

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

DUELO: UNA PROPUESTA PARA SUPERAR LA CULTURA DEL DOLOR

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

MONICA ESTELA CORREA ARELLANO

ASESORIA METODOLOGICA: MTRA. TERSA SANCHEZ ESTRADA

ASESORIA PSICOLOGICA: PSIC. ROSARIO ORTEGA

ASESORIA CLINICA: DR. CARLOS VARGAS

MÉXICO D. F. 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.

## **HAY VECES**

*“Hay veces que tu ausencia duele más.  
Hay veces, te confieso, que siento un deseo infinito de llorar por que tú no estás.  
Hay veces que me siento sola.  
Hay veces que pienso que ya no caminas conmigo.  
Hay veces que creo que tú ya no estás.  
Hay veces que el silencio parece eterno y tu ausencia pesa más.  
Pero sabes que,.... ¿Sabes?  
Hay veces que te busco en la materia, en donde bien se que no estas.  
Pero, entonces, me acuerdo de cerrar los ojos, de abrir el corazón para percibir el cielo y  
me doy cuenta, al instante, que sigues conmigo, que no te haz ido del todo, que en ese lugar  
secreto de mi pensamiento y de mi corazón... compartes conmigo todo lo importante.  
En esos momentos, tan nuestros, me doy cuenta que nadie como tu me escucha, que nadie  
como tu me entiende.  
Y me doy cuenta, de nuevo, que caminas conmigo y que tu corazón sigue latiendo al ritmo  
de mi propio corazón.  
¿Qué te fuiste del todo?  
¡No es cierto!, sigues aquí conmigo”*

*Raquel Levinstein*

## AGRADECIMIENTO

Quiero iniciar dándole las gracias a Dios por darme una familia, en la que se me ha permitido salir adelante y desarrollarme en todos los aspectos.

A mis padres por que gracias a su esfuerzo y ejemplo, he podido lograr esta tesis, por sus desvelos y tenacidad, no podría separar un ejemplo de otro ya que los dos han ido de la mano conmigo. Aunque se que mi padre ya no se encuentra con nosotros se que siempre esta a mi lado, dándome el aliento que necesito cuando mas lo necesito, por que sus últimos días, fueron una inspiración para la realización de esta tesis; así como la gran fuerza que tubo mi madre para salir adelante sin él. Por eso y más esta tesis se la dedico a mis padres.

A mis hermanos, por que cada uno ha sido clave para tomar de ellos el ejemplo que los caracteriza a cada uno, por preocuparse por mi, a pesar de la distancia, incluyendo a mi cuñada por su apoyo psicológico y en la guía de esta tesis.

A mis tíos que me dieron un ejemplo de amor y apoyo cuando mi familia más lo necesitaba.

A mi tío Sergio un agradecimiento especial ya que su apoyo en el proceso analítico en este trabajo fue de gran importancia.

A la Dra. Maria Antonieta Larios por el apoyo en las entrevistas a los alumnos de quinto y sexto semestre.

A la maestra Tere Sánchez quiero agradecerle su confianza desde los inicios de mi carrera impulsándome con su entusiasmo, entrega y profesionalismo.

A la psicóloga Rosario Ortega que me asesoro el encuadre psicológico del tema y al Dr. Carlos Vargas por confiar en mi para desarrollar mi servicio social en Cancún y por su apoyo en el enfoque clínico del estudio.

Y muy especialmente a todos mis pacientes que de ellos he tomado el ejemplo de fuerza y amor hacia los demás; que aún a pesar de su dolor, siguen luchando por demostrar que por muy difícil que se vea el futuro, jamás hay que rendirse pues siempre habrá una luz y una mano llena de amor a la cual asirse sin perder jamás la esperanza.

## INDICE

INTRODUCCION.....	6
La motivación para la investigación .....	6
CAPITULO I ANTECEDENTES, CONTEXTO HISTÓRICO Y CULTURAL DEL CULTO A LA MUERTE EN MEXICO .....	9
1.1. La Muerte Como Símbolo Universal.....	9
1.2. Entierros Prehispánicos.....	10
1.3. Vida De Ultratumba, ceremonialismo Y divinidades en Monte Alban.....	13
1.4. Necrolatría. Una Teología para la muerte .....	14
CAPITULO II EL PACIENTE Y LA FAMILIA .....	18
Presentación .....	18
2.1. El peso de la verdad. El rol del familiar ante el diagnóstico.....	18
2.2. Prolongar la vida, una opción .....	19
2.3. La ultima voluntad .....	19
2.4. El valor del paciente .....	20
2.5. El valor del familiar responsable .....	22
2.6. La familia nuclear y la muerte .....	22
2.7. Visitas hospitalarias ¿un peso?.....	23
2.8. Los derechos del paciente y sus responsabilidades .....	26
2.9. Derechos Escolares del Niño en Duelo .....	28
CAPITULO III TANATOLOGÍA.....	30
Presentación .....	30
3.1. La historia de la Tanatología .....	30
3.2. Significado de Tanatología .....	31
3.3. Visión y misión tanatológica .....	31
3.4. Que es la muerte.....	32
3.5. La tanatología como ciencia .....	32
3.6. Qué es un duelo.....	33
3.7. Las cinco etapas del duelo .....	34
3.7.1. Negación.....	34
3.7.2. Ira. ....	35
3.7.3. Negociación.....	36
3.7.4. Depresión.....	37
3.7.5. Aceptación. ....	38
3.8. Características de un duelo .....	39
3.9. Tipos de duelo.....	41
CAPÍTULO IV BIOÉTICA.....	44
Presentación .....	44
4.1. Ética médica.....	44
4.2. La confidencialidad y el proceso de morir .....	47
4.3. El paciente .....	50
4.4. Valores .....	50
4.5. Moral .....	51
4.6. La mentira piadosa, ¿Un secreto a voces? .....	52
4.7. Principios y costumbres religiosas y las practicas de duelo .....	53

4.7.1. Judaismo.....	53
4.7.2. Catolicismo.....	54
4.7.3. Islamismo .....	55
4.7.4. Hinduismo.....	55
4.7.5. Budismo.....	56
4.7.6. Adventista.....	56
4.7.7. Baptista .....	57
4.7.8. Metodista .....	57
4.7.9. Mormones.....	57
4.7.10. Testigos de Jehová .....	57
4.8. Enfoque espiritual.....	58
CAPÍTULO V EL SABER DE ENFERMERÍA SOBRE LA MUERTE Y EL DUELO ....	60
Presentación .....	60
5.1. Trato al paciente moribundo .....	60
5.2. Cuidados de enfermería al paciente en fase Terminal.....	62
5.3. El trato al familiar .....	65
5.4. Decálogo del acompañante de duelo.....	67
5.5. Tan solo un paciente .....	68
5.6. El cuerpo .....	70
CAPITULO VI MATERIAL Y METODO .....	75
6.1. Delimitación del problema .....	75
6.2. Hipótesis.....	77
6.3. Objetivo General .....	78
6.4. Tipo de Diseño, población y muestra .....	78
6.5. Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación .....	78
6.6. Instrumento y/o materiales .....	79
6.7. Procedimiento .....	79
INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	149
Los veinte pasos para superar la cultura del dolor .....	159
Seminario de tanatología .....	164
Referencias Electrónicas .....	168
Bibliografía.....	168
ANEXO 1.....	171

# INTRODUCCION

## La motivación para la investigación

Dentro de las diferentes culturas, existen mitos y leyendas que rodean a la muerte y al proceso de morir y es ahí en donde entra la enfermera, en ese proceso, tan doloroso y crudo, y es entonces; cuando surgen un millón de preguntas, y todas rodeando al comportamiento del ser humano ante una pérdida, ya sea personal o visual, en la que como Enfermera, tiene una estrecha relación, tanto con el fallecido como con los familiares.

En el transcurso de la carrera como Enfermeras (os), nos topamos con muchas irregularidades o injusticias, que dentro de la enseñanza académica nos insisten los profesores en no caer, como tratar a un paciente como un número más, como el paciente del diagnóstico tal; tristemente se ve que los hospitales están llenos de gente y en la mayoría hasta se encuentran parados esperando que una camilla se desocupe para poder descansar. El exceso de trabajo genera estrés y la falta de material, no permite la aplicación correcta de los procedimientos y los riesgos en el trabajo son excesivos.

Pero no con eso quiero decir que el paciente sea el que pague los platos rotos; no, al contrario, una enfermera siempre debe ser agradable a la vista, al olfato, y principalmente al hablar, ya que es la casa del paciente, en el caso de las enfermeras su segunda casa, el casarse con el trabajo, el ponerse la camiseta, no significa ir y cumplir con la jornada establecida, es ir más allá de lo que se espera de uno, tratar al paciente con amor, como si fuera parte de nuestra familia.

Hace ya casi tres años que mi padre falleció, y un día antes de fallecer al verlo yo tan mal, me dio terror y trate de conseguir una ambulancia para su traslado lo cual no conseguí por las características en las que se encontraba mi padre, claro; nadie se quería hacer cargo de un paciente que se podría morir en el camino. Finalmente lo llevamos al hospital en el coche, mi hermano, que se encontraba hospitalizado por una probable apendicitis, todavía estaba en urgencias, y una enfermera se acercó y me dijo, *¡Recuéstalo en el piso en lo que se desocupa una camilla!* En ese momento le quise decir hasta de lo que se iba a morir, pero mi hermano logro escuchar mi voz y el se bajo de la camilla y le cedió su lugar a mi padre. Al hablar con el Dr. de mi hermano confirmo mi sospecha de que no era otra cosa mas que un dolor por

infección gástrica y al mismo tiempo revisaba a mi padre quien ya tenia sangrado por todos lados, el medico me informo que ya le quedaban pocas horas de vida y todos decidimos llevarlo a casa por lo que aproveche y saque a mi hermano, firmando una carta responsiva, en ese momento se acerco una enfermera y me dijo: *no te lleves a tu papa ya que aquí se le puede dar la atención que el necesita*, ella no conocía su padecimiento, ni a mi padre a diferencia de todas las demás pues mi padre entraba y salía del hospital constantemente, y yo tranquilamente la aleje de mi padre y le dije: en donde te gustaría morir, en un hospital frío con gente ajena y con ruido o en tu casa con tus seres queridos, ella se quedo perpleja al escuchar lo que yo le decía y solo se disculpo y me ayudo a preparar a mi padre y a mi hermano para su salida a lo cual la trabajadora social nos consiguió su traslado de los dos.

Con este ejemplo podemos ver que aunque es importante conocer a las personas que se encuentran a nuestro cuidado, el hablar con delicadeza y poner atención ante las circunstancias que nos rodean, ayudaran a dar una atención holística. Las intenciones de aquella Enfermera eran buenas, a diferencia de la primera, que no se detuvo a pensar en la gravedad del paciente y tratar de cambiar a alguien con un diagnostico no tan grave como el de mi hermano para darle su lugar.

El proyecto encuentra su sentido en mi formación ya que, me vi envuelta en este proceso, aunque pude vivenciarlo, no logré entender el dolor tan grande que esto genera, ni la incomodidad que para mi era el estar presente, ya que no sabía como actuar o que decir. Y fue hasta que lo viví en carne propia, cuando entendí que no se requiere de una palabra, compañía, abrazo, lágrimas ajenas, o llamadas de larga distancia, para sentirte apoyada. Lo único que se necesita para salir del abismo en el que uno se encuentra sumergido en ese momento, y que por más que busques, no encuentras la salida, es el amor verdadero, el que sólo con la mirada lo encuentras y no necesitas expresarlo con palabras, ni palmadas en la espalda. Descubrí que es de manera franca y sin aspavientos así, como papá lo hacia, es como se comunica el amor.

Me parece que debido a la falta de información del tema, se ha caído en la frialdad con la que el personal de salud y no nada más las enfermeras, sino también Médicos, y personal administrativo, tratan a los familiares y pacientes que están pasando por un proceso de duelo. El trato cálido a las personas involucradas da un brinco agigantado en la calidad del servicio, que si bien se ve como empresa, estos mismos afectados por la pérdida de un ser querido,

hablarán bien de la institución y del personal, con esto, se incrementa la afluencia, y por ende, la economía de la empresa se incrementa.

Como podemos ver, el conocimiento del ámbito tanatológico, nos permite obtener muchos beneficios tanto personales como económicos, ya sea de forma física o moral.

# **CAPITULO I ANTECEDENTES, CONTEXTO HISTÓRICO Y CULTURAL DEL CULTO A LA MUERTE EN MEXICO**

## **1.1. La Muerte Como Símbolo Universal**

La muerte es el fin absoluto de algo positivo y vivo: un ser humano, un animal, una planta, una amistad, una alianza, la paz, una época. No se habla de la muerte de una tempestad y sin embargo si de la muerte de un hermoso día.

En cuanto símbolo, la muerte es el aspecto precedero y destructor de la existencia. Indica lo que desaparece en la ineluctable evolución de las cosas. Pero también nos introduce en los mundos desconocidos de los infiernos o los paraísos; lo cual muestra su ambivalencia, análoga a la de la tierra, y la vincula a los ritos del pasaje. Es revelación e introducción. Todas las iniciaciones atraviesan una fase de muerte antes de abrir el acceso a una vida nueva. En este sentido la muerte nos libra de las fuerzas negativas y regresivas, a la vez que desmaterializa y libera las fuerzas ascensionales de la mente. Aunque es hija de la noche y hermana del sueño, posee el poder de regenerar.

Si el ser a quien alcanza no vive más que en el nivel material o bestial, cae a los infiernos; si, por el contrario, vive en el nivel espiritual, la muerte le desvela campos de luz. Los místicos, de acuerdo con los médicos y los psicólogos, han advertido que en todo ser humano, a todos sus niveles de existencia, coexisten la muerte y la vida, es decir, una tensión entre fuerzas contrarias. La muerte a un nivel es tal vez la condición de una vida superior a otro nivel.

En la iconografía antigua la muerte se representa con una tumba, un personaje armado con una guadaña, una divinidad que tiene a un ser humano entre sus quijadas, un esqueleto, una danza macabra, una serpiente o cualquier animal. El esqueleto dibujado sobre esta lámina es suficientemente elocuente como para no tener necesidad de ser comentado.

«Quizá sea para avisarnos de que la muerte en cuestión no es la primera muerte individual, sino la destrucción que amenaza nuestra existencia espiritual ».

La muerte tiene, en efecto, varias significaciones. Liberadora de las penas y las preocupaciones, no es un fin en sí misma; abre el acceso al reino del espíritu, a la vida verdadera: *MORS JANUA VITAE* (la muerte puerta de la vida). En sentido esotérico, simboliza el cambio profundo que sufre el hombre por efecto de la iniciación. El profano debe morir para renacer a la vida superior que confiere la iniciación. Si no muere en su estado de imperfección, se le veda todo progreso iniciático. Asimismo, en alquimia, el sujeto que ha de constituir la materia de la piedra filosofal, encerrada en un recipiente cerrado y privado de todo contacto exterior, debe morir y purificarse. Así, la decimotercera lámina del Tarot simboliza la muerte en su sentido iniciático de renovación y de renacimiento, que recupera fuerzas al contacto con la tierra.

## **1.2. Entierros Prehispánicos**

Como los mayas, los aztecas practicaban dos clases de ritos funerarios, la cremación y el entierro. Entre los aztecas se enterraba sólo a los que morían ahogados, fulminados por un rayo, los gotosos, los hidrónicos, y las mujeres muertas en parto.

Los grandes personajes también eran enterrados con toda solemnidad en cámaras subterráneas, en posición sedente, ricamente vestidos y acompañados de sus armas según afirma Muñoz Camargo. Los demás, eran incinerados. Los toltecas practicaban la cremación, en tanto los Mixtecas y Zapotecas hacían tumbas para enterrar a sus personajes destacados.

De los datos disponibles para el Centro de México, sabemos que sólo se enterraban en cuevas a los personajes importantes como Xolotl, o bien, ahí se colocaban los restos de los que habían sido sacrificados en las montañas a Tlaloc; y a Xipe y Tlalocatecuhtli en los templos. Esto significa que la mayoría de los habitantes que se suponían irían al Mictlan eran incinerados. Las cenizas eran colocadas en una vasija con una cuenta de jade, símbolo de la vida, y se enterraban dentro de casa.

De los entierros asociados a Tlaloc podemos marcar una tradición perceptible desde el Clásico en el Altiplano Central contemplando las pinturas de Tepantitla en Teotihuacan, ahí la entrada al paraíso o Tlalocan —lugar donde descansan los muertos— es una caverna, que forma la

parte inferior de una deidad. Posiblemente este concepto orilló a depositar los restos de los sacrificados Mexicas en cuevas, sobre todo aquellos niños inmolados en las montañas.

En el área Maya, Alberto Ruiz<sup>1</sup> recopiló gran cantidad de información en referencia a la práctica funeraria de los antiguos mayas en cuevas. Los datos apuntan a que los enterramientos humanos en cuevas con frecuencia estaban asociados a la cremación y a la colocación de los restos en ollas, presentándose en algunos casos verdaderos osarios. Refiere en su escrito que con anterioridad Thompson y Mercer habían descrito algunas cuevas como sitios de enterramiento en el norte de Yucatán, que se suman a los actuales hallazgos en Chiapas entre los ríos Usumacinta y Grijalva, con los de Belice, y Guatemala, mostrando así una larga tradición de esa costumbre sobre todo para el Clásico, Posclásico, y aún con presencia para la Colonia.<sup>2</sup>

Marquina citado por Alberto Ruiz refiere, otra tradición funeraria de Meso América está en el Golfo. Entre los totonacas la cueva era la entrada a la residencia de los muertos. Pero no era necesario que fueran enterrados en una cueva, disponían del yugo, que como instrumento ritual se utilizó para los personajes más importantes como un modelo o símbolo ctónico que unía al hombre con la Tierra. El yugo esta adjunto a manera de ofrenda en algunos entierros, estos objetos de piedra en forma de herradura, en ocasiones cerrados, presentan excepcionalmente ornamentación en altorrelieve, con representaciones de batracios de grandes fauces abiertas. En otros casos aparece el Monstruo de la Tierra, provisto de garras a la manera de Tlaltecuhltli o con entrelaces que reproducen a la Serpiente de la Tierra<sup>3</sup> elementos que como hemos visto durante este capítulo se articulan con las espeluncas.

También para los Mixtecos las cavernas son la entrada al lugar de los muertos, la Cueva de Ejutla en la Cañada Mixteca de Oaxaca es un ejemplo, ahí se localizaron más de 50 entierros al interior de cámaras mortuorias con estructuras rectangulares y celdas circulares asociadas a ofrendas con restos de huesos animales como perros<sup>4</sup>; al parecer se quería interpretar al perrito que acompaña al muerto durante su viaje al inframundo durante el segundo piso, en el tránsito del río descrito en el Códice Vaticano A<sup>5</sup>. Según Heyden<sup>6</sup> los entierros en cavernas

---

<sup>1</sup> Ruiz, Alberto. (1968) México: Fce. P.151

<sup>2</sup> <http://www.montero.org.mx/mictlan.htm> Abril.2007

<sup>3</sup> Marquina, Ignacio, (1981) Arquitectura prehispánica. INAH. México. pp 475-477

<sup>4</sup> Moser, 1975

<sup>5</sup> Códice Vaticano A (cfr. pág. 108)

entre los Mixtecas correspondían a las momias de sus reyes y señores, puestas con muchas ofrendas que incluían hasta códices.

Pasemos ahora a Árido América, el norte de México es posiblemente la región en donde el uso funerario de formaciones subterráneas naturales es más frecuente. Los cuerpos por lo general están envueltos en tilmas, momificados por las condiciones de escasa humedad y temperatura. Los entierros descritos para Árido América corresponden a formas de producción diferentes a la tributaria, y difícilmente pueden ser considerados como mesoamericanos, aunque compartan la misma periodificación con Meso América.

Como se ha apuntado para los Mexicas y los mayas, se acostumbraba el entierro al interior de las casas. Algunos etnohistoriadores y arqueólogos suponen el uso de ollas bajo los pisos de las casas o en las partes posteriores para depositar las cenizas, o bien, las osamentas de sus antepasados. Con esta conducta se quería verificar la idea del regresar a la Tierra como el *regresus ad uterum*. En esta secuencia recordemos el caso del Opeño en Michoacán, sitio Olmeca del 100 al 50 a. C. donde según Noguera<sup>7</sup> se encuentran entierros excavados y tallados en tepetate a una profundidad cercana a los 1.50 m, partiendo de la superficie del terreno. Más adelante nos describe que este tipo de tumbas es común para los actuales estados de Nayarit, Colima y Jalisco proponiendo una clasificación de estas tumbas bajo los siguientes conceptos: sepulcro en forma de botella; tumbas en forma de fosa simple; y tumbas de tiro y bóveda.

Si hablamos de tumbas excavadas, que mejor ejemplo en Meso América que Monte Albán, en donde tal vez la escasez de espeluncas próximas los obligó a realizar estas obras arquitectónicas. Las tumbas excavadas suman un total de 153 sobre las laderas de la montaña, o en los patios de las construcciones. Las tumbas son de

planta rectangular con muros verticales y techos de losas planas. En períodos posteriores se anexaron vestíbulos, nichos, banquetas, escalones, y techos con losas inclinadas<sup>8</sup>. Monte Albán muestra una intensa necrolatría, desde las sencillas tumbas del período I hasta la época

---

<sup>6</sup> Heyden, Doris.(1976) Los ritos de pasos a las cuevas. INAH No 19 Epoca II oct-dic. P.p.17-26)

<sup>7</sup> Piña, Chan. (1971) 84-85

<sup>8</sup> Marquina, Ignacio Op.Cit. pp 335-341

IV, pasando por el significativo período II, donde parece ser que el culto al Dios Murciélago fue definitivo, pero por las urnas funerarias conocemos más de 18 dioses.

### **1.3. Vida De Ultratumba, ceremonialismo Y divinidades en Monte Alban.**

Las tumbas de la época I no llegan a las grandes estructuras futuras. Son simples fosas rectangulares con muros de piedra y techos de grandes lajas planas. Los muertos aparecen casi siempre acostados boca arriba, y las ofrendas son frecuentemente muy numerosas. Sin embargo, en esta sencillez de los edificios mortuorios es evidente que ya se inicia esa intensa necrolatría, esa orientación hacia el otro mundo de toda la cultura que se ha de ver mucho más desarrollada en las épocas futuras.

La existencia, desde entonces, de templos y posiblemente de un alineamiento de ellos y de la organización de lo que será en la época II la gran plaza de Monte Albán, las tumbas excavadas, los danzantes y todo el complejo que representan, la escritura y el calendario, todo es ya parte del rasgo más característico de Mesoamérica: su intenso ceremonialismo. Es evidente que aunque se trate, como indudablemente así es, de la primera cultura representada en Monte Albán, de ninguna manera estamos frente a un mundo primitivo; y si bien todavía no es un mundo plenamente urbano y civilizado, ya está muy cerca de serlo. Es una situación, desde el punto de vista de la evolución cultural, muy similar a la que encontramos entre los Olmecas de Veracruz.

Notable es la cerámica gris, tanto la de uso diario como la ceremonial, muy pulida y muy fina, frecuentemente decorada con incisión o con grabado. Representa formas sencillas de vasija o bien figuras humanas o animales, gatos, conejos y muchos otros. Es una cerámica muy libre, muy personal, que todavía está bastante lejos del rigorismo futuro y una de las más bellas jamás producidas en Meso América. Las piezas son todas distintas, no simplemente porque estén hechas a mano, que es lo común entonces, sino porque hay una verdadera individualidad, un espíritu creador que preside la elaboración de cada pieza, por sencilla que sea. Junto al gris tenemos la cerámica crema, frecuentemente pintada de blanco o con un polvo rojo muy brillante. Aparecen ya efigies de dioses —los primeros dioses de Mesoamérica—, pero todavía no podemos hablar de urnas en el sentido futuro. Los pocos

dioses representados entonces, probablemente diez, son todos masculinos. Las únicas figuras femeninas de esta época son más bien las figurillas habituales a Mesoamérica; aunque en un estilo un poco distinto, todas presentan esa característica de anonimato, ya que no parecen todavía representar un dios concreto como sucederá después<sup>9</sup>.

#### **1.4. Necrolatría. Una Teología para la muerte**

Los rituales funerarios sugieren la existencia de una región cuya esencia se refiere a la vida, la muerte y la resurrección. Los dioses fueron el emblema de la transformación eterna del universo y del hombre<sup>10</sup>.

La religión mesoamericana en general, particularmente del centro de México en los tiempos inmediatamente prehispánicos, se caracteriza por su preocupación por la muerte. Numerosos seres terribles se concebían como gobernantes del lado oscuro del universo y tenían influencia sobre la noche y las profundidades de la tierra.

El dios maya de la muerte desempeñaba un papel muy importante en aquella región y con frecuencia se le encuentra representado en los tres códices mayas que se conservan. El mundo inferior quiché, Xibalba y sus señores merecieron atención considerable en el Popol Vuh.

Los aztecas reverenciaban a numerosos dioses de la muerte y creían en monstruos; sin embargo, dos de estas deidades eran los dioses de la muerte por excelencia: Mictlantecuhtli y la parte femenina, su esposa Mictecacíhuatl. Gobernaban juntos sobre el nivel noveno y más profundo del mundo inferior, Chicnauhmicltan.

Los dioses de la muerte tenían íntimamente asociados con ellos, criaturas terribles, como arañas, escorpiones, ciempiés, murciélagos y tecolotes; los dos últimos servían como sus mensajeros. La serie importante de los patrones del Tonalpohualli, los "nueve señores de la noche", o Yohualteuctin, no eran, sin embargo, dioses de la muerte, propiamente, con excepción del mismo Mictlantecuhtli, aunque estaban íntimamente asociados con la noche, la muerte y los nueve niveles de los mundos inferiores.

---

<sup>9</sup> Bernal, Ignacio. ( 1949) Tesis Profesional. P.375

<sup>10</sup> Munich Guido. (1983) La teoría zapoteca en anales de antología. vol XX tomo II INAH,P.p.39-54

Una clase especial e interesante de diosas con asociaciones macabras eran las Cihuateteo, o Cihuapiltin, las almas deificadas de las mujeres que habían muerto en el parto y que se creía espantaban y aterrorizaban a los vivientes en los cinco días inútiles del Tonalpohualli.

*Cerraron sus ojos que aún tenía abiertos,  
Taparon su cara con un blanco lienzo;  
Y unos sollozando, y unos en silencio,  
De la triste alcoba todos se salieron.*

*La luz, que en un vaso Ardía en el suelo,  
Al muro arrojaba La sombra del lecho;  
Y entre aquella sombra Veíase a intervalos  
Dibujarse rígida La forma del cuerpo.*

*Despertaba el día, Y a su albor primero  
Con sus mil ruidos Despertaba el pueblo.*

*Ante aquel contraste De vida y misterio,  
De luz y tinieblas, Yo pensé un momento:*

*¿Dios mió que solos se quedan los muertos!  
De la casa en hombros Llevaronla al templo,  
Y en una capilla Dejaron el féretro.*

*Allí rodearon sus pálidos restos  
De amarillas velas Y de paños negros.*

*Al dar de la Ánimas  
El toque postrero, Acabo una vieja,  
Sus últimos rezos; Cruzo la ancha nave,  
Las puertas gimieron, y el santo recinto  
Quedose desierto.*

*De un reloj se oía con pasado el péndulo  
Y de algunos sirios el chisporroteo.*

*Tan medroso y triste, tan oscuro y yerto  
Todo se encontraba, que pensé un momento:*

*¡Dios mió qué solos se quedan los muertos!  
De la alta campana la lengua de hierro  
Le dio volteando su adiós lastimero.*

*El luto en las ropas amigos y deudos  
Cruzaron en fila formando el cortejo  
Del último asilo, oscuro y estrecho,  
Abrió la piqueta el nicho a un extremo:*

*Allí la acostaron, Topárosle luego,  
Y con un saludo despidiese el duelo.*

*La piqueta al hombro, El sepulturero,*

*Cantando entre dientes, Se perdió a lo lejos.*

*La noche se entraba, El sol se había puesto.*

*Perdido en las sombras, Yo pensé un momento:*

*¡Dios mió que solos se quedan los muertos!  
En las largas noches del helado invierno,  
Cuando las maderas crujir hace el viento  
Y azota los vidrios el fuerte aguacero,  
De la pobre niña a veces me acuerdo.*

*Allí cae la lluvia con un son eterno;  
Allí la combate el soplo del cierzo.*

*Del húmedo muro tendida en el hueco,  
¡Acaso de frió Se hielan sus huesos!*

*¿Vuelve el polvo al polvo?*

*¿Vuela el alma al cielo?*

*¿Todo es sin espíritu  
Podredumbre y cieno?*

*No se; pero hay algo  
Que explicar no puedo,  
Algo que repugna aunque es fuerza hacerlo,  
¡A dejar tan tristes, tan solos los muertos!*

*Gustavo Adolfo Bécquer.*

# **CAPITULO II EL PACIENTE Y LA FAMILIA**

## **Presentación**

En el capítulo anterior, recordamos las costumbres que a lo largo del tiempo se llevaban a cabo, alrededor de un fallecimiento; pero ahora, adentrémonos en un contexto holístico hacia el paciente; preguntémosnos ¿Qué tanto derecho tenemos al tratar de prolongar la vida de un paciente moribundo? En nuestros días y con la tecnología existente, podemos decidir que hacer con nuestro cuerpo o como queremos morir; pero que pasa con aquellos a los que la muerte los sorprende, hasta donde somos capaces de soportar el dolor y realizar sus últimos deseos. Tomando en cuenta el respeto que se merece, el valor que tiene una persona y los valores que tienen los sobrevivientes. ¿Hasta donde es tolerable y sano llegar? Para esto es importante conocer los derechos y responsabilidades del paciente moribundo.

## **2.1. El peso de la verdad. El rol del familiar ante el diagnóstico**

Si tomamos en cuenta que el estar o sentirse enfermo es algo que nos baja la moral, o si es que algún familiar al que estamos unidos se encuentra enfermo, ahora imagínate lo difícil que es el ser el responsable y el porta voz de los avances o noticias que nos da el médico conforme a la salud de nuestro familiar.

Imaginando todo esto podemos deducir que es una situación lamentable y más si es que ya está en fase Terminal y somos los únicos que lo sabemos, pero lo más difícil no es ser el primero; sino ser el que diga a los demás, o bien al paciente.

La verdad como en todas las situaciones en las que de alguna manera existe una algo que se tenga que decir, pero que es tan fuerte que no sabes ni como, ni cuando, ni en que momento decirla, es cuando se empieza a dudar en, si se dice o no, o si medio se lo digo.

Finalmente como dicen por ahí, la verdad cae por su propio peso, y todos tienen derecho a saberlo ya que estarías jugando con sus sentimientos, moral, salud, y los derechos del paciente, entre muchas otras cosas.

Tu como paciente Terminal que preferirías, una mentira piadosa o una verdad dolorosa, a nadie le gusta vivir en la mentira y mucho menos si se trata de su salud, es por eso que te digo, trata a los demás como te gustaría que te traten a ti. 11

## **2.2. Prolongar la vida, una opción**

El prolongarle la vida a una persona no significa que le demos más vida de la que ya tiene eso es meramente imposible, pero si nos basamos en las costumbres de las personas dependiendo claro está de sus creencias religiosas, entonces podremos entender que los ritos acostumbrados como el de velar a una persona, y arreglarla físicamente para llevarnos el último recuerdo de esta, entonces le alargamos la vida en un contexto espiritual, visto desde otro punto, podría entenderse como la ultima reunión que se tiene para con ella, es una fiesta en su honor, y entonces el homenaje que se le da hace que las personas le recuerden con agrado y platiquen de sus más grandes triunfos.

## **2.3. La ultima voluntad**

La eutanasia es el acortamiento voluntario de la vida, mediante una acción directa o una omisión dolosa, de quien sufre una enfermedad considerada incurable, para poner fin a sus sufrimientos. Este concepto no incluye la decisión del cónyuge o familiares más cercanos de un enfermo que sufre muerte cerebral comprobada, de prescindir de los medios artificiales que estén evitando que se manifiesten en él los signos de muerte, consistentes en la ausencia completa y permanente de conciencia, la ausencia permanente de respiración espontánea, la ausencia de los reflejos del tallo cerebral y el paro cardíaco irreversible.

De esta precisión básica, ya incluida en nuestra Ley General de Salud, queda claro que es legal en México no usar o dejar de usar medios artificiales que prolongan la agonía de una persona que padece muerte cerebral, posición que no presenta un dilema moral por tratarse de una persona realmente muerta que mantiene algunos signos vitales en forma artificial.

---

<sup>11</sup> O'Connor, Nancy. (2006) Déjalos ir con amor. México: Edit. Trillas.

Como las descripciones del tipo penal de la eutanasia en los diversos códigos penales del país no son suficientemente claros y podrían presentar problemas jurídicos en su aplicación en los casos de adistanasia, la clara despenalización de ésta última es aconsejable, incluso para permitir que la decisión de evitarla pueda ser decidida mediante el otorgamiento del llamado testamento vital. A través de esa despenalización, el enfermo o su representante legal podrían optar por la abstención terapéutica, cuando aquel haya entrado al proceso irreversible de muerte, sin correr riesgos de enfrentar un proceso penal.

Habiendo hecho estas distinciones que permiten encontrar puntos de acuerdo entre las antagónicas posiciones sobre la materia, se puede reducir el debate sobre la eutanasia a la aceptación o no de que la ley otorgue al enfermo un supuesto derecho exigible a morir en forma voluntariamente causada.

En efecto, la teoría de los Derechos Humanos reconocida en tratados internacionales universales se basa en la indisponibilidad de tales derechos, esto es, en que los mismos son irrenunciables, imprescriptibles e inembargables, por lo que el Derecho a la Vida, incluso el de los enfermos terminales, no es renunciable, como no lo son ninguno de los demás Derechos Humanos, porque derivan de la dignidad del género humano. No ha habido razonamiento lógico que contradiga esta fundamentación de los Derechos Humanos.

El concepto que resuelve el drama de la muerte, es el de la ortotanasia, que consiste en la realización del doble propósito de respetar la vida humana y el derecho a morir dignamente, mediante la ayuda al enfermo a aliviar su dolor y brindándole acompañamiento integral, sin la privación artificial de la vida. <sup>12</sup>

## **2.4. El valor del paciente**

Para poder entender a que me refiero con el “valor del paciente”, he de citar a uno de los más grandes filósofos de la historia, Sócrates; cuya vida dedico a la mayéutica sin lucro alguno.

A los setenta años, Sócrates quien vivía en Atenas, ya tenía enemigos, los cuales le acusaron de pervertir a los jóvenes además de no creer en los dioses de su época, al ser acusado, se

---

<sup>12</sup> [http:// www.hazpolitica.org.mx](http://www.hazpolitica.org.mx)

presenta en el pritaneo, en donde se citaban los juicios, junto con 556 jueces, expone los hechos por los que es acusado; y de la misma manera, el se defiende en la única forma que el sabía hacerlo, apelando al buen juicio de los jueces y haciendo preguntas directas hacia sus principales acusadores Melito y Anito, en donde, se le pregunta, si es que no tiene miedo a la muerte, ya que para poder librarse de sus acusaciones, el podría dejar de filosofar, y humillarse ante los dioses, a los que el responde:

A este hombre le daré una respuesta muy decisiva y le diré que se engaña mucho al creer que un hombre de valor tome en cuenta los peligros de la vida o de la muerte, lo único que debe mirar en todos sus proceder es ver si lo que hace es justo o injusto. 13

Finalmente lo que el quería es, ratificar los valores que son inculcados, desde la infancia y por el correr de la vida, ya que comenta en el libro que preferiría morir en la batalla como homero a rendirse por que no podría soportar la vergüenza de ser un cobarde.

Sócrates al dirigirse al Pritaneo sabía que su muerte era más segura que su libertad ya que el número de seguidores que tenía no eran más que jóvenes y los que decidirían su futuro serían los jueces que eran personas adultas.

Ante esto Sócrates siempre mantuvo la dignidad y la frente en alto, sin permitir que se le rebajara a menos que un honre ya que el se decía ser un ignorante y un indigente; pues no trabajaba, pero aún así, no permitió ni siquiera el ser humillado ante la inclinación por los dioses, finalmente el decía que si los dioses habían decidido que muriera así lo aceptaría ya que el era creyente y respetuoso ante las imputaciones de los dioses.

Al dar el veredicto los jueces siendo tan solo 6 votos de diferencia es condenado, y el tenía que escoger la forma de morir, seleccionando la cicuta, sus seguidores los jóvenes arreglan todo para que el se pueda fugar, y el les dice que no podría ser un errante ya que donde fuera seguiría filosofando y serían nuevamente los padres de estos los nuevos acusadores y si dejase de hablar, traicionaría su esencia y a los dioses ya que ellos son los que le habían dado ese don, y comenta:

Es preciso de dos cosas una: o la muerte es un absoluto anonadamiento y una privación de todo sentimiento o, como se dice, es un transito del alma de un lugar a otro. Si es la privación

---

<sup>13</sup> Platón, Diálogos. Trad. Larroyo, Fco. (2001) México: Edit. Porrúa, Ed. 26ª P.p 12

de todo sentimiento, un dormir pacífico que no es turbado por ningún sueño “Que mayor ventaja pude presentar la muerte”.<sup>14</sup>

Desde que nacemos somos curiosos por naturaleza, de igual forma lo desconocido nos da miedo ya que no existe hasta ahora la forma de saber que ya más allá de la muerte.

Lo que si sabemos es como manejar nuestra vida ya que una persona que durante su vida se ha dedicado a ser justo y amoroso tanto con el y con los demás, tiene menores temores, remordimientos y soledad, que estos; finalmente van forjando los valores de cada persona.

## **2.5. El valor del familiar responsable**

De progresar el proyecto de despenalizar la eutanasia en su sentido estricto el debate necesariamente derivará en determinar quién es el titular de dicho supuesto derecho a decidir sobre la muerte a falta de la decisión del enfermo, debiéndose establecer una prelación entre el cónyuge y los demás miembros de su familia e incluso los médicos que actúen, prelación que tendría que ser definida por el legislador, o en caso de controversia, por el juez. También, tarde o temprano, el debate habría de extenderse más allá de la supuesta muerte digna de los enfermos terminales, para incluir a los enfermos crónicos que no están en etapa terminal, a los discapacitados, e incluso a las personas de la tercera edad. Si se adoptara una inclusión así en la ley, la decisión sobre la vida de los más débiles quedará en manos del Estado, experiencia que la humanidad ya ha vivido y que sigue lamentando.<sup>15</sup>

## **2.6. La familia nuclear y la muerte**

Sociológicamente, una familia es un conjunto de personas unidas por lazos de parentesco que son principales de dos tipos:

---

<sup>14</sup> Ibid.p 24

<sup>15</sup> Prida, Peón del Valle, Antonio M. México: Comisión Mexicana de Derechos Humanos.

Vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio. En algunas sociedades, sólo se permite la unión entre dos personas, en otras, es posible la poligamia.

Vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre.

También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros:

Familia nuclear - padres e hijos (si los hay) También se le dice Circulo Familiar

Familia extensa o patriarcal - además de la familia nuclear, incluye a los abuelos (muchas veces considerados los patriarcas), tíos, primos y demás parientes de primera línea consanguínea.

