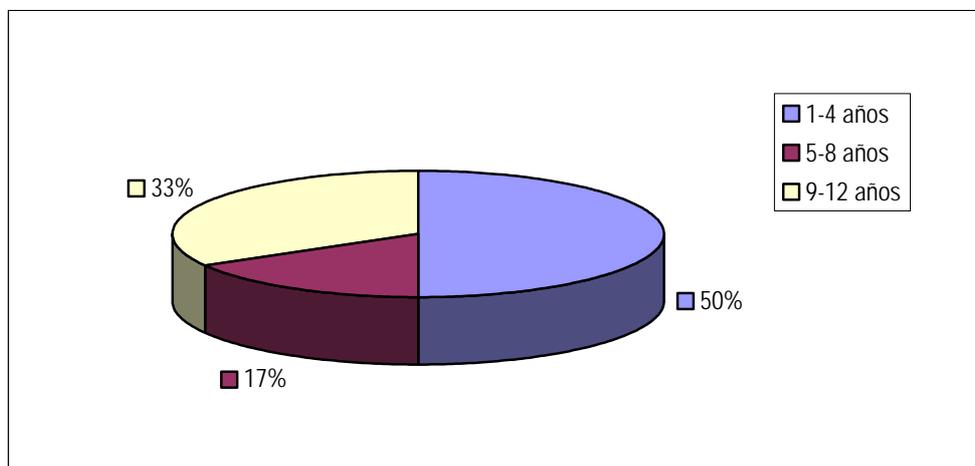


Fig. 1 Antigüedad de los participantes en la Cruz Roja y Protección Civil de Cuautitlán Izcalli.

En la Figura 1 se observa que el mayor porcentaje de participantes tiene una antigüedad en el servicio de Técnico en Urgencias Médicas de 1 a 4 años.

B) REACCIONES FISIOLÓGICAS

En esta categoría se muestran las reacciones fisiológicas que los Técnicos en Urgencias Médicas pueden experimentar cuando acuden a un Servicio Médico de Urgencia en el cual el paciente fallece. En la Figura 2 podemos observar que el mayor porcentaje de participantes suda cuando va a un servicio de este tipo.

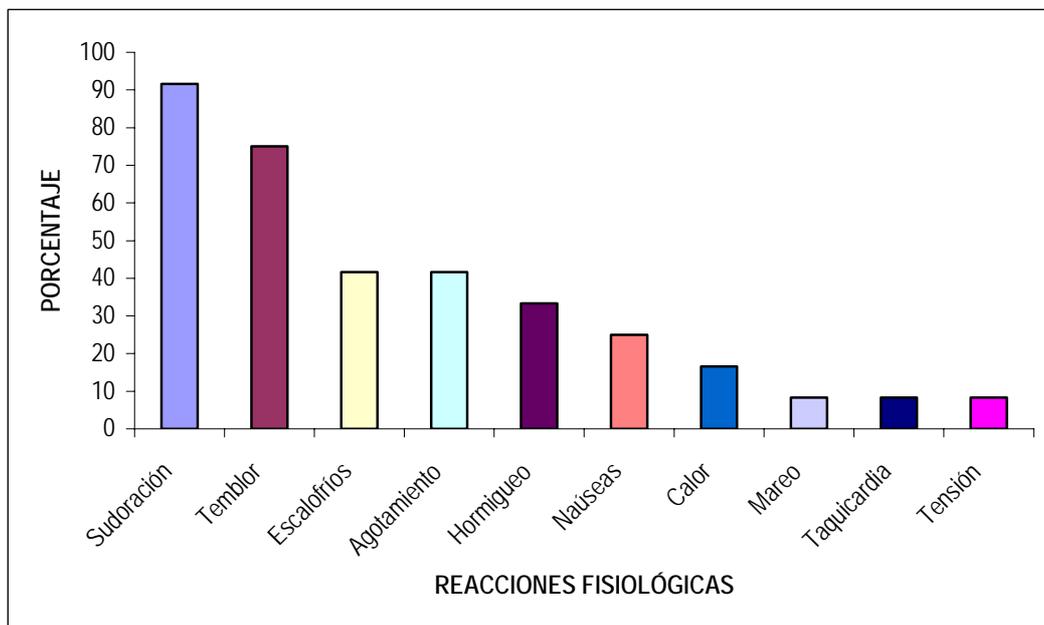


Fig.2 Reacciones fisiológicas de los participantes durante un Servicio Médico de Urgencia en el cual el paciente fallece.

C) SENTIMIENTOS Y EMOCIONES

En esta categoría se muestran los sentimientos y emociones que experimentan los Técnicos en Urgencias Médicas cuando acuden a un Servicio Médico de Urgencia en el cual el paciente fallece.

