



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**



IMPORTANCIA DE LA TANATOLOGÍA EN LA FORMACIÓN DE LICENCIADAS (OS) EN ENFERMERÍA

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A :
MARTINEZ NUÑEZ ALEJANDRA

DIRECTOR DE TESINA:
DR. JUAN PINEDA OLVERA

ESTADO DE MÉXICO.

2012.



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.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. JUSTIFICACIÓN.....	6-7
3. OBJETIVOS.	
3.1.GENERAL.....	8
3.2. ESPECÍFICOS.....	8
4. METODOLOGÍA.....	9
5. CAPÍTULO I.	
5.1. CONCEPTO DE VIDA Y MUERTE.....	10-15
5.2. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE MUERTE.....	16-17
5.2.1. LA IDEA DE LA MUERTE.....	18-19
5.2.2. MIEDO ANTE LA MUERTE.....	20-22
5.2.3. EL MEXICANO ANTE LA MUERTE.....	23-24
5. 3. CONCEPTO DE TANATOLOGÍA.	25-26
5.3.1. LA ENFERMERÍA Y LA TANATOLOGÍA.....	27-31
5.3.2. LA EDUCACIÓN SOBRE LA MUERTE EN ENFERMERÍA.....	32-35
6. CAPÍTULO II.	
6.1. EL PROCESO DE MORIR.....	36-37

6.2. EL DUELO.....	38-39
6.2.1. ETAPAS DEL DUELO.....	40-44
6.2.2. TAREAS DEL DUELO.....	45-48
6.3. ACTITUDES DE LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE.....	49-55
6.4. IMPACTO EMOCIONAL EN EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE LA MUERTE.....	56-59
7. CAPÍTULO III.	
7.1. BREVE RESEÑA DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA EN LA FES-IZTACALA.....	60-61
7.2. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL PLAN DE ESTUDIOS.....	62-65
8. CONCLUSIONES.....	66
9. SUGERENCIAS.....	67-71
10. REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRÁFICAS.....	72-74
11. ANEXOS.....	75-76

*“La muerte no es el fin, es solo un comienzo.
La muerte es la continuación de la vida....
En la muerte solo entregamos el cuerpo,
Pues el corazón y el alma vivirán para siempre”.*
La Madre Teresa de Calcuta.

DEDICATORIA

A dios porque con su luz ilumina, llena y guía mi existencia, gracias por permitirme vivir cada día.

A mi mamá por darme la oportunidad de vivir y darme todas las herramientas para lograr cada uno de mis sueños y metas, por apoyarme y sostenerme cada instante y sobre todo por amarme tanto desde antes de nacer.

A mi hermanos Sara, Diana y Víctor por compartir esta aventura de vivir y estar con migo en todos los momentos felices y difíciles.

A mis hermanos del alma Italia, Ángel, Alejandro y Jovanna, por ser mis confidentes y cómplices para conseguir mis sueños y no haberme dejado bajar los brazos nunca y apoyarme siempre.

A mis tíos y primos por apoyarme en cada paso que he dado, por sus consejos y cariño.

A mis amigos por su amistad, sostén y dedicación en ayudarme y acompañarme siempre.

A mis Dras. Karen y Graciela por motivarme para seguir adquiriendo más conocimiento y por aconsejarme y guiarme en la vida profesional y personal.

A mi profesor Dr. Juan Pineda por su paciencia, dedicación, su guía y apoyo en este camino, por su valiosa comprensión que me hizo más fácil el conocimiento y me dio valiosas aportaciones para la presente tesina.

Gracias a todos por su cariño y compartir un instante de sus vidas con migo.

Alejandra.

1. INTRODUCCIÓN.

La presente tesina tiene por objeto reflexionar sobre la importancia que tiene la Tanatología en la formación del (a) licenciado (a) en Enfermería, puesto que el valor formativo que contiene la muerte es extraordinario, considerando que lo formativo es todo aquello que facilita y permite el desarrollo de las propias potencialidades de los estudiantes al reflexionar sobre las experiencias, dudas y temores.