Existen sociedades donde al decir *familia* se refieren a la familia nuclear y otras donde se refieren a la familia extensa. Este significado es de origen cultural y depende en gran parte el grado de convivencia que tengan los individuos con sus parientes. En muchas sociedades, principalmente en Estados Unidos y Europa occidental, también se presentan familias unidas por lazos puramente afectivos, más que sanguíneos o legales, pero que funcionan de manera similar a las *familias tradicionales*. Entre este tipo de unidades familiares podemos mencionar a las familias encabezadas por miembros que mantienen relaciones conyugales estables no matrimoniales con o sin hijos.

## **2.7. Visitas hospitalarias ¿un peso?**

Si por un momento dejáramos a un lado nuestro egoísmo; si, ya que parte del dolor que genera el saber que nuestro ser querido se está muriendo, también se generan sentimientos negativos involuntarios, como la culpa, la ira, es decir; nuestro propio duelo, pero en este tema trataremos el egoísmo, es cierto que nos duele que se vaya, pero también es cierto que no queremos que muera por que nos quedaremos solas con toda la responsabilidad de la casa y los niños, en el caso de una ama de casa, o de que con quien platicaremos, si era mi mejor amiga. Es por eso que las visitas hospitalarias son tan delicadas como importantes, no toda la gente está preparada para ir ya que sus expresiones pueden llegar a generar incomodidad, tristeza, preocupación, ira, etc. Y no por que no asistas dejaras de querer a la persona enferma.

Si no nos acercáramos y alejáramos del dolor, nunca podríamos tener la fuerza para encontrar paz en nuestra pérdida;<sup>16</sup> con esto quiero decir, que es importante hacerle frente al dolor he invitarlo a nuestra casa para sacar toda la tristeza que este proceso genera, es como una herida que se va curando poco a poco conforme se van haciendo las curaciones y que estas son dolorosas.

Al ir a visitar a un familiar al hospital es importante no ir con la cara de dolor por frente ya que esto genera angustia a tu ser querido.

Dice Elisabeth Kubler R. que si dispones del valor suficiente para seguir tus sentimientos hasta su origen, es posible que solo sea pena. Pero también es posible que se remonten a un sentimiento mas profundo. Las lamentaciones serán una parte del duelo; pero si sigues el hilo hasta su origen, es probable que encuentres una sensación de equivocación que te ha acompañado toda la vida. Entonces, el duelo puede proporcionarte la oportunidad de una curación incluso mayor.<sup>17</sup>

Con lo anterior podemos entender que todos pasamos por el duelo aunque no seamos los que vamos a fallecer pero si tenemos un sentimiento que puede ser de culpabilidad y no pedimos perdón, el duelo no terminara y cargaremos la culpa por mucho tiempo, incluso toda la vida.

De igual forma he visto en muchas ocasiones que la persona enferma muere horas después de haber perdido perdón o de que alguien nos ha perdonado.

Es muy aconsejable identificar a las personas que le generan estrés al paciente al decir cosas que no son adecuadas o que no son bien vistas por el. Pudieras ayudar de igual forma si vas a la casa del familiar afectado y ayudar en las labores de la casa o cuidar a los niños, mientras los familiares directos van al hospital, en resumidas cuentas, ayuda y no estorbes. Y ese será el mayor regalo que podrás hacer.

Si tu pena es muy grande y de igual forma no te puedes alejar del hospital por mucho tiempo, busca amigos que te apoyen con solo escuchar, ya que el platicar el suceso disipa el dolor y entonces tendrás la fuerza que tu paciente necesita.

---

<sup>16</sup>Kubler, Elisabeth. Kessler, David. (2006) Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga. P.p. 47

<sup>17</sup> Ibidem. 54

El aislamiento es parte del duelo y puede servir como una importante transición hacia la vida dice Elisabeth Kubler R., ya que este silencio se puede presentar en varias etapas del duelo, no insistas en que hable el paciente y externe sus pensamientos y sentimientos, ya que el solo lo hará, solo o acompañado, respeta su silencio y el respetara tu dolor. No le pidas que sea fuerte cuando sabes que va a morir ya que de igual forma el paciente te puede preguntar ¿Tu tienes la fuerza suficiente para sentarte con el y su dolor?<sup>18</sup>

El reflejar el amor por la persona que fallece no significa que llores amargamente frente a el o te desgarras la ropa y la llenes de silicio, el amor no se toca, el amor se ve, se siente y se respira.<sup>19</sup>

Los niños son lo bastante mayores para sentir dolor si son mayores para sentir amor, son los <dolientes olvidados> es el familiar mas vulnerable ya que como el adulto sobreviviente es el que esta en el hospital, los niños van de casa en casa siendo encargados, y el progenitor esta afligido por el dolor que se les olvida que ellos son personas que también sienten y sufren y de igual forma pasan su duelo, pero solos. Acércate a ellos y dales el ejemplo de llorar con ellos, ayúdales a sacar su dolor ya que son inexpertos en cualquier tipo de perdidas no los alejes, ya que la intentar protegerlos los afectas aun mas, también tienen derecho de ver a su mama o papa y despedirse, **¡NO LES MIENTAS!** ya que eso les generará a la larga problemas psicológicos y muy posiblemente rencores contra ti. No les digas más de lo que deban de saber ya que los confundirás, abrázalos y escúchalos, no los hagas a un lado.<sup>20</sup>

Usualmente vemos las noticias y decimos, ¡Pobre gente, que tristeza, cuanta maldad!, pero; cuando esta tan cerca es como verte al espejo, uno realista y crudo, y te darás cuenta que nadie esta exento de morir, es cuando vemos la vida desde otra perspectiva y entendemos que nuestro ser querido fue fuerte para pasar por toda esa agonía, pero lo fue mas para recibir a la muerte con tranquilidad y dignidad.

---

<sup>18</sup> Ibidem. 95

<sup>19</sup> De Valera, Cipriano. (1960) Santa Biblia. Brasil: Sociedades Bíblicas Unidas. Antigua versión de Casiodoro de Reina... P.p. 50

<sup>20</sup> Kubler, Kessles. Op.Cit. 168

## 2.8. Los derechos del paciente y sus responsabilidades

### DERECHOS

Ser tratado con consideración y respeto.

Tener acceso a y recibir cuidado continuo dentro de lo razonable

Conocer a su médico, enfermeras y otros participando en su cuidado.

Obtener información sobre la existencia de cualquier relación profesional entre el personal a cargo de su cuidado.

Saber si su tratamiento médico es por razones experimentales y dar su aprobación o rehusar la participación en tales investigaciones.

Recibir información sobre su diagnóstico, plan de tratamiento, alternativas, riesgos y pronosis en términos fácil de entender.

Recibir la información necesaria para dar consentimiento a cualquier tratamiento o procedimiento antes del comienzo de éstos.

Recibir una explicación sobre la necesidad de un traslado – o la alternativa - a otra unidad u organización antes del hecho.

Conocer las reglas y normas aplicadas a su conducta como paciente.

Conocer los servicios disponibles a los pacientes, inclusive los de traducción si no habla inglés y medios auditivos para problemas de audición.

Recibir tratamiento para cualquier condición médica urgente que empeoraría al no recibirlo.

Recibir información completa y ser aconsejado, si es necesario, sobre los recursos económicos disponibles para su tratamiento.

Participar en el estudio de temas éticos en relación a su tratamiento por medio del Comité Ético del hospital.

Acceso imparcial a tratamiento médico y alojamiento sin considerar raza, origen, religión, orientación sexual, tipo de discapacidad ó recursos económicos.

Estar informado sobre su derecho de reportar negligencias ó abusos y el sistema de reportar éstos.

Saber que el cuidado no depende de la presencia o ausencia de Directivas Anticipadas.

Estar informado sobre sus derechos como paciente; o si es apropiado bajo la ley estatal, que su representante esté informado sobre estos derechos antes de que el cuidado sea discontinuado.

Estar informado sobre el proceso de quejas y con quien se puede comunicar para presentar una queja.

Saber que usted puede presentar quejas sobre el cuidado recibido o cualquier violación de sus derechos y que esto no afectará su cuidado en forma adversa.

Recibir toda consideración con respecto a privacidad personal.

Tomar decisiones informadas sobre su cuidado médico y participar en el desarrollo y la implementación de su plan de cuidado.

Participar en su plan de cuidado y tratamiento y poder solicitar o rehusar cualquier tratamiento a no ser que las leyes lo especifiquen de otra forma.

Formular Disposiciones Anticipadas y que éstas se cumplan por parte de los empleados y médicos de acuerdo con las reglas y leyes estatales y federales.

No estar sujeto a cualquier forma de abuso o acoso.

Un miembro de su familia (o representante escogido por usted) y su médico sean notificados inmediatamente de su ingreso al hospital.

No ser sometido a métodos de fuerza ni estar aislado de ninguna forma a no ser necesario por razones médicas.

Su tratamiento y su expediente médico sean tratados confidencialmente.

Tener acceso a la información contenida en su expediente médico dentro de un plazo razonable y de acuerdo con las reglas y leyes estatales y federales.

A retener y usar su ropa y pertenencias personales a no ser que esté contraindicado por razones médicas, de seguridad, de espacio y de programas.

## **RESPONSABILIDADES**

El paciente tiene la responsabilidad de suministrar información sobre las enfermedades y hospitalizaciones que haya tenido y cualquier otra información relacionada con su salud.

El paciente tiene el deber de reportar cambio inesperado en su condición.

El paciente tiene la responsabilidad de seguir el plan de tratamiento recomendado.

El paciente tiene la responsabilidad de reportar si entiende el plan de tratamiento y lo que se espera de él/ella.

El paciente tiene la responsabilidad de informarle a la enfermera y a sus familiares si no quiere recibir visitas.

El paciente tiene la responsabilidad de seguir las reglas y normas especificadas para su cuidado y conducta.<sup>21</sup>

## **2.9. Derechos Escolares del Niño en Duelo**

Tengo derecho a que se respete mi forma peculiar de afligirme.

Tengo derecho a dejar el salón de clase si así lo necesito, y sin dar explicaciones, para darle salida a mis sentimientos de dolor (llorar, gritar, etc.).

Tengo derecho a un adulto cuidador que esté capacitado en consejería/atención de niños en duelo, tanto de duelo normal como de duelo complicado.

Tengo derecho a escoger a un adulto de mi confianza para que me acompañe y escuche.

Tengo derecho a escoger un lugar de la escuela donde pueda ir y me sienta seguro para expresar mis sentimientos.

Tengo derecho a llamar casa cuantas veces sean necesario y en cualquier momento.

Tengo derecho a solicitar, si así lo deseo, una revisión médica o de enfermería.

Tengo derecho a que se me asigne un tutor de clase durante el tiempo que así lo necesite.

Tengo derecho a recibir clases particulares extras si es necesario.

Tengo derecho a recibir informes/notas de mi progreso/evolución del profesor/a con más frecuencia durante el tiempo de mi duelo.

Tengo derecho a adaptar las tareas para casa según mis necesidades particulares en un momento determinado.

Tengo derecho a celebrar conmemoraciones en mi escuela por la muerte de mi ser querido.

Tengo derecho a que se me faciliten todos los medios necesarios para estimular la expresión de mis sentimientos generados durante el duelo.

Tengo derecho a que se reconozca la particularidad y especialidad de mi situación de duelo, y a que sea considerada como un período especial de crisis en mi vida, y que sea asistida como tal, así no sea el deudo principal.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> <http://www.nchmd.org/default.aspx?id=344>

<sup>22</sup> homestead. Op.Cit. html

*Formas de la pena*

*Cuando mataron a mi amigo hermano*

*Borre los árboles y su vaivén*

*El crepúsculo tenue/ el sol en llamas*

*No quise refugiarme en la memoria*

*Dialogue con mis llagas/ con las piedras*

*Escondí mi desden en el silencio*

*Expulse de noche los delirios*

*Puse en mi duermevela a la deriva*

*Llore de frío con los ojos secos*

*Ore blasfemias con los labios sordos*

*Metí el futuro en un baúl de nadie*

*En mis rencores inmole al verdugo*

*Pedí a los buitres que volaran lejos*

*Y escupí en la barraca de los dioses*

*Todo eso quise hacer pero no pude*

*Cuando mataron a mi amigo hermano.*

*Mario Benedetti*

# CAPITULO III TANATOLOGÍA

## Presentación

En el anterior capítulo leímos que es lo que pasa cuando una persona fallece, pero en sí; para poder comprender este proceso desde el punto de vista psicológico, escudriñaremos el tema de la tanatología ya que esta nos permitirá conocer que es lo que siente y vive no solo el paciente moribundo; también los sobrevivientes, los familiares y los dolientes olvidados, como inicia este estudio y que significa la palabra tanatología, y en que momento se puede aplicar. La finalidad es llegar a entender es si que es la muerte como lo menciona la ciencia, lleva un proceso, el cual se deriva de diferentes etapas; pero ¿Qué pasa durante este periodo? Al conjunto de estas etapas y procesos se le conoce como “DUELO”, y dentro de estas, podrás identificar cuales son cada una de ellas, ya que no todas las personas tienen la capacidad de sobrellevar todas y cada una de ellas y llegan a recaer.

## 3.1. La historia de la Tanatología

Este término se dio en 1901 y fue considerada como una rama de la medicina forense, en los años cincuentas los hospitales se hacen cargo de la muerte es decir de los enfermos terminales, la muerte ya no se esconde.<sup>23</sup>

En los sesentas se le da otro enfoque, Elizabeth Kubler Ross, psiquiatra encaminada al trato holístico del paciente logra dedicarse de lleno al acompañamiento de los pacientes terminales en su tarea. Autora de varios libros, entre ellos El libro de los muertos y los moribundos. Impartió seminarios en los que participaban pacientes terminales.<sup>24</sup>

Por definición entendemos que la tanatología es la suma de conocimientos medicolegales especialmente, relativos a la muerte. Esto según el Diccionario médico, realizado por el Doctor José María Mascaró y Porcar. No obstante el estudio de la Tanatología es una disciplina amplísima, es el estudio de TODO lo relacionado con la muerte, el morir, las

---

<sup>23</sup> [http://www.cooperacionydesarrollo.org.mx/\\_servicios/tanatologia.htm](http://www.cooperacionydesarrollo.org.mx/_servicios/tanatologia.htm)

<sup>24</sup> Kubler-Ross, Elizabeth. (2006) La Rueda de la Vida. España: Zeta. Edic. 1ª

perdidas y el duelo, incluyendo la cultura que por herencia desde la antropología hacemos una ceremonia, dicho de otra manera; lo celebramos el 2 de noviembre “El día de muertos”.<sup>25</sup>

Esta incursión con el arte, la ciencia, la visión dependiendo de las edades, las enfermedades terminales, la relación de ayuda y el counselling, los cuidados paliativos y cuidados al final de la vida, la eutanasia, DOLOR, economía, moral y espiritual por decir algunas; con esto entendemos que es una ciencia multidisciplinaria.

### **3.2. Significado de Tanatología**

El término viene de dos vocablos: THANATOS “Muerte” del griego, es la diosa de la muerte, ella era hija de la noche a la cual se denomina EUFRONE o EUBOLIA que quiere decir madre del buen consejo. La noche tuvo su hija la muerte THANATOS, dentro de la mitología griega la muerte también es representada por un genio alado, quien es representada por un ánfora una guadaña y una mariposa.<sup>26</sup>

#### **Cuando se aplica**

La tanatología concibe al paciente no como un enfermo, como una unidad biológica, psicológica, social y sin lugar a dudas espiritual, aunque en la vida tenemos muchas pérdidas y no solamente por el fallecimiento de alguien. Estas pueden ser materiales vivenciales o espirituales.

Con esto me refiero a la pérdida de un trabajo, o al de un objeto con un peso amoroso, o a la pérdida de un ser amado ya sea por la ruptura de una relación o por el fallecimiento de alguien, incluyendo a los animales; cualquier pérdida con un peso estimativo, conlleva a un duelo que este por sí mismo tiene un proceso y del que se requiere de un tiempo para sanar la herida.

### **3.3. Visión y misión tanatológica**

---

<sup>25</sup> Mascaró y Porcar, Jose M. (1969) El Médico aconseja. España: Salvat.

<sup>26</sup> cooperacionydesarrollo Op. Cit..htm.

El tanatólogo es un especialista que ayuda a aliviar el dolor y la desesperanza que ocasiona la inminente muerte. El proceso de muerte que experimenta es totalmente individual. El trabajo final del tanatólogo es ayudar al enfermo terminal y a los familiares a tener una mejor calidad de vida y a prepararlos para una muerte con plena dignidad, total aceptación y paz.

Como parte de la vida tiene que enfrentar al único hecho universal y cierto de este proceso que es “la muerte”.

Por tener la importancia que tiene la Tanatología, el estudio debe empezar con una clara visión de lo que es el hombre, sus necesidades, sus emociones y sus respuestas para entender y comprender sus dolores. Sobre todo esos sufrimientos que son los más fuertes que existen: el de la muerte y la desesperanza. Y es cuando se da el ser y qué hacer del tanatólogo.

### **3.4. Que es la muerte**

En la mitología griega, el sueño, HIPNOS, hermano de THANATOS, muerte, de la familia de la noche, habitaban en las costas del mar occidental, en la oscuridad subterránea. Para nuestros ancestros, los Mexicas, la muerte era germen de vida. Entre los antiguos hebreos, la muerte fue consecuencia del pecado original. El hombre, creación divina, era inmortal, pero carecía de conciencia, fue a partir de que adquirió los conocimientos que fue mortal, según la Biblia.

Hoy en día vemos a la muerte como un suceso trágico e irremediable al cual se le tiene terror, sin tomar en cuenta que es solo un paso para lograr trascender, y esto depende del punto de vista teológico del cual nos estemos apoyando.

### **3.5. La tanatología como ciencia**

La tanatología aborda el fenómeno de la muerte desde los puntos: humanista, religioso y espiritual de lo que significa morir después de la vida, se refiere a: *LA CIENCIA DE LA MUERTE O DISCIPLINA ENCARGADA DE ENCONTRAR SENTIDO AL PROCESO DE LA MUERTE*

La tanatología es el estudio interdisciplinario del moribundo y la muerte, especialmente de las medidas para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, así como la aprehensión y el sufrimiento de culpa se lo dio en a de los familiares. <sup>27</sup>

### **3.6. Qué es un duelo**

El duelo es un sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido o una pérdida.

El duelo son todos los sentimientos, reacciones y cambios que ocurren durante todo el proceso de cicatrización de una herida por la pérdida de un ser querido o por otro tipo de pérdida. El medio para sanar es una elección del doliente, aunque en un principio no la sienta como de forma conciente.

El dolor del duelo es producto del amor de la preocupación. Si alguien pudiera vivir en total aislamiento, en la absoluta indiferencia hacia los demás, en la compleja despreocupación, nunca experimentaría ni la tristeza, ni el dolor, ni la congoja de un ser querido, sería inmune a la herida que produce el amor.

La palabra duelo deriva del latín dolos: dolor y es la respuesta afectiva a la pérdida de alguien o algo. El duelo sería el género y el luto la especie.

La forma de expresar el duelo esta estrechamente relacionada con la cultura a la que se pertenece, a las situaciones que rodean a la pérdida, a la edad de la persona que fallece, la situación vital, si se trata de una muerte anticipada o repentina. Esta va a abarcar distintos tipos de emociones, tales como llanto, negación, aturdimiento.

El trabajo de duelo es un proceso psicológico complejo de deshacer los lazos contraídos y enfrentarse al dolor de la pérdida.

En el duelo, la pérdida, trae grandes desviaciones en la conducta normal. Pero NO se considera una conducta patológica.

---

<sup>27</sup> Tercer festival estudiantil de Día de muertos. (2000) La muerte en el espejo de la ciencia. México: Comercia de impresos San Jorge. Universum

Una alternativa consiste en permitirse a uno mismo experimentar el sufrimiento, sentir la angustia, el temor y dolor según se presente. Con esta elección a la larga permite proseguir con la vida. Otra elección puede ser un movimiento para no sentir, hacia la propia muerte psicológica y con el tiempo, a la muerte física.

## **3.7. Las cinco etapas del duelo**

### **3.7.1. Negación**

La negación en el duelo se ha malinterpretado con los años. La persona que se encuentra en esta etapa está realizando el duelo por la pérdida de un ser querido. En un moribundo, la negación puede parecer incredulidad. La persona puede seguir viviendo y negar de hecho la existencia de una enfermedad Terminal. Para alguien que ha perdido a un ser querido, no obstante, la negación es más simbólica que literal.

Esto no significa que uno no sepa que la persona querida ha muerto. La negación no es aún la negación de la muerte propiamente dicha, aunque alguien pueda decir: \*No puedo creer que esté muerto\*. La persona lo está diciendo, de hecho, por que, al principio, la realidad es excesiva para su psique. <sup>28</sup>

A comparación con la Dra. Elisabeth, que dice que no existe un tiempo estimulado para pasar por una fase o etapa de duelo O'Connor dice en su libro *Déjalos ir con amor*; que este periodo dura un aproximado de 6 semanas "Si al cabo de este tiempo una persona sigue combatiendo estoicamente su dolor y sentimientos profundos o aún se siente entumecida, está negando sus sentimientos y es susceptible de sufrir, posteriormente, problemas emocionales". <sup>29</sup>

Es por eso importante que no reprimas las emociones en estos momentos, de lo contrario, el mismo dolor va creciendo al nutrirse de tus propias emociones y sentimientos reprimidos que, sin darte cuenta, se perfilan para convertirse en un sufrimiento perpetuo. Cuando permitas que, tanto el llanto como las emociones fluyan, el dolor mismo te va guiando hacia la

---

<sup>28</sup> Kùbler Elisabeth, Kessler, David. (2006) *On Grief and Grieving*. Barcelona: Luciérnaga... Pp.23,24

<sup>29</sup> O'Connor. *Op. Cti.* P.p.39

siguiente etapa del proceso de duelo, que este no se contabiliza por el tiempo transcurrido o por el intenso dolor experimentado sino por los sentimientos confrontados, por la conciencia o conocimiento de lo que el corazón grita y que, por inconciencia y temor, pretendemos callar.

30

### **3.7.2. Ira.**

Esta es la segunda etapa del duelo la cual emerge una vez que nos sentimos seguros como para saber que probablemente sobreviviremos, pase lo que pase, en ella se generan sentimientos tan profundos como confusos ya que es cuando las preguntas nos invaden del por que le paso, inundándonos de tristeza, pánico, dolor y soledad, culpando a todos, incluso a nosotros mismos, pasando por los doctores; imaginando que no hicieron lo mejor posible, o peor aún; como es que nosotros no nos dimos cuenta antes de lo que pasaba, desmoronándose la fe que teníamos en Dios al decir ¿Por qué lo dejo morir?, ¿ Por que no lo salvo?, ¿Dónde está Dios en estos momentos?. Esperando a que Dios se de cuenta de su error y repare el daño hecho. El culpar a otros es una forma de evitar el dolor, aflicción y desesperación personales de tener que aceptar el hecho de que tu vida deberá continuar sin la persona que falleció.

La persona que proyecta su enojo hacia otros, corre el peligro de quedar atrapada en la amargura, el resentimiento y la enajenación. Nos quedamos hundidos en la ira, preguntándonos como conciliar nuestra espiritualidad y nuestra religión con todo el sufrimiento También es común que pensemos en que hemos cometido un grave error y ese sea el pago por nuestros pecados.

Emerge más el sentimiento cuando fallece un niño o alguna persona , la cual siempre fue muy cuidadosa en su cuidado personal, realizando ejercicio y comiendo sanamente, lo cierto es que las enfermedades y más aún la muerte no escoge más despiadado o el más vicioso. La ira no tiene límite, es una etapa necesaria del proceso curativo.

Desafortunadamente, en nuestra vida pasaremos por esta etapa y tendremos que aprender a revertir este proceso. La muerte de un ser querido es una prueba emocional. Nuestras

---

<sup>30</sup> Levinstein, Raquel. (2005) Cuando alguien se va. México: Panorama P.p. 35,36.

emociones son parte de nosotros y, al reconocerlas y poseerlas, podemos alcanzar nuevos niveles de sensibilidad, amor y auto-conocimiento. <sup>31</sup>

Si pedimos a las personas que superen la ira demasiado deprisa, lo único que conseguiremos es alejarlas de nosotros. Hoy en día casi todas las iglesias han puesto en marcha grupos de duelo. La ira es meramente otra indicación de la intensidad de tu amor.

### **3.7.3. Negociación.**

En esta etapa así como en las anteriores van acompañadas de diferentes sentimientos. Es cuando al no ver la reacción que tanto anhelamos de sanidad pactamos el hecho de que sea una muerte sin dolor o rápida; es común escuchar decir ¿Doctor si me tomo todas las medicinas, ya no tendré dolor? La negociación es una puerta de salida hacia tanto sufrimiento, una huida furtiva al temor, es la reconciliación con Dios.

En realidad, el pacto es un intento de 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. La mayoría de pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto.

Psicológicamente, las promesas pueden relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta, y por lo tanto sería muy útil que el personal de los hospitales no pasara por alto este tipo de comentarios de los pacientes. Si un pastor o un médico sensible recibe estas confidencias, puede averiguar si el paciente se siente culpable por no asistir a la iglesia con más regularidad o si tiene deseos hostiles inconscientes y más profundos que provocan esta sensación de culpabilidad. Por esta razón consideramos tan útil que haya un contacto profesional entre las diferentes personas encargadas del cuidado del paciente, ya que, a menudo, el pastor es el primero que se entera de aquellas preocupaciones. Entonces nosotros les seguimos el rastro hasta que el paciente se liba de sus temores irracionales o de su deseo de castigo por un sentimiento de culpa excesivo, que no hace más que aumentar con el pacto y las promesas incumplidas cuando pasa “la fecha de vencimiento” <sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> O'Connor. Op. Cti.. P.p.39

<sup>32</sup> Kùbler, Elisabeth. (2006) On death and dying. Barcelona: Random House Mondadori, P.P. 111-114

### **3.7.4. Depresión.**

Ahora el dolor se centra en el presente, la sensación de vacío tanto exterior como interior es tan profunda que jamás imaginamos. No le encuentras sentido a tu vida, no te interesa nada ni nadie y crees que nunca se te quitara esta sensación de soledad.

Dice Elisabeth Kubler Ross en su libro “Sobre el duelo y el dolor” que es importante comprender que esta depresión no es un síntoma de enfermedad mental; sino la respuesta adecuada ante una gran pérdida.

En el curso de un paciente en fase Terminal pudiera pensar en el hecho de ¿Para que mas medicamento? ; Finalmente voy a morir; o una persona a la cual le van a amputar una pierna o ya se le han quitado, se puede confundir su duelo con el de la pena a que le vean así y pensara que ya no sirve para nada. Si una persona ha perdido a su pareja, pudiera pensar en el hecho de que ya no tiene para quien trabajar o para quien cocinar, pero lo cierto es que este sentimiento se ira desvaneciendo poco a poco. La perdida de un ser querido es una situación depresiva y la depresión es una respuesta normal y adecuada.

A pesar de ser normal, el profundo y aterrador sentimiento de depresión que acompaña al duelo, suele ser visto en nuestra sociedad como algo que conviene evitar.

Podemos citar religiones o cultos como los Cristianos en cuya practica religiosa refieren a la depresión no como un síntoma, sino como un espíritu que se ha poseído de nuestro cuerpo por haber abierto puertas espirituales y se aprovecha de nuestro dolor ya que el “enemigo” se glorifica del dolor de las personas; esto en casos de depresión patológica.

Estos son algunos de los espíritus malignos derivados de la depresión, según el cuto cristiano.

- ❖ Depresión:
- ❖ Ansiedad
- ❖ Derrotismo
- ❖ Desaliento
- ❖ Desanimo
- ❖ Desesperanza
- ❖ Desespero
- ❖ Despótico
- ❖ Insomnio

- ❖ Morbosidad
- ❖ Muerte
- ❖ Suicidio

Por supuesto, una depresión clínica que no se trate puede conducir a un empeoramiento de nuestro estado mental, pero en el duelo, la depresión es un recurso de la naturaleza para protegernos.

Todas las etapas del duelo son meramente un proceso de curación.

Para ayudarte a ti mismo dice O`CONNOR, durante este periodo, ocúpate con las cosas que necesitan de tu atención, por ejemplo, no pospongas el arreglo de asuntos financieros o de otro tipo, estos solo se acumularan.

Cuando somos conscientes de que nos encontramos sumergidos en una depresión, y lo externas tus seres queridos trataran de hacerte salir de ese sentimiento, trata de entender que lo hacen por amor pero de igual forma externarles la necesidad de sentirte así para poder sanar esta situación ya que solo aceptando tu depresión saldrás sin darte cuenta.

Trata de vez en cuando de salir y compartir y no te sientas mal por reír, ya que no por pasarte un buen rato dejaras de darle la importancia requerida a tu duelo.

### **3.7.5. Aceptación.**

Ahora es cuando nuestra readaptación y curación final pueden afianzarse con firmeza, a pesar de que, a menudo, vemos la curación como algo inalcanzable. Dice la Dra. Kubler en su libro sobre el duelo y el dolor.<sup>33</sup>

Pero esta ultima etapa no termina nunca ya que consiste en ser conscientes de todo lo que se ha perdido y en aprender a vivir con dicha perdida y esta será de aquí en adelante ya que si nos tomo media vida adaptarnos al vivir con una persona, el resto de la vida será igual solo que sin el.

---

<sup>33</sup> Kubler. Op. Cit. 39

La curación se refleja en las acciones de recordar, recomponerse y reorganizarse, es recordar con amor y no con dolor.

Si un paciente ha tenido la oportunidad de pasar por las etapas anteriores; ahora llegara a una fase en la que su “Destino”, no le deprima. Ya que ahora ve las cosas distintas disfrutando cada momento que le quede de vida, emanando a los dolientes paz, ahora contemplara su próximo fin con relativa tranquilidad. Estará debilitado posiblemente con dolores terribles que solicitan la asistencia de una Enfermera para suministrar la droga requerida. Se sentirá débil por lo que pasara la mayor parte del tiempo dormitando, pero con un semblante diferente. No hay que confundirse y creer que es una etapa feliz. Esta casi desprovista de sentimientos. Es como si la lucha hubiera terminado y llegara el momento del “Descanso final antes del largo viaje”.

Y es donde nuevamente la Enfermera se enfrenta a su tacto y ética, es cuando mas amor deberá prodigar ya que los familiares se sentirán devastados o quizás tranquilos en el caso de un paciente cuya agonía ha llevado un largo periodo y solo se desea su muerte para evitarle mas dolor.

Hay unos pocos pacientes que luchan hasta el final, manteniendo su esperanza de recuperación que hace imposible alcanzar esta fase de aceptación.

La aceptación es un proceso que experimentamos, no una etapa final con punto final.<sup>34</sup>

### **3.8. Características de un duelo**

- ❖ Durante el duelo el cuadro clínico del doliente puede presentar:
  - ❖ Bajo estado de ánimo
  - ❖ Sentimientos de culpa
  - ❖ Ideas de muerte
  - ❖ Anorexia
  - ❖ Perdida de peso
  - ❖ Insomnio
  - ❖ Abandono de sus actividades
- 
- ❖ En situación de duelo es normal que se sienta:

---

<sup>34</sup> Ibidem. 41

- ❖ Sensaciones físicas
- ❖ Nauseas-palpitaciones
- ❖ Dolor de cabeza
- ❖ perdida de apetito
- ❖ insomnio
- ❖ fatiga
- ❖ temblores
- ❖ Opresión en el pecho y garganta
- ❖ Hipersensibilidad al ruido,
- ❖ Falta de aire y sensación de ahogo
- ❖ Debilidad muscular y falta de energía
- ❖ Dificultad para tragar
- ❖ sequedad de boca
  
- ❖ Pensamientos de tipo:
- ❖ incredulidad
- ❖ confusión
- ❖ preocupación
- ❖ ver y oír a la persona fallecida
- ❖ sensación de que puede regresar
- ❖ Trastornos de sueño y/o alimentación
- ❖ conductas distraídas
- ❖ aislamiento social
- ❖ soñar con el fallecido
- ❖ buscar o llamar en voz alta al fallecido
- ❖ suspirar
- ❖ hiperactividad
- ❖ llorar
- ❖ dormir poco o en exceso
- ❖ llevar consigo las cosas que nos recuerdan al fallecido
- ❖ anorexia

### 3.9. Tipos de duelo

- ❖ Duelo ausente o retardado. Se produce una negación del fallecimiento con una esperanza infundada de retorno del fallecido, produciendo un intenso cuadro de ansiedad y deteniéndose la evolución normal del duelo.
- ❖ Duelo inhibido. Se produce una “anestesia emocional”, con imposibilidad de expresar las manifestaciones de la pérdida.
- ❖ Duelo prolongado o crónico. Con presencia de la sintomatología depresiva va más allá de los 6 ó 13 meses ó más.
- ❖ Duelo no resuelto. Permanece el paciente “fijo” en la persona fallecida y las circunstancias que rodearon su muerte, sin volver a su vida habitual.
- ❖ Duelo intensificado. Se produce una intensa reacción emocional tanto precoz como mantenida en el tiempo.
- ❖ Duelo enmascarado. Se manifiesta clínicamente por síntomas somáticos.
- ❖ duelo en aniversario (reacciones). Anormalmente doloroso más allá del primer año, se supone que las reacciones de aniversario no deben llevar a un serio recrudescimiento de las emociones.
- ❖ Duelo precautorio. Es el que elaboramos durante una larga enfermedad donde sabes que la muerte del paciente es inminente.
- ❖ Duelo suspendido. En este se requiere señalar los procesos de duelo, en los que los familiares y allegados, ante la ausencia de cadáver de un ser querido, o por desconocer su suerte como en el caso de los desaparecidos, inician la elaboración de duelo, el cual no se culmina con la esperanza de que en algún momento aparezca nuevamente con vida. Solo el paso de los años se va convirtiendo en la evidencia de su muerte o al menos en una certeza que no regresará, certeza que nunca será colmada en su totalidad. El doliente vive entre la esperanza y la desesperanza.
- ❖ Duelo psiquiátrico. Produce la aparición de un verdadero trastorno psiquiátrico cumpliendo todos los criterios para serlo.<sup>35</sup>

Es muy común que las personalidades de tipo narcisista sufran este tipo grave de duelo por que son particularmente sensibles a la pérdida de sus objetos amados. Se distinguen varios tipos clínicos en este duelo:

---

<sup>35</sup> cooperacionydesarrollo. Op.Cit. htm.

- ❖ Históricos: El duelo se identifica con la persona fallecida presentando el mismo cuadro que motivo el fallecimiento.
- ❖ Obsesivo: La ambivalencia emocional a la que normalmente se enfrenta la persona obsesiva crea en ella fuertes sentimientos de culpa, que suelen caer en una depresión grave y prolongada.
- ❖ Melancólico: Este cuadro clínico destaca la pérdida de la autoestima y la tendencia al suicidio. La melancolía sería equivalente a un duelo patológico. En este caso el duelo se produce ante una pérdida que puede o no puede ser real, se provoca un estado de ánimo deprimido, desinterés por el mundo externo, auto reproches, auto denigración, insomnio, productividad inhibida, la persona siente un vacío interno. En el duelo, el objeto amado ya no existe más.
- ❖ Maniático (manía del duelo): Se produce un cuadro de excitación psicomotor y humor expansivo que evoluciona posteriormente de un cuadro depresivo.
- ❖ Delirante: Todos los trastornos mentales pueden encontrarse como manifestación del duelo patológico, en personas que no habían sufrido ninguna patología psiquiátrica previa. Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el sobreviviente debería haber muerto con la persona fallecida. Tiene experiencias alucinantes complejas y persistentes.

*Con una esperanza desesperada la busco por todos los rincones de mí*

*habitación; y no la encuentro.*

*Mi casa es pequeña y lo que ha salido de ella una vez nunca puede*

*recuperarse.*

*Pero tu mansión es infinita, SEÑOR, y buscándola a ella he llegado a tu puerta.*

*Estoy bajo la bóveda dorada de tu cielo nocturno y levanto los ojos ansiosos*

*hacia tu rostro.*

*He llegado al borde de la eternidad, desde la cual nada puede desaparecer: ni*

*la felicidad, ni la imagen de un rostro visto a través de las lágrimas.*

*¡OH! Sumerge mi vida vacía en ese océano, húndela en la más honda plenitud.*

*Déjame sentir por una vez en la totalidad del universo ese dulce contacto*

*perdido.*

*Tagore, Gitanjali, LXXXVII*

# **CAPÍTULO IV BIOÉTICA**

## **Presentación**

Si pudiéramos juntar al mas grande filosofo de los tiempos y las investigaciones que hasta hoy tenemos con respecto a la Bioética; seguramente los pacientes que están pasando por el proceso comentado en el capitulo anterior, llegarían a tener un final mas digno en el cual se conjuntaban, la filosofía, ética medica, y la tanatología, logrando así un parámetro estructural mas acorde a las necesidades que los pacientes tienen como seres humanos en fase Terminal, logrando de esta manera además de que queremos cuidar al moribundo que los valores y la moral lo hagan sin que se olviden en el proceso de morir.

Generalmente en este lapso de tiempo la confidencialidad se tambalea ante la idea de decir una mentira piadosa o un secreto a voces por el supuesto hecho de que es lo mejor para el “paciente”, el cual juega con los principios y costumbres religiosos de cada culto, es por eso; que es de suma importancia que una Enfermera sepa como actuar ante las diversas costumbres mortuorias, ayudando en este proceso al paciente a encontrar la paz que tanto necesita en este momento.

El Comité Bioético sirve como asesor a nuestros pacientes, sus familiares, médicos y empleados del hospital en asuntos de origen ético relacionados al cuidado de pacientes en el hospital.

### **4.1. Ética médica**

La Ética Médica es una disciplina que se ocupa del estudio de los actos médicos desde el punto de vista moral y que los califica como buenos o malos, a condición de que ellos sean voluntarios, conscientes. Al decir "actos médicos", se hace referencia a los que adelanta el profesional de la medicina en el desempeño de su profesión frente al paciente (Ética Médica Individual) y a la sociedad (Ética Médica Social).

Los actos que lleve a cabo en función de su vida privada, no profesional, caerán en el campo de la Ética General, la misma que permite juzgar los actos de cualquier persona.

Un médico, el doctor Van Rensselaer Potter, propuso en los Estados Unidos de Norteamérica, en 1971, crea una nueva disciplina ética, que sirviera de puente entre la ciencia y la conciencia. A esa disciplina le dio el nombre de Bioética, de la cual se hablara más adelante ya que su peso en el desarrollo de la Ética Médica ha sido de gran importancia. Simultáneamente con la propuesta de Potter surgía otra también en los Estados Unidos de Norteamérica, con igual o mayor incidencia sobre el desarrollo de la Ética Médica. Ésta sería la declaración de la National Welfare Rights Organization, emitida en junio de 1970 y compuesta por de 26 propuestas relacionadas con los derechos del paciente, siendo esta la pionera de el origen de los derechos del paciente. Algunas de estas fueron propuestas y aceptadas por la Comisión conjunta para la Acreditación de Hospitales y además incluidas en el Manual de Acreditación en ese mismo año de 1970.<sup>36</sup>

La asociación Americana de Hospitales comenzó entonces a debatir el tema de los derechos del paciente y en 1972 adoptó un proyecto acerca de los mismos. En junio de 1973, un a comisión del Departamento de Salud y Bienestar de los Estados Unidos recomendó que se distribuyera tal documento y se facilitara su adopción. En esa declaración se otorga al paciente el derecho de obtener de su médico una completa información sobre su estado de salud, pronóstico y tratamiento para poder dar su consentimiento antes de iniciar cualquier procedimiento terapéutico.