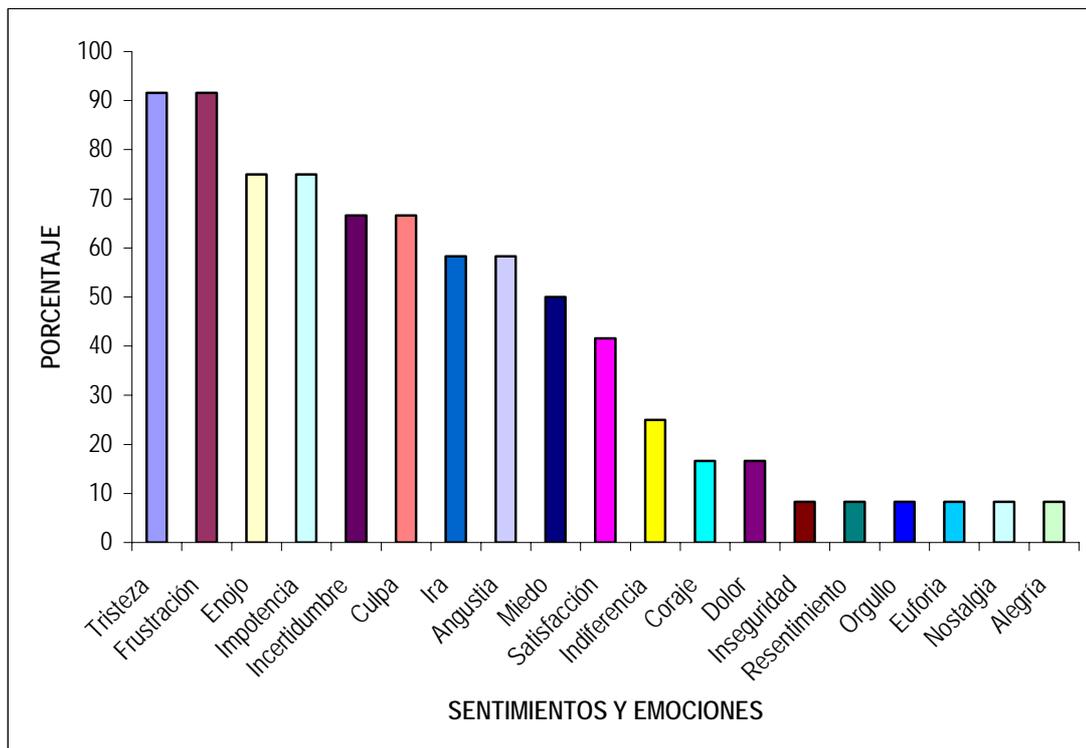


Fig. 3 Sentimientos y emociones de los Técnicos en Urgencias Médicas durante un servicio en el que fallece el paciente.

En la Figura 3 se observa que el mayor porcentaje de Técnicos en Urgencias Médicas experimenta tristeza y frustración en un Servicio Médico de Urgencia en el cual el paciente fallece.

D) CONDUCTAS

Dentro de esta categoría se mencionan las conductas que los Técnicos en Urgencias Médicas realizan durante y después de acudir a un Servicio Médico de Urgencia en el que el paciente fallece.

Podemos observar, en la Figura 4, que la conducta que más realizan es platicar después de dicho servicio.

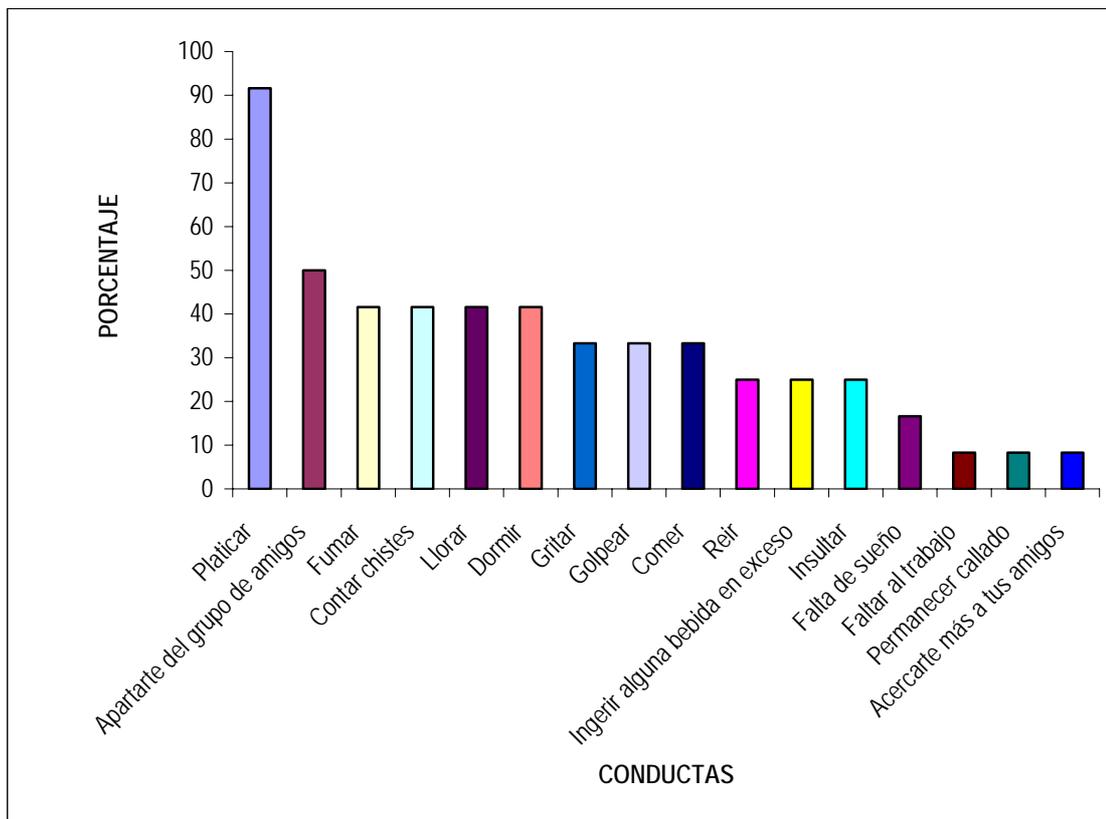


Fig. 4 Conductas de los Técnicos en Urgencias Médicas durante y después de un Servicio Médico de Urgencia en el cual el paciente fallece.

E) PENSAMIENTOS

En esta categoría se agrupan los pensamientos que tienen los Técnicos en Urgencias Médicas después de un Servicio Médico de Urgencia en el que el paciente fallece.

La Figura 5 nos muestra que el mayor porcentaje de participantes ha tenido estos pensamientos: “bueno hice lo que pude, lo demás ya no está en mis manos” y “tengo que ponerme a estudiar”, después de dicho servicio.