La muerte es una realidad concreta e irreversible, es un fenómeno natural e ineludible de la vida. Al abrir nuestros ojos descubrimos que la muerte está en todas partes y es necesaria para nuestra propia existencia, evolución, formación y nuestra propia madurez personal.

En la cultura actual, se sigue viendo como un tabú el tema de la muerte y esto se refleja en nuestra propia educación profesional en el momento que no se nos brindan las herramientas para enfrentarla, dado que este tipo de situaciones son difíciles o críticas y por las que ineludiblemente, todos pasamos, tarde o temprano.

Dentro de esta investigación se revisa la estructura y organización del plan de estudios de la licenciatura en enfermería que consta de veinticinco módulos articulados por dos bloques, el primero denominado estable, que el alumno cursa obligatoriamente, el segundo denominado flexible, en el que los módulos seleccionados se cursan de manera optativa a partir de cuarto y hasta el octavo semestre. Es en este bloque, donde se encuentra el módulo optativo de Tanatología en el que el estudiante de enfermería encuentra las bases para el afrontamiento de la muerte; y es dentro de este punto, donde surge o emerge la presente propuesta de integrar contenidos temáticos de tanatología desde el bloque estable.

2. JUSTIFICACIÓN

La motivación para realizar la presente tesina, surgió de la necesidad de profundizar el conocimiento sobre la muerte y de saber cómo actuar ante tal acontecimiento. Inicié reflexionando sobre mis propias experiencias como estudiante y posteriormente como profesional al cuidar de enfermos que se encontraban en el proceso de muerte y con la muerte misma, así como también recordando la vivencia de la muerte de familiares y amigos. Y es aquí donde me doy cuenta de que a lo largo de mi formación como licenciada en enfermería no conté con los recursos educativos suficientes respecto al tema de Tanatología, y si bien es cierto que dentro del plan de estudios se encuentra la optativa respectiva, no corrí con la suerte de cursarla, pues en ese momento, el cupo se limitaba a quince alumnos.

Es a partir de este contexto que desarrollo mi investigación, de la cual surge una propuesta que se centra en la integración de temas tanatológicos en el ciclo básico de la formación, para que a sí todos los estudiantes de la carrera tengan la oportunidad de obtener dicho conocimiento. Esto constituye la base esencial para seguir edificando el desarrollo y progreso de la profesión; su desarrollo, actualización e innovación, reclaman transformaciones intensas que den respuesta al progreso y mejoramiento de programas de formación y de perfeccionamiento en el pregrado.

Además, de que este tema es importante y de gran trascendencia, pues siempre se ha hablado del enigma de la muerte y nos causa un gran impacto como estudiantes y como profesionales de enfermería con solo escuchar la palabra.

Por lo que al hablar de la importancia que tiene la Tanatología en la formación de licenciadas (os) en enfermería desde el punto de vista que en esta investigación

se plantea, puedo decir que se dirige a fortalecer más, la preparación de verdaderos profesionales de enfermería, porque aprendiendo a asistir realmente a quienes están muriendo, se puede comenzar a vivir libres de temores y responsables respecto a la muerte de uno mismo y a encontrar una manera más eficaz de acelerar nuestro crecimiento como seres humanos, lo que nos llevará finalmente a afrontarla y trabajar con ella de manera natural sin que nos provoque conflicto alguno como profesionistas.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

- › Destacar la importancia que tiene la Tanatología desde el inicio de la formación académica de las (os) enfermeras (ros).

3.2 ESPECÍFICOS

- › Profundizar en la temática sobre el estudio de la muerte.
- › Recopilar información que muestre testimonios de alumnos y profesionales sobre el impacto que tiene su experiencia con la muerte dentro de su formación académica.
- › Analizar la importancia que tiene la enseñanza sobre aspectos relacionados con la muerte en el plan de estudios de la licenciatura en enfermería.