En 1980 el Congreso de los Estados Unidos designó una Comisión Presidencial, para que continuara el trabajo que en 1978 había adelantado la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica. Esa Comisión Presidencial rindió un informe (Informe Belmont) en el cual dejó establecido que la autodeterminación (autonomía) y el bienestar (beneficencia) de la persona eran los principios éticos que debían regir la actuación del médico y de todos aquellos profesionales que se ocuparan de la atención y la investigación de los sujetos humanos. A partir de entonces quedaron claramente identificados los principios morales sobre los cuales sustentar la Ética Médica: autonomía, beneficencia y justicia.

El primero hacia el paciente, el segundo al médico y el tercero a la sociedad y el Estado.

Los valores morales del Juramento, encierra un entorno ético importante a seguir:<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> <http://encolombia.com/etica-medica-indice.htm>

<sup>37</sup> <http://web.amnesty.org/library/index/ESLEVR450121997?OPEN&=ESL-385>

- ❖ respeto por la vida
- ❖ no hacer daño nunca
- ❖ beneficiar siempre
- ❖ ser grato

Con la aparición de Jesús de Galilea y de sus doctrinas humanitarias, la filantropía o amor al prójimo – sobre todo al prójimo minusválido, enfermo – se consolidó como fundamento moral del ejercicio de la medicina, dándole de nuevo características sacerdotales. No debe extrañar, pues, que la medicina quedara en manos de los clérigos durante muchos siglos. Con ellos nacieron los hospicios y los hospitales, y las iglesias y los monasterios se convirtieron en lugares de peregrinación para los enfermos. Recuérdese que tres famosos hospitales de los comienzos de la época medieval fueron construidos dentro del contexto "la cura del enfermo debe ser puesta por encima de cualquier otro deber", al decir de San Benito, reformador monástico. Esos nosocomios fueron: el Hotel – Dieu en Lyon (año 542), el Hotel – Dieu en París (año 651) y el Santo Spirito en Roma (año 717). Así como también las encargadas de servir en un tiempo posterior fueron las prostitutas, ya que ellas podían ver los cuerpos desnudos de hombres y por medio de este servicio limpiaban sus almas de los pecados por este oficio.

Por eso, en 1948, la organización de la Naciones Unidas promulga la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que les da derecho a mantener su salud tutelada por medio del personal de la salud.

Creo que la tres recomendaciones que en alguna ocasión diera para ese efecto el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, es un buen ejemplo a seguir.

El médico debe tener una idea muy clara de la estructura de su propio sistema de valores y de la forma en que sus juicios personales influyen en las decisiones relacionadas con lo que es bueno o malo.

El médico debe tener un conocimiento básico de la ética como disciplina.

El proceso por el cual el médico llega a las decisiones éticas y las implementa, debe ser sistemático, consistente con la lógica.

El deber de toda persona encaminada al servicio de la salud debe tener como principio fundamental el bienestar del paciente y que siempre debe de ser de forma holística, identificando sus problemas a un futuro se verá reflejada la ética-médica.

Para lograr este objetivo es indispensable trabajar con principios morales, tales como:

- ❖ Autonomía
- ❖ beneficencia
- ❖ justicia

Así como también normas de moral objetiva, que son las que ha dictado la sociedad.

Al principio de la relación enfermera-paciente, el médico debe entender las quejas, los sentimientos subyacentes, las metas y las expectativas del paciente. Después de que el paciente y médico convengan en el problema y el objetivo del tratamiento, el médico presenta uno o más planes de acción. Si ambas partes están de acuerdo, el paciente puede autorizar al médico para que dé comienzo al plan de acción; en ese momento el médico puede aceptar esa responsabilidad. Esta relación implica obligaciones mutuas. La enfermera debe ser competente profesionalmente, actuar responsablemente y tratar al paciente con bondad y respeto. El paciente debe entender y dar su consentimiento para el tratamiento que se suministre y debe participar responsablemente en la atención. Aunque la enfermera debe recibir remuneración justa por los servicios que suministre, el sentido de deber hacia el paciente debe prevalecer sobre la preocupación de remuneración cuando esté en juego el bienestar de un paciente.

## **4.2. La confidencialidad y el proceso de morir**

La confidencialidad es un principio fundamental de la atención médica. Es cuestión de respetar la intimidad de los pacientes, de animarlos a buscar atención médica, hablar sobre sus problemas con franqueza y prevenir la discriminación basada en sus padecimientos médicos. El médico no debe dar a conocer información sin el consentimiento del paciente.

El que el personal profesional hable en lugares públicos sobre los problemas de un paciente identificado (por ejemplo, en elevadores o cafeterías) es una violación de la confidencialidad y no es ético. Fuera de un entorno educativo, hablar sobre un paciente que se podría

identificar frente a personas que no participan en la atención de ese paciente es imprudente y menoscaba la confianza del público en la profesión médica. Los médicos de pacientes famosos deben recordar que no pueden hablar sobre la información médica del paciente ni darla a conocer sin el consentimiento explícito del mismo.

Ocasionalmente, el médico recibe información por parte de amigos o parientes del paciente y se le solicita que no dé a conocer al paciente la fuente de esa información. El médico no está obligado a mantener esos secretos frente al paciente. Se debe exhortar al informante para que hable con el paciente directamente y que anime al paciente a comunicar esa información al médico. El médico debe mostrar delicadeza y usar su criterio para decidir si usará la información y si revelará su fuente al paciente. El médico siempre debe actuar según lo que le convenga más al paciente.

Ética y legalmente, los pacientes tienen derecho de saber lo que se encuentra en su historia clínica. Legalmente, el registro en sí pertenece al médico o a la institución, pero la información contenida en el mismo pertenece al paciente. La mayoría de los estados cuentan con leyes que garantizan al paciente acceso personal a su historia clínica. El médico debe proporcionar la información al paciente o a un tercero, según lo solicite el paciente. Los médicos deben conservar el original del registro y los estudios radiográficos y atender la solicitud del paciente con copias, a menos que la ley exija el registro original. A fin de proteger la confidencialidad, la información debe darse a conocer únicamente con el permiso por escrito del paciente o de su representante autorizado legal.

Para tomar las decisiones de atención médica y trabajar inteligentemente en colaboración con el médico, el paciente debe estar bien informado. La comunicación eficaz entre el paciente y médico puede disipar la incertidumbre y el temor y puede aumentar la curación y la satisfacción del paciente. Siempre que se considere esencial para que el paciente comprenda su situación, los posibles tratamientos y los probables resultados, la información debe dársele a conocer. Esta información a menudo incluye los costos y las cargas del tratamiento, la experiencia del médico que se propone, la índole de la enfermedad y los posibles tratamientos.

Independientemente de lo incómodo que sea para el médico o para el paciente, debe darse a conocer la información que sea esencial para el paciente. Cómo, cuándo y a quién dar a conocer la información son cuestiones importantes que deben encararse.

La información se debe dar a conocer en términos que el paciente pueda entender. El médico debe ser sensible a las reacciones del paciente en lo que concierne la velocidad de la revelación, particularmente si la enfermedad es muy grave. La revelación nunca debe ser un proceso mecánico o superficial. Las noticias y la información sobrecogedoras deben presentarse al paciente en forma tal que se minimice la angustia. Si el paciente no puede comprender su padecimiento, debe darse a conocer a fondo a un representante adecuado.

Además, los médicos deben revelar a los pacientes la información sobre errores de procedimiento o criterio que hayan efectuado durante la atención, en caso de que dicha información sea esencial para el bienestar del paciente. Los errores no necesariamente constituyen conducta impropia, negligente o no ética, pero el no revelarlos puede serlo.

Los médicos deben evitar tratarse a ellos mismos, a amistades cercanas o a integrantes de sus propias familias. Asimismo, deben proceder con mucha cautela en lo que respecta a la atención de empleados con los que estén estrechamente asociados. Los problemas pudieran incluir la obtención inadecuada de la historia clínica o del examen físico como consecuencia de las molestias relacionadas con sus papeles, ya sea por parte del paciente o del médico. La proximidad emocional del médico pudiera tener como consecuencia la pérdida de objetividad. Si el médico decidiera tratar a una amistad cercana, un pariente o un empleado debido a la necesidad, el paciente debiera transferirse a otro médico tan pronto sea práctico. De otra forma, las peticiones de atención por parte de empleados, parientes o amistades deben solucionarse ayudándoles a que obtengan la atención adecuada. Sin embargo, no se impide desempeñar la función de asesor informado y afectuoso.

La atención en los momentos cercanos a la muerte es un aspecto importante del ejercicio de la medicina. Los médicos individuales y la comunidad médica deben comprometerse a suministrar atención bondadosa y competente a los pacientes que están muriendo y a sus familias. Los pacientes, por legítimo derecho, esperan que sus médicos les atiendan y les proporcionen asistencia médica en el momento de su agonía. El control adecuado de los síntomas, la participación constante con el paciente, así como el apoyo físico, psicológico y espiritual son las características de una atención de calidad de pacientes agonizantes. Este tipo de atención, sin embargo, tiene una intensidad moral, psicológica e interpersonal que la distingue de la mayoría de los demás encuentros clínicos. 38

---

<sup>38</sup> [http://www.acponline.org/ethics/ethicman\\_sp.htm](http://www.acponline.org/ethics/ethicman_sp.htm)

### **4.3. El paciente**

Para atender adecuadamente a pacientes cercanos a la muerte, el médico debe entender que la atención paliativa implica atender las necesidades físicas, psicosociales y espirituales y que los pacientes podrían, en ocasiones, requerir tratamientos paliativos en un contexto de atención aguda. A fin de ofrecer atención paliativa, el médico debe tener conocimientos actualizados sobre el uso adecuado de narcóticos y sobre las legalidades y lo correcto de usar altas dosis de narcóticos según se requiera para paliar el sufrimiento. El médico debiera saber cómo remitir pacientes a la atención paliativa adecuada, cómo utilizar la atención para desahuciada basada en el hogar y en instituciones y estar consciente de las capacidades de atención paliativa de los asilos de ancianos a los que se remite a pacientes. <sup>39</sup>

### **4.4. Valores**

el hombre está muy lejos de practicar a plenitud el amor, la compasión, la paz, la verdad, la honestidad y todas aquellas cualidades que son nobles, justas y deseables.

En esta época en la que parece que todo mundo se ha olvidado del amor al prójimo y donde prevalecen el odio y la violencia, bien vale la pena voltear hacia los valores universales, que si bien siempre han existido, se encuentran un tanto empolvados.

Sujñani Sokei, fundador de la Fundación Para el Desarrollo de la Conciencia A.C. y maestro de la Escuela de C.E.R. se ha dado a la tarea de reenseñar a la gente lo que son "Los Nuevos Valore Humanos". <sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> <http://www.entornomedico.net/tanatologia>

<sup>40</sup> <http://www.info@cer.com.mx>

“El hombre no está muy consciente de lo que son los valores humanos”. Los tradicionales incluyen el amor, la compasión, la paz, la verdad, la honestidad y todas aquellas cualidades humanas que son nobles, justas, deseables. Estos valores no se han podido realizar del todo porque hay de dos tipos: los conceptuales y los reales.

“Los conceptuales como: el amor, la compasión, honestidad, verdad y honor están en desuso. Es difícil sostener un valor conceptual cuando éste requiere de la persona sacrificio, esfuerzo y entrega. Es difícil vivir en esta dimensión del valor que se cree que verdaderamente es importante”.

Y agrega el maestro Sokei: " Es difícil encontrar gente honesta íntegra, podemos ser honestos en ideas, pero no en actos y viceversa. Decimos que tenemos que cultivar la verdad y enseñársela a los niños. Pero hay quien dice que la verdad tiene 'desventajas'. La verdad no tiene uso en nuestra sociedad así como la honestidad, el que es honesto siempre sale perdiendo todo el tiempo".

En cuanto a los valores reales dijo: " Son aquellos que como el diamante no valen por su peso o tamaño, sino por su naturaleza son valiosos, como ejemplo tenemos la vida. En el brillo que nace de la vida hay valores que el ser humano no ha visto y son aquellos que le permiten crear su mundo, para que tenga una visión nueva de algo que nunca imagino".<sup>41</sup>

“Los valores siempre han existido”, pero actualmente el hombre no está muy consciente de su importancia. Un valor real es la vida misma, no sabes el valor que tiene hasta que el médico te dice que te quedan seis meses de vida. Probablemente solo en una situación similar encuentres que has vivido en balde o que has tirado a la basura todo tu tiempo sin vivir con calidad ni gozo. La sociedad tiene una idea incorrecta de lo que es la vida. Las personas piensan que la vida 'es la reunión de todas las experiencias', cuando en realidad la vida no es eso.

## **4.5. Moral**

---

<sup>41</sup> Frondizi. (1986) ¿Qué son los valores? México: Fondo de cultura Económica P. p.15-19.

La palabra moral se deriva de la latina mos-moria que es equivalente a la griega ethos. Moral significa carácter, costumbre, la moral es el conjunto de reglas de conducta, que rigen la vida individual de los seres humanos en comunidad. Estas reglas morales son elegidas de manera libre y consciente. Mos a la vez nos remite a una conducta dirigida o disciplinada.<sup>42</sup>

#### **4.6. La mentira piadosa, ¿Un secreto a voces?**

La mayoría de las veces cuando somos los responsables de alguna persona y nos une un lazo amoroso a esa persona, hacemos hasta lo imposible por evitarle cualquier dolor, y más aún si es algo que le generará un dolor aún mayor del que ya tiene, y no le decimos a el, pero a los demás integrantes de la familia y su entorno si. Y entonces le decimos cualquier otra cosa que le cause un dolor menor, “una mentira piadosa”, y la verdad todos lo saben, pero muy por debajo, ya que el único fin de toda esta maraña es que esa persona, la única afectada, no lo sepa, aunque finalmente, siempre existe alguien que por las razones que sean lo dice o simplemente el paciente lo intuye.

Generalmente oímos decir, dígame la verdad, lo que sea que tenga, y esto va a depender de las condiciones en las que se encuentre el paciente, su edad, su estado psicológico y la ética del mismo doctor, tomando en cuenta que si el paciente ya esta muy mal, y se diagnostica algo más, se pensará que una noticia peor que la que ya sabe no le hará bien y no mejorará su estado de salud y empeorará su estado psicológico, se podría pensar en que es mejor que no se entere, finalmente la muerte será inevitable, y nuevamente entra el peso la verdad, será conveniente decirla o no.

---

<sup>42</sup> Correa, Patricia. (2004) Grupo de trabajo institucional ínter planteles de filosofía. México: UNAM.

## **4.7. Principios y costumbres religiosas y las practicas de duelo**

### Tradiciones religiosas

La segunda pregunta en surgir de la muerte humana y tal vez la más interesante es: ¿Qué ocurre a los seres humanos tras la muerte? Realmente, lo que se preguntan es qué ocurre con las facultades mentales de la persona que ha fallecido. Unos creen que se conservan gracias al espíritu que impelía a su mente, elevando su estado de la conciencia realidades aun mayores, otros creen en la migración del alma de un ser humano tras su muerte a un plano físicamente inalcanzable. Preguntas sobre la existencia de la vida después de la muerte o la reencarnación continúan hoy sin resolver, principalmente por su alto contenido de emotividad, aspecto que ciega a los procesos racionales de la mente. Razonar con personas que han depositado sus esperanzas en ideas insostenibles desde el punto de vista racional, provoca violencia, o una lucha interna por conservar sus valores que le permiten a su mente retroalimentarse de la forma que lo hace.

### **4.7.1. Judaismo**

Dentro de esta antigua religión encontramos generalidades muy específicas, como el hecho de que es monoteísta, y tienen un representante al que se le llama Rabí, cuyo atuendo es muy específico, con vestimenta negra y sombrero de copa, los seguidores de este utilizan Kapele, la circuncisión es un símbolo de perfeccionamiento. Las mujeres tienen un valor más abajo que el de los hombres debido a fallo de estas ante la única regla en el jardín del Edén, es por eso que ellas tienen que utilizar peluca en público y en ocasiones especiales taparse la cara con un velo. Utilizan el texto canónico, en el antiguo testamento que es la Ley o Tora. Talmud: Escrito de la tradición oral. Su templo es la Sinagoga y su objetivo principal es redimir y salvar al Mesías con el triunfo de Israel. Sus principales características son la Existencia y fe de un Dios. Crear al hombre a su semejanza con inteligencia, sabiduría, voluntad, creatividad y poder. Dignifica al hombre como persona, el sostenimiento de la fe y esperanza, la existencia humana es mortal y con conocimiento limitado.

en su paraíso reina la paz entre hombre, naturaleza y animales. Esta religión dio origen al islamismo y cristianismo. Su culto es Kashurt: son las reglas sobre la alimentación y prohibición de carne de cerdo y animales de pesca, el no mezclar productos lácteos.

Sabbat: descanso absoluto de viernes a sábado.

Al morir alinear el cadáver en el piso, cerrarle los ojos, colocarle piedra o cojín debajo de cabeza, cubrirlo con sabana y acompañarlo con respeto.

Seol: sitio de descanso debajo de la tierra. Inhumación.

## **4.7.2.Catolicismo**

Su religión se rige por ser monoteísta: Dios en manifestación triple: padre creador; hijo, redentor y Espíritu Santo, iniciador. El fundador fue Jesucristo

Sus representantes van por jerarquias siendo el principal el Papa, sacerdote.

Su texto canonico, utilizando la Biblia que es una escritura sagrada que contiene la palabra de Dios, constituye el fundamento de la fe.

Abarca: Antiguo testamento con libros con literatura poética religiosa.

Nuevo testamento o conjunto de libros de nueva alianza por Dios en Cristo con el pueblo judío y resto de la humanidad con Libros, narrativos, Epistolares y un profético; con enfoque didáctico religioso. Ambos testamentos fundamentan la unidad interna de la historia de la salvación. Se clasifica en Evangelios, libros

históricos, epístolas y libros de revelaciones. Su templo es la Catedral, Parroquia, iglesia. Creen en los Santos y adoran a esculturas que representan a los Santos. Su principal objetivo es la esperanza real de vida, morir con cristo para resucitar con El. Proclaman el vivir el amor y fortificar su fe.

Sus características son el ministerio pascual de cristo: pasión, muerte, resurrección y ascensión de Cristo.

Acepta libros protocanonicos o los inspirados por Dios y Deuterocanonicos o aceptados después de dudas y controversias, su cielo es lugar y estado para recibir a los puros de cuerpo y alma. La fe, esperanza y caridad son determinantes de la conducta. Su doctrina es católica, sus características son unidad, santidad, universalidad y apostolicidad. Sus partes son:

Dogma, verdad revelada por Dios.

Moral: plan integrado por la ley de Dios “Decálogo” y preceptos de la Santa Madre Iglesia.

El medio de santificación es mediante los sacramentos.

Sus objetivos principales son, Santa misa, cuaresma que es cuando Jesús estuvo en el desierto haciendo penitencia.

Sacramentos: Bautismo: nacimiento del alma a la vida de gracia.

Confirmación: crecimiento y fortalecimiento religioso. La eucaristía es la alimentación a base de vino y pan. La salvación es la reconciliación y el reconocimiento de los pecados para ser salvo, además de la sanción.

Matrimonio: Santificación de la vida familiar.

Orden sacerdotal: poder sacerdotal de Cristo al Hombre.

Unción de enfermos: auxilio en el paso de la vida a la muerte.

### **4.7.3. Islamismo**

Su Dios es Allah, el fundador de esta religión fue Mahoma. Su representante es Mutfi “Juristas”. Utilizan el Texto canónico que es la Ley musulmana escrita en capítulos e integra deberes sobre profesión de la fe, oración a la Meca es el Templo o Mezquita. Su objetivo es sumisión a la voluntad divina, sus características principales se basan en “Los que tienen la autentica fe”

su paraíso es un jardín de delicias, estos se dividen en dos los ortodoxos y heterodoxos, tienen restricciones en la alimentación, como la carne de cerdo, sangre y bebidas alcohólicas. Tiene prohibidos los juegos de azar y prodigan el

respeto a los demás y practicar la caridad. Respetan el mes de Ramadan.

rezan cinco veces al día, y cuidan el aseo y mejoramiento del cuerpo.

### **4.7.4. Hinduismo**

Su religión es Politeísta, su Dios es Trimurti: Brama, creador, Shiva, destructor; Vishnu, protector. Su representante es Brahaman. Creen en los Textos Canónicos, estos son Vedas. La parte santa está en el Rig. Veda.

Upanishads o guías sobre la verdad religiosa. Se reúnen en el Templo llamado Presada. Su objetivo es la continuidad de la vida que está en el ser. Sus características más importantes son la rueda de la existencia, Muerte-nacimiento-remuerte.

Puja: Culto de veneración y devoción a una o varias divinidades.

No hay oposición entre la vida y la muerte y mantienen el respeto a los animales. El Nirvana o cielo se logra después de romper el ciclo de reencarnación. Yoga “comienzo y fin”. Este requiere de condición física y espiritual previa. Está integrado por el Yama que es las relaciones sociales y desarrollo de compasión, sinceridad, castidad y generosidad.

Produjo el nacimiento del Budismo “la novena reencarnación de Vishnú, es Buda”. Practican la meditación para llegar a una concentración en perfecto reposo. Sus fases son:

- ❖ Asana postura.
- ❖ Pranayama: respiración
- ❖ Iluminado
- ❖ Dharana: concentración
- ❖ Diana: Meditación
- ❖ Samadhi: unificación, inmovilidad.
- ❖ Oración tres veces al día.

#### **4.7.5. Budismo**

Su Dios es Buda, el fundador es Siddhartha Gautama, cuyo representante es un sacerdote Budista. Manejan los textos canónicos, Vedas. Su objetivo principal es lograr la liberación a través de la búsqueda entre el placer y la privación.

El elemento de la existencia humana es el nacimiento, vejez, enfermedad, tristeza, desesperación; estos son dolorosos durante el existir. Su religión es el punto medio, que da serenidad al espíritu. Su principio de originación dependiente= física, sensorial, emocional, vida-muerte. No Dios, no creación, no causa primera, basta desearlo cada quien. El nirvana es la sensación del Dukkha “sufrimiento y tristeza producido por cambios”. La rueda de la existencia, se basa en el nacimiento-muerte-renacimiento que produce el Prajna o sabiduría. El deseo positivo lleva a la libertad el negativo al sufrimiento. Una de sus principales costumbre es el canto después de la muerte.

#### **4.7.6. Adventista**

Su religión se rige por ser monoteísta, utilizan el texto canónico basándose en la Biblia, se caracteriza por la espera de la segunda venida de Cristo al mundo. Su doctrina es protestante de inspiración anabaptista 2ª secta de reforma religiosa acompañada de reforma social” y ligada al milenarismo. Tiene como restricción las bebidas alcohólicas, café, té y narcóticos. Sacramentos: Bautismo y eucaristía, dio origen a la re-organización menonita, “menno S.” y al libro fundamental de la doctrina redentora.

#### **4.7.7. Baptista**

Su religión es monoteísta, su fundador es San Juan Bautista utilizan los textos canónico, utilizando como base de su estudio a la Biblia, son disidentes del catolicismo y manejan la libertad religiosa, su centro de congregación es la Iglesia de creyentes auténticos, no manejan ningún sacramento. Sus restricciones son el café y té. Practican el Bautismo en el adulto y la Imposición de manos al enfermo.

#### **4.7.8. Metodista**

Su religión es monoteísta, su fundador es John y Charles Wesley. También utilizan el texto canónico, como libro de Ley la Biblia, prodigan el amor al prójimo, su doctrina es protestante en espera de la resurrección. Llevan una vida virtuosa con sobriedad, justicia y piedad para ser modestos y moderados manejan la heterogeneidad de ideas y contradicción con la Biblia. Practican el Bautismo en el adulto.

#### **4.7.9. Mormones**

Su religión es Monoteísta, su fundador es Joe Smith, su representante es el Obispo y sacerdote, manejan los textos Canónicos utilizando la Biblia como Ley, además del libro del Mormon, se congrega la Iglesia de Jesucristo, su doctrina es milenaria y manejan los sacramentos del bautismo después de los 8 años de edad u eucaristía. Sus restricciones son transplante de órganos y transfusión sanguínea., así como el alcohol, café y te., tienen la creencia de la curación divina. Su costumbre mortuoria es la Bendición al cadáver, inhumación, y cremación.

#### **4.7.10. Testigos de Jehová**

Su es monoteísta, manejan los textos Canonicos, manejan como Ley la Biblia, basandose en el Antiguo testamento

Basicamente en los Salmos y la ,Atalaya además del. Heraldo de la presencia de Cristo. Su centro de congregación es la Casa espiritual de Israel. Su objetivo es destruir los errores de las religiones existentes, ellos creen que el alma muere con el cuerpo

Refieren una mala interpretación al nuevo testamento. Son perseverantes en la disfunción de la Biblia. No creen en la Santísima Trinidad ni en la virgen Maria. Creen en la existencia de diferentes tipos de resurrección, así como la prohibición de autopsia y transfusión sanguínea, no practican el bautizo y tienen como costumbre la rasgadura de vestimentas hechas por los familiares al deceso de un familiar.

## 4.8. Enfoque espiritual

Lo espiritual no es algo apartado de la condición de ser humano. Tampoco es un monopolio de la religión, la espiritualidad; es algo antológicamente esencial al hombre mismo.<sup>43</sup>

No hay enfermo en fase Terminal, no hay familiares de moribundos, que no busquen la paz y el consuelo en lo profundo de su espiritualidad. No hay persona que se este enfrentando ya a su muerte inminente, o que este luchando por sobrevivir, que no busque a Dios personal, a su Dios verdadero. Y la Enfermera deberá, siempre, ayudarlo en este camino de encuentro, o de reencuentro, que es el camino de la paz, de la aceptación, de la dignidad; y tales virtudes son la meta de una Enfermera que quiera cumplir con su misión y su compromiso. Son los objetivos prácticos de toda Tanatología humana.<sup>44</sup>

La espiritualidad no es una religión, simplemente es una parte del ser humano, vista desde diferentes perspectivas; es antológicamente esencial al hombre mismo. Es por ello que siempre, invariablemente, el ser humano busca ayuda y consuelo en las oraciones y rezos que formulan ya sea en voz alta, con lágrimas, en silencio o a gritos.

Y como Enfermera deberá saber como apoyar en ese momento a tal persona, logrando que la paz reine en su corazón y su alma, basándose en sus creencias religiosas, incluyendo a las personas que dicen ser ateas, ya que como ser humano siempre se apoyan en algo o alguien, lo importante es identificar a que para darle la tranquilidad que tanto necesita.

Si ignoramos todo lo escrito, traficaremos con una espiritualidad vacía y con un culto compuesto de signos sin sentido, dice Zubiria; convirtiéndonos en simples organizadores de ritos y apariencias, religiosas y culturales; que no tienen nada que ver con Dios y la realidad del hombre. El drama de quien se enfrenta a Dios, retándolo, consiste en descubrir que esta sin El; por lo mismo, sin mundo, sin hombre, sin historia. Si esta sin Dios, todas las estructuras hechas para acogerlo permanecerán terriblemente vacías e inútiles.<sup>45</sup>

---

<sup>43</sup> Reyes Zubiria. (1997) Persona y espiritualidad. México: P. 183

<sup>44</sup> Ibidem 184

<sup>45</sup> Ibidem 186

LXXIV (24)

*Las ropas desceñidas,  
Desnudas las espaldas,  
En el dintel de la puerta  
Dos ángeles velaban.*

*Me aproxime a los hierros  
Que defienden la entrada,  
Y de las dobles rejas en el fondo  
La vi confusa y blanca.*

*La vi como la imagen  
Que en leve ensueño pasa,  
Como rayo de luz tenue y difuso  
Que entre tinieblas anda.  
Me sentí de un ardiente  
Deseo llena el alma;  
Como atrae un abismo, aquel misterio  
Hacia si me arrastraba.*

*Más ¡ay! Que de los ángeles  
Parecían decirme las miradas:  
El umbral de esta puerta  
Solo Dios lo traspasa.*

*Gustavo Adolfo Bécquer*

# **CAPÍTULO V EL SABER DE ENFERMERÍA SOBRE LA MUERTE Y EL DUELO**

## **Presentación**

Los conocimientos que vamos adquiriendo a lo largo de la carrera de Enfermería, mas la práctica que se adquiere con el trabajo realizado va forjando en la Enfermera un carácter hacia el trato a los pacientes, en este caso, en estado crítico. Como vimos en el capitulo anterior es de suma importancia tener presente siempre valores, éticos y morales ante el trato tanto del paciente como de sus familiares; ahora nos enfocaremos al trato directo con ellos pero de enfermera-paciente-familia, logrando darle el cuidado enfermero que el paciente requiere cuando se encuentra en fase Terminal; así de la misma forma nos internaremos en los familiares; para saber como guíenlos en este duro proceso. Se ejemplificara con una historia verídica en la cual se podrá identificar como un paciente puede llegar a ser tratado con amor y dignidad y posterior al fallecimiento. Todo visto desde un enfoque enfermero.

## **5.1. Trato al paciente moribundo**

Sólo uno mismo puede y debe decidir en qué punto y bajo qué condiciones el seguir vivo ha dejado de ser un derecho para convertirse en obligación. Si la dignidad es una cualidad inherente a la vida, con más razón debe serlo en el entorno de la muerte, que será la última vivencia y recuerdo que le arrancaremos a este mundo al apagar nuestro postrer suspiro... y también la última imagen de uno mismo que dejaremos en herencia a parientes y amigos. ¿Hace falta sufrir y hacer sufrir a quienes nos aman para pasar por este trance? ¿Les sirve de algo, al enfermo o a su entorno familiar, una agonía larga o una progresiva pérdida de facultades que desemboca en lo meramente vegetativo? En muchas culturas y en no pocas personas, incluso dentro de nuestra propia sociedad, el acto de morir rebosa dignidad, amor y hasta belleza, pero, en general, en la sociedad industrial, para tratar de hurtarle al destino un tiempo que tampoco podemos vivir -la enfermedad nos lo impide-, somos capaces de privarnos a nosotros de dignidad y cargar a los demás con el peso del dolor que causa contemplar tal degradación.

En España, la primera regulación legal del derecho a suscribir un "testamento vital" fue aprobada el 29 de diciembre de 2000 por el Parlamento de Cataluña. Posteriormente, otros gobiernos autonómicos, como el de Extremadura y Galicia, imitaron esta propuesta legislativa y aprobaron leyes similares. En suma, el "testamento vital" y la legislación de voluntades anticipadas aprobadas por los parlamentos catalán, extremeño y gallego, u otros textos legales que están en proceso de debate parlamentario, no son más que el desarrollo autonómico de lo aprobado en el año 1986 por la Ley General de Sanidad, promovida por Ernest Lluch cuando fue ministro de Sanidad.

La eutanasia voluntaria es un derecho humano que debe contemplarse dentro del marco de la libertad individual, máxime cuando nos referimos a sociedades plurales y secularizadas. La vida de un individuo no es de propiedad social sino personal, así que sólo a cada uno -en uso de su plena capacidad psicológica y jurídica- compete decidir qué hacer con ella. Resulta obvio que la vida es un derecho, pero jamás puede ni debe ser considerada como un deber. Nadie puede ser obligado a vivir en contra de su voluntad ni, tampoco, a tener que agonizar o vegetar, víctima de alguna enfermedad Terminal, violentando la conciencia y el deseo en contra expresado por el propio enfermo. La vida no puede ser de ningún modo un valor absoluto ya que, como humanos que somos, tenemos derecho a decidir sobre la propia existencia en función de la calidad de vida que le va asociada, en función de la dignidad con la que nos deja seguir expresando nuestro acto de vivir, por ello, dado que la dignidad es un valor reconocido moral y jurídicamente -pero que sólo se concreta en el ámbito individual-, cuando la vida, su calidad, se degrada hasta arrebatararnos aquello que consideramos "nuestra dignidad", debe contemplarse automáticamente el derecho a romper por propia decisión con la obligación de seguir vivo.

Si hay que escoger, caben pocas dudas al respecto, pero la hipocresía social nos condena a tener que sufrir, algo o mucho, siempre; parece que morir rápido y sin dolor todavía es una especie de pecado muy grave, de traición a esperpénticos principios religiosos empeñados en hacer del sufrimiento una vía de redención obligada. Afortunadamente para los enfermos en situación real de muerte que solicitan la eutanasia activa -alrededor de un 3 por ciento de todos los terminales-, no faltan médicos que, arriesgando pena de cárcel, la practican

ocultamente en beneficio del enfermo, que es el único que debería tener voz y voto en esta decisión absolutamente íntima y personal. Como tal la eutanasia es una decisión muy personal que debería de respetarse. Tomando en cuenta que los pacientes tienen más contacto con las enfermeras que con cualquier otro, representante del sector salud, debería de existir un formato legal en el cual el paciente pudiera exponer sus deseos y decisión al respecto, con las firmas respectivas de los testigos y quizás de un abogado.

En una sociedad cada vez más deshumanizada, quizá ya es hora de hacer algo para tratar de humanizar al máximo todo lo referente a la salud, de buscar alternativas personales, aunque adecuadas, a la atención altamente tecnológica, aunque fría y distante, de los hospitales; quizás ha llegado ya el momento en que las familias deben plantearse recuperar de nuevo un aprendizaje que fue patrimonio nuestro durante milenios, y retomar la seguridad y orgullo con que las familias de antaño acogían y cuidaban a sus enfermos terminales hasta el fin. Si sabemos -siempre se puede aprender- escuchar, tranquilizar y confortar, transmitir serenidad y esperanza, y adoptar las medidas precisas para controlar la sintomatología de un determinado proceso Terminal, lograremos que tanto el enfermo como sus familiares y amigos vivan - ¿sería excesivo emplear el término "disfruten"? - una buena muerte. Compartir tiempo y espacio con un moribundo, especialmente si es una persona querida, es un privilegio que debe degustarse con naturalidad, estando tranquilo y relajado. Es la última oportunidad de compartir vida, vivencias y emociones con esa persona, vale la pena aprovecharla, pero sin agobios para nadie. No se puede hacer, compensar o precipitar aquello que no se hizo con esa persona durante todo el tiempo de vida anterior.

En cualquier caso, situarse cara a cara con un moribundo, acompañarle en su último trayecto, es siempre un trago difícil. Debe tenerse bien presente que para soportar la muerte de otro debemos enfrentarnos y luchar con nuestros sentimientos, con nuestros miedos, con nuestra frustración, con la percepción que tengamos de la muerte... y cuanto más controlemos esa batalla interna y personal, mejor será la ayuda que prestaremos al moribundo y más enriquecerá esa misma experiencia a ambos. Meditar sobre la muerte del otro es el mejor camino para hacerlo sobre la propia, aceptar la del otro ayuda a aceptar la propia. Y viceversa.

## **5.2. Cuidados de enfermería al paciente en fase Terminal**

El morir en esta época, lleva implícitas características nuevas, estas van de la mano con la época tales como avances científico-tecnológicos sociales y políticos, ya que la mayoría de los pacientes mueren en hospitales, solos, sin el apoyo religioso y con dolor, pero no nada mas físico; sino también emocional ya que se van disminuyendo las características propias de cada persona y se les trata como un número más, impidiendo tomar decisiones sobre su estado patológico, medidas terapéuticas, disposición de bienes, problemas de conciencia y condiciones de morir, ya que su vida la prolonga el personal de un hospital y la mantiene la enfermera al aplicarle todo tipo de avances tecnológicos.

La gravedad o estado de la enfermedad en fase Terminal, se refiere al estado en el que las funciones orgánicas del paciente están disminuidas y pueden preceder a la muerte, en tanto que la agonía es el estado Terminal que precede a la muerte en forma gradual. En ambos casos las funciones vitales se van disminuyendo, y surgen cambios psicológicos, sociales y espirituales según los factores religiosos, socioculturales o económicos que predominan en el paciente, así como el sufrimiento por el ambiente que le rodea, y por la percepción individual que tiene sobre su muerte. 46

Actualmente se busca que las enfermeras estén más capacitadas para la atención holística de un paciente en cualquier fase de su vida, siendo de vital importancia el conocimiento de las diferentes costumbres de cada religión, ya que una parte básica en esta fase es la espiritual, pues en esta recae todo el apoyo de un paciente. Sin importar las creencias de la enfermera se debe de apoyar emocionalmente al paciente, no necesariamente el abordar el tema de la religión profesada; sino que el paciente se sienta con la confianza de poder hablar del tema y que la enfermera atienda las dudas sin titubear ante el paciente.

La finalidad de todos estos aspectos es mejorar la calidad de vida del paciente así como garantizarle una muerte digna, estas se lograrán mediante la intervención de la enfermera en:

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A:	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Ambiente terapéutico	El ambiente adecuado incrementa las condiciones de tranquilidad y seguridad.
Valoración continua	El valorar al paciente antes de cada intervención permite identificar la situación actual y reaccionar ante cualquier necesidad de forma inmediata.

<sup>46</sup> Rosales, S. Reyes, E. (2002) Fundamentos de Enfermería. México: Manual Moderno. 2ª Edic.

Triada ecológica	El mantener el ambiente libre de agentes nocivos
Atención paliativa	La atención a los enfermos terminales incluye el control de manifestaciones físicas.
Información oportuna	El dar a conocer a los familiares y al paciente su estado de salud es un derecho.
Atención al dolor	La reflexión sobre el dolor, enfermedad y muerte acrecienta la capacidad de enfrentar éstos, con dulzura compasión y amor, mitigando el mismo con analgésicos cuando así lo requiera el paciente.
Contacto físico	El tacto y el acercamiento reducen la tensión, la inquietud y la ira; transmite calor, espiritualidad y seguridad e infunde fortaleza y esperanza.
Evolución psicológica	Los familiares y las enfermeras deben de considerar la muerte como parte del ciclo vital, ayudando al paciente a integrar positivamente el proceso de morir. Así como ayudar al paciente a encontrar el significado de la vida y relacionarlo con un ser supremo y consigo mismo.
Apoyo religioso	La lectura y la oración estimulan la relación con un ser supremo y consigo mismo, generando fe, junto con la integración de la familia y la presencia profesional y humana; son factores que ayudan a comprender la idea de muerte.
Respeto a sus decisiones	El enfermo tiene derecho de elegir no solo cuando sus creencias son sensatas, sus pensamientos razonables y sus emociones válidas, sino; también cuando son contrarias y absurdas aunque en ello le vaya la vida.
Atención holística	La asistencia al paciente Terminal incluye atención médica, espiritual, psicológica, social y legal; entre otros.
Perdida de valores	La actitud anormal en un paciente en fase Terminal indica una necesidad, para lo cual la enfermera deberá estar familiarizada con las etapas de duelo para asistir al paciente en el momento en que el lo necesite sin que el mismo lo pida.
Derechos humanos	La adistanasia eutanasia u ortotanasia es decisión del paciente en caso de que cuente con facultad mental, o de sus familiares, esto deberá de ser informado al medico.

### **5.3. El trato al familiar**

No podemos ayudar al paciente desahuciado de un modo verdaderamente importante si no tenemos en cuenta a la familia.