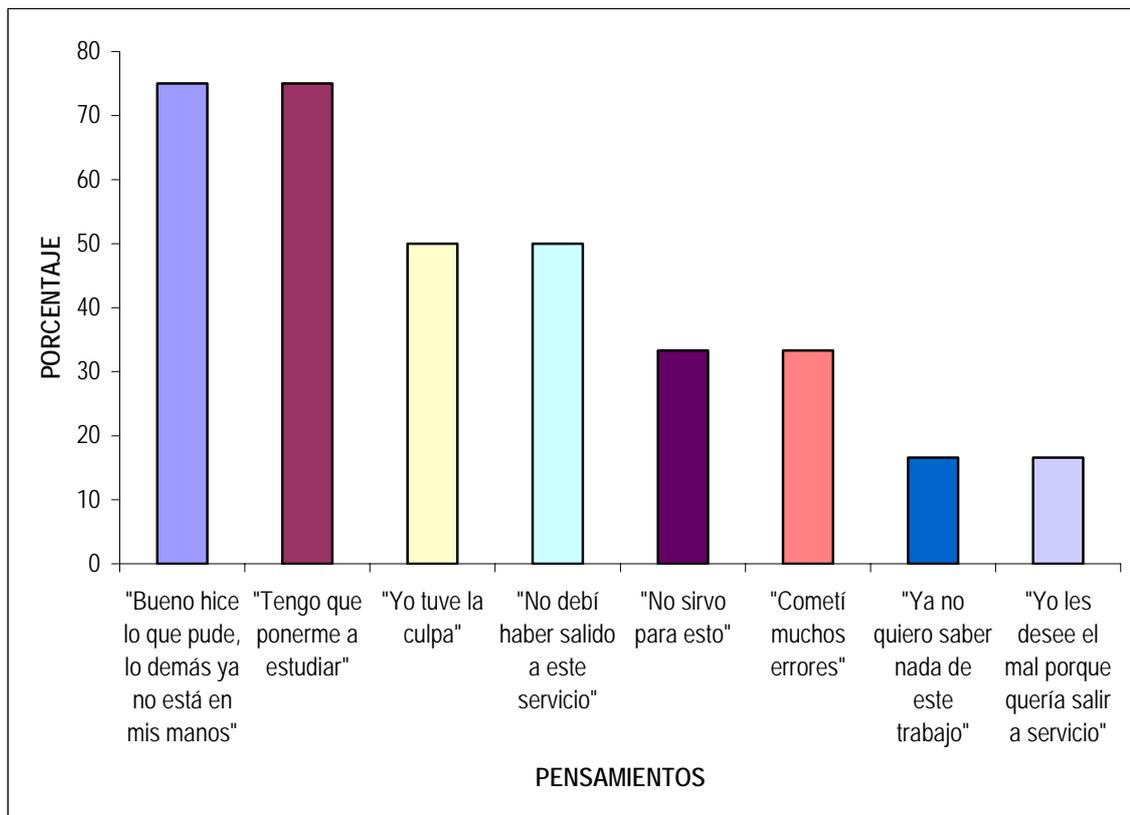


Fig. 5 Pensamientos de los Técnicos en Urgencias Médicas después de un Servicio Médico de Urgencia en el cual el paciente fallece.

Para las categorías de conceptos de vida y muerte, se realizó un apartado en el que se muestran las diferencias que existen entre los participantes de Cruz Roja y los participantes de Protección Civil en cuanto al significado de estos conceptos dentro de este ámbito laboral.

Iniciaremos con el concepto de vida y posteriormente con el concepto de muerte.

F) CONCEPTO DE VIDA

Para los participantes de *Cruz Roja* la vida es:

"El regalo más grande que puede dar un ser humano, Dios"

"Algo grandioso que sólo pasa una vez y hay que cuidarla"

"Una etapa de ser humano, o sea, no es el todo"

“Como una telenovela, aunque se escuche tonto, pero tiene un principio y un final”

“Algo muy profundo, muy frágil también que de un momento a otro la puedes perder y es algo muy bello”

“Lo máximo, puedes sentir, puedes pensar, puedes hablar, puedes hacer todo”

Para el personal de Cruz Roja, la vida es algo frágil, grandioso, consideran que pueden hacer y sentirlo todo, algo que tienen que cuidar debido a que en cualquier momento la pueden perder.

Para los participantes de *Protección Civil* la vida es:

“Un reto, un sin fin de experiencia, hay que crear”

“Es como si fuese un don, algo que alguien te dio para venir aquí, para ser alguien, y para hacer algo por alguien”

“El don divino más grande que pueda haber, si hay vida puedes hacerlo todo”

“Un todo”

“Es todo, es lo que te mantiene al 100 por ciento en todas las cosas que haces”

“Un tiempo, algo pasajero que se te va sin darte cuenta”

Para los participantes de *Protección Civil*, la vida es como un reto, un don, un todo, un tiempo en el que adquieres experiencia y tienes que hacer algo por ti y para otros.

Como podemos observar, es notoria la diferencia entre el personal de una y otra institución.

Probablemente esta diferencia esté relacionada con la edad y el estado civil del personal ya que los participantes de Cruz Roja son solteros y sus edades oscilan entre los 18 y 26 años, otro factor importante es que no tienen una familia a quien mantener y

están centrados en sus estudios, en terminar una licenciatura. Por otro lado, el personal de Protección Civil en su mayoría son casados, tienen hijos, sus edades oscilan entre los 24 y los 37 años y su horario de trabajo es muy pesado; ellos están a bordo de la ambulancia 24 horas y descansan 24 horas, mientras que el personal de Cruz Roja es voluntario, es decir, acuden a servicios cuando tienen tiempo, en su mayoría es una vez por semana.