4. METODOLOGÍA

Es una investigación documental, que entre otra información, recopila aspectos teóricos sobre el estudio de la muerte y resultados de estudios fenomenológicos cualitativos que presentan expresiones de los estudiantes de los cuales emergen reflexiones temáticas como: el afrontamiento y visión de la enfermera sobre el proceso de muerte, emociones, preocupaciones y la muerte en sí misma.

"La muerte es sólo un paso más hacia la forma de vida en otra frecuencia y el instante de la muerte es una experiencia única, bella, liberadora, que se vive sin temor y sin angustia"

Elizabeth Kübler Ross

5. CAPÍTULO I

5.1. CONCEPTO DE VIDA Y MUERTE

VIDA

La vida puede ser entendida a través de varias formulaciones biológica, fisiológica, metabólica, bioquímica, genética y termodinámica o sea, es de esos conceptos que no necesariamente se definen con una única y universal definición. Por ejemplo, hay algunos que sostienen que vida es una condición interna esencial que categoriza a los seres vivos, para otros, que es un estado intermedio entre el nacimiento y la muerte.

Las definiciones del concepto de vida se basan en el conocimiento fundamental de los sistemas biológicos.

La definición fisiológica de vida es la que la considera como una capacidad de cualquier sistema de realizar una variedad de funciones, tales como alimentarse, tener metabolismo, excretar, respirar, moverse, crecer, reproducirse y responder a estímulos externos. Podría decirse que lo vivo nace, crece, se reproduce y muere¹.

La definición metabólica considera al sistema vivo como un objeto con límites definidos, es decir, que está separado físicamente del medio que lo rodea, el cual intercambia continuamente sus materiales con ese medio sin alterar sus propiedades fundamentales, al menos por periodos definidos. Ello implica la existencia de mecanismos de regulación homeostática que tienden a conservar constantes las condiciones del medio interno.

La definición bioquímica incluye todos aquellos organismos que contienen información hereditaria, reproducible, codificada en moléculas de ácido nucleico y que tienen la capacidad de controlar la velocidad de sus reacciones químicas, utilizando catalizadores específicos: las enzimas.

La definición genética está muy relacionada con la definición bioquímica, pero ésta, incorpora y utiliza el concepto de información. La información hereditaria está contenida en los genes compuestos de ácidos nucleicos. Los distintos genes son responsables de la expresión de las diferentes características del organismo. Durante la reproducción, los genes se dividen o replican, pasando instrucciones específicas sobre las distintas características del individuo a la reacción siguiente.

La definición termodinámica establece que todos los sistemas vivientes pueden ser definidos como regiones localizadas, con un límite definido en las que hay un aumento continuo de orden, es decir de organización. En este sentido, la vida está limitada y depende de la disponibilidad de energía, en nuestro caso, de energía solar.

No obstante, la diversidad de definiciones y de las diferencias que existen entre los organismos considerados vivos, el patrón fundamental de todos ellos es esencialmente el mismo, lo que implica que probablemente todos los seres vivos se originan de un ancestro común.²

“La existencia no es más que una perpetua alternancia de vida y muerte, de composición y descomposición. No hay vida sin muerte, ni muerte sin vida”.
Claude Bernard.

MUERTE

La muerte es un fenómeno natural, universal y único. Es natural en el sentido de que, si no se origina por causas naturales, se produce siempre como

consecuencia de accidentes, enfermedades y/o envejecimiento, ocasionado en relación con el medio ambiente o con procesos de desgaste fisiológico. Es universal, porque de una u otra forma todos los seres vivos, mueren. Es única porque el propio concepto de muerte es irreversible y a cada persona le acontece una sola vez.

La humanidad comparte el concepto de la muerte como un proceso biológico natural que se manifiesta con el cese de las funciones vitales del ser humano, pero una visión más amplia nos permite concebirla también, como un proceso espiritual mediante el cual el espíritu abandona el cuerpo físico para continuar viviendo en otro plano o dimensión.³

Los principales signos de la muerte son la suspensión de actividad del corazón y de la respiración, pérdida del tono muscular y falta de sensibilidad para los estímulos dolorosos.