Es importante llevar una vida lo mas normal posible y es ahí cuando entra la ayuda de amigos y familiares para que las visitas no sean una carga para el padre o madre de familia sobreviviente, ya que ahora adoptara el rol de los don y el trabajo sea multiplicado, aunque generalmente es mas fácil para una madre asumir tal rol, ya que el padre por lo común llega de trabajar y se dedica a comer y descansar.

La comunicación en la familia a menudo tiene secretos entre ellos, en la mayoría de los casos, por el miedo a la reacción que puedan tener, podemos suponer que el hijo de la abuela se encuentra muy grave en el hospital y ella esta enferma; a lo cual los familiares no querrán decirle la verdad sobre la gravedad de su hijo; pero, y entonces; que es mas cruel decirle ¡Tu hijo ha empeorado! O ¡Tu hijo ya falleció!, desde luego, el como decirlo, lleva implícito el buscar el mejor momento y a la persona adecuada.

Los familiares por lo común visitan al paciente para ver como se encuentra pero rara vez van a la casa del paciente para verificar que todo este en orden, aquí lo importante es quitarles un poco de carga a los sobrevivientes, podrían realizar las compras del súper mercado, ayudar con lavar la ropa o cuidar a los niños.

Las necesidades de la familia van a cambiar desde que el paciente se encuentra en el hospital hasta después de su muerte, y los cambios en especial a personas de edad avanzada son difíciles de aceptar.

Durante estos días o semanas cruciales, mucho depende de la estructura y unidad de cada familia concreta, de su capacidad para comunicarse, y de si disponen de verdaderos amigos.<sup>48</sup>

Elisabeth Kubler cita en su libro “Sobre la muerte y los moribundos” diferentes ejemplos de los cuales utilizare uno que ejemplifica el trato al familiar de una forma clara.

---

<sup>47</sup> Rosales, Barrera. Susana (1999) Fundamentos de Enfermería: México, Manual Moderno. P. 541

<sup>48</sup> Kubler Elisabeth. (2006) Sobre la muerte y los moribundos. México: Random House Mondadori. P. 207

El señor Y. fue otro hombre que siempre recordaremos, porque nos hizo comprender la agonía, la desesperación y la soledad del viejo que va a perder a su mujer después de muchas décadas de matrimonio feliz.

El señor Y. era un viejo granjero, curtido y algo macilento, que nunca había arado la tierra, había visto parir muchos terneros, y había criado a sus hijos, que Vivían en diferentes rincones del país. El y su mujer llevaban muchos años viviendo solos y, como decía el, se habían “acostumbrado el uno al otro”. Ninguno podía siquiera imaginar vivir sin el otro.

En el otoño de 1967, su mujer se puso gravemente enferma, y el medico aconsejo al viejo que buscara ayuda en la gran ciudad. El señor Y. se resistió un poco, pero como su mujer estaba cada vez más débil y más delgada, la llevo al “gran hospital” en donde la instalaron en una unidad de tratamiento intensivo. Todo el que haya visto una unidad así, comprenderá lo diferente que es allí la vida comparada con la de una habitación de enfermo improvisada en una granja. Todas las camas están ocupadas por enfermos en estado critico, desde niños recién nacidos hasta viejos moribundos. Cada cama esta rodeada por el equipo más moderno que este granjero había visto en su vida. Hay botellas colgadas de barras, al lado de la cama, maquinas succionadoras en marcha, un monitor que registra, y miembros del personal constantemente ocupados mantenido en marcha el equipo y vigilando por si aparecen síntomas críticos. Hay muchos ruidos, un ambiente de urgencia y de decisiones criticas, muchas idas y venidas, y ningún sitio para un viejo granjero que nunca ha visto una gran ciudad.

El señor Y. insistió en estar con su mujer, pero se le dijo firmemente que solo podría verla cinco minutos cada hora. O sea que allí se estaba cinco minutos cada hora, en pie, mirando su cara blanca, tratando de sostenerle la mano, mascullando cuatro palabras desesperadas, para oír que le dijeran constantemente y firmemente “Salga, por favor, se ha acabado el tiempo”.

El señor Y. fue descubierto por uno de los estudiantes de la Dra. Ross, quien lo encontró, completamente desesperado, yendo de un extremo a otro del pasillo, como un alma en pena en el gran hospital. Lo llevo al seminario de la Dra. En donde compartió un poco su agonía, sintiéndose aliviado al tener a alguien con quien hablar. Había alquilado una habitación en la Internacional House, ocupada por estudiantes, muchos de los cuales estaban volviendo para empezar el trimestre. Le habían dicho que tenia que marcharse pronto, para dejar sitio a los estudiantes que llegaban. El edificio no estaba lejos del hospital, pero el viejo recorría a pie

aquella distancia docenas de veces. No tenía ningún lugar a donde ir, ningún ser humano con quien hablar, ni siquiera la seguridad de disponer de una habitación en el caso de que su mujer viviera más de unos pocos días. Y además, le atormentaba la inquietante consciencia de que en realidad podía perderla, de que tal vez tendría que vivir sin ella.

Mientras le escuchábamos, se fue poniendo cada vez más furioso con el hospital: furioso contra las enfermeras que eran tan crueles que solo le daban cinco minutos cada hora. Tenía la impresión de que les estorbaba incluso durante aquellos momentos tan breves ¿Era así como iba a decir adiós a la que había sido su mujer durante casi cincuenta años? ¿Cómo explicar a un viejo que una unidad de tratamiento intensivo funciona así, que hay normas administrativas y leyes que regulan las horas de visita y que en una unidad así sería intolerable un exceso de visitas, quizás no para los pacientes, pero si para todo ese equipo tan sensible?. Naturalmente, no le habría servido de mucho decirle: Bueno, usted ha querido a su mujer y ha vivido en la granja con ella muchos años... ¿Por qué no puede dejarla morir aquí? El quizás habría respondido que el y su mujer eran uno, como un árbol y sus raíces, y que uno no podía vivir sin el otro. El gran hospital prometía alargar la vida, y el, el viejo de la granja, había querido aventurarse en el por el destello de esperanza que se le había ofrecido.

No podíamos hacer mucho por el, salvo ayudarle a encontrar un sitio mas apropiado para vivir dentro de lo que permitían sus medios económicos, e informar a sus hijos de que estaba solo y necesitaba su presencia. También hablamos con las enfermeras. No conseguimos que le dejaran hacer visitas mas largas, pero por lo menos logramos que le hicieran sentirse mejor recibido durante los breves periodos que le permitían estar con su mujer.<sup>49</sup>

## **5.4. Decálogo del acompañante de duelo**

Para aquellos que quieren acompañar y ayudar a otros que han perdido seres queridos.

1. Leeré y me informaré de todo lo relacionado con el duelo, la aflicción y el luto. De esta forma mi ayuda será más efectiva.
2. Permitiré y animaré la expresión de los sentimientos de dolor y tristeza por la pérdida del ser amado, sin salir huyendo ante la expresión de los mismos.

---

<sup>49</sup> Ibidem 212-215

3. Estarán siempre mis oídos atentos para escuchar el dolor, la tristeza, la rabia, la frustración, la soledad y todos los otros sentimientos que acompañan a la aflicción.
4. Prestare, indefinidamente y mientras sea necesario, mis hombros, mis brazos y mi pecho como consuelo para sostener la afligida existencia de mi hermano adolorido.
5. No esperaré a que el deudo busque ayuda, tomaré siempre la iniciativa visitándolo o llamándolo.
6. Contribuiré a que el apoyo y la comunicación efectiva de la familia sean los instrumentos más efectivos que faciliten la recuperación por la pérdida del ser amado.
7. Respetaré las diferencias individuales en la expresión del dolor y en la recuperación del mismo.
8. Estaré atento a la presencia de reacciones anormales o distorsionadas del duelo.
9. Animaré la realización de todas las actividades necesarias para la promoción, mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades durante el duelo.
10. Una vez alcanzada la recuperación, animaré y colaboraré en el establecimiento de grupos de auto-ayuda en mi vecindario.<sup>50</sup>

## **5.5. Tan solo un paciente**

Hay pacientes que se quedan por mucho tiempo en un hospital o los visitamos como enfermeras hasta que se van, y el amor nace con la cotidianidad, un cariño fraternal que hace que les demos una atención tan especial como si fuera nuestro propio familiar, pero hay que tener cuidado con eso ya que, si no lo hacemos; saldremos lastimados con frecuencia, he aquí un ejemplo:

Y por fin te fuiste, aunque yo ya sabía por que te soñé ya muerte, pero aun así cuando me entere mi sangre se quedo helada y no entiendo por que si solo eras mi paciente.

Al llegar a tu casa lo único que quería era verte y poder arreglarte para nuevamente poder ayudarte, si, ayudarte a dar un paso mas en tu vida, aunque hubiera preferido estar en tus últimos momentos, no se por que no he podido lograrlo con ninguno de mis pacientes pero así es, después de entrar a la casa y verte tendida en la cama inerte, callada, placida, tranquila, con los ojos entreabiertos como si espieras todo lo que pasaba a tu alrededor, como si estuvieras dormida, entendí el dolor por el que pasaban tus hijos y no por que me sintiera uno

---

<sup>50</sup> <http://www.homestead.com/montedeoya/duelos.html>

de ellos, sino por que, te trate como si fueras mi propia madre, eso trato de hacer con mis pacientes para tener un trato mas integro aunque esta vez me fallo, si, me fallo por que se me resbalaron las lagrimas por mis mejillas lenta y dolorosamente como fue tu enfermedad, callando mis lagrimas y aguantándome las ganas de abrazarte y llorar como un niño cuando lo castigan sin su juguete preferido.

Pero no entendía aun por que, ¿Si solo eras mi paciente?

Te lleve una flor que te compre en el camino a mi casa, preferí pensar y tratar de entender el por que pasan las cosas, pero no lo se aun.

Blanca como tu, por que, siempre te vi así; tan blanca de alma como una flor y frágil como la mas hermosa, pero fuerte y luchando, si, así de fuerte siempre te vi, luchando con todo, y por muy dolorosa que fuera. Como una rosa llena de espinas simulando una armadura impenetrable, por no ser arrancada de su rosal.

Me levante y tu hija me tomo de la mano para decirme no se que cosa, pero no podía estructurar palabra alguna, por que tenia en la garganta todas las lagrimas que me trague por no verme frágil ante la situación, lo único que pude hacer fue apretar su mano y transmitirle que en ese momento no podía hablar y Salí de allí, casi corriendo, como un ladrón, que huye de sus perseguidores, y me fui a la calle a caminar sola tratando de controlarme.

Me acerque a tu hijo para verificar si su estado emocional era el adecuado, si necesitaba algo, pero lo encontré como siempre, huyendo de la realidad; como si no pasara nada, controlando como siempre sus sentimientos, que gran ejemplo de fortaleza les diste, y ese ejemplo también me lo llevo yo por que, me preparo para lo que a mi familia le viene

Yo te quería ver vestida de novia, arreglada, y con mi flor en tu pecho, que egoísta yo, pensar que seria la privilegiada, quería amarrártela en la mano, o por lo menos la cinta que adornaba la flor, para que no te sintieras tan sola en el camino.

Impaciente por verte salir, me asomaba a la puerta pero después de unas diez veces te vi salir en esa caja azul cielo, que color tan apropiado, ni yo lo hubiera escogido mejor.

Nos fuimos atrás de ti hasta aquel templo, vació, frío y triste, con olor a flores de muchos tipos, pero ni aun así podían las flores camuflajear ese olor tan especial de un velatorio.

Todo iba bien hasta que tu preciosa hija tomo el micrófono, yo tenia ganas de que dijera mi nombre en el micrófono para que escucharas que ahí estaba yo, esperando que abrieran el ataúd y poder volver a verte, pero nuevamente mis lagrimas rodaron sin cesar, pero; ¿por que si tan solo eras mi paciente?

Finalmente abrió la caja y en ese mismo instante me pare lo mas aprisa que pude para ser de las primeras en estar ahí, para que no estuvieras turbada de todo lo que ibas a escuchar y te puse mi flor, tu flor, que momentos antes tu hija me dio para que yo te la entregara personalmente, y te la puse encima donde yo quería que la tuvieras; junto a tu pecho, justo encima de tu corazón.

Y en ese instante comprendí por que me dolía que mi paciente se hubiera muerto, por que en especial tu, y no cualquier otro, como ya ha pasado; y es por que ya no eras mi paciente, eras parte de mi familia.

## **5.6. El cuerpo**

Después de la muerte del paciente, interviene la enfermera de manera crucial, ya que su intervención es directamente con el cuerpo, como el prepararlo y el participar en el apoyo del duelo de los familiares. Así como la solicitud o apoyo para recibir a un representante religioso de su elección.

Los ritos y costumbres funerarios se dan en todo el mundo en nuestro país incluyen la inhumación, la cremación y el embalsamiento. Para los cuales la enfermera si es que lleva una relación estrecha puede ser de ayuda y apoyo psicológico para los dolientes.

El conocimiento de la enfermera sobre temas relacionados con el fallecimiento como son los el proceso cognoscitivo, formación de aptitudes, opiniones, normas y creencias, ayuda a la plantación de la atención Enfermera, y facilita el proceso del duelo, dando sensación de bienestar y seguridad.

La intimidad es una estructura existencial de la persona dice Susana Rosales y Eva Reyes en su libro Fundamentos de Enfermería, comenta que, “Tiene dos niveles: el interpersonal que comprende un numero reducido de personas en una atmósfera especial; y el personal en una atmósfera especial; y el personal o derecho del individuo de guardar su misterio y su secreto. Ambos niveles se complementan creando un ambiente de confianza, de seguridad y de protección.

Como podemos entender en el párrafo anterior la intimidad juega un papel importantísimo tanto en el paciente como en el difunto ya que mantener la dignidad del paciente no tiene precio.

Para preparar el cadáver en el amortajamiento es importante aislarlo ya que el procedimiento para los familiares sería muy agresivo, hay que alinear el cuerpo, cerrarle los párpados, colocar prótesis dental y elevar ligeramente la cabeza con algún almohadón ya que la rigidez cadavérica se lleva a cabo por un tiempo de 3 a 12 horas después de la muerte cerebral. Así como también se debe presionar el abdomen ligeramente y taponar cavidades y sellar incisiones con algodón para que este absorba los fluidos corporales, posterior a esto se realiza el aseo del cadáver ya que así la apariencia no impactara a los familiares.

La colocación de las pertenencias del familiar siempre se deberá realizar frente a un familiar o responsable y verificar que no se olvide nada ya que el regreso de algún familiar al lugar en donde falleció el paciente es muy doloroso he innecesario.

En este momento los familiares se encuentran devastados por lo que se debe de identificar a la persona responsable y orientarlo para la realización del papeleo entre los cuales se encuentran el egreso por defunción y el consentimiento bajo información.

Posterior al amortajamiento se lleva el cadáver a un depósito en lo que llegan los señores de la funeraria, en donde extraños lo preparan, lo embalsaman, lo visten, lo perfuman y lo arreglan con cosméticos para dar la apariencia de que sigue luciendo vivo, a lo cual implica más negación.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> O'Connor. Op. Cit. P.p. 12

A diferencia de las costumbres anteriores que las mujeres se dedicaban después del fallecimiento a lavar todo y los hombres a construir el ataúd y excavar la tumba, aceptando su fin de vida y decirle adiós con amor, ahora es impersonal, frío y sin amor.<sup>52</sup>

El certificado de defunción es un documento legal para fines sanitarios, legalización de bienes o beneficios a familiares, así como también el certificado de defunción es un documento legal que será necesario para los procedimientos de velación y trámites legales.

El consentimiento bajo información en relación a donación post-mortem de órganos y tejidos o autopsia, requiere de un documento legalmente requisitado ya sea por el paciente ahora fallecido o por el familiar o representante legal.

Con respecto a las diferentes religiones citaremos a los judíos y los Cristianos en sus costumbres y religiones así citaremos algunos párrafos de la Biblia y la Tora.

#### Biblia

2ª Pedro 1:14

Sabiendo que en breve debo abandonar el cuerpo, como nuestro señor Jesucristo me ha declarado.

Génesis 3:19

Con el sudor de tu rostro comerás el pan hasta que vuelvas a la tierra, por que de ella fuiste tomado pues polvo eres y al polvo volverás.

Salmos 104:29

Escondes tu rostro, se turban; las quitas del halito, dejan de ser y vuelven al polvo.

Hebreos 9:27

Y de la manera que esta establecido para los hombres que mueran, una sola vez y después de esto el juicio.<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> Ibidem. 13

<sup>53</sup> De Valera. Op. Cit.

Tora

Parasha Vaierá 21:15

Fue y se sentó a cierta distancia, pues dijo: <No quiero ver la muerte del niño>. Y se sentó a la distancia, alzo la voz y lloro.

Parasha Bo 10:28

El Faraón dijo: <<¡ Vete de mi!>>Cuídate de no ver mas mi rostro, pues el día que veas mi rostro, morirás.

Parasha Shoftim 19:6

Para que el que redime la sangre no persiga al asesino, pues su corazón estará caliente, y le dará alcance, pues el camino fue largo, y lo atacara mortalmente, y no hay juicio de muerte sobre el, pues no lo odiaba ayer ni desde anteayer.

Parasha Masei 35:30

Todo el que ataque a una persona, se matara al asesino según el testimonio de testigos, pero no atestiguara contra una persona en lo concerniente a la muerte.<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> Duvnow, Simón. (1960) La Tora. Barcelona: Sigal.

*No me dejes pedir protección ante los peligros,  
Sino valor para afrontarlos.*

*No me dejes suplicar que se calme mi dolor,  
Sino que tenga ánimo para dominarlo.*

*No me dejes buscar aliados en el campo de batalla  
De la vida, como no sea mi propia fuerza.*

*No me dejes anhelar la salvación lleno de miedo e inquietud, sino desear la paciencia  
necesaria para conquistar mi libertad.*

*Concédeme no ser un cobarde,  
Experimentar tu misericordia solo en mi éxito;*

*Pero déjame sentir que tu mano me sostiene en mi fracaso.*

*Rabindranth Tagore.*

# **CAPITULO VI MATERIAL Y METODO**

## **6.1. Delimitación del problema**

Tomaremos como ejemplo la historia de una Enfermera que gracias a su historia, podemos analizar la problemática en la que se ven envueltos la mayoría de los estudiantes de la carrera de Enfermería.

Desde que inicio su carrera, trabajo en hospitales, en el primero no tenia contacto con los pacientes solo con los familiares en cuestiones administrativas, en el segundo, fue la primera estudiante que trabajaba ahí, ella iba en cuarto semestre y era auxiliar de Enfermería, por lo que las exigencias en los procedimientos eran muchas, y siempre estaba supervisada por alguien más; y para ella era todo un reto, ya que siempre quería hacer más.

Cuando decidieron dejarla “Sola”, con un paciente cuyo diagnostico era una GEPI y el paciente salía al día siguiente, ella se sentía muy feliz ante tal privilegio, aquel joven tenía entre veinte y veinticinco años, deportista, recién casado y acababa de terminar su carrera.

Alrededor de las veinte horas, sonó la alarma de paro por lo que todos corrieron, lo primero que ella hizo fue correr por el carro rojo y llevarlo a la habitación pero se le helo la sangre al ver a su paciente, aquel joven fuerte y apuesto con todo un futuro brillante por delante, en la cama, casi sin vida.

Al entrar en la habitación ya había medio hospital adentro, corriendo y moviéndose encima de aquel joven al compás del conteo de resucitación, su madre, que lloraba a gritos y le suplicaba a Dios por su recuperación se desgarraba la ropa de dolor, hincada en una esquina de la habitación, ella colocó el carro a un costado de la cabecera y empezó a preparar ampollas, soluciones y jeringas; todas las que le pedían prácticamente a gritos, los doctores mientras se suplían en la resucitación. Impresionada por aquel cuadro tan aterrador giro su cabeza lentamente hacia el joven que se debatía entre la vida y la muerte con su cuerpo desnudo moviéndose de forma involuntaria al darle las compresiones de resucitación, con su cara cianótica por la falta de oxígeno, de pronto entro un Doctor con el que ella tenía una buena

amistad y trato de sacar a su madre, argumentando que era un cuadro muy dramático para ella, por lo que ella pensó que tenía razón; pero de igual forma entendió que cualquier madre en su sano juicio no querría separarse de su hijo en sus últimos minutos de vida. El Médico tratante solicitó el expediente quien después de analizarlo agitadamente corrió a ver la solución de base que hidrataba al joven y de un giro empezó a clavar sus ojos que parecía que se desorbitaban entre cada uno de los Doctores ahí presentes y pregunto con una voz gruesa y demandante ¿Quién cambio las indicaciones? Por lo que en un segundo reino el silencio y solo se oían los sollozos cansados y desesperados de la madre que yacía en el mismo rincón, y el aliento cansado del doctor que no dejaba de dar resucitación al joven; al no encontrar la respuesta, el Doctor salió de la habitación dando un portazo y segundos después entro la supervisora y buscando la mirada de la Enfermera estudiante se acerco y casi en secreto le pregunto ¿Por qué haz cambiado la solución? Ella, que casi no podía articular palabra por la impresión del suceso, le dijo que el Médico Internista había cambiado las indicaciones y que se encontraba la hoja del expediente en el gabinete del paciente junto con la hoja de enfermería y su rubrica aunada con su cédula, de manera instantánea se dio la vuelta y salió de la habitación.

Ya habían pasado cuarenta y cinco minutos desde que iniciaron y las chicas del siguiente turno ya habían llegado y pero ella seguía ahí, sin pensar en el tiempo, solo quería estar hasta el final. Entro nuevamente el Médico tratante y le pidió a la Mamá que la acompañara a la puerta que tenía algo muy importante que decirle y ella accedió. Segundos más tarde se oyó un grito, que era de la madre diciendo ¡Los voy a demandar!, en ese momento trato de entender que era lo que estaba pasando y entro la supervisora con una compañera y le dijo ¡Acompáñame ella te suplirá!

Al dejar todo noto que sus manos estaban llenas de sangre por las cortadas de las ampollitas al reventarlas. Cuando salio, le hizo señas a su amigo el Doctor de que le hablaría, a lo que el asintió con la cabeza. La supervisora les dijo a las que estuvieron con ese paciente que se cambiaran rápido de ropa y que salieran por la puerta de atrás y no vinieran al día siguiente, ella no entendía que era lo que pasaba. Al salir ya la esperaba un amigo y le platico lo que había pasado, el; callado con su mirada fija en ella, la abrazo y le dijo, no te preocupes, tu hiciste todo lo que estaba en tus manos, durante el camino al llegar a casa no hablaron nada, solo sentía las miradas de su amigo. Cuando llegaron a casa, sus padres que estaban preocupados por el retraso le preguntaron ¿Qué paso, por que han llegado tan tarde?, Les

platico y ellos se quedaron callados sin saber que decir, su amigo se despidió y su mamá lo acompañó a la puerta.

Su padre se acercó y la abrazó, la llevó a su recámara, y antes de salir, le dijo trata de descansar ha sido un día muy difícil, mañana lo veras con otros ojos. De repente su mamá entro con una taza de té y se quedó ahí con ella, le hablaron a su amigo el Doctor, quien les dijo que marcaron la hora de su muerte después de que se había salido; pero que había sido por negligencia Médica. Se quedó pensando y recordando todo hasta que el sueño la venció, pero en la madrugada la despertó una sensación extraña, era un frío que subía desde los pies y sentía una angustia que jamás había experimentado y termino con taquicardia.

Le hable a su mamá y ella la abrazó y empezó a orar en voz alta hasta que se quedó dormida. Cuando llegó al hospital el tema estaba prohibido y era como si no hubiese pasado nada.

### **Preguntas de investigación**

Ante esta situación se desarrollan diversas interrogantes:

- ❖ ¿Por qué es importante saber que las Enfermeras tengan nociones en Tanatología?
- ❖ ¿Qué nivel de información manejan con respecto al tema?
- ❖ ¿Cuál es la percepción que tienen los estudiantes de Enfermería en el proceso de duelo?
- ❖ ¿Qué necesidades de aprendizaje tienen para afrontar enteramente los procesos de agonía, muerte y sobre todo el proceso de duelo?
- ❖ ¿Cuáles son las experiencias tanatológicas significativas que han tenido los alumnos de la Licenciatura?
- ❖ ¿Qué estrategias utilizan para sopesar el duelo ante la muerte de uno de sus pacientes?

## **6.2. Hipótesis**

Si el estudiante ha tenido vivencias cercanas a la muerte, entonces su concepto del proceso de duelo ha cambiado positivamente, es decir; se encuentra en condiciones de superar una pérdida.

### **6.3. Objetivo General**

Conocer los casos y la forma en que afrontan el duelo, los estudiantes de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia en sus practicas clínicas; así como el concepto que tienen sobre la tanatología y su relación con la enfermería.

Conformando y fortaleciendo al personal de Enfermeria como una herramienta de vivencias clínicas relacionadas con la muerte, la teoría que explica el proceso de muerte y duelo, para saber y ayudar a manejar las pérdidas.

### **6.4. Tipo de Diseño, población y muestra**

Se realiza un estudio observacional, transversal, en la población de estudiantes de cualquier semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. La muestra es de tipo convencional, integrado por 100 unidades de observación.

### **6.5. Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación**

#### **Inclusión:**

- ❖ Se incluyen a alumnos de segundo a octavo semestre.
- ❖ Alumnos que aceptaron contestar el cuestionario.
- ❖ Alumnos que asistieron el día de la entrevista.
- ❖ Alumnos que se encontraban en clases regulares y su Maestra accedió a la aplicación del cuestionario.

#### **Exclusión:**

- ❖ Alumnos de distintos semestres.
- ❖ Alumnos que no accedieron a contestar el cuestionario.
- ❖ Alumnos que no asistieron el día de la realización de la entrevista.

#### **Eliminación:**

- ❖ Cuestionarios incompletos

❖ Cuestionarios con duplicación de respuestas

## **6.6. Instrumento y/o materiales**

Encuesta de exploración sobre tanatología (anexo 1). En dicha encuesta se explora si el estudiante cuenta con información respecto a la tanatología, ¿Cómo ha obtenido dicha información?, ¿Cómo obtiene respuesta a sus interrogantes?, ¿Si cuenta o no con asesoría escolarizada?. En esta encuesta se realizó específicamente para el uso de esta investigación, por lo que se realizó una prueba piloto dentro de las mismas características de los sujetos de la población abierta, aplicando 30 formularios y los entrevistados indicaron que la encuesta era lo suficientemente clara y sin ambigüedades. A esta encuesta se le aplicó un análisis de fiabilidad mediante Alpha de Cronbach.

## **6.7. Procedimiento**

Las aplicaciones se llevaron a cabo en la Escuela de Enfermería y Obstetricia, obteniendo la autorización del profesor del salón seleccionado, se consiguieron a los sujetos de la muestra y se les aplicó el instrumento. A todos los sujetos se les hizo presentación, se les explicó los motivos de la entrevista y se les agradeció su participación, así como a los profesores que colaboraron permitiendo las aplicaciones a sus alumnos.

Proceso estadístico de datos.

Recolección. Se realiza mediante el método de encuesta en la que se aplicó el instrumento denominado EEA-1, el cual está integrada por 67 ítems y una pregunta abierta, mismo que se contesta según los criterios siguientes:

En absoluto (no)=0

En alguna medida (un poquito)=1

Bastante=2

En gran medida(mucho)=3

ver anexo 1 (formulario)

El recuento, presentación y análisis se hace usando SPSS versión 12, los datos se presentan en frecuencias porcentuales con su gráfico correspondiente en barras y sectores.

### Definición de variables

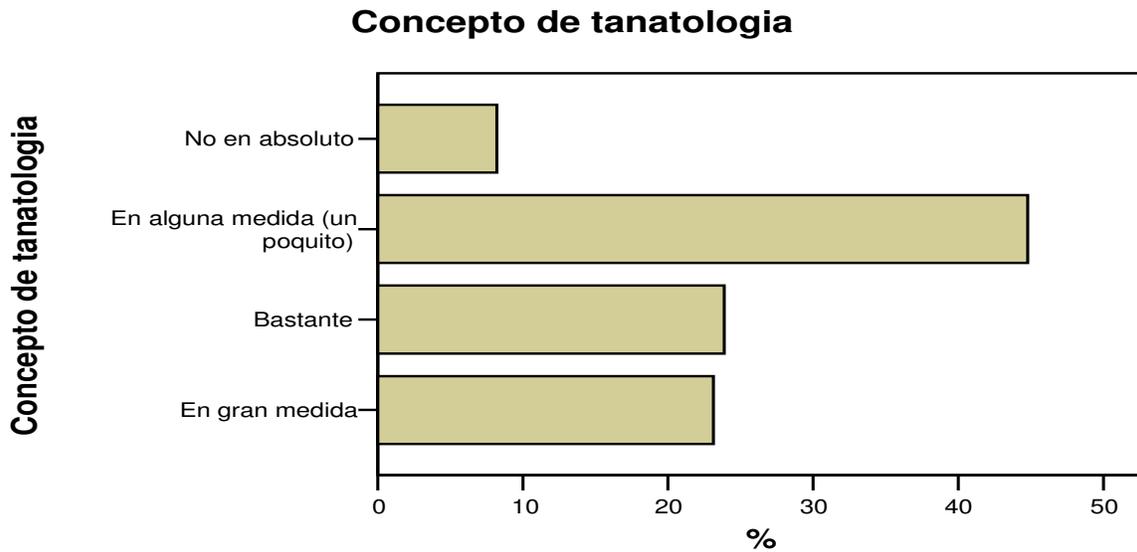
Categoría o dimensión del proceso de duelo	Indicadores	Tipo de variable y escala	Pregunta que la incluye	Análisis
Negación	No aceptación del suceso Distanciamiento No pensar en el problema Enojo Incredulidad Poca experiencia Actitud negativa Respuestas negativas Negación No seguir Verlo negativamente Poca búsqueda Olvido Poco control Poca iniciativa	Cualitativa nominal	2,10,11,16,17,19 21,25,28,31,42 45,47,54,67	%
Ira	Enojo Negación de Dios Pérdida de la fe Búsqueda de culpables Autocrítica No búsqueda de modelos Espera de lo peor Confusión de sentimientos Adicciones Hermetismo	Cualitativa nominal	4,8,14,18 35,38,44 55,62 64	%
Negociación	Sujeción al procedimiento Búsqueda de Dios Tristeza Intercambio Regateo Intercambio	Cualitativa nominal	13,23,29 32,52,63	%
Depresión	Exceso de sueño Llanto incontrolable Baja autoestima Pérdida del apetito Taquicardia Ansiedad Alcoholismo Drogadicción Poca actividad	Cualitativa nominal	7,15,20 34,35 41,48,51 58,59,60	%

	Falta de fé Alejamiento			
Aceptación	Conocimiento del proceso Búsqueda de información Concepto acertivo del duelo Respuestas positivas Reaccion analítica Actitud positiva Búsqueda de apoyo Aceptación de compañía Motivación general Maduraron Actitud esperada Experiencia favorable Importancia y valor de la vida Cambio de costumbres Tranquilidad Afrontamiento Seriedad Experiencias Saber que hacer Búsqueda de soluciones Necesidad afectiva Planificación Fortalecimiento de la Fe Tolerancia Paz	Cualitativa nominal	1,3,5,6 9,12,22 24,26,27 30,33,37 39,40,43 46,49,50 53,56,57 61,65,66	%

CUADRO NUM. 1

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SOBRE EL CONCEPTO DE TANATOLOGÍA QUE TIENEN LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRÁFICA NUM. 1  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SOBRE EL CONCEPTO DE TANATOLOGÍA QUE TIENEN LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

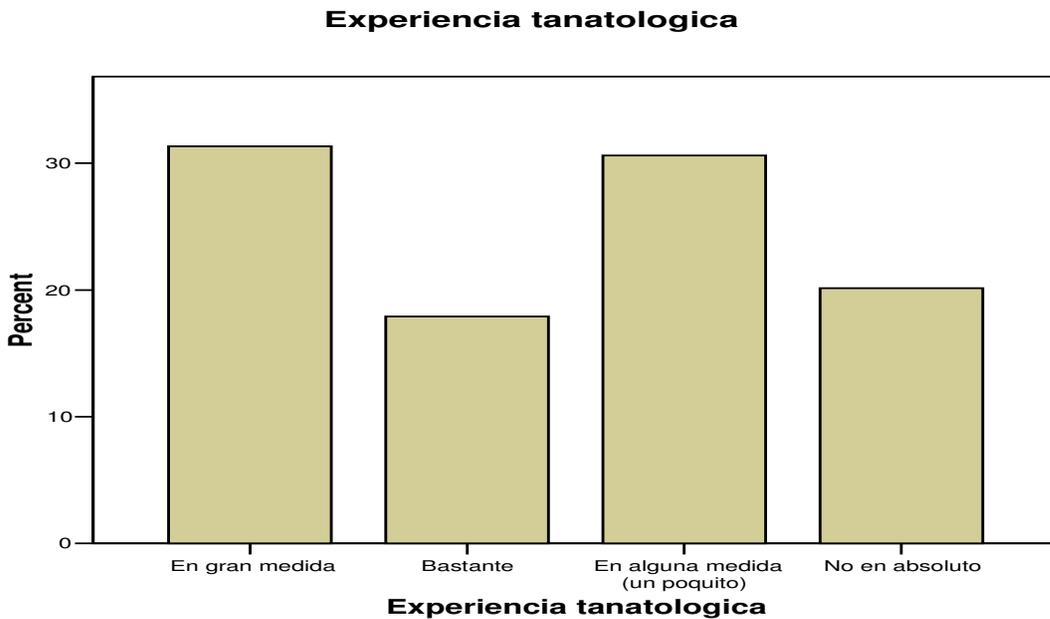


FUENTE: CUADRO 1

CUADRO NUM. 2

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SOBRE LAS EXPERIENCIAS TANATOLÓGICAS DE LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRÁFICA NUM. 2  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SOBRE LAS EXPERIENCIAS TANATOLÓGICAS  
 DE LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM  
 2007

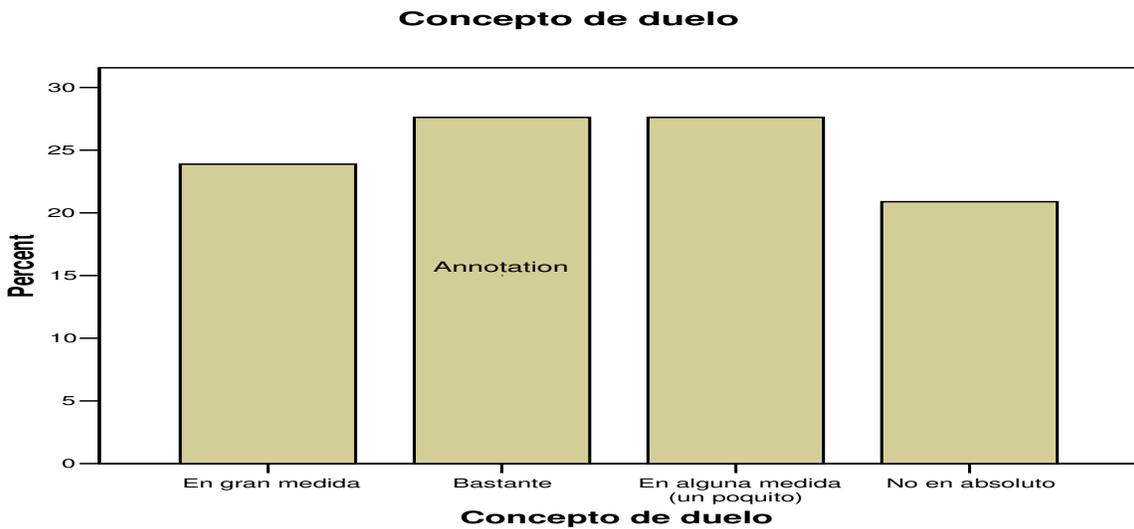


FUENTE: CUADRO 2

CUADRO NUM. 3

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SOBRE EL CONCEPTO DE DUELO QUE TIENEN  
 LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 3  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SOBRE EL CONCEPTO DE DUELO QUE TIENEN  
 LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM  
 2007



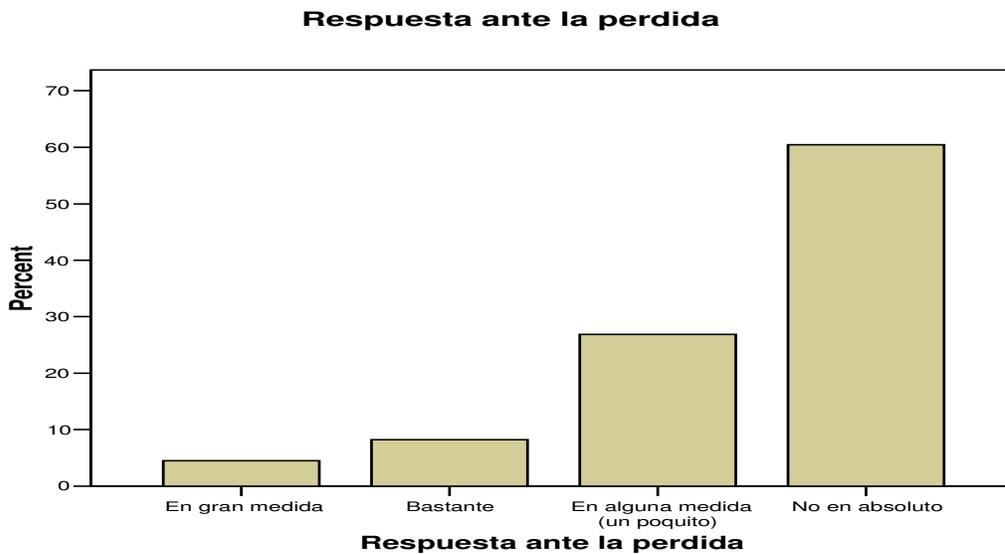
FUENTE: CUADRO 3

CUADRO NUM. 4

DISTRIBUCIÓN DE LAS RESPUESTA ANTE UNA PÉRDIDA HUMANA EN LOS  
 ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 4

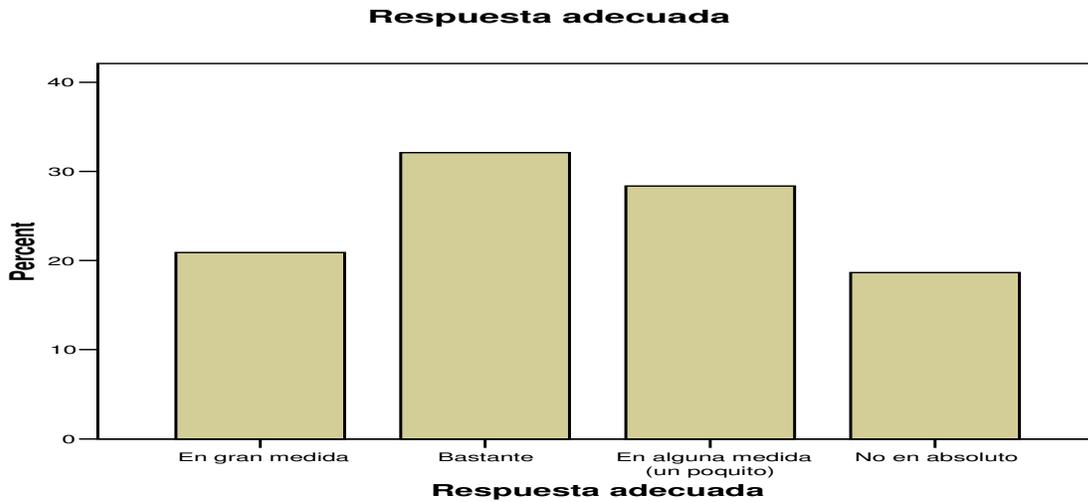
DISTRIBUCIÓN DE LAS RESPUESTA ANTE UNA PÉRDIDA HUMANA EN LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007