G) CONCEPTO DE MUERTE

Para el personal de *Cruz Roja* la muerte es:

“Algo natural, a lo que todos vamos a llegar pero que no te puedes explicar cuando te llega antes o repentinamente”

“Sé que algún día voy a estar ahí, que todos a un tiempo otros a otro, pero... no más”

“Yo creo que es la segunda fase de la vida, es el pasar a otro nivel, quizás a otra dimensión, quizás a otro lugar, no es el fin del ser humano sino por ejemplo el comienzo, es como si acabaras de despertar y continua la vida y es un sueño y la muerte pues ya es el despertar, es como una dimensión paralela a esta”

“La muerte es cuando siempre salimos a servicios y no sabemos que nos vamos a encontrar, entonces llegamos y esté bien o esté mal, la muerte es el final del todo”

“Es un paso más de la vida, son ciclos”

“Otro paso más, es un ciclo”

Como vemos, los participantes de Cruz Roja ven a la muerte como un algo, un lugar, una fase de la vida, por lo tanto, parte de la vida, un comienzo, un despertar, una dimensión, el final del todo.

Para el personal de *Protección Civil* la muerte es:

“Es el fin de un ciclo y el comienzo de otro”

“Nada, nada realmente es algo que a todos nos va a tocar y como no nos vamos a llevar nada”

“Te podría decir que es un proceso de vida a muerte, o sea, el cese total de signos vitales, la pérdida de conciencia, la relajación de esfínteres, pero yo creo que la muerte tiene un significado más profundo, es el dejar de existir, dejar de respirar, el dejar de sentir”

“Lo único verdadero que hay en esta vida, es lo único seguro que tenemos; pero yo en lo personal siento que cada día tenemos un roce constante con ella.

“Para mí sería el enemigo a vencer, lo que finalmente queremos evitar en nosotros mismos cuidándonos y ayudando a las personas a que no lleguen a eso”

“Un cambio quizá un descanso; nada más sé que es otro paso, termina lo que estabas haciendo y nadie sabe que pasa más”

Para los participantes de Protección Civil, la muerte es el comienzo de un ciclo, es nada, el dejar de existir, lo único seguro que tenemos, un enemigo a vencer, un cambio, un descanso.

Dentro de este concepto, las diferencias de significado son más marcadas de manera individual, aunque todavía se pueden distinguir entre una y otra institución.

En los participante de Cruz Roja se puede notar el deseo de seguir explorando, de seguir conociendo, el deseo de entrar a otro lugar, de seguir viviendo, mientras que en el personal de Protección Civil se ve el deseo de descansar, de ya no hacer nada, de terminar.

Considero que la condición de vida que llevan unos y otros es fundamental para dar un concepto tanto de vida como de muerte.

Es importante conocer el significado que tienen los participantes acerca de los conceptos de vida y muerte debido a que esto puede ayudarnos a entender el por qué de sus reacciones ante este tipo de servicios de urgencia en los que al final el paciente fallece.

CONCLUSIONES

La muerte ha sido uno de los temas más escandalosos de todos los tiempos. En casa, se evita hablar del tema; en la escuela, no se menciona; en los medios de comunicación es un tema macabro, algo que da noticia y nos asombra.

Para nuestra sociedad, el morir se convierte en algo solitario e impersonal porque a menudo el paciente es arrebatado de su ambiente familiar y llevado a toda prisa a una sala de urgencia. Todo el que haya estado muy enfermo y haya necesitado descanso y consuelo puede recordar su experiencia: fue depositado en una camilla y tuvo que soportar el ruido de la sirena de la ambulancia y la carrera febril hasta que se abrieron las puertas del hospital. Sólo los que han pasado por esto pueden hacerse cargo del malestar y la frialdad de un transporte así, que es el principio de una larga prueba, difícil de soportar cuando estás bien, más difícil de expresar con palabras cuando el ruido, las luces, las sacudidas y las voces resultan intolerables.

Para los Técnicos en Urgencias Médicas y para el personal que labora en el área de la salud, la muerte es algo cotidiano, una fase de la vida, algo natural, es el final del todo y hasta cierto punto se ha convertido en un enemigo al que se tiene que vencer a toda costa; finalmente para eso trabajan, para evitar que las demás personas mueran. Pero esto no es así de fácil ya que cuando logran su cometido, es decir, evitar la muerte de un paciente, experimentan emociones y sensaciones agradables, sus acciones son reconocidas por las personas que los rodean, sobre todo por los familiares de los pacientes y por estos mismos. Pero cuando la muerte es quien vence, se sienten tristes, derrotados, fracasados, frustrados y experimentan una serie de reacciones tanto emocionales como conductuales, y no sólo de este tipo, hemos descubierto que también experimentan cambios en su actitud ante la vida, ante las demás personas; su cuerpo reciente el malestar y lo que más los atormenta son sus pensamientos, el autoconcepto que generan cuando no logran su cometido.

Este es un aspecto que se le critica mucho a las personas que dedican su vida a cuidar, apoyar y a prolongar la vida de aquellos que se encuentran en riesgo y, sucede que en muchas ocasiones se piensa que los paramédicos, y personal del área de salud en general, no sienten nada, ni les interesa si una persona muere o vive y nos podemos dar cuenta de ello cuando nos encontramos en un hospital o en una escena en donde hay una persona mal herida y escuchamos que el personal a cargo dice: “hicimos todo lo posible por su familiar pero...”, la gente sólo piensa que los paramédicos no dieron lo mejor de sí, que no saben, que son negligentes, que no les importó dejar a una familia sin un padre, un hijo, etcétera, y que dejaron morir al paciente. Es normal la reacción de los familiares por el dolor que están sintiendo pero los paramédicos también sufren, también sienten ese dolor; probablemente no de la misma magnitud pero lo sienten porque su objetivo es evitar el dolor o en todo caso aliviarlo y para ello se esfuerzan y recurren a todos sus conocimientos.

Como mencionan Bellak y Small (1988), algunos individuos pueden aparentar superficialmente que se adaptan muy bien a la crisis; pero interiormente están sufriendo en gran medida de agitación emocional.