En este proceso, la muerte se puede contemplar a partir de tres aspectos: el biológico, el psicológico y el social. Aunque en realidad, la muerte en sí misma es un concepto general cuyo significado varía en función de si se analiza desde un enfoque fisiológico, social, médico, psicológico, antropológico o económico. En este sentido, la muerte puede ser realidad, final, percepción, situación, acto, principio e incógnita.⁴

Centrándonos en la muerte psicológica, añadiremos que esta va paralela a la muerte física y social. Pero también es importante resaltar, que este proceso de morir lo experimentan los familiares y/o cuidadores que están día a día con el paciente al final de su vida. La muerte psicológica también penetra en la esfera del duelo en la que cada persona tendrá que aceptar que todos nos morimos un poco con cada una de nuestras pérdidas.

A lo largo de la historia humana uno de los grandes mitos y tabúes que existen es el de la muerte, porque es uno de los temas más prohibidos, y del cual, surgen innumerables historias tanto relacionadas con el proceso del morir como con la muerte misma, el punto está en cómo la muerte llegó a considerarse como un *objeto* prohibido en torno al cual sobrevuelan ideas y conceptos que se han ido transformando hasta llegar a convertirse en una mitificación de algo que es un proceso natural.

Según la Dra. Elisabeth Kübler-Ross, en su libro "La muerte un amanecer", deja ver sus experiencias a lo largo de varios años y expresa:

- > *"La muerte es sólo un paso más hacia una forma de vida en otra frecuencia. (...) la experiencia de la muerte es casi idéntica a la del nacimiento. Es un nacimiento en otra existencia... la muerte no es más que el abandono del cuerpo físico, es el paso a un nuevo estado de conciencia en el que se continúa experimentando, viendo, oyendo, comprendiendo, riendo y en el que se tiene la posibilidad de continuar creciendo".*
- > *"Morir es un cambio de existencia, y para el alma una migración de este mundo hacia otro.^{I,5"}*
- > *"El cuerpo es la prisión del espíritu, de la que se escapa con la muerte.^{II, 5"}*

El Dr. Rubén Bild^{III}, especializado en la disciplina que se ocupa del fenómeno de la muerte en sí, como un proceso más del ciclo vital del individuo y de los fenómenos psíquicos que se producen frente a la misma, manifiesta que:

^I Sócrates (470 – 399 a. C.) fue un filósofo griego considerado como uno de los más grandes, tanto de la filosofía occidental como de la universal. Fue el maestro de Platón, quien tuvo a Aristóteles como discípulo; estos tres son los representantes fundamentales de la filosofía griega.

^{II} Platón (Ateniense, discípulo de Sócrates) filósofo del siglo IV a.C pensaba que el hombre estaba compuesto de cuerpo y alma. Para él, el hombre es esencialmente alma. Al igual que Sócrates, Platón dice que el alma es inmortal.

^{III} Rubén Bild Doctor en filosofía por la Universidad de Londres. Psicoanalista formado en la Asociación Psicoanalítica Británica. Psicoterapeuta familiar y supervisor docente miembro de la asociación valenciana y cántabra de terapia familiar y de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas. En 1984 introduce los Cuidados Paliativos en España. Presidente honorario de FLICKER, primer hospice para niños y adolescentes en Eslovaquia. Docente de la Escuela

- > "La muerte es un tema eludido, soslayado, negado por nuestra sociedad moderna, que ha hecho un culto de la juventud. Olvidamos que es una parte de la existencia, como el nacer, en esa etapa final puede haber crecimiento y desarrollo. No es una enfermedad (...) ni una prisión de la que debemos escapar. Los que han tenido la fortuna de que la muerte les avisara su llegada por anticipado, tuvieron una posibilidad más de llegar a ser, en esos postreros momentos, plenamente humanos⁶".