FUENTE: CUADRO 4  
CUADRO NUM. 5

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE DIERON UNA RESPUESTA ADECUADA DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 5  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE DIERON UNA RESPUESTA ADECUADA DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

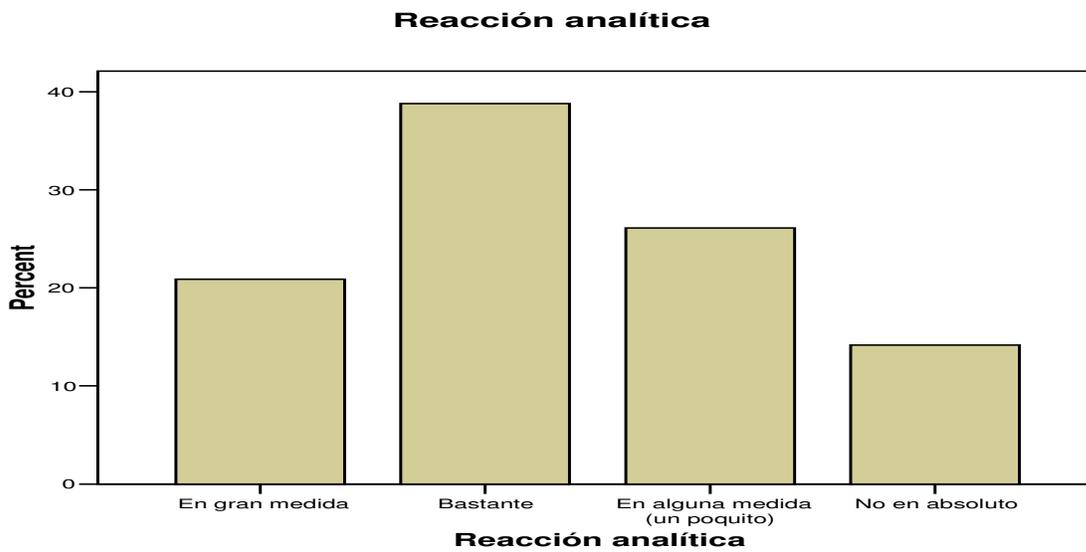


FUENTE: CUADRO 5

CUADRO NUM. 6

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS ANTE LA REACCION ANALITICA EN LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 6  
 DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS ANTE LA REACCION ANALITICA EN LOS  
 ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM  
 2007

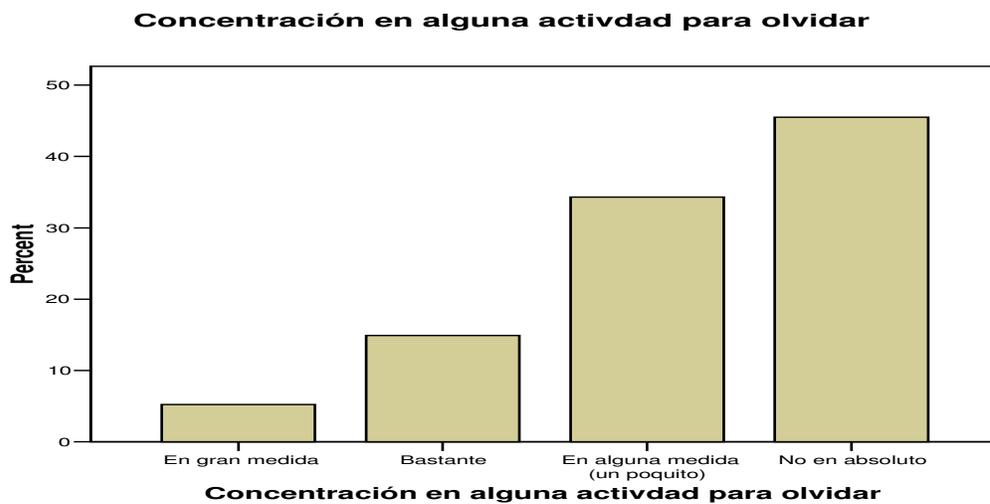


FUENTE: CUADRO 6

CUADRO NUM. 7

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS ANTE LA NECESIDAD DE CONCENTRACION EN  
 ALGUNA ACTIVIDAD PARA OLVIDAR UNA PERDIDA EN LOS ALUMNOS DE LA  
 LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 7  
 DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS ANTE LA NECESIDAD DE CONCENTRACION EN ALGUNA ACTIVIDAD PARA OLVIDAR UNA PERDIDA EN LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

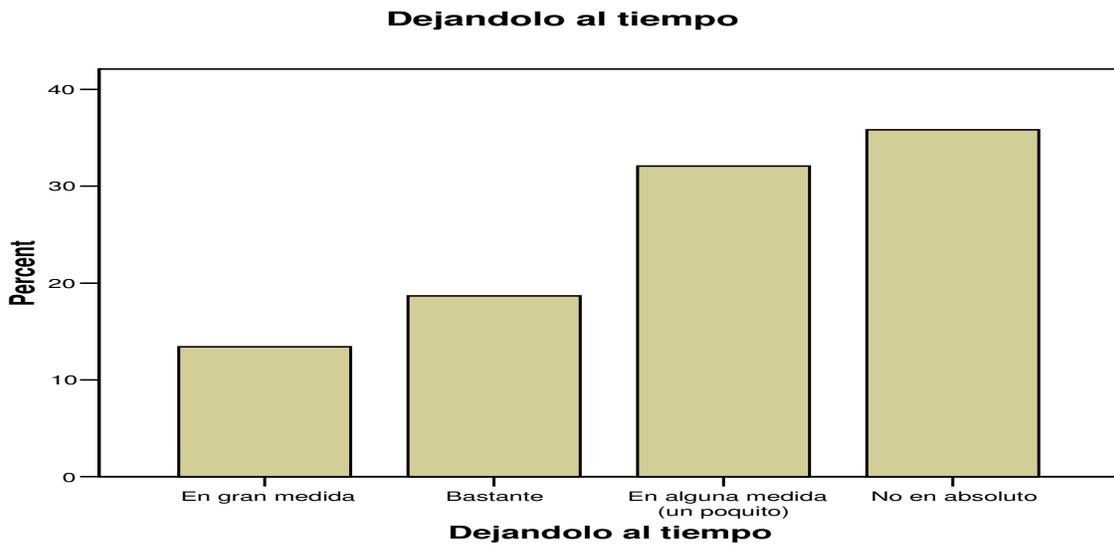


FUENTE: CUADRO 7

CUADRO NUM. 8

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS ANTE LA POSIBILIDAD DE DEJARLO TODO AL TIEMPO DE LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

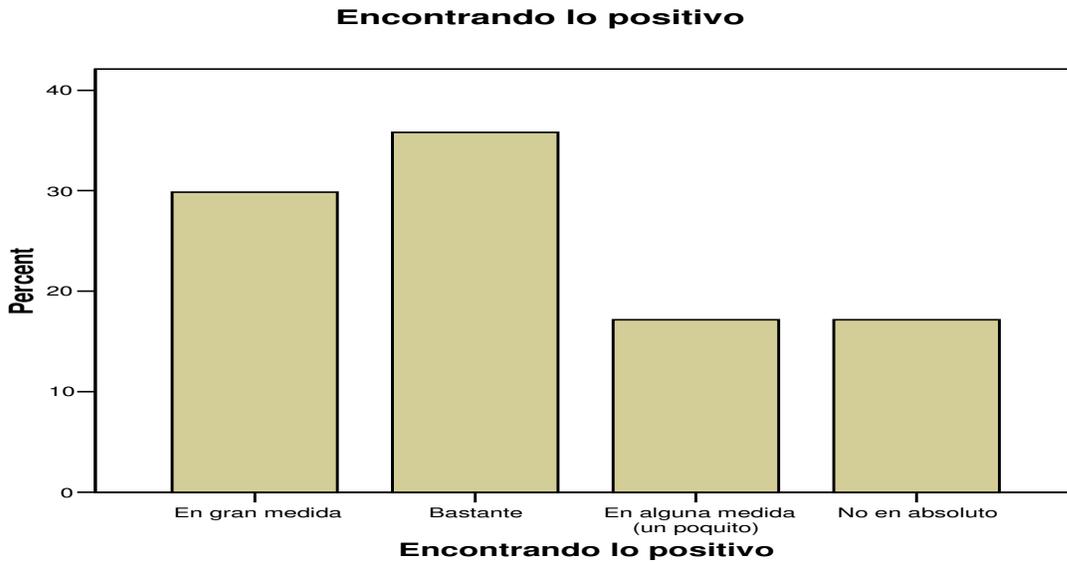

GRAFICA NUM. 8  
 DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS ANTE LA POSIBILIDAD DE DEJARLO TODO AL TIEMPO DE LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007



FUENTE: CUADRO 8  
 CUADRO NUM. 9

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS ANTE LA POSIBILIDAD DE ENCONTRAR LO POSITIVO EN UNA SITUACION DE DUELO DE LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 9  
 DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS ANTE LA POSIBILIDAD DE ENCONTRAR LO POSITIVO EN UNA SITUACION DE DUELO DE LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

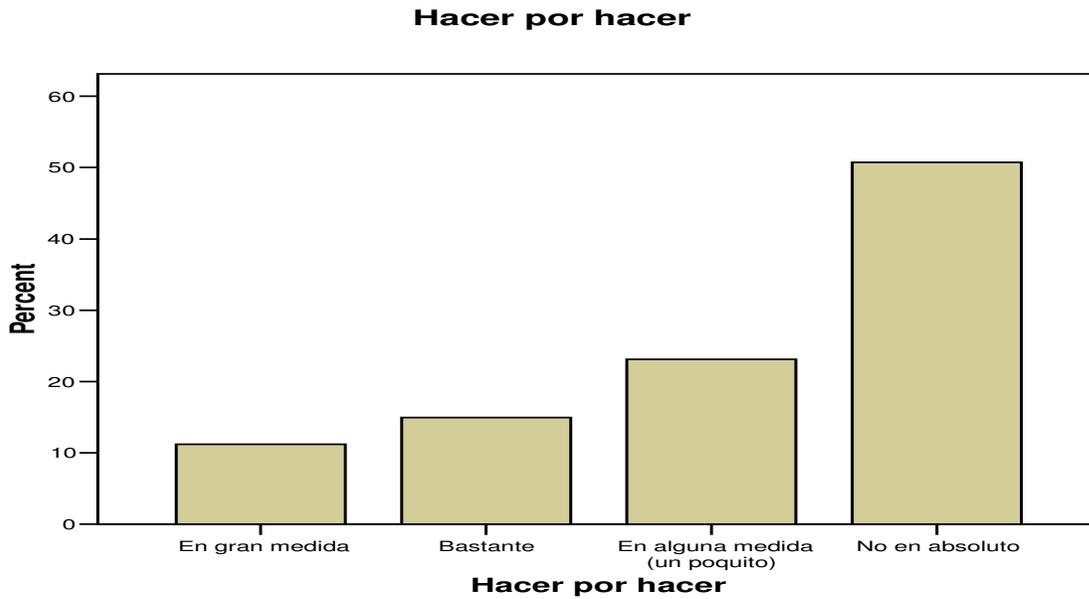


FUENTE: CUADRO 9

CUADRO NUM. 10

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS ANTE LA ACTITUD DE HACER POR HACER DE LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 10  
 DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS ANTE LA ACTITUD DE HACER POR HACER DE  
 LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

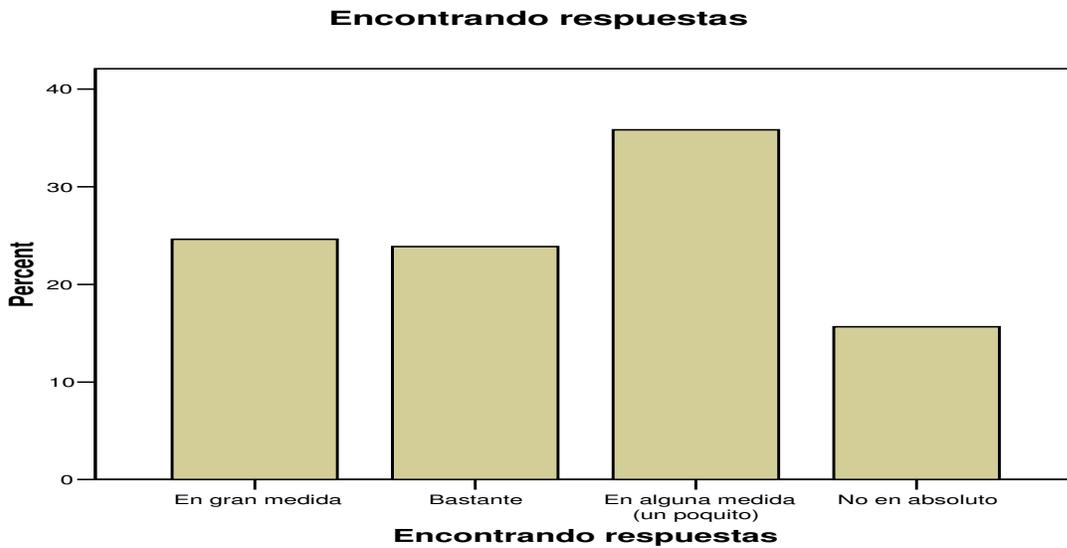


FUENTE: CUADRO 10

CUADRO NUM. 11

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE ENCONTRARON RESPUESTAS  
 DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN  
 ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

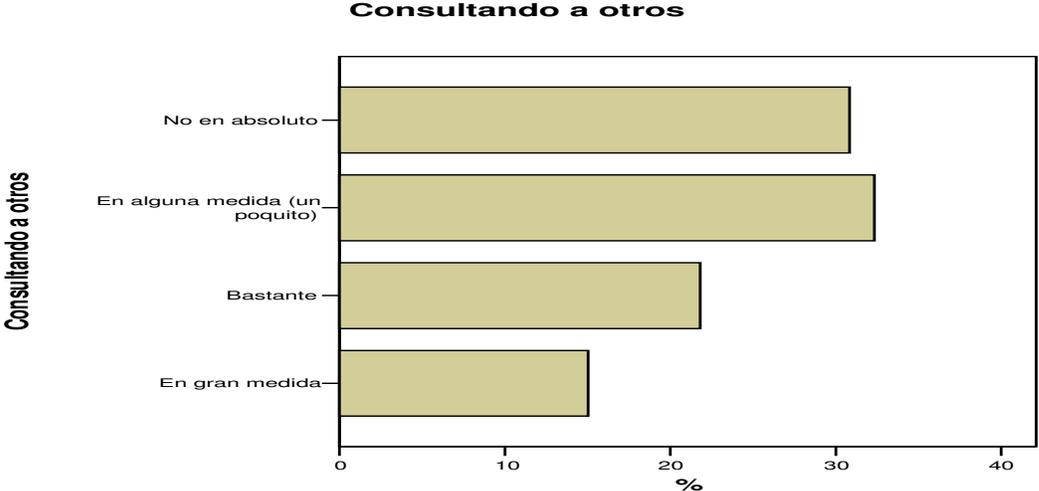

GRAFICA NUM. 11  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE ENCONTRARON RESPUESTAS DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007



FUENTE: CUADRO 11  
 CUADRO NUM. 12

DISTRIBUCIÓN VECES EN LAS QUE CONSULTARON A OTRAS PERSONAS DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

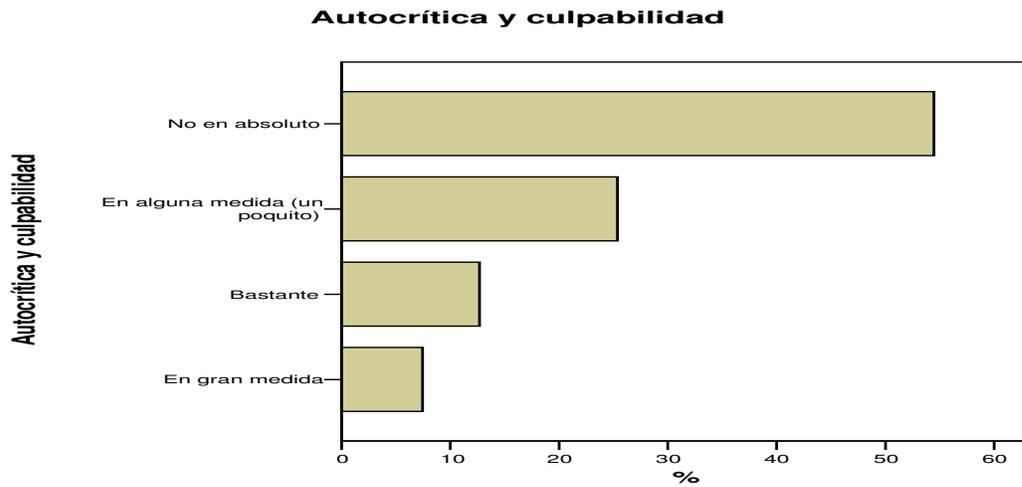

GRAFICA NUM. 12  
 DISTRIBUCIÓN VECES EN LAS QUE CONSULTARON A OTRAS PERSONAS DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007



FUENTE: CUADRO 12

CUADRO NUM. 13  
 FRECUENCIA EN LA QUE SE AUTOCRITICARON Y CULPARON DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 13  
 FRECUENCIA EN LA QUE SE AUTOCRITARON Y CULPARON DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007



FUENTE: CUADRO 13

CUADRO NUM. 14

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS EN LAS QUE EXISTE LA DISPOSICION ANTE LA RECUPERACION POST DUELO DE LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 14  
 DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS EN LAS QUE EXISTE LA DISPOSICION ANTE LA RECUPERACION POST DUELO DE LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

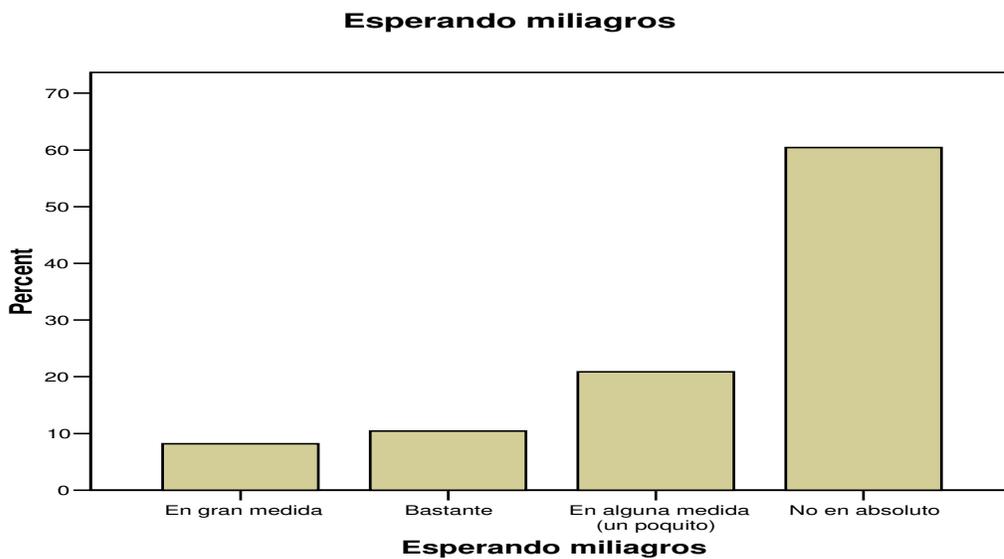


FUENTE: CUADRO 14

CUADRO NUM. 15

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE ESPERAN UN MILAGO DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 15  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE ESPERAN UN MILAGO DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

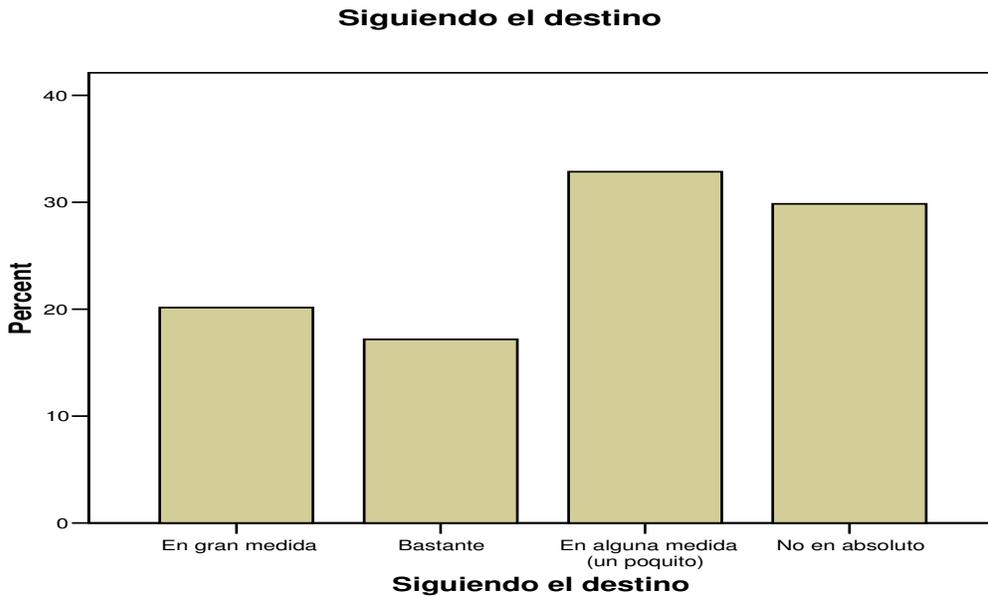


FUENTE: CUADRO 15

CUADRO NUM. 16

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE PREFIRIERON SEGUIR EL DESTINO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 16  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE PREFIRIERON SEGUIR EL DESTINO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

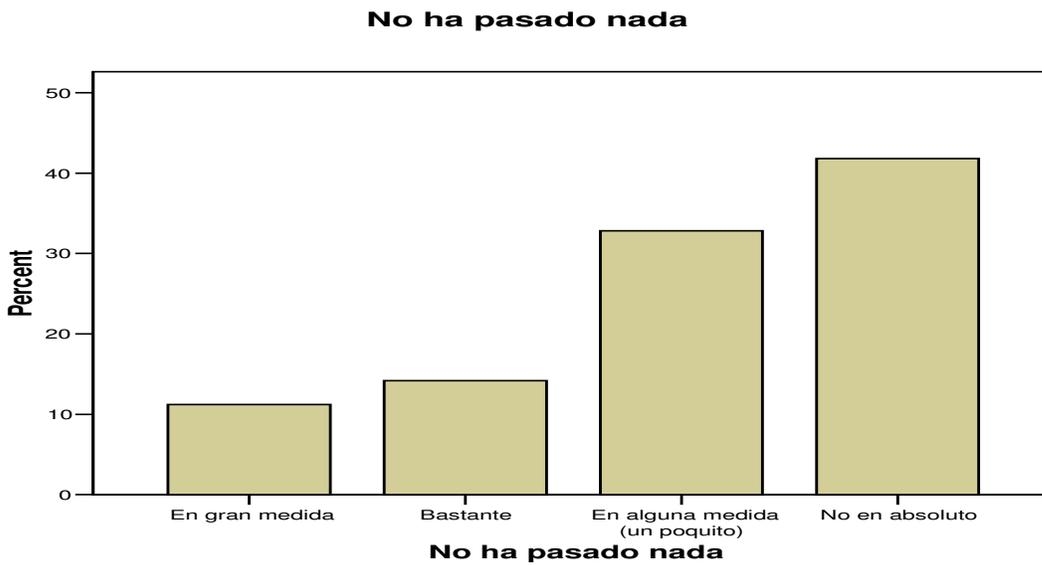


FUENTE: CUADRO 16

CUADRO NUM. 17

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE DECIDIERON SEGUIR COMO SI NO HUBIESE PASADO NADA LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 17  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE DECIDIERON SEGUIR COMO SI NO HUBIESE PASADO NADA LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

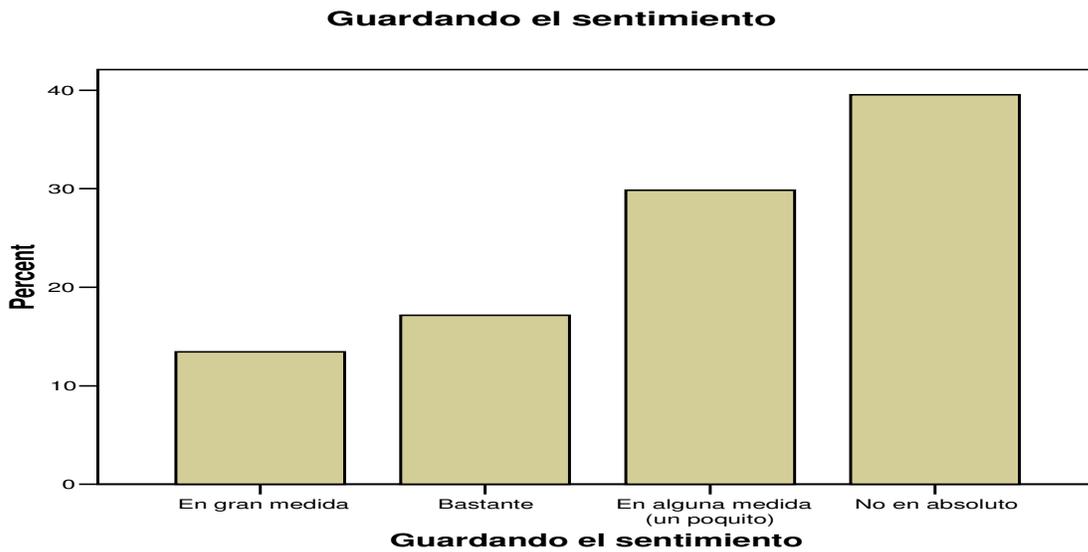


FUENTE: CUADRO 17

CUADRO NUM. 18

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE DECIDIERON GUARDAR SUS SENTIMIENTOS LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 18  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE DECIDIERON GUARDAR SUS SENTIMIENTOS LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

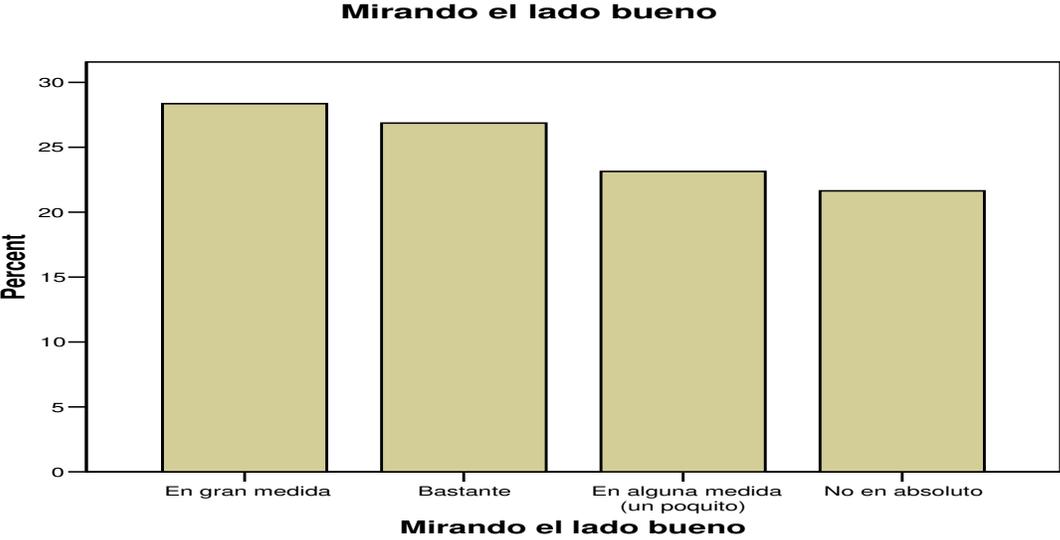


FUENTE: CUADRO 18

CUADRO NUM. 19

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE PREFIRIERON VER EL LADO BUENO EN UN PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 19  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE PREFIRIERON VER EL LADO BUENO EN UN PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

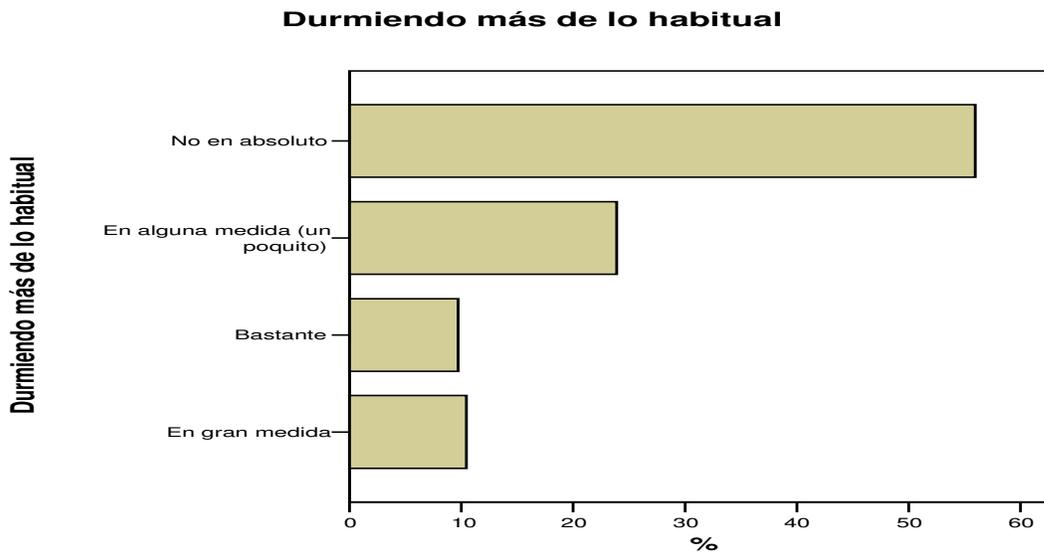


FUENTE: CUADRO 19

CUADRO NUM. 20

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE DURMIERON MAS DE LO HABITUAL DURANTE UN PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 20  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE DURMIERON MAS DE LO HABITUAL DURANTE UN PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

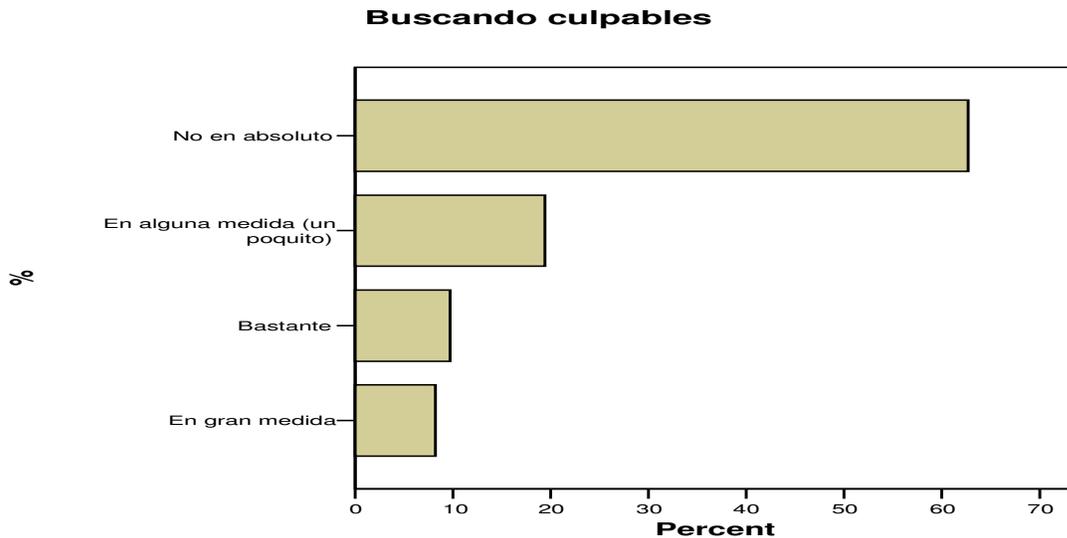


FUENTE: CUADRO 20

CUADRO NUM. 21

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE PREFIRIERON BUSCAR CULPABLES DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 21  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE PREFIRIERON BUSCAR CULPABLES DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

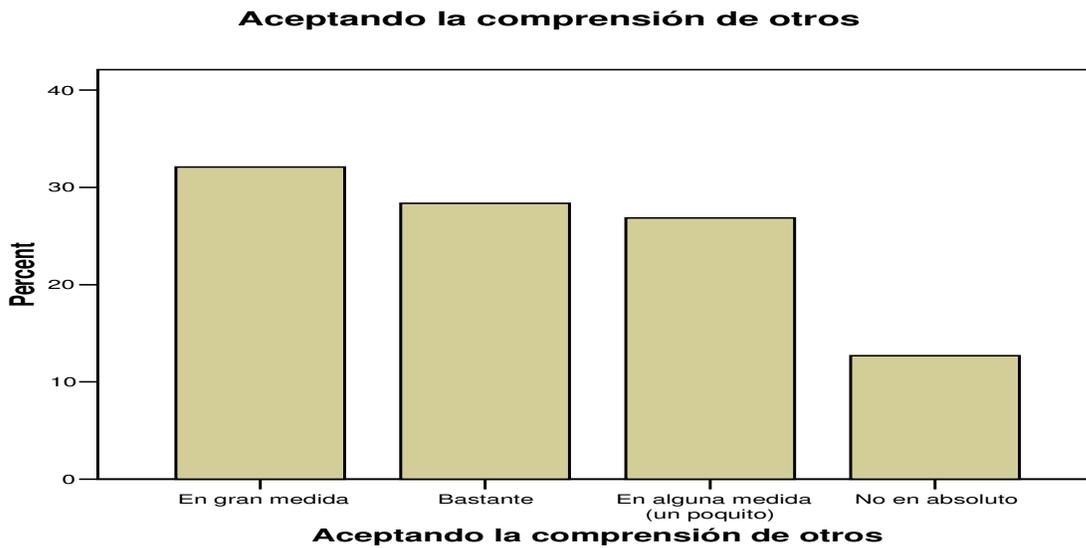


FUENTE: CUADRO 21

CUADRO NUM. 22

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE ACEPTARON LA COMPRESION DE OTROS DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 22  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE ACEPTARON LA COMPRESION DE OTROS DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

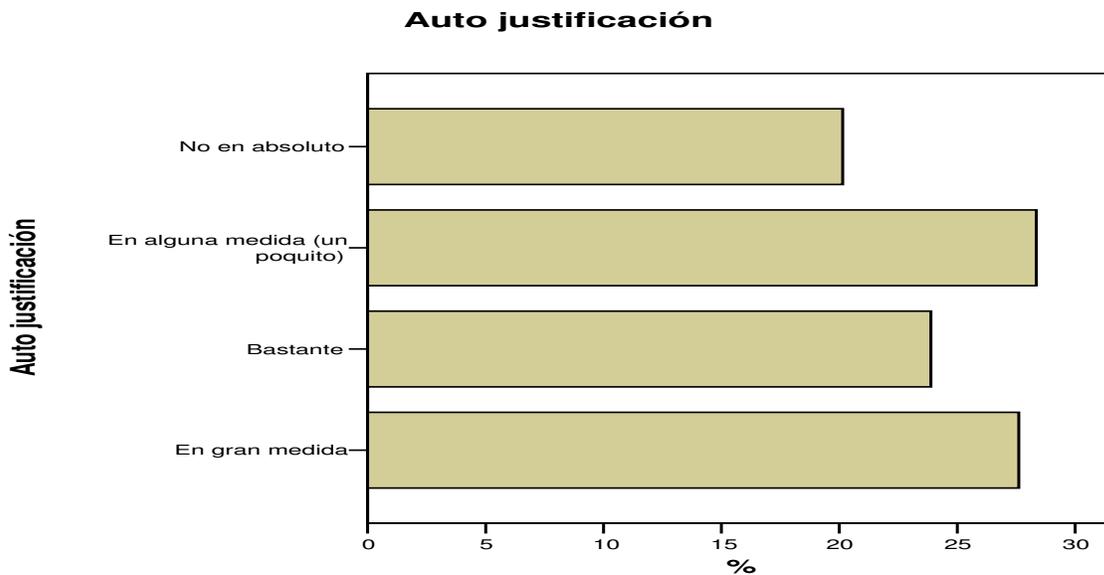


FUENTE: CUADRO 22

CUADRO NUM. 23

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE SE AUTOJUSTIFICARON EN UN PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 23  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE SE AUTOJUSTIFICARON EN UN PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

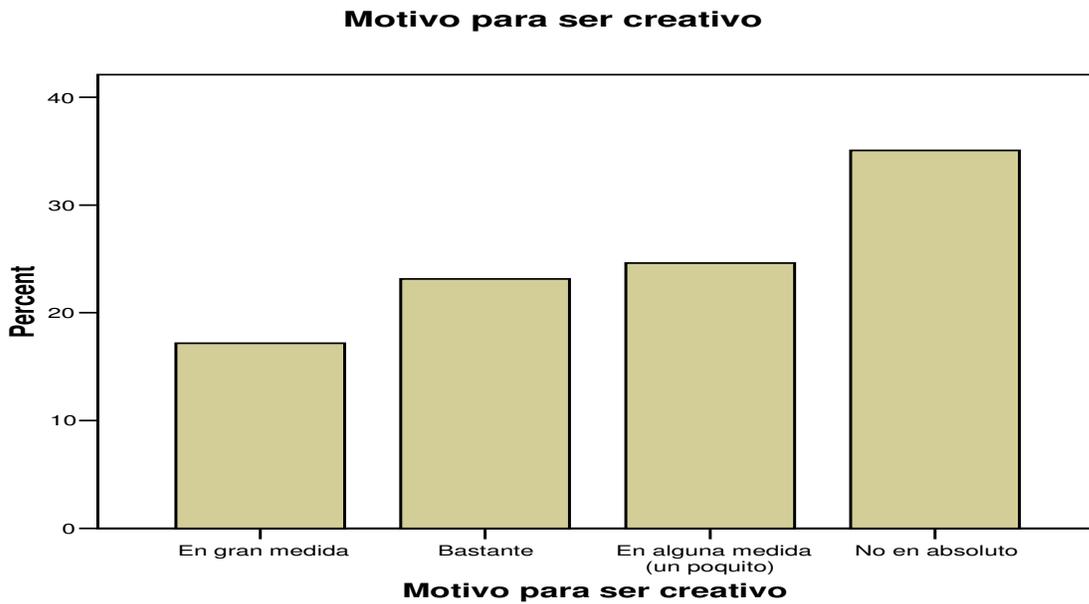


FUENTE: CUADRO 23

CUADRO NUM. 24

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE SE MOTIVARON A REALIZAR ACTIVIDADES CREATIVAS LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 24  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE SE MOTIVARON A REALIZAR  
 ACTIVIDADES CREATIVAS LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN  
 ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