Y esto se entiende en este ambiente porque el personal no puede mostrarse devastado ante los familiares del fallecido, al contrario, ellos les tienen que dar fuerzas e indicaciones a los familiares para que, en ese momento, actúen en beneficio del paciente y realicen los trámites necesarios.

Es cierto que existen personas que se adaptan mucho mejor y más rápidamente a la realidad de la muerte que otros, especialmente si su relación no era ambivalente (Bellak y Small, 1988), pero esto no implica que dejen de sentir.

Hay quienes dicen que la muerte es un fin o un cambio, en realidad, el concepto varía de acuerdo a la idiosincrasia de cada individuo y a la orientación personal que cada uno desarrolla de la vida y por ende de la muerte, sin embargo, un factor que

caracteriza a la muerte en esta cultura occidental y de este tiempo, es el temor a ella, esa incertidumbre ante lo que vendrá, aún a pesar de la diversidad de pensamiento.

Los médicos, casi por definición, parecen temer a la muerte; motivados a invertir su vida en controlarla y prevenirla, su meta oculta parece ser eliminarla. Los médicos jóvenes están frecuentemente devastados por sus primeros encuentros con la responsabilidad ante el moribundo y los dolientes. Por lo general son abandonados cuando se encuentran con su consecuente desorden emocional, no son alentados a compartir esto con sus colegas y, de modo sorprendente por lo común, evitan y se separan de los agonizantes y dolientes cuando pueden, ya sea mediante un distanciamiento físico o emocional (Sherr, 1992).

En el caso de los Técnicos en Urgencias Médicas, lo que ellos más realizan, después de un servicio donde el paciente fallece, es platicar y, al preguntarles de qué hablan y con quién lo hacen, su respuesta fue que platican con sus compañeros de servicio acerca de cómo trabajaron durante éste más no de cómo reaccionaron o de cómo se sintieron.

Sarabia y Hernández (2001) mencionan que un tipo de experiencia ante la muerte es la interpersonal, que es cuando ésta acontece en personas lejanas en tiempo, espacio y afectos; en la que podemos responder a la muerte de personas lejanas con indiferencia pues no nos afecta emocionalmente de manera severa y aunque podemos conmovernos por el sufrimiento ajeno, en el fondo nos da alegría o alivio que sean otros los que padezcan y no nosotros.

En el evento de la muerte, los Técnicos en Urgencias Médicas se encuentran relacionados con el paciente y los familiares, en tiempo y espacio más no en afectos, es por ello que sí les afecta, aunque no de manera severa. Cuando ellos están ante esta situación, experimentan sentimientos de tristeza y frustración por no evitar la muerte del paciente y sólo una cuarta parte de ellos demuestran indiferencia. Pero más que sentir esa tristeza y frustración por el paciente, probablemente sea porque ellos no lograron su

objetivo. Sin embargo, más de la mitad de los participantes, experimentan incertidumbre, angustia y miedo. Puedo relacionar estos sentimientos, aparte de sentirlos por pensar en algún momento que pueden ser ellos o un familiar muy cercano quien está muriendo, a la reacción de los familiares con respecto a dicho evento. Al cómo van a reaccionar cuando se les informe que su familiar está muerto.

Como bien lo menciona Kübler Ross (1975), todas las reacciones y actitudes que mostramos ante la muerte probablemente se deben a que es un sentimiento de autodefensa, esas actitudes son una manera de hacer frente y reprimir la angustia que un moribundo o un paciente en estado crítico despierta en nosotros. Es un intento desesperado de negar la muerte inminente que es tan terrible y molesta para nosotros, que hemos trasladado todo nuestro conocimiento a las máquinas, porque nos son menos próximas que la cara de sufrimiento de otro ser humano que nos recordaría una vez más nuestra falta de omnipotencia, nuestros propios límites y fracasos, y en el último, aunque muy importante lugar, nuestra propia mortalidad.

Todas las emociones reflejan dos clases de respuesta, la primera de ellas es una respuesta externa o declarada que se hace al medio y puede tomar la forma de cambios en la expresión facial, como la sonrisa, el enojo, la risa o el llanto; o puede hacer intervenir manifestaciones de agresión declarada, como el golpear a un adversario, patear una silla o maldecir.

En nuestros participantes, las respuestas que más reflejan son platicar y apartarse del grupo de amigos, aunque también predominan el fumar, contar chistes, llorar y dormir; en realidad son muy pocos quienes agreden o golpean y cuando llegan a golpear lo hacen en un costal o un sillón.

El segundo tipo de respuesta que acompaña a la emoción es el interno o fisiológico; cuando la emoción es intensa, sobrevienen cambios muy extensos dentro del organismo. El corazón late más rápidamente, se libera azúcar a partir del hígado, las pupilas se dilatan, y se presentan muchos otros cambios.

Este tipo de reacciones también las experimentan los Técnicos en Urgencias Médicas ante la muerte de un paciente y las que resaltan más son sudoración en manos, frente y axilas y temblor en todo el cuerpo.

Las emociones fuertes, como el temor y la cólera, permiten al organismo utilizar al máximo su fuerza; cuando la emoción cesa las fuerzas físicas del organismo se reducen en proporción. Además de aumentar las fuerzas, tienden a facilitar mayor actividad durante periodos prolongados, sin que a esta actividad la acompañe el sentimiento natural de fatiga y nos ayudan para enfrentarnos a las situaciones de urgencia reduciendo la sensibilidad al dolor.

Probablemente sea por esto que nuestros participantes, en vez de darse por vencidos y caer en un profundo dolor, se dan fuerzas a través de sus pensamientos (“hice lo que pude, lo demás ya no está en mis manos” y “tengo que ponerme a estudiar”) y evitando expresar cualquier sentimiento o reacción ante el evento.