Morir no es un hecho bruto, nuestra sociedad ha querido comprender este fenómeno en distintas formas, buscando adjudicarle un significado ilustrativo de ello, es el estudio que de la muerte ha hecho la ciencia, intentando descifrar la utilidad biológica de ésta. Por otra parte, la representación de la muerte y del más allá tiene siempre relación con la vida, con las formas de vivir en cada época y con las creencias ligadas a ella. Estas creencias buscan ser ordenadas a través de un sistema social, representado por el sistema jurídico, se aborda por ello brevemente la muerte desde esta perspectiva. Finalmente, no se puede hablar de muerte sin mencionar la búsqueda de un sentido de trascendencia, de forma que la religión ha cumplido también un papel importante en la búsqueda de un consuelo ante un hecho inevitable, dando su propio significado al hecho de morir.⁷

La toma de conciencia de la muerte puede ser considerada como una crisis en la vida de las personas; pudiendo ser, no la muerte, sino la representación anticipada de la muerte lo que inspira terror⁸.

La fatalidad de la muerte se hace más evidente si se concibe como una característica intrínseca al propio ser vivo desde su origen. En opinión de Metchnikoff ^{IV,9} la angustia que genera la muerte se debe a que muy poca gente

Valenciana de Estudios de la Salud (EVES) y del Plan del Cáncer de la Comunidad Valenciana. Es autor de numerosas publicaciones sobre el tema de la muerte y el proceso de morir.

^{IV} Elie Metchnikoff (1845- 1916) Microbiólogo ucraniano, que trabajó en los campos de la anatomía y embriología comparadas y en el de la inmunología. Es conocido por haber descrito el fenómeno de la fagocitosis. Después de estar en

alcanza el fin normal de su existencia, tras “el cumplimiento de un ciclo completo y fisiológico de la vida con una vejez normal, que desemboca en la pérdida del instinto de vida y la aparición del instinto de muerte natural”.

Por otra parte Erik Erikson^{V,10} plantea un esquema vital en el que sólo puede existir una resolución positiva si se han resuelto satisfactoriamente los conflictos propios de las fases precedentes del desarrollo adulto; plantea un esquema vital en el cual la resolución positiva del tener que enfrentarse a una muerte inevitable incluye un sentimiento de plenitud, paz e integridad en lugar de sentimientos de fracasos, horror y desesperación.

Sin embargo, definir la muerte resulta mucho más difícil de lo que uno se imagina, ya que implica diversos ámbitos: biológico, médico, legal, social, religioso, etc. los cuales se encuentran entrelazados de una forma compleja, no obstante cada cual intenta darle un sentido.

“La muerte sólo será triste para los que no han pensado en ella”.
Fénelon

varios sitios de Europa como en la Universidad de Odessa, de San Petersburgo y en Messina, acabó trabajando en el Instituto Pasteur de París, ciudad en la que falleció en 1916. Tuvo siempre un respeto reverencial por la muerte y por eso creó disciplinas científicas como la gerontología (ciencia de la vejez) y la tanatología (ciencia de la muerte). Creyó que la muerte estaba vinculada, en cierta forma, con la sífilis y buscó, junto con Emile Roux, una cura, descubriendo el unguento gris a base de calomelanos. En 1908 le fue otorgado el Premio Nobel de Medicina que compartió con Paul Ehrlich.

^V Erikson (1902 - 1994) psicólogo estadounidense de origen alemán, destacado por sus contribuciones en psicología del desarrollo. Formuló un modelo psicoanalítico para describir el desarrollo de la personalidad del niño y la edad adulta, su perspectiva tiene en cuenta los aspectos psicológicos y los sociales, y liga el comportamiento del individuo según la edad. Su Tesis es básicamente una teoría de la psicología del Yo a diferencia de Freud que se centró en el inconsciente y el Ello.