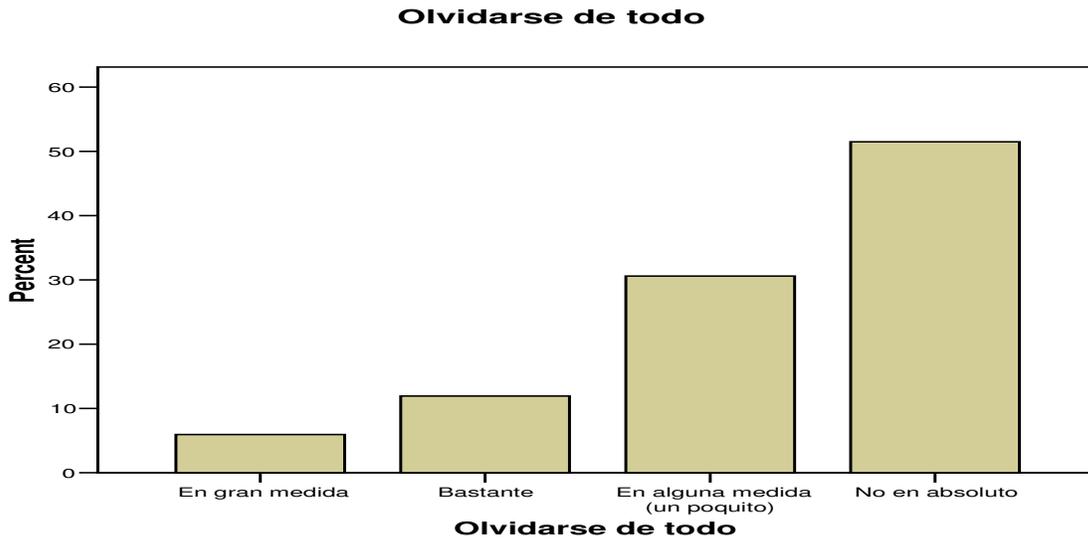


FUENTE: CUADRO 24

CUADRO NUM. 25

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE DECIDIERON OLVIDARSE DE  
 TODO DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA  
 EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 25  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE DECIDIERON OLVIDARSE DE TODO DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

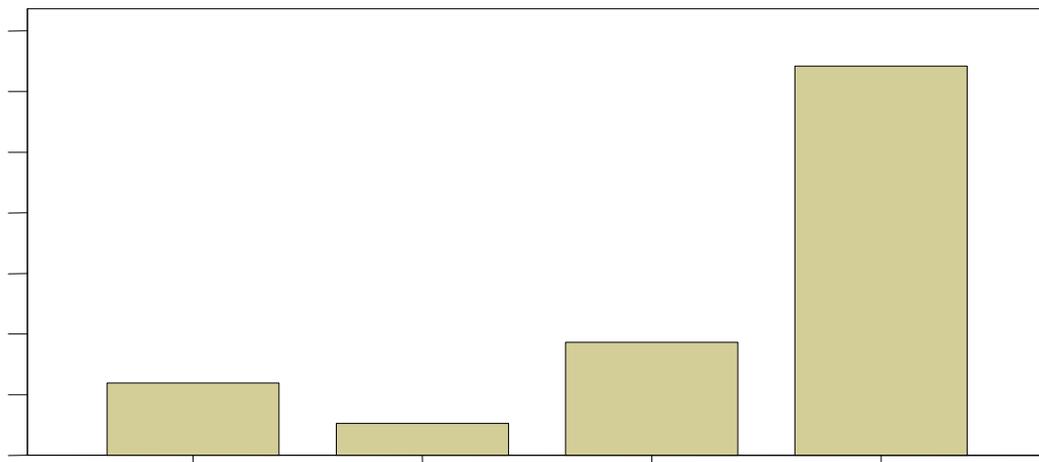


FUENTE: CUADRO 25

CUADRO NUM. 26

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE BUSCARON AYUDA DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

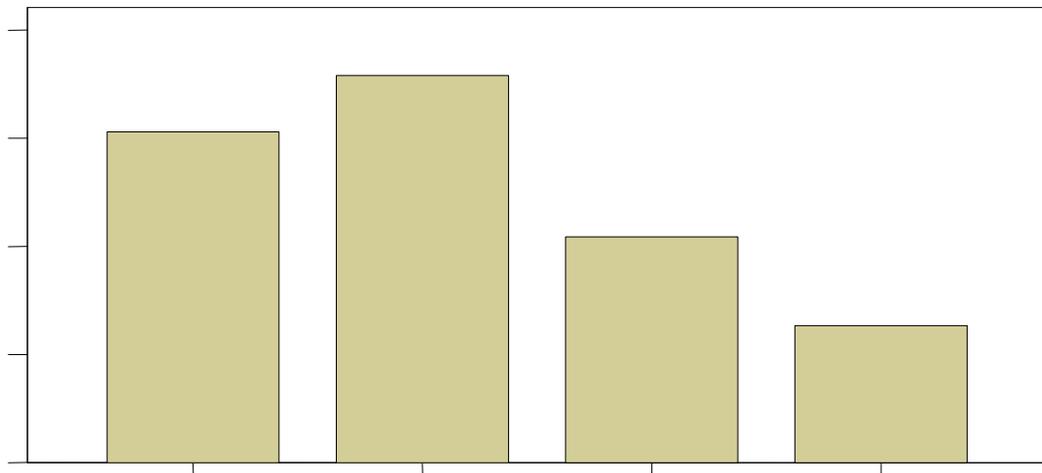

GRAFICA NUM. 26  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE BUSCARON AYUDA DURANTE  
 EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN  
 ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007



FUENTE: CUADRO 26  
 CUADRO NUM. 27

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE MADURARON COMO PERSONA  
 DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN  
 ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 27  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE MADURARON COMO PERSONA DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007



FUENTE: CUADRO 27

CUADRO NUM. 28

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE SE ESPERARON ANTES DE HACER ALGO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 28  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE SE ESPERARON ANTES DE HACER ALGO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

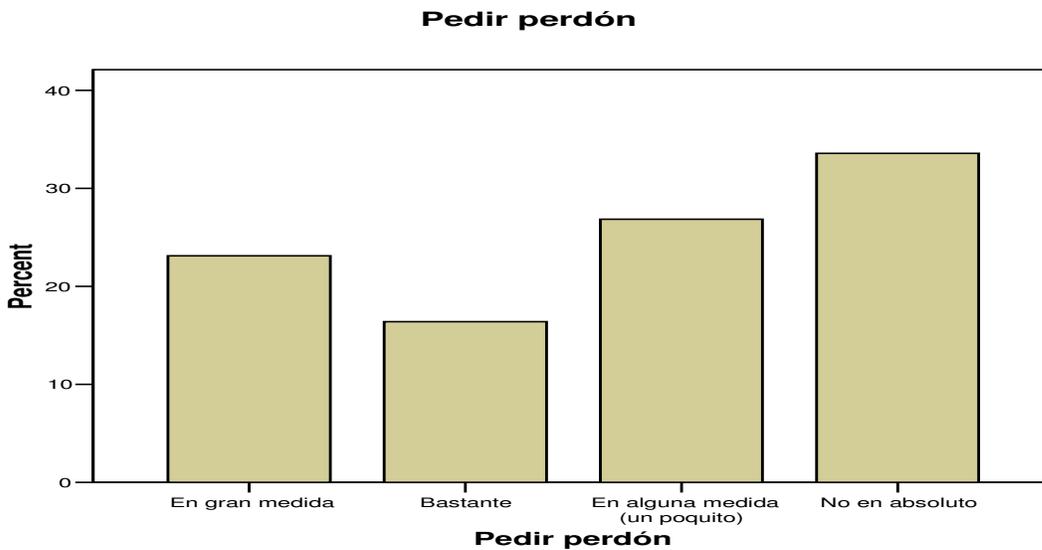


FUENTE: CUADRO 28

CUADRO NUM. 29

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS PIDIERON PERDON DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 29  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS PIDIERON PERDON DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

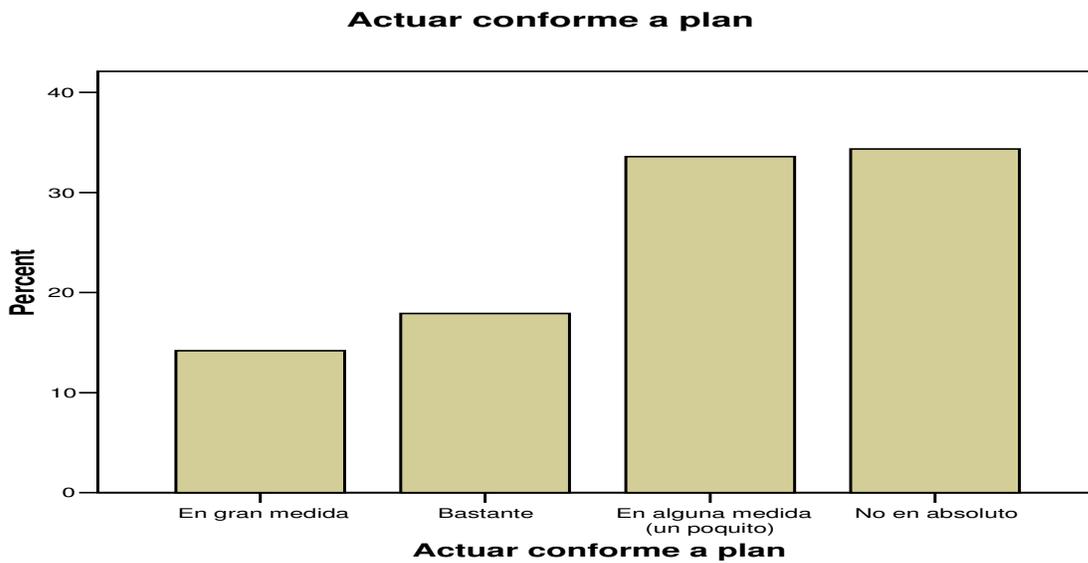


FUENTE: CUADRO 29

CUADRO NUM. 30

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE ACTUARON CONFORME AL PLAN DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 30  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE ACTUARON CONFORME AL PLAN DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

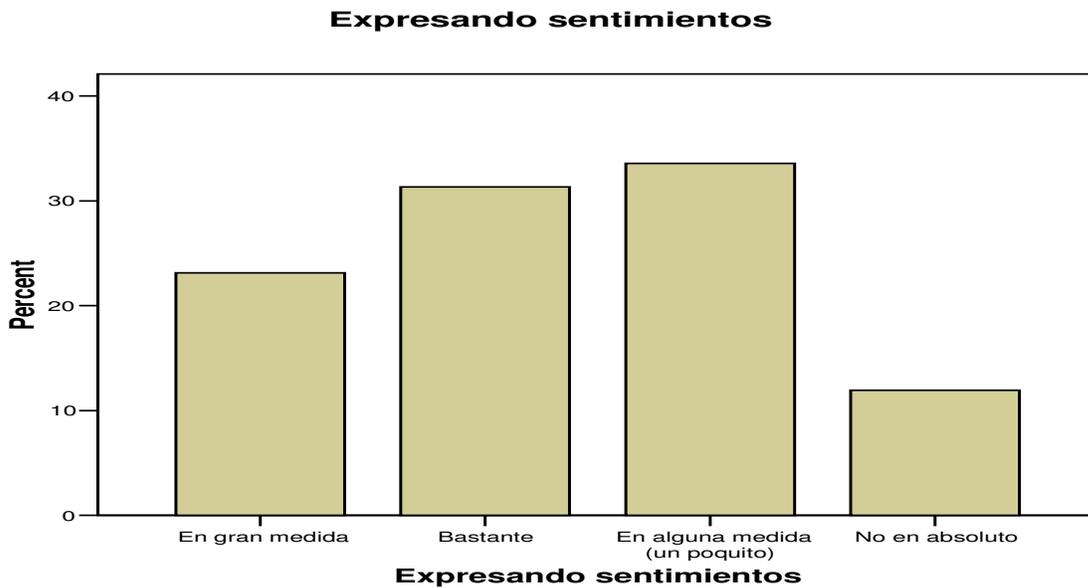


FUENTE: CUADRO 30

CUADRO NUM. 31

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE EXPRESARON SUS SENTIMIENTOS DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 31  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE EXPRESARON SUS SENTIMIENTOS DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

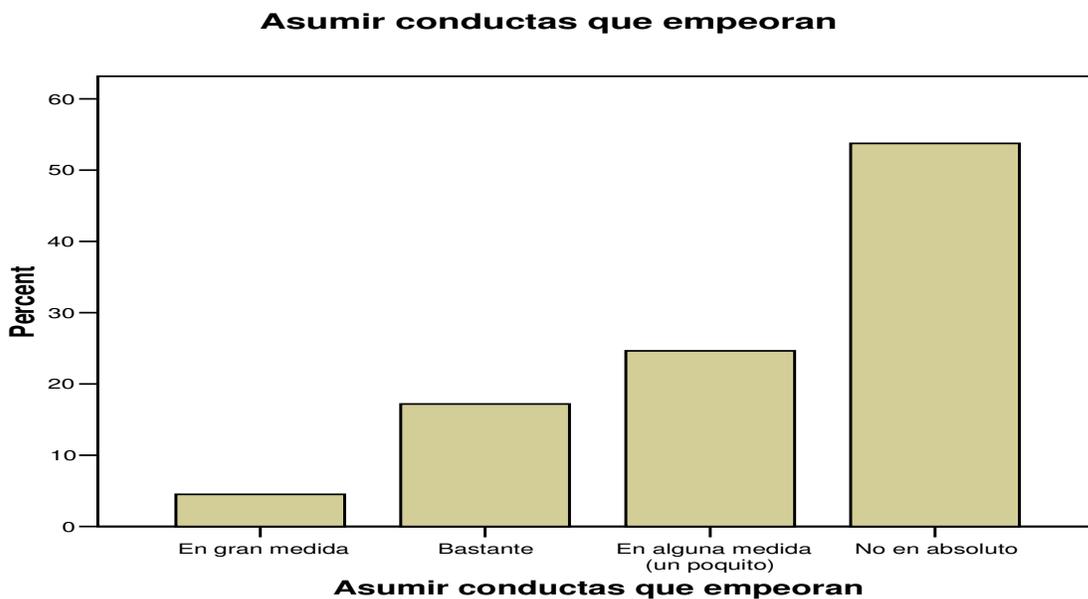


FUENTE: CUADRO 31

CUADRO NUM. 32

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE ASUMIERON CONDUCTAS QUE EMPEORARON LA SITUACION DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 32  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE ASUMIERON CONDUCTAS QUE EMPEORARON LA SITUACION DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

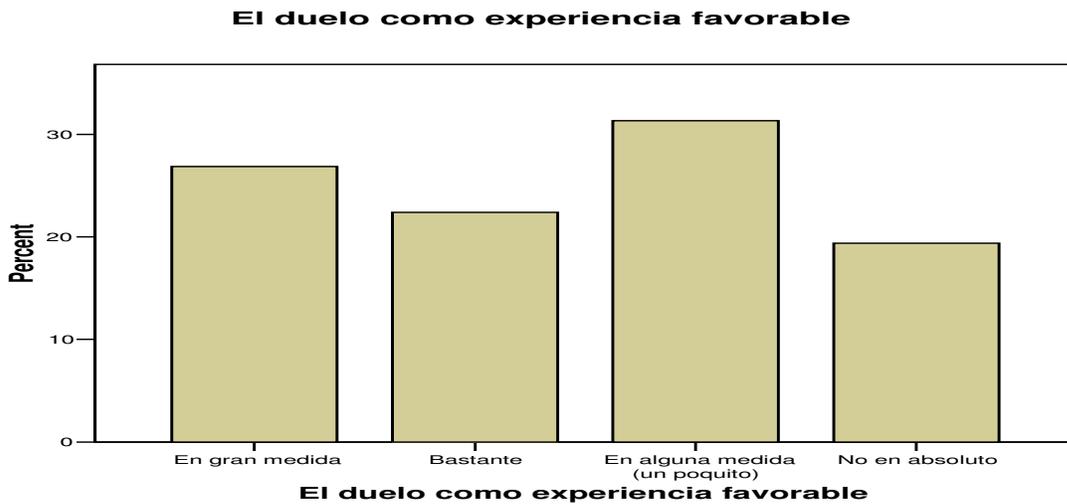


FUENTE: CUADRO 32

CUADRO NUM. 33

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE EL DUELO FUE UNA EXPERIENCIA QUE LES FAVORECIO COMO PERSONAS DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 33  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE EL DUELO FUE UNA EXPERIENCIA QUE LES FAVORECIO COMO PERSONAS DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007



FUENTE: CUADRO 33

CUADRO NUM. 34

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE DECIDIERON ALEJARSE POR UN TIEMPO DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 34  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE DECIDIERON ALEJARSE POR UN TIEMPO DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

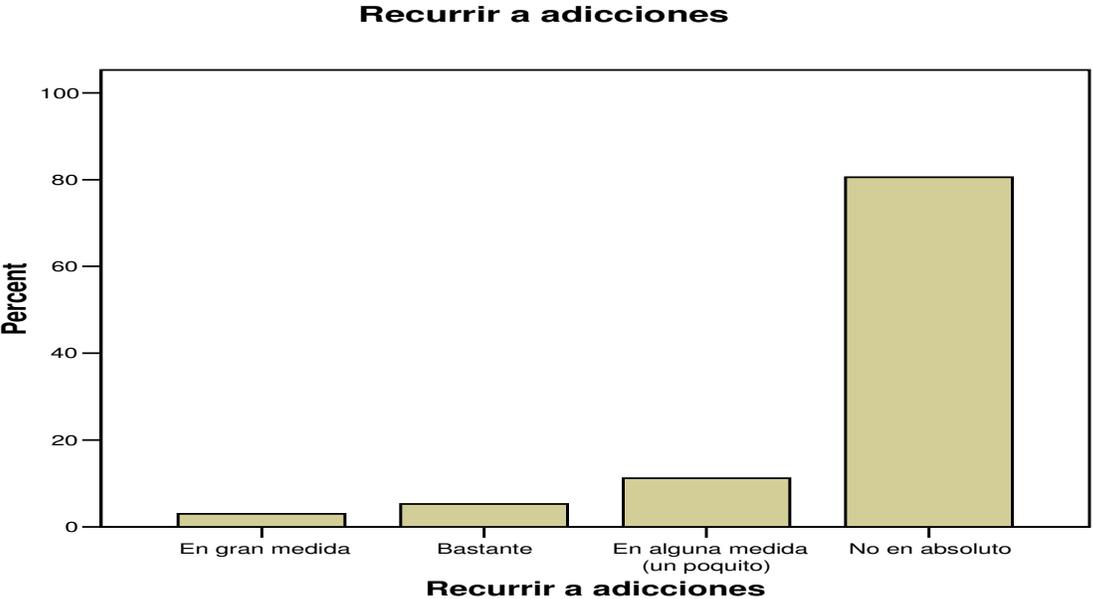


FUENTE: CUADRO 34

CUADRO NUM. 35

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE RECURRIERON A LAS ADICCIONES DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

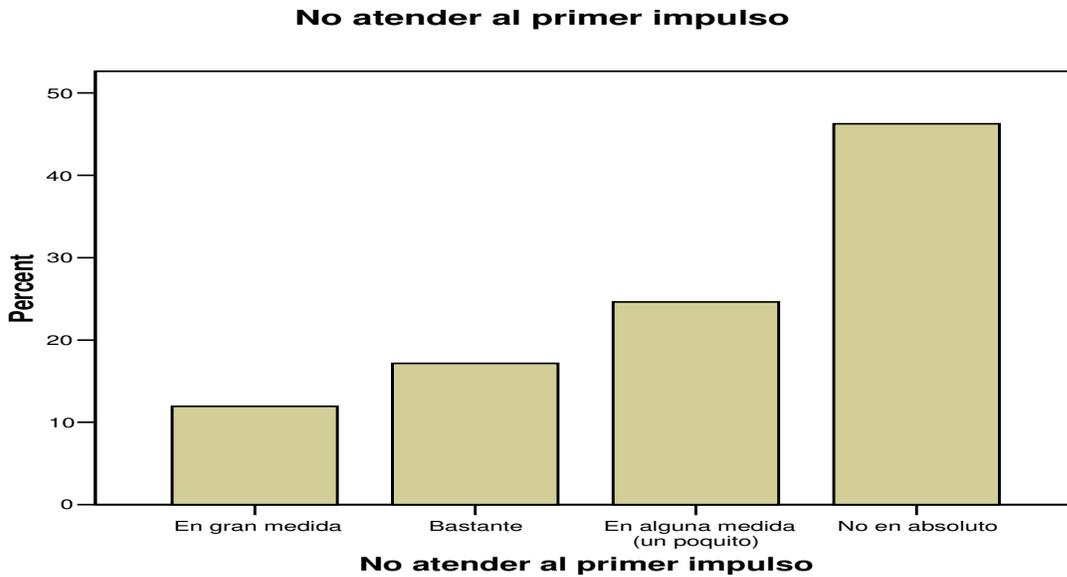

GRAFICA NUM. 35  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE RECURRIERON A LAS ADICCIONES DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007



FUENTE: CUADRO 35

CUADRO NUM. 36  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE NO ATENDIERON AL PRIMER IMPULSO DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 36  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE NO ATENDIERON AL PRIMER IMPULSO DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

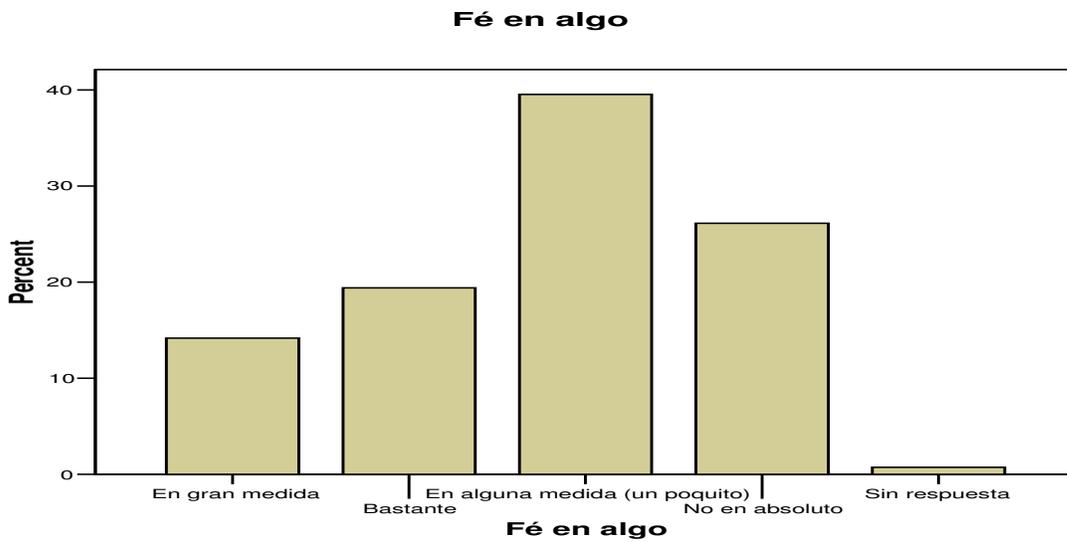


FUENTE: CUADRO 36

CUADRO NUM. 37

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE TUVIERON FE EN ALGO DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 37  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE TUVIERON FE EN ALGO DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

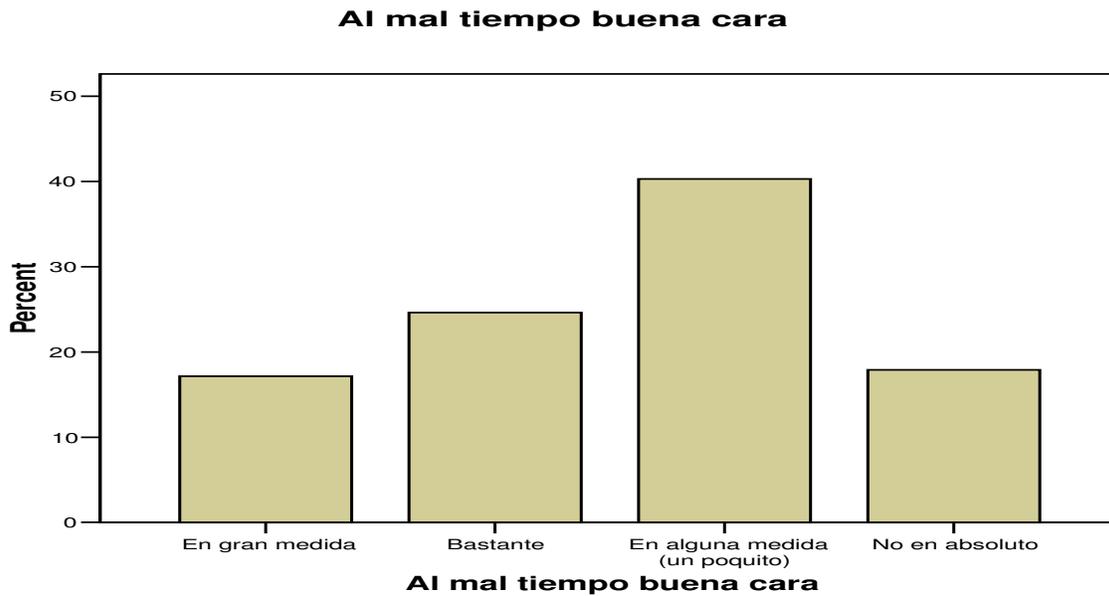


FUENTE: CUADRO 37

CUADRO NUM. 38

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS SE LE DIO AL MAL TIEMPO BUENA CARA DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 38  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE SE LE DIO AL MAL TIEMPO BUENA CARA DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007



FUENTE: CUADRO 38

CUADRO NUM. 39

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE PUDIERON VER LO IMPORTANTE DE LA VIDA DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

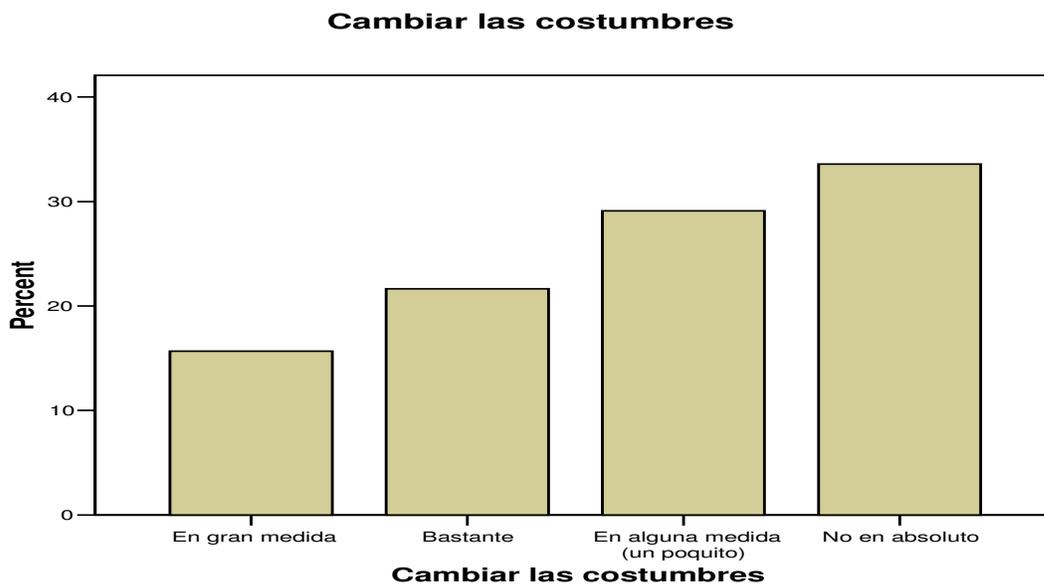

GRAFICA NUM. 39  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE PUDIERON VER LO IMPORTANTE DE LA VIDA DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007



FUENTE: CU7ADRO 39

CUADRO NUM. 40  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE LOGRARON CAMBIAR LAS COSTUMBRES DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 40  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE LOGRARON CAMBIAR LAS COSTUMBRES DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

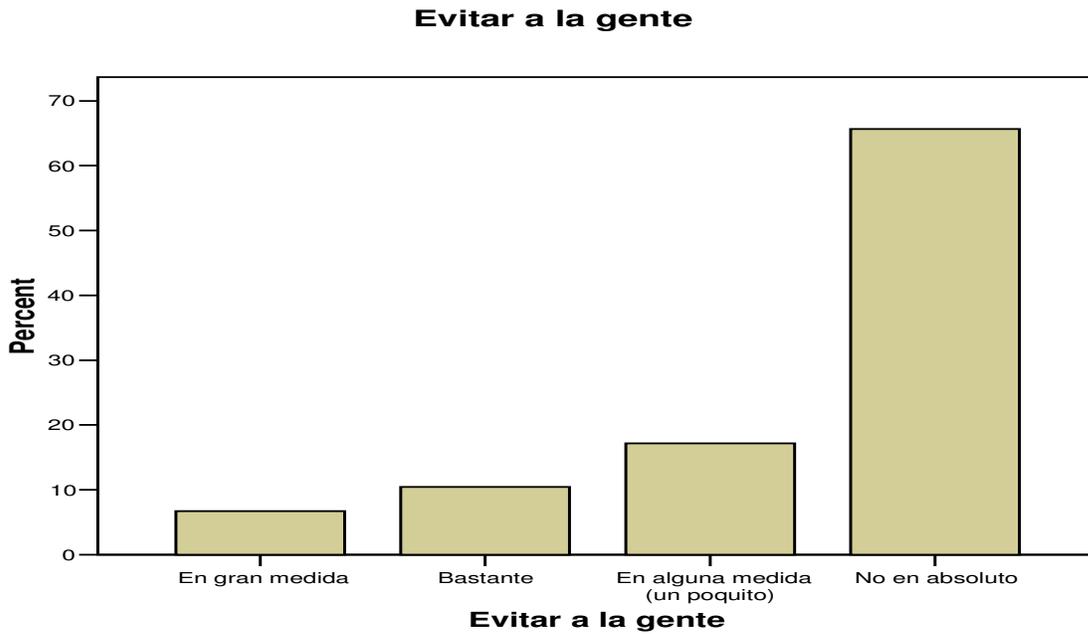


FUENTE: CUADRO 40

CUADRO NUM. 41

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE EVITARON A LA GENTE DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 41  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE EVITARON A LA GENTE DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007



FUENTE: CUADRO 41

CUADRO NUM. 42

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE NO PENSARON TANTO EN EL PROBLEMA DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 42  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE NO PENSARON TANTO EN EL PROBLEMA DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

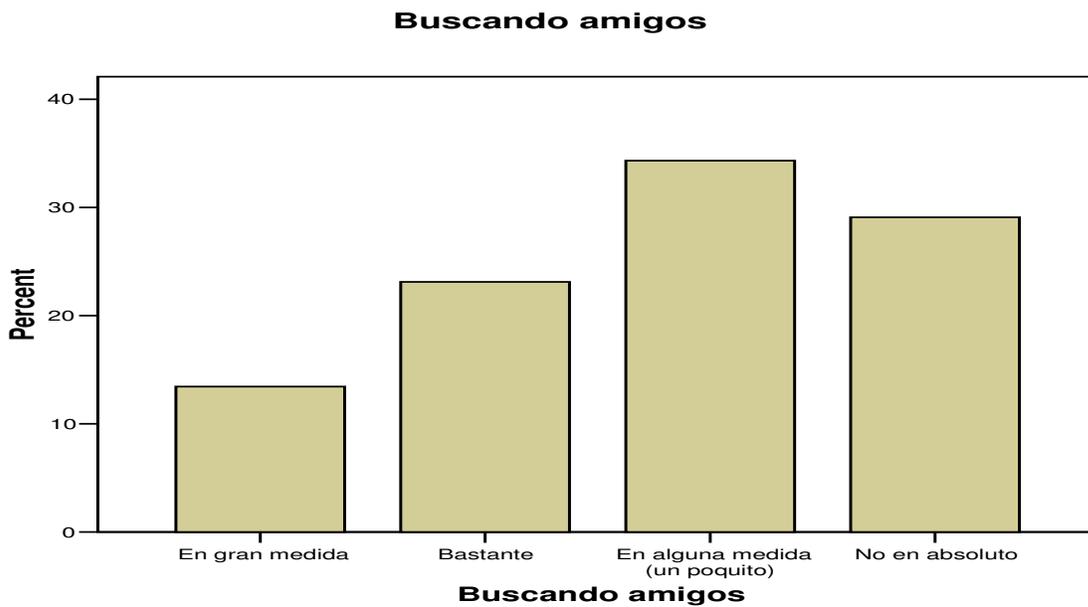


FUENTE: CUADRO 42

CUADRO NUM. 43

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE BUSCARON AMIGOS DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 43  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE BUSCARON AMIGOS DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007



FUENTE: CUADRO 43

CUADRO NUM. 44

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE OCULTARON SITUACIONES DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

Ocultando situaciones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valor	En gran medida	10	7.5	7.5	7.5
	Bastante	15	11.2	11.2	18.7
	En alguna medida (un poquito)	32	23.9	23.9	42.5
	No en absoluto	77	57.5	57.5	100.0
	Total	134	100.0	100.0	

GRAFICA NUM. 44  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE OCULTARON SITUACIONES DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

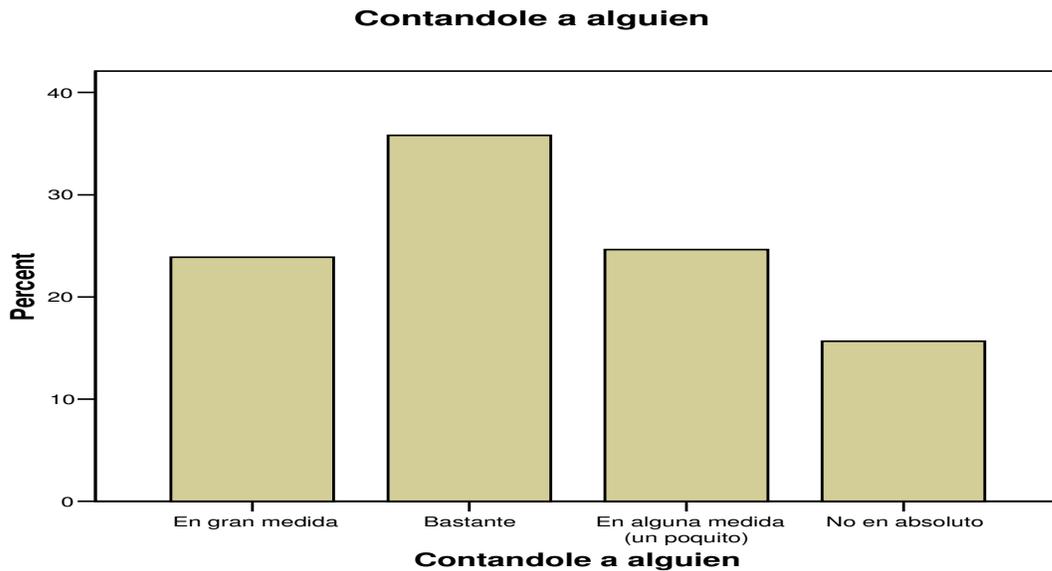


FUENTE: CUADRO 44

CUADRO NUM. 45

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE LE CONTARON A ALGUIEN LO QUE ESTABAN PASANDO DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 45  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE LE CONTARON A ALGUIEN LO QUE ESTABAN PASANDO DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007



FUENTE: CUADRO 45

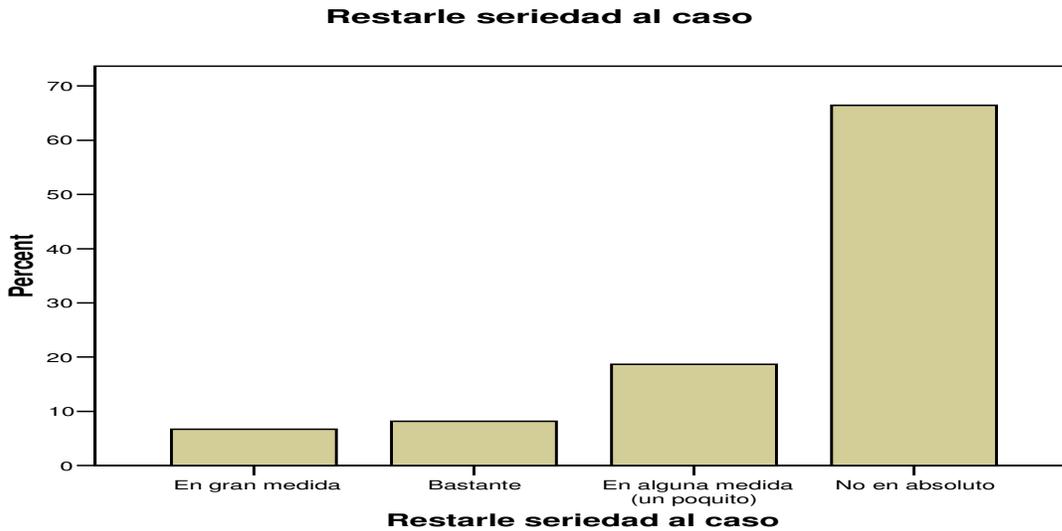
CUADRO NUM. 46

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE LE RESTARON SERIEDAD AL CASO DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

Restarle seriedad al caso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valor	En gran medida	9	6.7	6.7	6.7
	Bastante	11	8.2	8.2	14.9
	En alguna medida (un poquito)	25	18.7	18.7	33.6
	No en absoluto	89	66.4	66.4	100.0
	Total	134	100.0	100.0	

GRAFICA NUM. 46  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE LE RESTARON SERIEDAD AL CASO DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

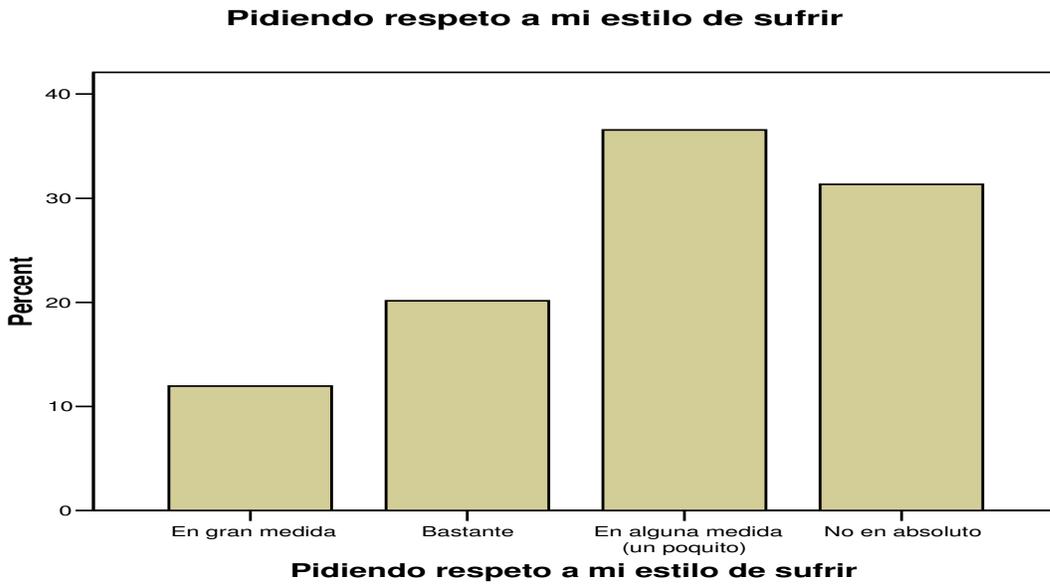


FUENTE: CUADRO 46

CUADRO NUM. 47

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE PIDIERON RESPETO A SU ESTILO DE SUFRIR DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 47  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE PIDIERON RESPETO A SU ESTILO DE SUFRIR DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