Cabe señalar que esto no siempre satisface nuestras necesidades en las urgencias, ya que las emociones intensas pueden obstaculizar la acción eficaz, debido a que el individuo presa del pánico puede sentirse inmovilizado en el lugar en que se halla, incapaz de acción de ninguna especie, o de tomar una decisión. Aunque este no es el caso de nuestros participantes, probablemente sea por el tiempo que llevan cubriendo servicios de emergencia, pero nadie está exento de experimentarlo.

Considero necesario que la sociedad sea consciente de que los Técnicos en Urgencias Médicas son, como ya se mencionó antes, seres humanos, que sienten igual que cualquiera de nosotros, que también son padres, hijos, esposos, y que no son de piedra ni se acostumbran a ver morir a sus pacientes. Son personas muy profesionales, que en el momento de llegar a la institución en que laboran, se concentran completamente en su trabajo, en brindar lo mejor de sus conocimientos, tanto teóricos como prácticos, a todas aquellas personas que necesitan de su ayuda. En muchas ocasiones, si no es que siempre, se quitan cosas para darles a otros; sacrifican la

convivencia con su familia por estar pendiente de los demás; no comen ni duermen por atender las llamadas de la comunidad; hacen a un lado sus sentimientos y emociones, tienen que contener el dolor de ver a la familia del paciente sufriendo; la impotencia y la rabia que experimentan al no contar con el equipo necesario para ayudar al paciente; el coraje que en ocasiones sienten por el trato que algunos médicos no les brindan a los pacientes; la frustración de no poder hacer más por el paciente y sus familiares; y también el miedo a la muerte, a la de un familiar muy cercano y a su propia muerte. Lo más importante de todo esto es que les gusta su trabajo, lo hacen con amor, con pasión, con entrega total y no se quejan por no comer o no dormir, por quitarse el pan de la boca para dárselo a la gente que más lo necesita. Lo más reconfortante para ellos no es el dinero ni el reconocimiento de todas las personas, sino hacer bien su trabajo y ver los resultados de ello en la mejora de los pacientes.

Al final de la investigación, se logró el objetivo y un poco más, debido a que no sólo se obtuvieron los efectos emocionales y conductuales que se buscaban inicialmente, sino que también se obtuvieron los efectos fisiológicos y cognitivos que genera la muerte de pacientes en los Técnicos en Urgencias Médicas de Cuautitlán Izcalli.

Los efectos fisiológicos (sudoración, temblor, escalofríos, agotamiento, hormigueo, náuseas, calor, mareo, taquicardia y tensión) y cognitivos (“bueno hice lo que pude, lo demás ya no está en mis manos”, “tengo que ponerme a estudiar”, “yo tuve la culpa”, “no debí haber salido a este servicio”, “no sirvo para esto”, “cometí muchos errores”, “ya no quiero saber nada de este trabajo”, “yo les desee el mal porque quería salir a servicio”) que se obtuvieron durante esta investigación, son importantes porque permiten darnos cuenta de otros aspectos que se ven afectados ante situaciones de este tipo y así, elaborar un programa de trabajo más completo que englobe más aspectos del ser humano.

Todos estos datos proporcionan más herramientas para elaborar y desarrollar programas de prevención (antes), de intervención (durante) y de recuperación (después) para trabajar con el personal de dichas Instituciones y así, minimizar los efectos emocionales, conductuales, fisiológicos y psicológicos que experimentan no sólo ante la muerte de pacientes sino ante cualquier servicio de emergencia.

Dentro de estos programas se propone que todas las instituciones cuenten con el servicio de Psicología que se encargue de brindar atención y apoyo psicológico al personal paramédico, y médico en general, por medio de talleres teórico-vivenciales, pláticas, conferencias, cursos y terapia tanto individual como grupal.

Los talleres podrían ser más para que haya una retroalimentación entre el personal relacionada con el cómo han atendido los diferentes servicios de urgencias analizando las dificultades presentadas así como los éxitos obtenidos, las reacciones que han experimentado, etc. Esto les daría la oportunidad de adquirir nuevas experiencias y herramientas para futuros servicios así como para pulir la manera como se enfrentan a estas situaciones.

En las conferencias se podrían abordar temas como: ¿Qué es el estrés?, ¿Qué signos y síntomas presentamos ante el estrés?; sobre el síndrome del fatigado, ¿Cómo identificarlo?; entre otros, la intención es que sean temas informativos.

Las pláticas, como son de menor duración que las conferencias, pueden estar enfocadas a ayudar en la formación de los profesionales de la salud y hacer de su conocimiento las habilidades con las que debemos contar dentro del ambiente laboral, por ejemplo, dentro de las habilidades sociales son necesarios los temas sobre asertividad, liderazgo, empatía, comunicación, fomento de la cooperación, toma de decisiones, habilidad de entrenador, entre otras. En las habilidades conductuales entran las que están orientadas a la realización de entrevistas, para transmitir información y persuadir, habilidades de negociación, para afrontar situaciones conflictivas, etc.

Los cursos que se pueden brindar para los Técnicos en Urgencias Médicas, relacionados con el área de la Psicología obviamente, son: Primeros Auxilios Psicológicos, cómo brindarlos, intervención en crisis, qué es una crisis, cómo identificarla, cómo dirigirse a los pacientes, cómo dirigirse a los familiares, cómo hablarles, es decir, con qué términos darles información de lo que se va a hacer, etc. Otros pueden ser sobre Tanatología para que desarrollen un enfoque diferente ante la muerte, para que identifiquen sus sentimientos y actitudes ante la muerte, que las acepten y aprendan a vivir con ellas, que acepten su propia muerte y se enteren de que las reacciones que experimentan son totalmente normales y en dado caso que no

sepan cómo manejarlas sientan la confianza de pedir ayuda. Es aquí en donde entra la terapia individual y grupal, en donde ellos van a tener un espacio para trabajar con su salud emocional, que es lo más importante para su vida y para esta investigación. Dentro de las terapias se propone que estén enfocadas en la Teoría Racional Emotiva con el objetivo de que aprendan a vivir en paz consigo mismos para poder vivir feliz con los demás y poder ayudar a otros.