5.2. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE MUERTE

Para poder definir la muerte es necesario partir de que la vida y la muerte son un binomio inseparable y que una no se puede explicar sin la existencia de la otra y viceversa. En el caso específico de la muerte del ser humano, hay que recordar que el hombre es biológico, social y emocional.¹¹

MUERTE: se define como la abolición irreversible o permanente de las funciones vitales del organismo. Y para sus fines prácticos se divide en:

CEREBRAL: Es el resultado de la interrupción total del riego sanguíneo.

VIOLENTA: Esta se presenta secundaria a una causa externa. Como puede ser a causa de herida por proyectil de arma de fuego, lesiones por arma blanca o bien accidente automovilístico, etc.

En este apartado es conveniente desde el punto de vista legal clasificar la causa de la muerte violenta en HOMICIDA, SUICIDA o ACCIDENTAL.

SÚBITA: Se presenta en individuos con un estado aparente de salud, también se le conoce como muerte de cuna. Esta puede estar dada por un infarto masivo del miocardio o por un reflejo vagal.

REAL: Es secundaria a una patología en fase terminal.

APARENTE: O mejor conocida como catatonia, es un episodio psicótico, en el que el paciente aparenta estar muerto.¹²

Anteriormente se le conocía como catalepsia y para los fines médico-legales no tiene validez, ya que compete a la psiquiatría.

Aunque desde el punto de vista legal, la muerte aparente puede tener repercusiones en el médico, cuando certifica una defunción en un caso como este.

Para la mayoría de la gente, la muerte es la muerte sin rodeos. Por lo general, en términos legales se define como la interrupción definitiva de toda actividad cerebral. No obstante, según algunos, la muerte se caracteriza por la incapacidad de respirar, mientras que otros opinan que la muerte es la pérdida de la conciencia.

La muerte adquiere su significado en conformidad con el contexto, y lo que a nosotros nos interesa es establecer el momento en que se debe brindar a la gente el trato que se da a los muertos, el momento a partir del cual se debe pagar el seguro de vida o una persona se debe considerar viuda. Son muchos los comportamientos sociales que se activan desde el momento en que se considera a alguien como fallecido.

“La muerte se ha convertido en algo solitario e impersonal”.
Sogyal Rimpoché.

5.2.1 LA IDEA DE LA MUERTE

La muerte es un hecho cotidiano, implícito a la vida y posiblemente la única certeza que tiene el ser humano. A pesar de esto la idea de la muerte queda relegada, apartada e incluso es eludida por la mayoría de las personas, constituyéndose como un tabú el sólo mencionarla. Esto provoca que su presencia nos llene de miedo, dolor y sufrimiento al no saber cómo tratarla, ni estar preparados para asumirla con naturalidad.

Debido esto la cultura en que vivimos, nos oculta y evita hablar de ella ya que en el fondo es concebirla como un fracaso. Fracaso personal, biológico, médico y/o tecnológico. Y ahí es donde aparece la religión, generadora de esperanza ante el gran misterio de la vida y la muerte.

Si bien es una inquietud que aparece en cualquier momento de la vida, basta toparnos con la muerte más o menos de cerca, para que la idea se vuelva inmovilizante e inquietante.

Prepararnos para morir, llena de paz nuestra vida, hace que relativicemos las pérdidas y los fracasos y disfrutemos más el momento presente.

Con el miedo a la muerte se vinculan los miedos a la enfermedad, al sufrimiento, a la vejez,...pero el miedo a la muerte tiene como punto de referencia el miedo al no ser y a la duda existencial del por qué ser ahora y no ser después: qué sentido tiene ser si algún día se dejará de ser. Morir supone el temor a la no existencia y al misterio.

Poder manejar nuestro propio miedo a la muerte y a nuestros sentimientos de dolor al ver fallecer a un paciente por el que sentimos cierto aprecio y seguirlo cuidando de manera objetiva, puede ser una experiencia creciente.