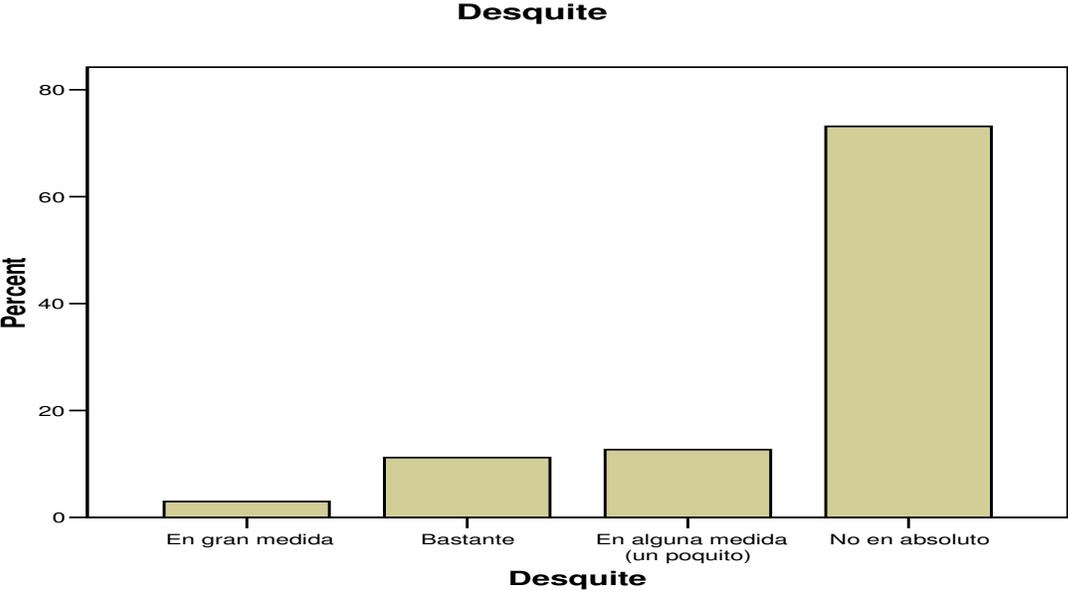


FUENTE: CUADRO 47

CUADRO NUM. 48

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE SE DESQUITARON DE ALGUNA FORMA DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

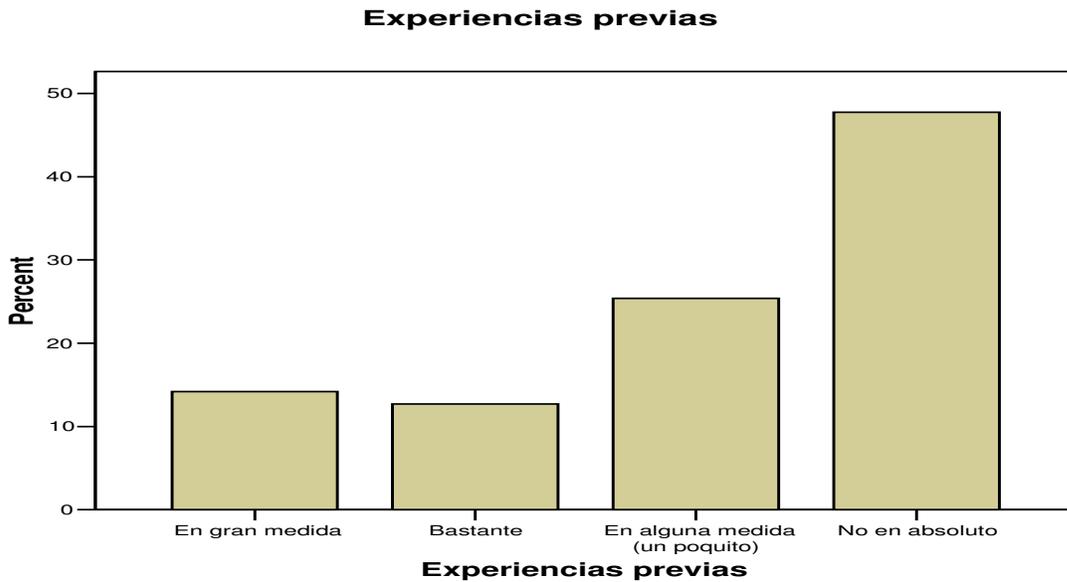

GRAFICA NUM. 48  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE SE DESQUITARON DE ALGUNA FORMA DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007



FUENTE: CUADRO 48

CUADRO NUM. 49  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE HABIAN TENIDO EXPERIENCIAS PREVIAS DEL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 49  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE HABIAN TENIDO EXPERIENCIAS  
 PREVIAS DEL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN  
 ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

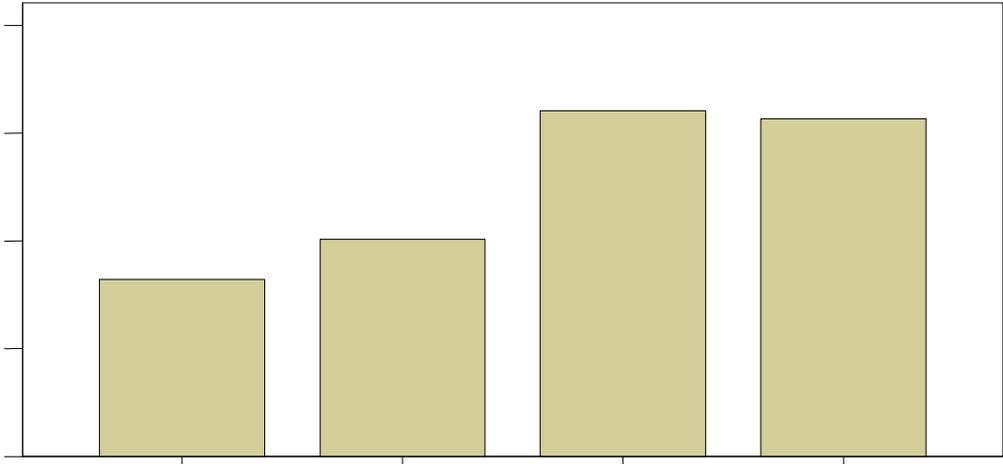


FUENTE: CUADRO 49

CUADRO NUM. 50

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE SUPIERON QUE HACER  
 DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN  
 ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

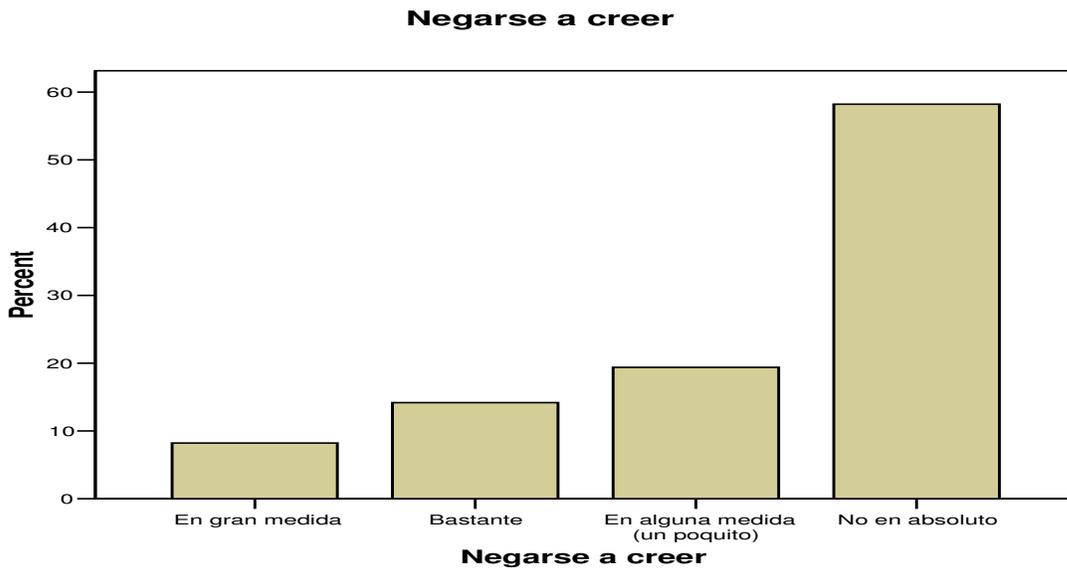

GRAFICA NUM. 50  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE SUPIERON QUE HACER DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007



FUENTE: CUADRO 50

CUADRO NUM. 51  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE SE NEGARON A CREER LOS ACONTECIMIENTOS DURANTE UN PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 51  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE SE NEGARON A CREER LOS ACONTECIMIENTOS DURANTE UN PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

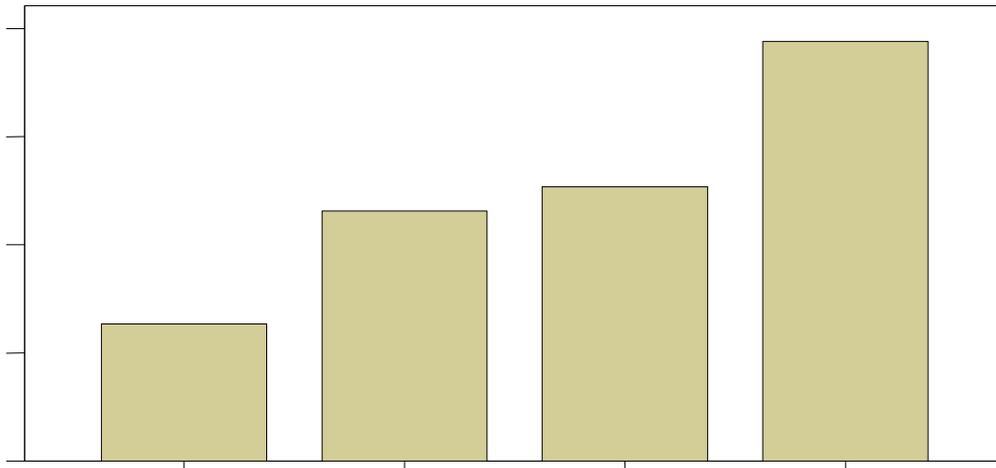


FUENTE: CUADRO 51

CUADRO NUM. 52

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE PROMETIERON CAMBIAR DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 52  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE PROMETIERON CAMBIAR DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

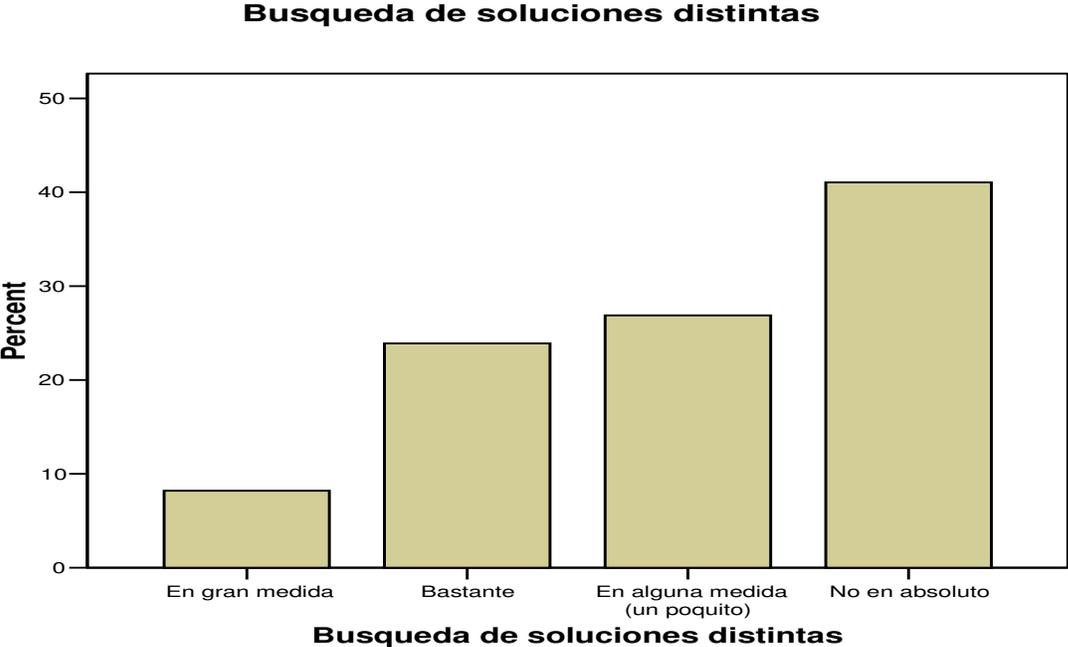


FUENTE: CUADRO 52

CUADRO NUM. 53

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE BUSCARON SOLUCIONES DISTINTAS LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 53  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE BUSCARON SOLUCIONES  
 DISTINTAS LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-  
 UNAM 2007

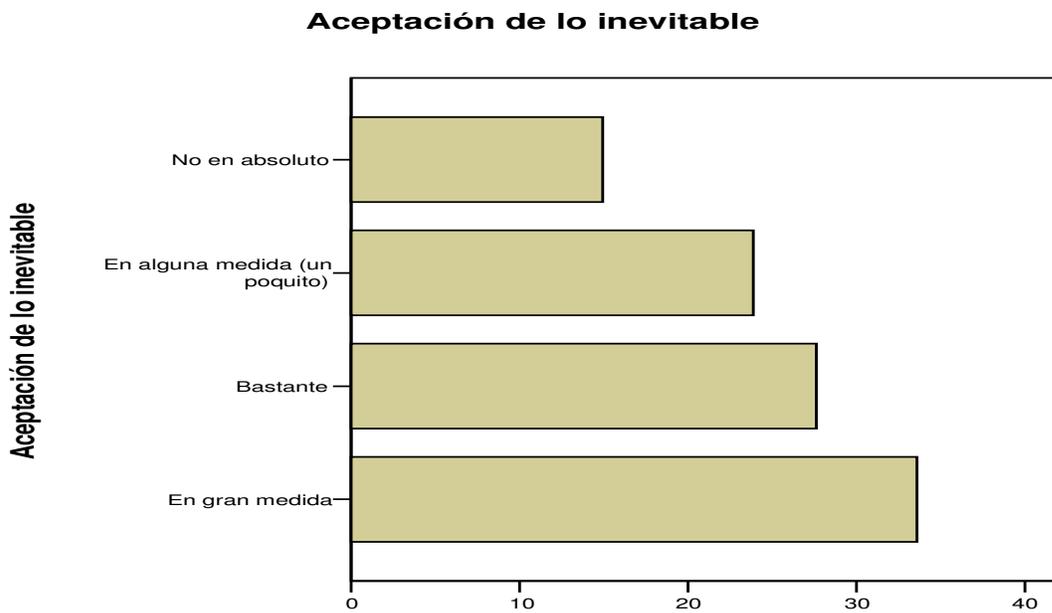


FUENTE: CUADRO 53

CUADRO NUM. 54

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE ACEPTARON LO INEVITABLE DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 54  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE ACEPTARON LO INEVITABLE DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

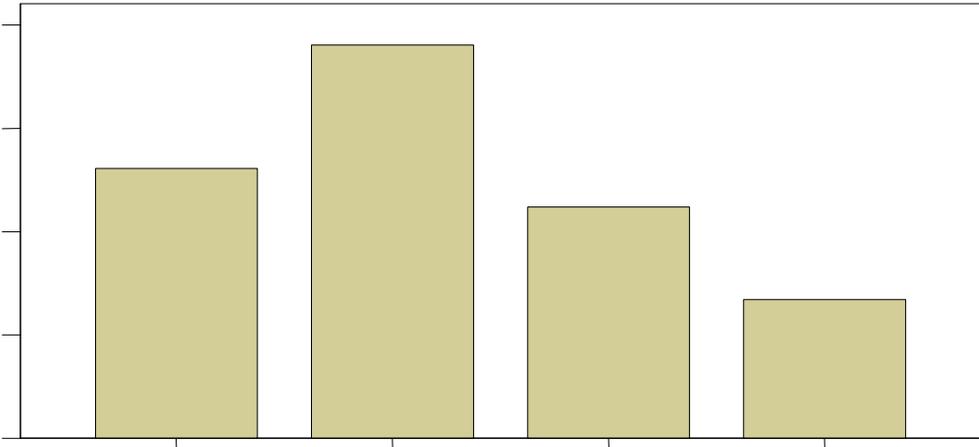


FUENTE: CUADRO 54

CUADRO NUM. 55

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE EXISTIERON INTERFERENCIAS EN LOS SENTIMIENTOS DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 55  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE EXISTIERON INTERFERENCIAS EN LOS SENTIMIENTOS DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

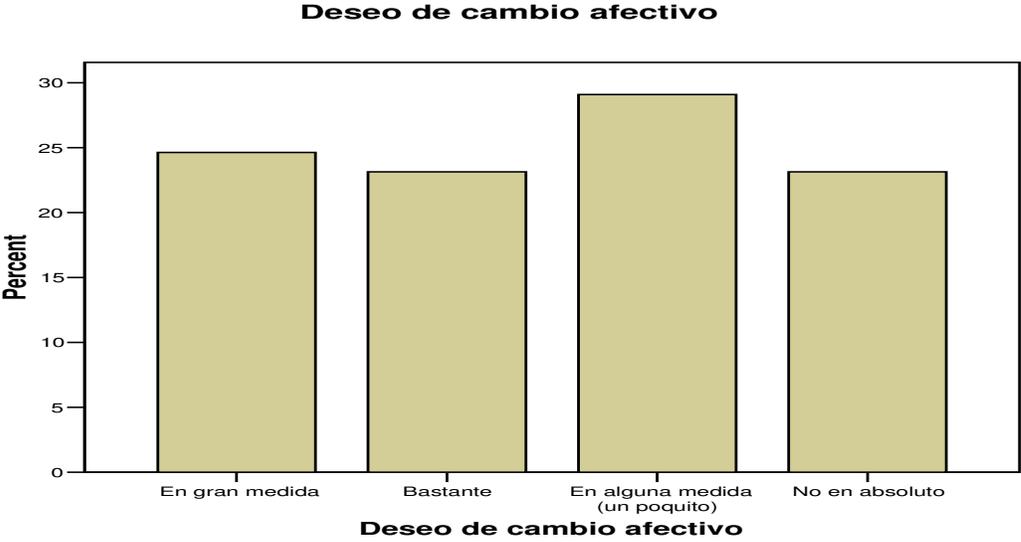


FUENTE: CUADRO 55

CUADRO NUM. 56

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE DESEARON UN CAMBIO AFECTIVO DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 56  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE DESEARON UN CAMBIO AFECTIVO DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

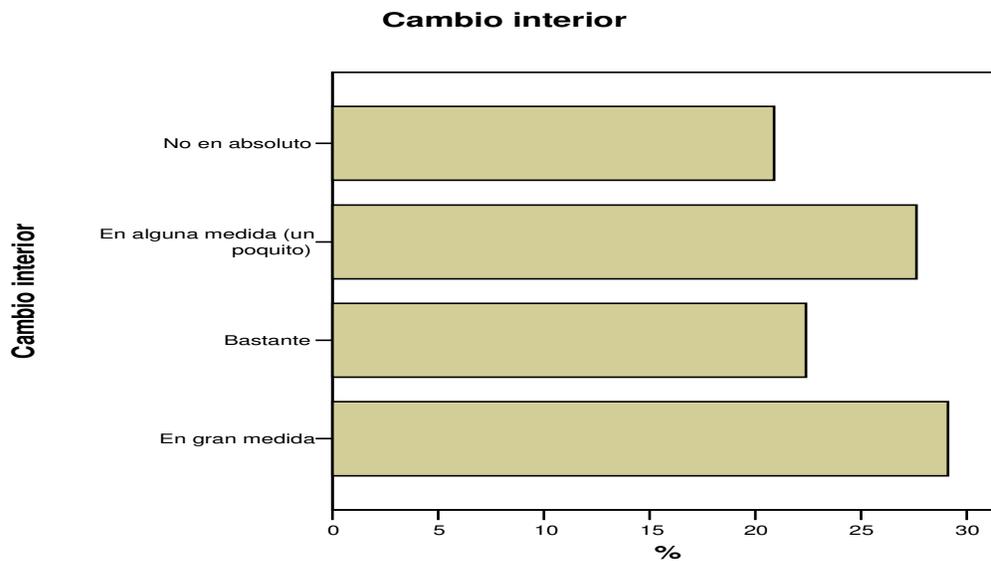


FUENTE: CUADRO 56

CUADRO NUM. 57

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE CAMBIARON INTERIORMENTE DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 57  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE CAMBIARON INTERIORMENTE DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

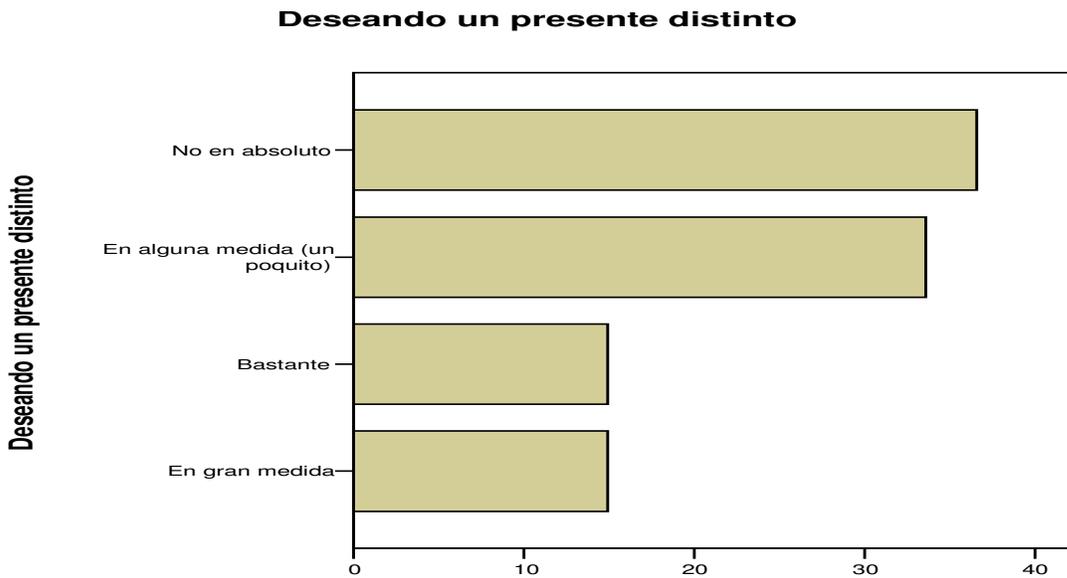


FUENTE: CUADRO 57

CUADRO NUM. 58

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE DESEARON UN PRESENTE DISTINTO DENTRO DEL DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM  
2007


GRAFICA NUM. 58  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE DESEARON UN PRESENTE DISTINTO DENTRO DEL DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM  
2007

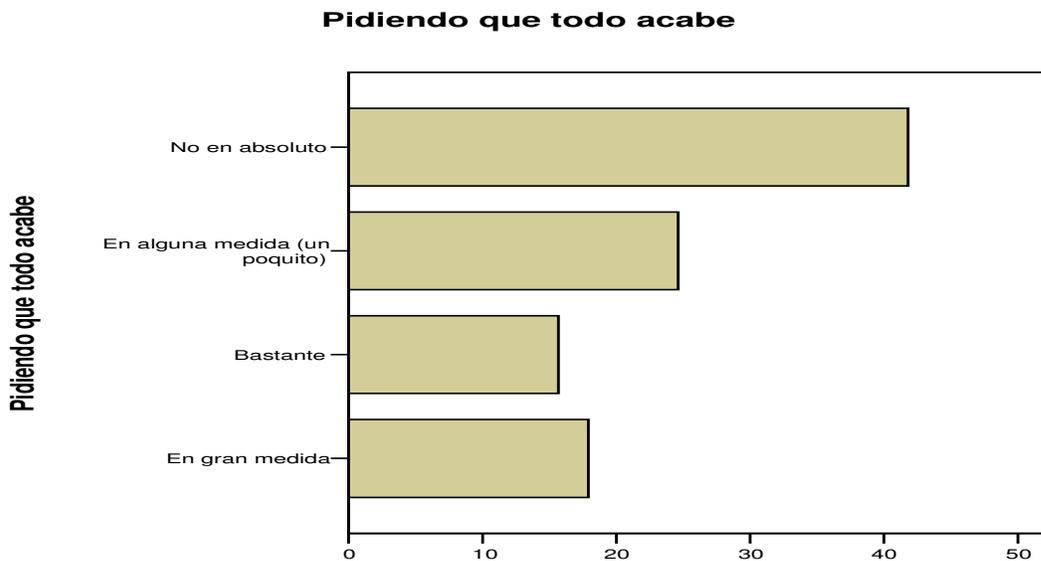


FUENTE: CUADRO 58

CUADRO NUM. 59

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE PIDIERON QUE TODO ACABE DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 59  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE PIDIERON QUE TODO ACABE DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

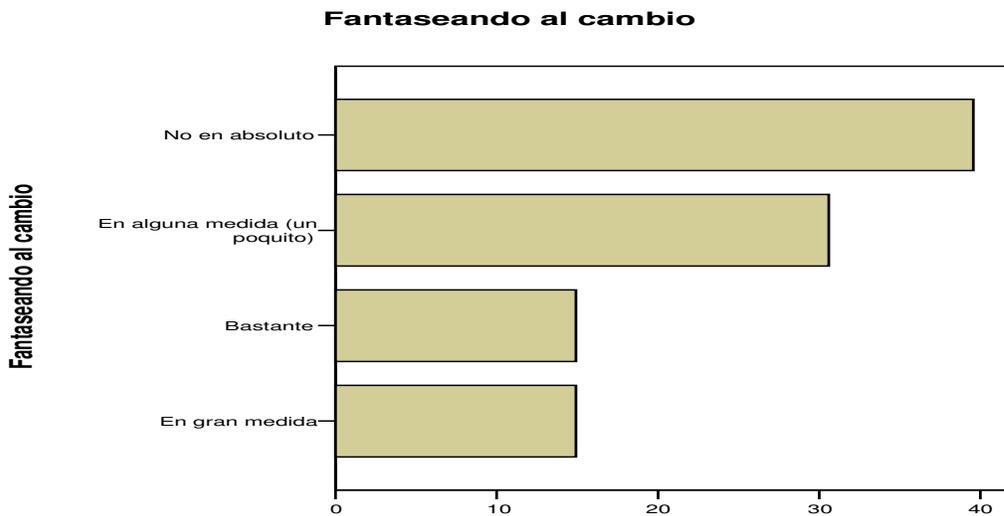


FUENTE: CUADRO 59

CUADRO NUM. 60

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE FANTASEARON POR UN CAMBIO DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 60  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE FANTASEARON POR UN CAMBIO DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

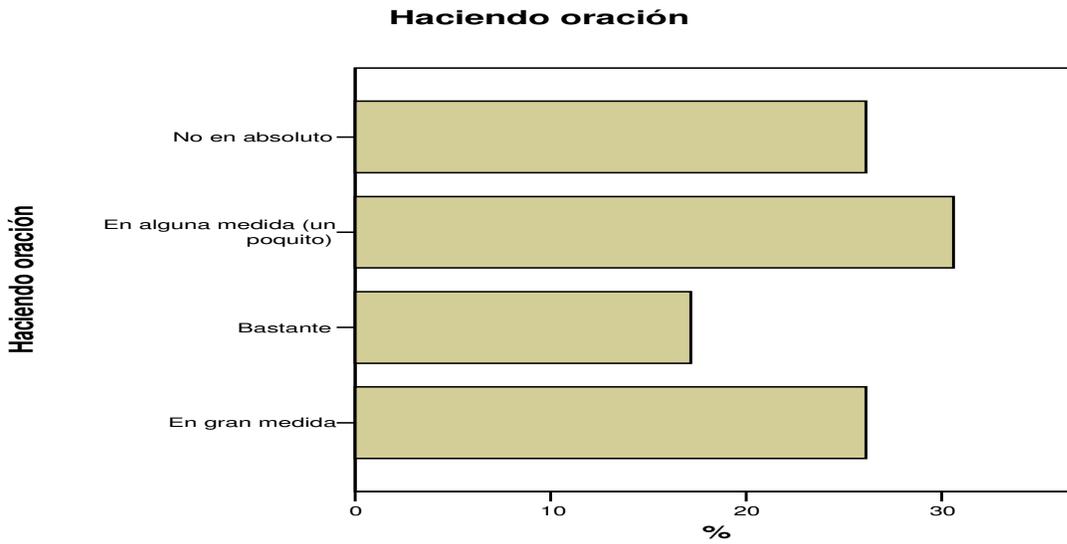


FUENTE: CUADRO 60

CUADRO NUM. 61

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE HICIERON UNA ORACION RELIGIOSA DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 61  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE HICIERON UNA ORACION RELIGIOSA DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007



FUENTE: CUADRO 61

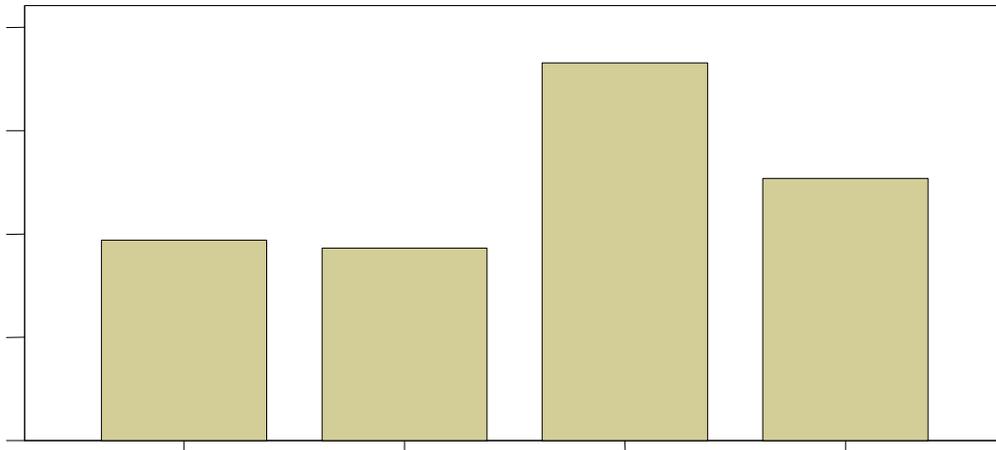
CUADRO NUM. 62

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE ESPERARON LO PEOR DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007



GRAFICA NUM. 62

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE ESPERARON LO PEOR DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

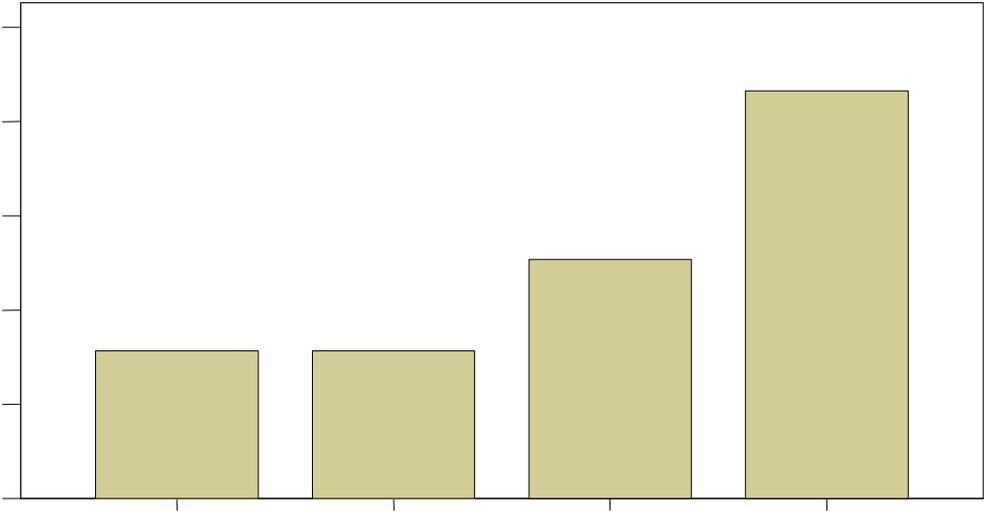


FUENTE: CUADRO 62

CUADRO NUM. 63

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE HICIERON UN REPASO MENTAL DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 63  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE HICIERON UN REPASO MENTAL DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

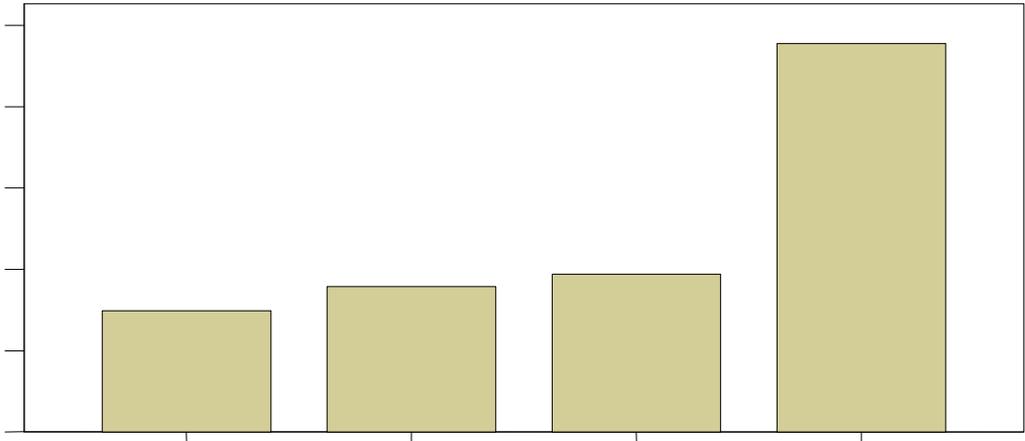


FUENTE: CUADRO 63

CUADRO NUM. 64

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE TOMARON UN MODELO DE PERSONA DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 64  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE TOMARON UN MODELO DE PERSONA DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

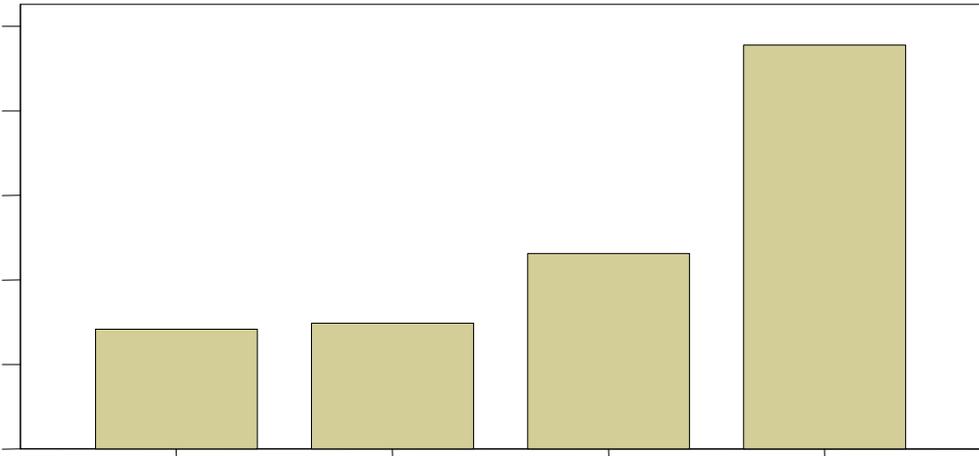


FUENTE: CUADRO 64

CUADRO NUM. 65

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE CONSIDERARON EL CASO DESDE OTRA OPTICA E UN PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 65  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE CONSIDERARON EL CASO DESDE OTRA OPTICA E UN PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

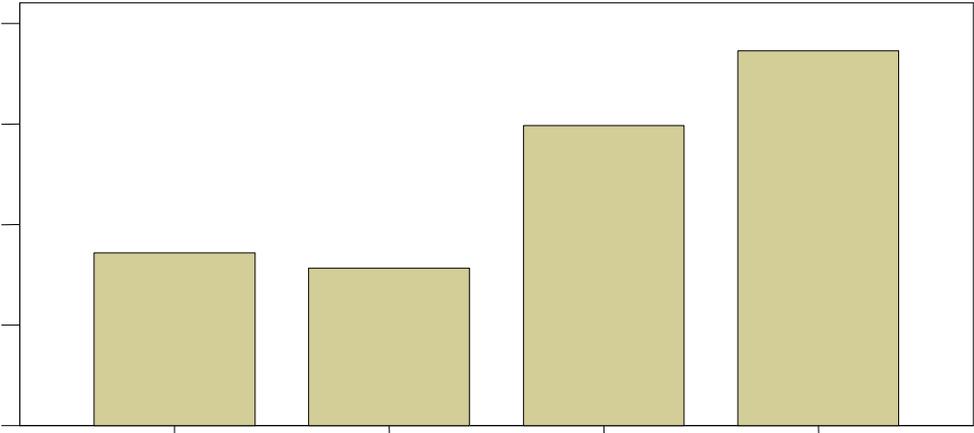


FUENTE: CUADRO 65

CUADRO NUM. 66

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE PENSARON QUE DESPUES DE TODO PODRIA SER PEOR EN EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 66  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE PENSARON QUE DESPUES DE TODO PODRIA SER PEOR EN EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007

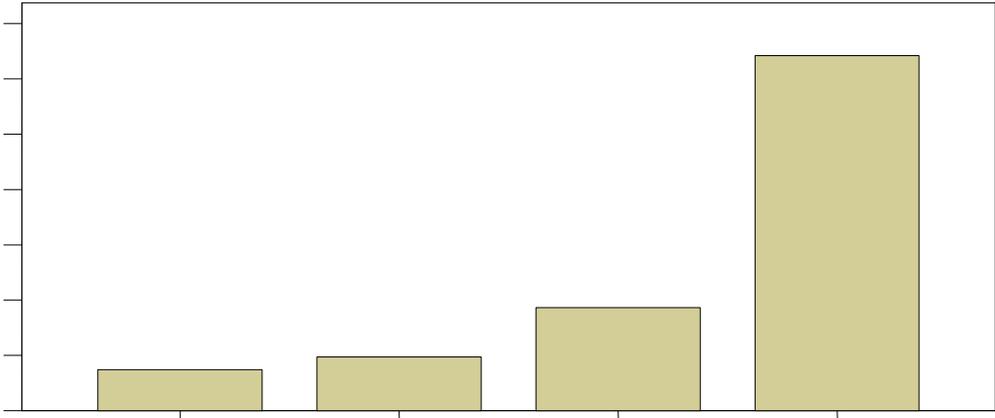


FUENTE: CUADRO 66

CUADRO NUM. 67

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE HICIERON ACTIVIDAD FISICA DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007


GRAFICA NUM. 67  
 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS EN LAS QUE HICIERON ACTIVIDAD FISICA DURANTE EL PROCESO DE DUELO LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA. ENEO-UNAM 2007



FUENTE: CUADRO 67

## INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

### Cuadro No. 1.

Los resultados muestran que en cuanto al concepto de tanatología, el 48.8% de los estudiantes lo conocen de alguna medida; mientras que el 8.2% no en absoluto.

### Cuadro No.2.

En cuanto a la experiencia tanatológica, el 31% de los estudiantes en gran medida la ha tenido, mientras que un 20.1% no en absoluto.