Lo importante de todo esto, es que el entrenamiento debe dirigirse tanto a los factores de tensión que están asociados con la provisión de atención como a la comprensión de cómo brindar una mejor orientación en situaciones de pérdida. Mitigar la angustia del cuerpo médico facilitará el cuidado y también ayudará a aquellos a quienes se cuida.

Para lograrlo se debería determinar una atmósfera de atención en donde los miembros del cuerpo médico puedan expresar cualquier dificultad y sentirse a salvo para explorar intereses; el simple hecho de saber que sus presentimientos son compartidos puede ser un gran alivio.

Si nuestra actitud y nuestra capacidad para afrontar la enfermedad mortal y la muerte son un gran problema en nuestra vida, si vemos a la muerte como un tema tabú, aterrador y horrible, nunca podremos ayudar a un paciente a afrontarla con tranquilidad.

Si todos nosotros pudiéramos empezar a considerar la posibilidad de nuestra propia muerte, podríamos conseguir muchas cosas, la más importante sería el bienestar de nuestros pacientes, de nuestras familias, y por último, quizá de nuestro país. Si nos enfrentáramos a la realidad de la muerte y la aceptáramos, lograríamos alcanzar la paz, nuestra paz interior y entre naciones.

Así, podemos decir que en la atención a pacientes en los Servicios Médicos de Urgencia no basta únicamente la prontitud para establecer un diagnóstico y la habilidad técnica para efectuar procedimientos exploratorios y terapéuticos. También es necesario tener habilidad, sensibilidad y conocimientos para enfrentar los sentimientos

del paciente y de sus familiares y, además, aceptar y aprender a vivir con nuestras propias emociones.

Podríamos considerar un poco más al paciente que está bajo las sábanas y las mantas y quizá detener nuestras bienintencionadas y eficientes prisas para estrechar su mano, sonreír y escuchar una pregunta. Al final, lo que realmente le interesa al paciente es ser escuchado, comprendido y ayudado.

Es necesario generar una cultura ante la muerte, capacitar a todo el personal del área de la salud, a los que están en continuo contacto con ésta y a toda la población en general para que aprendan a aceptarla, a aliviar el dolor, a dejar ir y a ocuparse de su vida, para que aprendamos a no temer. La principal tarea a realizar es: aceptar la realidad de la muerte, concluir la relación, identificar que echaremos de menos y extrañaremos, y sobre todo, aceptar apoyo profesional.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Aguilar, Kubli. (1997). *Descubre el manejo de tus sentimientos y tensiones*. México: Matiz Editores.
- Argüello, Sánchez y González, Montes. (1995). *Textos antropológicos. Selección, comentarios y ejercicios*. México: Ducere.
- Arieti, Silvano y Bemporad, Jules. (1990). *Psicoterapia de la depresión*. México: Paidós.
- Bellak, Leopold y Small, Leonard. (1988) *Psicoterapia Breve y de Emergencia*. México: PAX.
- Berkowitz, Leonard. (1993) *Agresión. Causas, consecuencias y control*. España: Deselée de Brouwer.
- Bosch, Ma. Angeles y cols. (1991). *Gran Enciclopedia Larousse*. España: Planeta. Tomos 8, 12 y 21.
- Caruso, Igor A. (1988). *La separación de los amantes*. México: Siglo Veintiuno.
- CRUZ ROJA MEXICANA. (s/a). *Manual del TUM*.
- Dubos, René. (1985). *Celebraciones de la vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ellis, Albert. (1989). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. España: Desclée De Brouwer.
- Ellis, Albert. (1992). *Terapia Racional Emotiva con alcohólicos y toxicómanos: Manual para profesionales de la Psicología*. España: Desclée De Brouwer.
- Frankl, Viktor E. (1999). *El hombre en busca del sentido*. España: Herder.
- García, Hernández A. (2002). *Cuerpo, Ritualización y Muerte*. Antropología de la condición humana.
<http://www.tanatologia.org/curriculum14.html>
- García-Pelayo, Ramón. (1990). *Enciclopedia Médica Larousse* 3ª edición. Tomo 3. México: Ediciones Larousse.
- Hartfiel, Marisel. (2002). *La construcción social de la muerte. Una mirada actual*.
<http://www.cucaiba.qba.gov.ar/002.htm>
- Heller, Agnes. (1987). *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península.

- Heller, Agnes. (1999). *Teoría de los sentimientos*. México: Filosofía y Cultura Contemporánea.
- Jaspers, K. (1995). *La Filosofía*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kasuga, Linda y cols. (1999). *Aprendizaje Acelerado. Estrategias para la potencialización del aprendizaje*. México: Grupo Editorial Tomo.
- Kübler, Ross. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. España: Grijalbo.
- Laplanche, Jean. (1987). *Vida y muerte en psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Limonero, G. (1996). *El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones*. Revista de Psicología General Aplicada, 1996, N° 49 Vol. 2.
- Marin, Ruiz S. (2000). *Un acercamiento educativo a la muerte. (Tanatología). La labor del Psicólogo*. Tesina Lic. En Psicología. UNAM, CAMPUS-IZTACALA. CAP. I Y II.
- Nozick, Robert. (1992). *Meditaciones sobre la vida*. Barcelona: Gedisa.
- O'Connor, Nancy. (2002). *Déjalos ir con amor: la aceptación del duelo*. México: Trillas.
- Ontiveros, Teresa y Peralta, Terrazas. (1996). *Sociología-1*. México: Quinto Sol.
- Oparin, A. (1968). *El origen de la vida*. México: Grijalbo.
- Orozco, Rodríguez y Cols. (2004). *Problemas de Aprendizaje. Una guía práctica para conocer y ayudar al niño con problemas de aprendizaje*. España: Euroméxico. Tomo 4.
- Reyes, Ruiz A. (2005). *El psicólogo en la formación del concepto de muerte en el niño*. Tesina Lic. En Psicología. UNAM, FES IZTACALA.
- Rodríguez, Estrada y cols. (1989). *Planeación de vida y trabajo*.
- Rowe, Dorothy. (1989). *La construcción de la vida y de la muerte: Dos interpretaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rubin, Wainrib. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y Práctica*. España: Desclée De Brouwer.
- Sherr, Lorraine. (1992). *Agonía, muerte y duelo*. México: Manual Moderno.
- Thomas, Louis-Vincent. (1991). *La muerte. Una lectura cultural*. España: Paidós.