Todo lo desconocido produce miedo, pero, si además es irreversible y representa la imposibilidad de retorno, es lógico que produzca el miedo.¹³

“Por qué preocuparse por la muerte, si cuando tú estés, ella no está y cuando ella esté, tú ya no estarás”.
Epicuro

5.2.2. EL MIEDO ANTE LA MUERTE

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

El miedo es una de las tres emociones fundamentales del ser humano (los otros dos dones es el amor y el odio) que generalmente tiene objeto preciso, concreto, un mal presente e inminente. Su contraparte, la angustia, tiene características subjetivas que se encuentran a nivel de cogniciones, sin embargo, en situaciones concretas miedo y angustia se mezclan siendo por ello necesario hacer una distinción entre ambos.

La muerte genera todo tipo de actitudes y emociones siendo el miedo y la ansiedad las respuestas más comunes. Ambos términos, el miedo y la ansiedad, en ocasiones se utilizan indistintamente tanto en el lenguaje común, como en el científico. Pero Neimeyer^{VI} (1997), señala que podría ser útil considerar el miedo como específico y consistente y la ansiedad como más generalizada y quizás más inaccesible a la conciencia¹⁴.

La ansiedad sería un estado emocional negativo que carece de objetivo específico. Sería como tener miedo a algo, sin saber qué es ese algo, mientras

^{VI} Robert A. Neimeyer, Ph.D., es Profesor de Psicología, en la Universidad de Memphis, donde también mantiene una activa práctica clínica. Desde que finalizó su entrenamiento doctoral en la Universidad de Nebraska en 1982, ha publicado 18 libros incluyendo *Meaning Reconstruction and the Experience of Loss* (American Psychological Association Press), *Dying: Facing the Facts* (Taylor & Francis), y *Lessons of Loss : A Guide to Coping* (Brunner Routledge). Es autor de más de 200 artículos en temas como; Duelo, Pérdida y Psicoterapia Constructivista. Actualmente está desarrollando una teoría más adecuada del duelo, como un proceso de reconstrucción del mundo de significado tras la pérdida. Fue elegido Presidente del Grupo de Trabajo Internacional en Muerte, Morir y Desamparo (2002), Psicólogo del Año más destacado por la Tennessee Psychological Association (1996), se convirtió como miembro de la División de Psicología Clínica de la American Psychological Association (APA, 1997), y le entregaron el Premio de Reconocimiento de Investigación por la Asociación para la Educación y Consuelo de Muerte (1999). Neimeyer está actualmente en el Comité de Temas en el Término de Vida de la American Psychological Association, el comité Asesor Científico del Programa de Investigación del Duelo perteneciente al Centro para el Avance de Salud, y las Evaluaciones y Comité de Conclusiones de los Últimos Actos ("Last Acts"), consolidados por la Fundación de Robert Wood Johnson.

que el miedo sería lo que experimentamos cuando podemos localizar y describir la fuente de nuestras preocupaciones. Es decir, la ansiedad ante la muerte sería el miedo a dejar de existir, mientras que el miedo a la muerte podría ser miedo al proceso de morir, en el sentido de cómo será la agonía, si se podrá controlar el dolor, etc.¹⁵

La mayoría de las personas no tienen miedo a la muerte misma, sino al proceso de morir, a la enfermedad larga y dolorosa, al deterioro físico, a la pérdida de autocontrol e independencia.

Para Limonero¹⁶, la ansiedad ante la muerte se puede entender como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza a la propia existencia, la ansiedad podría aparecer ante la presencia de una enfermedad grave, la muerte de un ser querido, la noticia de un fallecimiento o por situaciones que por asociación con lo antes mencionado, han condicionado estímulos internos del sujeto tales como pensamientos o imágenes relacionadas con la muerte propia o la de un ser querido.

El miedo ante la muerte se encuentra relacionado con el instinto de conservación de la especie ante amenazas objetivas y externas. En cambio la angustia ante la muerte es una amenaza de orden subjetivo que sólo es atribuible al ser humano, ya que únicamente él piensa a futuro, revela ante lo desconocido y dejar lo conocido, lo cual hace angustioso al miedo. Delgado^{VII} (1998) menciona que dentro del miedo pueden distinguirse tres tipos: miedo a lo que viene después de la muerte, al hecho de morir y a la extinción del ser.