### Cuadro No. 3.

El resultado de concepto de duelo que tiene los estudiantes, 20% no lo tiene en absoluto, el 23% en gran medida lo conoce.

### Cuadro No. 4.

Respecto al nivel de afección ante una pérdida humana, el 60% de los estudiantes no la resiente en lo absoluto, mientras que el 8.2% de estudiantes la resiente bastante.

### Cuadro No. 5.

Un 32% de los estudiantes tienen una respuesta asertiva durante el proceso de duelo, mientras que el 18% no lo fue en lo absoluto.

### Cuadro No. 6

La frecuencia en la que los entrevistados mantuvieron la reacción analítica, el resultado es que el 38% de los estudiantes fue bastante analítico, mientras que el 14% no fue en lo absoluto.

### Cuadro No. 7

El 45% no en lo absoluto se concentraron en alguna actividad para olvidar una pérdida, mientras que 5% de los estudiantes si lo hizo.

#### Cuadro 8%

Ante la posibilidad de dejarle todo al tiempo; el resultado muestra que el 35% de los estudiantes respondieron que no en absoluto la tienen, mientras que un 13% dicen que en gran medida le dejan todo al tiempo.

#### Cuadro. No.9

La respuesta ante al posibilidad de encontrar lo positivo en una situación de duelo; los resultados dicen que el 35% de los estudiantes la manifiesta bastante, un 29% en gran medida; mientras que un 17.2% en alguna medida manifiestan la respuesta y 17.2% no creen que haya algo positivo en una situación de duelo.

#### Cuadro No. 10.

Ante la actitud de hacer por hacer; los resultados dicen que el 50.7% de los estudiantes no en absoluto la presenta, un 11% de los estudiantes en gran medida la presenta.

#### Cuadro No. 11.

El 35% de los estudiantes si encontró respuesta durante el proceso de duelo en alguna medida, un 15% de los estudiantes en absoluto halló respuesta alguna durante un proceso de duelo.

#### Cuadro No. 12.

El 32% de los estudiantes no consultaron a otras personas de ayuda para superar el duelo; mientras que 14.9% consultaron muy frecuente a otras personas con el fin de procesar el duelo.

#### Cuadro No. 13.

El 54.5% de los estudiantes se autocrítica y no tuvieron culpa; mientras que un 7.5% experimentaron culpa.

#### Cuadro No. 14.

El 36.6% de los estudiantes en alguna medida presenta la disposición a la recuperación al duelo, mientras que un 14% en gran medida tienen disposición a

recuperar el duelo; pero tomando en cuenta que un 7% de estudiantes sin contestación en el estudio.

Cuadro No. 15.

El 60% de los estudiantes no esperan un milagro durante el proceso de duelo en absoluto, mientras que un 8.2% lo espera en gran medida.

Cuadro No. 16.

El 32% de los estudiantes no aceptan la pérdida como un destino en lo absoluto, mientras que el 17.2% asumen la pérdida como un destino.

Cuadro No. 17.

Un 41% de los estudiantes no decidieron seguir como si no hubiesen pasado nada mientras que un 11.2% de los estudiantes decidieron seguir pensando que pasó algo.

Cuadro No.18.

La frecuencia en la que decidieron guardar sus sentimientos, los resultados hablan que un 39% de los estudiantes no en absoluto guarda sus sentimientos, y un 13.4% en gran medida tuvieron la decisión de guardar sus sentimientos.

Cuadro No 19.

Los resultados muestran que el 28.4% de los estudiantes en gran medida tuvieron preferencia ver el lado bueno del proceso de duelo, mientras que un 21% de los estudiantes no la tuvo en absoluto esa preferencia.

Cuadro No. 20.

El 56% de los estudiantes no durmieron más de lo habitual durante el proceso de duelo en absoluto durante el proceso, mientras que un 9.7% de estudiantes durmieron bastante.

Cuadro No. 21.

El 62.7% de los estudiantes no buscaron culpables en lo absoluto durante el proceso de duelo; mientras que un 8.2% en gran medida decidieron buscar culpables.

Cuadro No. 22.

El 32% de los estudiantes aceptaron la comprensión de otros durante el proceso de duelo, mientras que 12.7% de los estudiantes no lo aceptó.

Cuadro. No 23.

Un 28.4% de los estudiantes se auto justificaron en un proceso de duelo en alguna medida, mientras que un 20.1% no se auto justificó en lo absoluto.

Cuadro No 24.

El 35.1% de los estudiantes, no se motivo en lo absoluto a realizar actividades creativas, mientras que un 17.2% de estudiantes en gran medida tuvieron esa motivación.

Cuadro No 25.

Un 51% de estudiantes no decidieron absoluto olvidarse de todo durante el proceso de duelo en; mientras que un 6.0% de estudiantes en gran medida tuvieron esa decisión.

Cuadro No 26.

Un 64.2% de los estudiantes no buscaron ayuda en lo absoluto durante el proceso de de duelo, mientras que un 5.2% de los estudiantes buscaron bastante ayuda.

Cuadro No 27.

Un 35.8% refieren que maduraron bastante durante el proceso de duelo, mientras que el 12.7% dicen que no maduraron en lo absoluto.

Cuadro No 28.

Un 44.0% de los estudiantes en alguna medida se esperaron antes de hacer algo, mientras que el 38.1% no se esperaron antes de hacer algo en lo absoluto.

Cuadro No. 29

Un 33.6% de los estudiantes no pidieron perdón durante el proceso de duelo en lo absoluto, mientras que un 16.4% lo hicieron bastante.

Cuadro No 30.

34.3% de los estudiantes no actuaron conforme al plan durante el proceso de duelo en lo absoluto, mientras que un 14.2% lo hizo en gran medida.

Cuadro No 31.

Un 33.6% de los alumnos expresaron sus sentimientos durante el proceso de duelo en alguna medida, mientras que un 11.9% no lo expresaron en lo absoluto.

Cuadro No. 32.

Un 53.7% de los estudiantes no asumieron conductas que empeoraron la situación durante el proceso de duelo en lo absoluto, mientras que en gran medida un 4.5% asumieron esas conductas.

Cuadro No 33.

El 31.3% de los estudiantes les favoreció la experiencia durante el proceso de duelo; mientras que un 19.4% no les favoreció la experiencia en lo absoluto.

Cuadro No. 34. El

El 67.2% de los estudiantes no decidieron alejarse por un tiempo durante el proceso de duelo en lo absoluto, mientras que un 3.0% en gran medida tomaron dicha decisión.

Cuadro No 35.

Un 80.6% de los estudiantes no recurrieron a las adicciones durante el proceso de duelo, mientras que un 3.0% en gran medida recurrieron a la adicción.

Cuadro No 36.

Un 46.3% de los estudiantes atendieron al primer impulso durante el proceso de duelo, mientras que un 11.9% de los estudiantes en gran medida no lo atendieron.

Cuadro No 37.

Un 39.6% de los estudiantes en alguna medida tuvieron fe en algo durante el proceso, mientras que un 14.2% la tuvieron en gran medida, un 26.1% no la tuvieron en absoluto; tomando en cuanto que un .7% de los estudiantes no contesto la pregunta de estudio.

Cuadro No 38

Un 40.3% de los estudiantes dio al mal tiempo buena cara durante el proceso de duelo en alguna medida, mientras que un 17.2% en gran medida lo dio y un 17.9% no lo dio en absoluto.

Cuadro No. 39.

Un 33.6% de los estudiantes pudieron ver lo importante de la vida durante el proceso de duelo en gran medida, mientras que un 10.4% de los estudiantes no vio en lo absoluto.

Cuadro No 40.

Un 33.6% de los estudiantes no lograron cambiar las costumbres durante el proceso de duelo en absoluto, mientras que un 15.7% en gran medida presento el cambio.

Cuadro No. 41.

El 65.7% de estudiantes no evitaron a la gente durante el proceso de duelo en absoluto, mientras que el 6.7% de los estudiantes la evitaron en gran medida.

Cuadro No 42.

El 34.3% de los estudiantes en alguna medida no pensaron tanto el problema durante el proceso de duelo, un 34.3% lo pensaron en lo absoluto; mientras que un 13.4% en gran medida no pensaron en el problema.

Cuadro No. 43.

Un 34.3% de los estudiantes en alguna medida buscaron amigos durante el proceso de duelo, mientras que un 13.4% en gran medida buscaron amigos y el 29% de los estudiantes no buscaron amigos en lo absoluto.

Cuadro No 44.

El 57.5% de los alumnos que no ocultaron situaciones durante el proceso de duelo en absoluto, mientras que un 7.5% en gran medida lo ocultaron.

Cuadro No 45.

Un 35.8% de los estudiantes le contaron con frecuencia a alguien lo que estaban pasando durante el proceso de duelo, mientras que un 15% no contaron su situación en absoluto.

Cuadro No. 46.

Un 66.4% no lo tomaron con seriedad al caso durante el proceso de duelo en lo absoluto, mientras que un 6.7% tomaron seriedad en gran medida.

Cuadro No 47.

Un 36.6% de los estudiantes en alguna medida pidieron respeto a su estilo de sufrir durante el proceso de duelo, mientras que un 11.9% en gran medida lo hicieron un 31.3% no lo hizo en absoluto.

Cuadro No 48.

Un 73.1% de los estudiantes no se desquitaban de alguna forma durante el proceso en absoluto, mientras que un 3.0% lo hizo en gran medida.

Cuadro No 49.

Un 47.8% de los estudiantes no han tenido experiencias previas del proceso de duelo lo habían tenido en lo absoluto, mientras que un 12.7% ha tenido bastante la experiencia.

Cuadro No 50.

Un 32.1% lo supo que hacer durante el proceso de duelo en alguna medida, mientras que un 16.4% en gran medida lo supo hacer.

Cuadro No 51.

El 58.2% de los alumnos aceptaron los acontecimientos durante un proceso de duelo en absoluto, mientras que un 8.2% se negó a creer.

Cuadro No. 52.

Un 38.8% de los estudiantes no prometieron cambiar durante el proceso de duelo en absoluto, mientras que un 12.7% en gran medida hizo la promesa.

Cuadro No 53

Un 41% de los estudiantes no buscaron soluciones distintas en absoluto, mientras que un 8.2% en gran medida busco soluciones distintas.

Cuadro No 54.

Un 33.6 % de los alumnos en gran medida tuvieron aceptación ante lo inevitable durante el proceso de duelo, mientras que un 14.9% no hubo la aceptación en absoluto.

Cuadro No 55.

Un 38.1% de los estudiantes existió bastante interferencia en los sentimientos durante el proceso de duelo, mientras que un 13.4% no existió esa interferencia en lo absoluto.

Cuadro No 56

Un 29.1% de los estudiantes en alguna medida desearon un cambio afectivo durante el proceso de duelo, mientras que un 23.1% presento bastante el cambio y otro 23.1% no hubo el deseo de cambio afectivo en lo absoluto.

Cuadro No 57.

Un 29% de los alumnos en gran medida cambiaron interiormente durante el proceso de duelo, mientras que un 20.9% no presento el cambio en lo absoluto.

Cuadro No 58.

El 36% de los alumnos no desearon un presente distinto dentro de duelo en absoluto, mientras que un 14,9% en gran medida lo deseo.

Cuadro No 59.

Un 41.8% de los estudiantes no pidieron que todo acabe durante el proceso de duelo hicieron en absoluto, mientras que un 15.7% lo pidieron bastante.

Cuadro No 60.

El 39.6% de los alumnos no fantasearon por un cambio durante el proceso de duelo en lo absoluto, mientras que un 14.9% en gran medida lo hizo.

Cuadro No 61.

El 30.6% de alumnos en alguna medida hicieron una oración religiosa durante el proceso de duelo, mientras que un 17.2% lo hizo bastante.

Cuadro No 62

Los resultados dicen que el 36.6% de los alumnos en alguna medida espero lo peor durante el proceso de duelo hubo esa espera, mientras que un 18.7% la espera fue bastante y un 25.4% no lo espero en absoluto.

Cuadro No 63.

Los resultados indican que un 43.3% de los estudiantes no hicieron un repaso mental durante el proceso de duelo, mientras que un 15.7% en gran medida lo hizo.

Cuadro No 64.

Un 47.8% de los alumnos no tomaron un modelo de persona durante el proceso de duelo en absoluto, mientras que un 14.9% tomo en gran medida el modelo.

Cuadro No. 65

Un 47.8% de los alumno no consideraron el caso desde otra óptica de un proceso de duelo en absoluto, mientras que un 14.2% lo considero en gran medida.

Cuadro No 66.

Un 37.3% no pensaron que después de todo podría ser peor en el proceso de duelo en absoluto, mientras que un 15.7% si lo pensaron en gran medida.

Cuadro No 67.

Un 64.2% de los estudiantes no realizaron actividad física durante el proceso de duelo, mientras que un 7.5% lo realizo en gran medida.

## Los veinte pasos para superar la cultura del dolor

El proceso del duelo lleva a mi punto de vista muy personal, veinte pasos muy claros por los que se debe de pasar para sanar de forma natural el doloroso proceso de una pérdida humana.

1. Permítete estar de duelo, date permiso de sentirte mal, necesitado y vulnerable.
2. Abre tu corazón al dolor, registra y expresa las emociones que surjan, no las reprimas, no te hagas el fuerte, no te guardes todo para adentro, con el tiempo, el dolor irá disminuyendo, permítete el llanto.
3. recorrer el camino requiere tiempo, dicen que el tiempo lo cura todo, pero cuidado, el tiempo solo, quizás no alcance, lo que realmente puede ayudar es lo que cada uno hace con el tiempo, no te hagas expectativas mágicas. Ya que si no lo solucionas un suceso inesperado te volverá a hacer caer.
4. Se amable contigo. Aunque las emociones que estás viviendo sean muy intensas y displacenteras “y que seguramente lo son”, es importante no olvidar que son pasajeras. Uno de los momentos más difíciles del duelo suele presentarse después de algunos meses de la pérdida, cuando los demás comienzan a decirte que ya tendrías que haberte recuperado. Se paciente, no te apures, jamás te persigas creyendo que ya deberías haberte superado, se paciente, no te apures, jamás te persigas creyendo que ya deberías sentirte mejor. Tus tiempos son tuyos, recuerda que el peor amigo en el duelo es no quererse.
5. No tengas miedo de volverte loco. Todos podemos vivir sentimientos intensos de respuesta a la situación de duelo, sin que esto te lleve a ningún desequilibrio, la tristeza, el coraje, la culpa, la confusión, el batimiento y hasta la fantasía de morir, son reacciones habituales y comunes, a la mayoría de las personas, después de una pérdida importante o de la muerte de un ser querido. Necesitas sentir el dolor y todas las emociones que lo acompañan, tristeza, rabia, miedo, culpa...habrá personas que te dirán “tienes que ser fuerte”, no les hagas caso.
6. Aplaza algunas decisiones importantes. Decisiones como vender la casa, dejar el trabajo o mudarte a otro lugar son trascendentes y se deben tomar en momentos de suma claridad, dado que un cierto grado de confusión es inevitable en el recorrido de este camino, sería preferible dejarlas para más tarde, con el mismo razonamiento sobre todo en los primeros tiempos inmediatos y la pérdida no parece conveniente iniciar

una nueva pareja, decidir un embarazo, acelerar un casamiento, podrías lamentarlo después. Hay urgencias que no se pueden proteger pero antes de llegar a ellos.

7. No olvides tu salud. Muchos de los que recorren el camino están tan ocupados en su proceso interno, están atentos a su sentir penoso que no prestan atención a su propio cuerpo. Pasados los primeros días puede resultar muy útil que decidas por unas semanas imponerte un horario para levantarte y acostarte; aliméntate bien y no abuses del tabacón, alcohol, o medicamentos, de hecho sí para ayudarte en estos momentos fuera necesario tomar algún medicamento deberá ser siempre a criterio de un médico y nunca por los consejos de familiares, amigos y vecinos bien intencionados. De todas maneras es bueno no deambular buscando el profesional que acepte recetar los psicofármacos para no sentir, por que lejos de ayudar puede contribuir a cronificar el duelo.
8. Agradece las pequeñas cosas, es necesario valorar las cosas buenas que seguimos encontrando en nuestra vida, en esta situación de catástrofe. Sobre todo, algunos vínculos que permanecen (familiares, amigos, pareja, sacerdote, terapeutas). Aceptadores de mi confusión, de mi dolor, de mis dudas y seguramente de mis momentos más oscuros para cada persona, lo que hay que agradecer es diferente: seguridad, contención, presencia, y silencio.
9. Anímate a pedir ayuda, no interrumpas tu conexión con los otros, aunque ellos no estén hoy, recorriendo este camino. Necesitas su presencia, su apoyo su pensamiento, su atención, dales la oportunidad a tus amigos y seres queridos de esta cerca. Todos los que te quieren desearán ayudarte aunque la mayoría no sabe como hacerlo. Algunos tienen miedo de ser entrometidos, otros creen que te lastiman si te recuerdan tu pérdida. Necesitas que te escuchen, no que te den su opinión de lo que deberías hacer, sentir o decir. No te quedes esperando su ayuda y mucho menos pretendiendo que adivinen. Pide lo que necesitas, no es más sabio ni más evolucionado el que no precisa apoyo, sino el que tiene conciencia y valor para decirlo cuando lo necesitas.
10. Procura ser paciente con los demás, ignora los intentos de algunas personas de decirte como tienes que sentirte y por cuanto tiempo, no todos comprenden lo que estás pasando, amorosamente intentarán que olvides tu dolor, lo hacen con buena intención para no verte triste, tenles paciencia pero no te ocupes de complacerlos, más bien apártate un poco gentilmente y busca a quienes puedan permitirte “estar mal”, o desahogarte sin miedo cuando lo sientas así. De todas maneras quizás sea mejor que durante un tiempo prestes más atención a la intención de quienes te rodean que a lo que

dicen en palabras. A veces los que uno pensaba que serían los mejores compañeros del camino no pueden compartir tu momento soportan tan mal el dolor ajeno que interrumpen tu proceso y retrasan tu pasado al final del camino, no te fastidies con ellos por eso.

11. Mucho descanso, algo de disfrute y una pizca de diversión. Date permiso de sentirte bien, reír con los amigos, hacer bromas, es tu derecho y además será de gran ayuda que busques sin forzar tu propio ritmo, momentos para disfrutar. Recuerda que hasta el ser querido que no está querría lo mejor para ti. Los malos momentos vienen por si solos, pero es voluntaria la construcción de buenos momentos, empieza por saber con certeza que hay una vida después de una perdida, préstale atención a las señales y oportunidades a tu alrededor. No las uses si no tienes ganas, pero no dejes de registrarla.
12. Confía en tus recursos para salir adelante, acuérdate de cómo resolviste situaciones difíciles de tu vida y si quieres sanar tu herida, si no quieres cargar tu mochila con el peso muerto de lo perdido, no basta con esperar que todo pase o conseguir viviendo sin que nada hubiera pasado, necesitas dar algunos pasos difíciles para recuperarte. No existen atajos en el camino de las perdidas, vas a vivir momentos duros y emociones displacenteras intensas en un momento en el que estás muy vulnerable. No te exijas demasiado. Respeta tu propio ritmo de curación y créeme cuando digo esto: estas en condiciones de afronta lo que sigue; por que si estas en el camino, lo peor ya ha pasado. Confía en ti mismo por encima de todas las dificultades. El pensamiento positivo te transforma siempre en tu propio entrenador.
13. Acepta lo irreversible de la perdida. Aunque se ala cosa mas difícil que has hecho en toda tu vida, ahora tienes que aceptar esta dura realidad: Estas en el camino de la perdida y no hay retorno. El camino solo sigue hacia delante, mientras creas en un pequeño lugarcito que el otro volverá y que la situación volverá a ser la que era y que el muerto o el que te ha abandonado va a regresar, nunca terminarás el recorrido. En las perdidas físicas es una gran tentación quedarse refugiado en la idea de que desde el cielo el otro esta y me cuida. No tiene nada de malo la creencia religiosa de cada uno, al contrario es un excelente aliado; pero cuidado con utilizarla para minimizar su desaparición física. Cuidado con llegar a creer que entonces no necesito hacer el duelo.
14. Elaborar un duelo no es olvidar. El proceso de un duelo permite buscar para tu ser querido el lugar que merece entre los tesoros de tu corazón, es poder pensar en el y no

sentir ya ese latigazo de dolor, es recordarlo con ternura y sentir que el tiempo que compartiste con el o con ella fue un gran regalo y esto es cierto para todas las pérdidas. La elaboración permite darle un sentido a todo lo que has vivido hasta aquí con lo ausente, es entender con el corazón en la mano que el amor no se acaba con la muerte.

15. Aprender a vivir de nuevo. Hacer duelo significa también aprender a vivir sin algo o sin alguien, de otra forma es aprender a tomar nuevas decisiones por ti mismo, aprender a, desempeñar tareas que antes hacías para otro, aprender nuevas formas de relación con la familia y los amigos aprender a vivir con algo menos, a veces este aprendizaje no incluye a otros, el duelo es aprender a vivir sin esa capacidad que he perdido la experiencia es muchas veces un maestro muy cruel.
16. Céntrate en la vida y en los vivos. Llega un momento en que sabes que es necesario soltar el pasado, la vida te espera llena de nuevas posibilidades y no hay nada de malo en querer disfrutar, en querer ser feliz, en querer establecer nuevas relaciones. En el caso de la pérdida de una pareja no hay motivo para avergonzarse si aparece de nuevo el deseo sexual, en realidad el corazón herido cicatriza abriéndose a los demás. El duelo es establecer que lo muerto queda afuera pero la vida continua.
17. Define tu postura ante la muerte y las pérdidas. La idea de que significa morir es tan teórica que vivencialmente puede ser diferente para cada uno. Lo que importa no es coincidir en una posición respecto a la muerte si no establecer que es una de las cosas que cada uno debe tener definidas, hay muchos temas que pueden estar sin resolver, pero hay cuatro o cinco que es necesario tener "acomodados" la identidad sexual, la posición filosófica, la relación con los padres, el proyecto de vida y la postura frente a la muerte.
18. Vuelve a tu espiritualidad. Algunas cosas simplemente no son para ser manejadas por uno solo; incluso toda la ayuda que puedes tener, puede no proporcionarte la comodidad que realmente necesitas para sostener lo que sucedió. Muchas personas encuentran que llevar esos problemas a dios es una manera tranquilizadora de aligerar la carga que hace que el corazón les pese, después del primer momento donde la furia tiene a dios como uno de sus destinatarios favoritos, es útil regresar a la iglesia, al templo o a la charla con el pastor o el sacerdote.
19. Busca las puertas abiertas. Estamos a veces tan cegados por nuestra propia cólera, dolor o desgano que no vemos las nuevas puertas que se abren. Todos hemos oído la frase "cuando una puerta se cierra otra se nos abre". Creo que es verdad pero sucede

que a veces no estamos dispuestos a dar vuelta al picaporte, es fácil pensar ¿Qué de bueno podría venir de esta pérdida? Y sin embargo cada día oímos historias de la gente que ha superado batallas físicas, mentales y emocionales para alcanzar contra todas las probabilidades objetivos impensados, lee sobre algunos milagros médicos y vas a tener una idea de lo que hablan.

20. Cuando tengas una buena parte del camino ya recorrido háblales a otros sobre tu experiencia, no minimices la pérdida, ni tampoco menosprecies tu camino. Contar lo que aprendiste en tu experiencia es la mejor ayuda para sanar a otros haciéndoles más fácil su propio recorrido e increíblemente facilitará tu propio rumbo.

## **SUGERENCIAS**

Generar un seminario con carácter obligatorio de tanatología para los alumnos de quinto y séptimo semestre, para ayudarlos a superar las pérdidas generadas durante las prácticas clínicas; así como incluir el tema de tanatología en las clases

Antropología. A fin de que además de procesar saludablemente sus duelos desempeñan un papel terapéutico hacia los pacientes terminales y sus familiares.

# **Seminario de tanatología**

Una propuesta para la superación y aplicación del proceso del duelo.

## **Contenido temático**

### **Unidad 1**

Introducción a la tanatología

Breve revisión en los fundamentos tanatológicos como ciencia y historia.

### **Objetivos.**

El alumno conocerá la tanatología como ciencia que apoya al equipo de salud en la atención al paciente Terminal y/o moribundo y sus familiares.

### **Contenido**

1. Definición etimológica y conceptual de tanatología
2. Antecedentes históricos
3. La tanatología, ciencia holística
4. Objetivos tanatológicos
5. Habilidades y limitaciones

### **Unidad 2**

El paciente en proceso de duelo

El alumno deberá conocer las etapas del duelo y las características que presenta el paciente en cada una de ellas.

### **Objetivo.**

El alumno sabrá identificar en que etapa se encuentra el paciente para apoyar las diferentes necesidades que presenta cada etapa.

### **Contenido**

1. Necesidades según Henderson
2. Conceptos eutanasia. Distanasia, adistanasia, ortotanasia
3. Cultos religiosos

### **Unidad 3**

Pérdidas y tipos de duelos

En el ciclo vital, el ser humano se ve afectado por diversas pérdidas y estas implican un esfuerzo emocional al que en ocasiones se requiere de apoyo psicológico o psiquiátrico.

#### **Objetivos**

El alumno conocerá los tipos de duelos que se pueden presentar en una persona con un duelo mal elaborado o patológico.

#### **Contenido**

1. Pérdidas necesarias en la vida del ser humano
2. Tipos de duelos
3. tipos de muertes

### **Unidad 4**

La familia en duelo

Dentro del proceso de duelo de un paciente en fase Terminal, la familia juega un papel muy importante.

#### **Objetivo**

Lograr que el alumno identifique las necesidades de los familiares para apoyarlos y facilitar el proceso del paciente en fase Terminal.

#### **Contenido**

1. Estructura familiar
2. Las visitas hospitalarias
3. El infante en duelo
4. El tutor legal

### **Unidad 5**

El estudiante y la clínica

En esta unidad se abordaran los retos de vida del alumno así como el daño generado en el por la implicación de atender a un paciente Terminal.

#### **Objetivo**

Escudriñar las etapas de duelo de los alumnos para lograr que superen sus pérdidas y fomentar la aplicación y estructura del proceso de duelo.

## **Contenido**

1. Factores que intervienen el proyecto de vida
2. Cuidado y atención de los aspectos psicológicos
3. historia tanatológica personal
4. Mi funeral
5. Mi epitafio

## **Metodología del proceso enseñanza-aprendizaje**

Se propone que el maestro y los alumnos trabajen conjuntamente para el logro de los objetivos de aprendizaje. Se promoverá la lectura, análisis síntesis y reflexión a través de seminarios que incluyen: investigación, lectura, discusión, análisis de casos, recuperación de experiencias vivenciales como películas, dinámicas, juegos de roles. Para la adquisición del proceso enseñanza aprendizaje se requiere la guía, asesoría y supervisión dinámica del docente para sensibilizar y fomentar una actitud humanista, comprensiva y reflexiva en la atención de enfermería, el paciente en fase Terminal, tanto como a sus familiares.

## **Bibliografía recomendada**

Bravo Suárez A. (1995) “Introducción a la Tanatología”, México. Tesina, Diplomado de Tanatología. Asociación de Tanatología.

Kubler-Ross E. (1993) “Sobre la muerte y los moribundos”. México: Ed. Grijalbo

O’Conor Nancy. (1995) “Déjalos ir con amor”. México: Ed. Trillas

Reyes Zubiria L. (1997) “Acercamiento tanatológico al Enfermo Terminal”. México

García Fuentes S. (1998) “Aspectos tanatológicos para el manejo del enfermo y su familia”  
México: ENEO-UNAM

## **Películas recomendadas**

- ❖ Quédate a mi lado
- ❖ Y tu que sabes
- ❖ Mensajes de Amor
- ❖ Diario de una pasión
- ❖ Los últimos días de mi vida
- ❖ Golpes del destino
- ❖ Nunca me olvides
- ❖ El bulto
- ❖ Tierra de sueños
- ❖ Patch Adams
- ❖ Hable con ella

## Referencias Electrónicas

(Todas las referencias se citaron en Abril del 2007)

<http://www.montero.org.mx/mictlan.htm>

<http://www.hazpolitica.org.mx>

<http://www.nchmd.org/default.aspx?id=344>

[http://www.cooperacionydesarrollo.org.mx/\\_servicios/tanatologia.htm](http://www.cooperacionydesarrollo.org.mx/_servicios/tanatologia.htm)

<http://www.cooperacionydesarrollo.org.mx>

<http://encolombia.com/etica-medica-indice.htm>

<http://web.amnesty.org/library/index/ESLEVR450121997?OPEN&=ESL-385>

<http://www.acponline.org.htm>

<http://www.entornomedico.net/tanatologia>

[http://es.wikipedia.org/wiki/Muerte#Tradiciones\\_religiosas](http://es.wikipedia.org/wiki/Muerte#Tradiciones_religiosas)

<http://www.homestead.com/montedeoya/duelos.html>

<http://www.psico.uniovi.es/rema/v2n2/a3p1.html>

## ***Bibliografía***

De-ita. Araceli. (2000) Influencia de los problemas de la comunicación familiar en la experiencia de las relaciones sexuales de los adolescentes. Tesis. México: P. 144.

Correa, David. (2005) Tesis. Influencia de la disfunción en la comunicación familiar en el consumo de drogas de los adolescentes. México: P. 157

Fronzizi. (1986) ¿Qué son los valores? México: Fondo de cultura Económica P. p.15-19.

Hessen J. (Boletín Técnico Teoría del conocimiento. Editorial Losada. S.A. Buenos Aires. Sexta edición, pp.92-103,.

Smith RE. (1990) "La ética médica: una criatura de la iglesia", Dolentium Hominum, P.p.39-46,

(1989) "La toma de decisiones éticas en obstetricia y ginecología". Boletín Técnico, No 136,

Toulmin, S.E.( 1979)

El puesto de la razón en la ética. Madrid: Alianza p.161,

Ferrater J. y Cohn P. (1988) Ética aplicada. Del aborto a la violencia. Madrid: Alianza, p. 179,.

(1990)"Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial". Bol Of Sanit Panam 108  
P.p. 5-6

Platón. Diálogos. Trad. Larroyo, F. (2001) Barcelona. Porrúa, Ed. 26ª p- 12

O'Connor, Nancy. (2006) Déjalos ir con amor. México: Trillas

Prida, Peón del Valle, Antonio M. Comisión Mexicana de Derechos Humanos.

De Valera, Cipriano. (1960) Santa Biblia. Antigua versión de Casiodoro de Reina. Brasil:  
Sociedades Bíblicas Unidas. P.p. 50

Universum. Tercer festival estudiantil de Día de muertos. (2000) La muerte en el espejo de la  
ciencia. México: Comercial de impresos San Jorge.

Rosales, Susana. Reyes, Eva. (2002) Fundamentos de Enfermería. México: Manual Moderno.  
2ª Edic.

Duvnow, Simón. (1960) La Tora. Edit. Sigal. Barcelona

<sup>1</sup> Correa, Patricia. (2004) Grupo de trabajo institucional ínter planteles de filosofía. UNAM.

De la Fuente, Ramón. (2002) Psicología Medica. México: Fondo de Cultura  
Económica..P.547

Grimberg. Carl. (1967) Varldhistoria, Folkens Liv Och Kultur. Suecia: Daimon... P. 380

Goldmam, Howard h. (1992) Psiquiatria General. Bogota: Manual Moderno. 3ª edic... P. 636

Ikram Antaki. (2001) El banquete de Platón. México: Planeta. P.169

José Calderón, Jorge Fco. (2005) Breviarios Jurídicos. Reparación del daño al proyecto de  
vida por violaciones a derechos humanos. México: Porrúa. P. 100

Jiménez, Ana Berta. (2003) Tesis. Estudio de caso de una anciana con diabetes mellitas tipo 2,  
con compromiso metabólico, un abordaje de Enfermería alternativo, desde algunos elementos  
de Virginia Henderson. México. P. 116

Kubler Ross, Elisabeth. (2006) La rueda de la vida. Barcelona: Zeta.. P. 351

Kubler, Elisabeth. (2006) Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona Debolsillo... P.360

Kubler, Elisabeth. Kessler, David. (2006) On Grief and Grieving. Barcelona: Luciérnaga..  
Pp.23,24

Kubler, Elisabeth. Kessler, David. (2006) Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga.  
P.p. 47

Kubler, Elisabeth. Kessler. David. (2006) Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Luciérnaga..  
P.p. 168

López Ibor, J.J. (1992) Organización Mundial de la salud Ginebra. CIE-10, Trastornos  
mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnostico. Madrid:  
P. 424.

Levinstein. Raquel. (2005) Cuando alguien se va. México: Panorama. P.p. 35,36.

Mae Hammond. Frank. (1970) Cerdos en la sala, Guía práctica para liberación. Colombia: Desafío... P. 174

Navarro, Estanislao. (2003) Diccionario Médico. Paris: Masson. 4ª Edic. P. 746

Montoya Carrasquilla. (1991) Evaluación de Las Estrategias de Afrontamiento. Madrid: Buela-Casal, G. y Caballo, VE., Editores. Manual de Psicología Clínica Aplicada, Siglo XXI

ONU. (1988) Declaración Universal de Derechos Humanos, Departamento de Información Pública. México.

Pla. Sebastián. (2002) Algo más sobre Formación Cívica y Ética. México: Santillana.. P. 120

Singler, Meter. (1995) Ética práctica. Australia: Cambridge. 2ª Edic... P. 492.

Stephen, Lawrence. (2000) Diagnóstico clínico y tratamiento. Bogotá Manual Moderno.. P. 1720.

Varga A.C. (1988) Bioética. Principales problemas. Bogotá: Paulinas p.14.

El médico y el paciente: su mundo silencioso. México: Fondo de Cultura Económica, p. 137

(1984) Crítica de la razón práctica, España : Calpe, Madrid, 3ª edición, p.127.

Reyes, Zubiria Alfonso (1997) Persona y espiritualidad. México: P. 183



Me concentre exclusivamente en lo que tenía que hacer (el próximo paso)				
Intente analizar el problema al que me estaba enfrentando para comprenderlo mejor.				
Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás				
Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar				
Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación				
Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada				
Intente encontrar respuesta al porque de lo que pasó.				
Hable con alguien para averiguar mas sobre el dolor de la perdida y el duelo				
Me critique o me sermoneé a mi mismo por lo que pasó				
No me derrumbe del todo pues deje alguna posibilidad abierta de recuperación				
Confíé en que ocurriera algún milagro				
Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte)				
Seguí adelante como si no hubiera pasado nada				
Intente guardar para mi mis sentimientos (se los oculte a todos)				
Busque algo de esperanza en mi situación (intente mirar las cosas por su lado bueno)				
Dormí/ duermo más de lo habitual				
Manifesté mi enojo a las(s) persona(s) responsable(s) de la muerte				
Acepté la simpatía y comprensión de las personas que se acercaban a mi				
Me dije a mi mismo cosas que me hicieron sentirme mejor				

Me sentí inspirado para hacer algo creativo				
Intente olvidarme de todo				
Busque ayuda profesional				
Cambie, madure como persona (estoy cambiando y madurando como persona)				
Esperé a ver como iba el dolor antes de hacer nada				
Pedí perdón por mis errores a Dios o a mi ser querido				
Desarrollé un plan de acción y lo seguí (lo estoy siguiendo)				
Creo que de algún modo exprese mis sentimientos				
Me di cuenta de que mi comportamiento estaba empeorando las cosas				
Creo que el duelo me hará mejor persona de lo que soy actualmente				
Me aleje del problema por un tiempo (tome unas vacaciones)				
Intente sentirme mejor bebiendo, fumando o tomando drogas				
Intente no actuar demasiado de prisa o dejarme llevar por mi primer impulso				
Tuve fe en algo nuevo (creo que mi fe está madurando)				
Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara				
Re-descubrí lo que es importante en mi vida				
Cambie mis costumbres para adaptarme mejor a mi nueva situación				
Evite estar con la gente en general				
No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo				
Pregunte a un pariente o amigo y respete su consejo				
Oculte a los demás que las cosas me iban mal				
No me tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio				
Le conté a alguien como me sentía				

Me mantuve firme y peleé por que respetaran mi forma de afligirme				
Me desquite con los demás				
Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar				
Sabía que hacer, así que me esforcé más				
Me negué a creer lo que había ocurrido				
Me prometí a mi mismo que las cosas serían distintas la próxima vez				
Propuse un par de soluciones distintas al problema				
Lo acepté, ya que no podía hacer nada al respecto				
Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado en otras cosas				
Deseé poder cambiar la forma en que me sentía				
Cambie algo de mi mismo				
Soñé o me imagine otro tiempo y otro lugar mejor que el presente				
Deseé que la situación terminara o se desvaneciera de algún modo				
Fantaseé o imagine el modo en que podrían cambiar las cosas				
Recé				
Me preparé para lo peor				
Repasé mentalmente lo que haría o diría				
Pensé como dominaría la situación otra persona a la que admiro y la tomé como modelo				
Intenté ver las cosas desde el punto de vista de otra persona				
Me recordé a mi mismo que las cosas podrían todavía estar peor				
Me puse a trotar o a hacer ejercicio				

En breves palabras describe el suceso en el cual te viste involucrado. En la parte posterior de la hoja.

## Puntuación de las escalas adjuntas

### 1. Escala de Estrategias de Afrontamiento

#### Especificaciones:

Para obtener la puntuación, sumar el valor conseguido en cada uno de los ítems correspondientes a cada tipo de afrontamiento, tal como a continuación se indica:

- 1) **CONFRONTACIÓN** (acciones directas y en cierto grado agresivas para alterar la situación). Suma de las puntuaciones obtenidas en los ítems 2, 6, 7, 17, 28, 34 y 46;
- 2) **DISTANCIAMIENTO** (esfuerzos para separarse de la situación). Suma de las puntuaciones obtenidas en los ítems 12, 13, 15, 21, 41, 44 y 66;
- 3) **AUTOCONTROL** (esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones). Suma de las puntuaciones obtenidas en los ítems 4,10, 14, 35, 43, 54, 62 y 63;
- 4) **BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL** (acciones para buscar consejo, información o simpatía y comprensión). Suma de las puntuaciones obtenidas en los ítems 1,3, 8, 18, 22, 31, 42 y 45;
- 5) **ACEPTACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD** (reconocimiento de la responsabilidad en el problema). Suma de las puntuaciones obtenidas en los ítems 9, 25, 29 y 51;
- 6) **HUIDA-EVITACIÓN** (de la situación de estrés). Suma de las puntuaciones obtenidas en los ítems 11, 16, 33, 40, 47, 50, 58 y 59;
- 7) **PLANIFICACIÓN** (esfuerzos para alterar la situación que implican una aproximación analítica a ésta). Suma de las puntuaciones obtenidas en los ítems 1, 26, 39, 48, 49, 52 y 64;
- 8) **RE-EVALUACIÓN POSITIVA** (esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal). Suma de las puntuaciones obtenidas en los ítems 20, 23, 30, 36, 38, 55, 60 y 65.

Modificado de Sánchez Canovas, J. Adaptado De Montoya Carrasquilla reestructurado por Mónica Estela Correa Arellano. Evaluación de Las Estrategias de Afrontamiento. En: Buela-Casal, G. y Caballo, VE., Editores. Manual de Psicología Clínica Aplicada. Madrid, Siglo XXI, 1991