Tönnies, Ferdinand. (1987). *Principios de Sociología*. México: Fondo de Cultura Económica.

Whittaker, J. y Whittaker, S. (1985). *Psicología*. México: Interamericana.

Wukmir, V. (1967). *Emoción y Sufrimiento*. Barcelona: Labor.

A

N

E

X

O

S

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

El propósito de esta entrevista es investigar los efectos emocionales y conductuales que genera la muerte de pacientes en Técnicos en Urgencias Médicas de Cuautitlán Izcalli.

Para ello te solicito, contestes las siguientes preguntas de acuerdo a tu experiencia.

Guía de entrevista

Datos Personales

1. Edad: _____
2. Género: _____ a) Masculino b) Femenino
3. Estado civil: _____ a) Soltero b) Casado c) Viudo d) Divorciado e) U. Libre
4. Escolaridad: _____ a) Primaria b) Secundaria c) Bachillerato d) Licenciatura e) Otra
5. Institución a la que pertenece: _____ a) Cruz Roja b) Protección Civil
6. Tiempo de laborar como Técnico en Urgencia Médicas: _____
7. Cargo que ocupa actualmente: _____
8. ¿Por qué decidiste ser Técnico en Urgencias Médicas?
9. ¿En dónde te capacitaste para ser Técnico en Urgencias Médicas?
10. ¿Qué tipo de servicios de urgencia cubres?
11. ¿Qué pensamientos pasan por tu mente cuando acudes a un Servicio Médico de Urgencia?
12. ¿Qué sensaciones experimentas cuando acudes a un Servicio Médico de Urgencia?
13. ¿Experimentas alguna reacción fisiológica cuando acudes a un Servicio Médico de Urgencia? Si No ¿Como cuáles?
14. ¿Alguna vez le has salvado la vida a una persona? Si No
¿Me podrías platicar tu experiencia?
¿Cómo te sentiste al término del servicio? ¿Cómo actuaste?
15. ¿Qué es para ti la vida?
16. ¿Has atendido a pacientes críticos los cuales estén a punto de morir?
17. ¿Cómo te has sentido al momento de atenderlos?

18. ¿Qué significa para ti la muerte?

19. Antes de ser Técnico en Urgencias Médicas, ¿cuándo fue la primera vez que viste a una persona muerta?

20. ¿Qué pensaste cuando la viste muerta?

21. ¿Cómo te sentiste?

22. ¿Qué reacción tuviste?

23. Como Técnico en Urgencias Médicas, ¿cuándo fue la primera vez que viste fallecer a un paciente y tú no pudiste hacer nada por él?

24. Dime cuál de las siguientes reacciones fisiológicas, que te voy a mencionar, experimentaste al momento de saber que ya no podías hacer nada por este paciente:

_____ sudoración en alguna parte del cuerpo (especificar parte del cuerpo)

_____ temblor en alguna parte del cuerpo (especificar parte del cuerpo)

_____ hormigueo en alguna parte del cuerpo (especificar parte del cuerpo)

_____ mareo

_____ náuseas

_____ escalofríos

_____ otra(s): _____

25. Dime cuál de los siguientes sentimientos y emociones, que te voy a mencionar, experimentaste al momento de saber que ya no podías hacer nada por este paciente:

_____ ira

_____ enojo

_____ miedo

_____ tristeza

_____ frustración

_____ angustia

_____ incertidumbre

_____ culpa

_____ indiferencia

_____ impotencia

_____ satisfacción

_____ otra(s): _____

26. De la siguiente lista de reacciones que te voy a mencionar, dime si realizaste alguna al momento de saber que ya no podías hacer nada por este paciente:

_____ gritos

_____ risas

_____ fumar

_____ platicar (especificar de qué platica)

_____ ingerir alguna bebida en exceso (especificar qué bebida)

_____ apartarte del grupo de amigos o compañeros de trabajo

_____ contar chistes

_____ golpear (especificar qué golpea o a quién)

_____ insultar a algún compañero o persona ajena a tu trabajo

_____ lloraste
_____ comiste (especificar qué comió)
_____ dormiste
_____ faltaste al trabajo durante un tiempo (especificar cuánto tiempo)
_____ otra(s): _____

27. Algunos pensamientos que hayas tenido, como por ejemplo:

_____ “no sirvo para esto”
_____ “yo tuve la culpa”
_____ “cometí muchos errores”
_____ “ya no quiero saber nada de este trabajo”
_____ “no debí haber salido a este servicio”
_____ “yo les desee el mal porque quería salir a servicio”
_____ “bueno, hice lo que pude, lo demás ya no está en mis manos”
_____ “tengo que ponerme a estudiar”
_____ algunos

otros:

28. ¿Cómo te sentiste al recordar este servicio?

29. ¿Qué piensas de lo que pasó? ¿Cuál fue tu reacción en ese momento?

30. En este momento, ¿estás experimentando alguna sensación? ¿Cuál o cuáles?

31. ¿Consideras que es necesaria una atención psicológica pronta cuando atiendes a un paciente crítico que, al final del servicio, fallece?

Si ¿en qué crees que te ayudaría?

No ¿por qué?

32. ¿Algún comentario que quieras hacer respecto a esta investigación?

¡¡MUCHAS GRACIAS POR TU TIEMPO Y POR TU COOPERACIÓN!!