El miedo a morir es algo permanente que tiene tal magnitud para el ser humano, que es capaz de consumir una buena parte de su energía vital en la tarea de negar la muerte, lo cual se evidencia comúnmente en el afán de trascenderla.⁷ Lo

^{VII} Delgado, P. G. Profesor Titular del área "Metodología de las ciencias del comportamiento", en el Departamento de Psicología básica, Psicobiología y Metodología de las ciencias del comportamiento. Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Integrante del Grupo de Técnicas Estadísticas Avanzadas Aplicadas a la Psicología (G. T. E. A. A. P).

que hace tolerable el miedo a la muerte es su localización en el tiempo y espacio, ya que el idealizarla como algo lejano permite al ser humano resistirlo e incluso, manipularlo.

En algunas ocasiones el miedo a morir representa el miedo a dejar de vivir, debido a que la vida es concebida como una posesión, por lo cual puede pensarse que no se tiene miedo a morir sino a perder el cuerpo, las posesiones y la identidad, se teme enfrentarse al abismo de la nada. En otras ocasiones, el miedo es producto del temor al deterioro físico, al sufrimiento y al tiempo de muerte que puede tenerse.

Para enfrentar el miedo a la muerte, el ser humano cuenta con diversos mecanismos de defensa mejor conocidos como estilos defensivos o de afrontamiento, los cuales son patrones de conducta, producto de la experiencia individual que aparecen como resultado del miedo y que posibilitan una mayor adaptabilidad, comprensión, asimilación así como superación del miedo.

*“Abraza el miedo y transmuta el dolor”
Deborah Morris Coryell*

5.2.3. EL MEXICANO ANTE LA MUERTE

México es un país rico en cultura y tradiciones; uno de los principales aspectos que conforman su identidad como nación es la concepción que se tiene sobre la muerte y todas las tradiciones y creencias que giran en torno a ella.

Desde sus inicios, la cultura mexicana ha mantenido una relación cercana y hasta reverente hacia la muerte, relación que con el tiempo se convirtió en un culto que llegó a extenderse por muchos rincones y civilizaciones del México antiguo, entre ellos la de los mexicas.

El culto a la muerte existe en México desde hace más de tres mil años. Los antiguos pobladores de lo que hoy es la república mexicana concebían a la muerte como algo necesario y que le ocurre a todos los seres en la naturaleza. Tenían por seguro que los ciclos en la naturaleza como la noche y el día, la época de secas y lluvias eran el equivalente a la vida y la muerte.¹⁷

Comenzaron a representar la vida y la muerte en figuras humanas descarnadas por la mitad. Estas imágenes simbolizaron la dualidad entre lo vivo y lo muerto, lo que llevamos dentro y fuera, la luna y el sol. Podemos decir que es entonces cuando comienza un culto a la muerte que se extiende por todos los rincones del México antiguo y fueron devotas muchísimas culturas como la mayas, zapoteca, mixteca, totonaca y otras más.

Pero uno de los pueblos dónde el culto a la muerte adquirió más fuerza fue el de los mexicas o aztecas. Este pueblo considerado como uno de los más aguerridos de que se tenga noticia, llevó a los extremos la devoción a la muerte.¹⁸

El mexicano le ha dado un significado a la muerte. Le ha llenado de mitos y leyendas; de poemas y canciones; de dichos populares y de un sentido del humor, que no sabemos si se burla de muerte o se ríe de miedo. Sin embargo, el

mexicano de todos los tiempos no escapa al temor universal a la muerte; lo que le ha permitido la trascendencia. Esta la vemos salpicada de creencias prehispánicas, coloniales y, en la actualidad, alcanza un tinte singular al mezclarse con las religiones orientales y, aun, con las creencias y costumbres actuales de los Estados Unidos.

Si bien es cierto que nos encontramos angustiados ante la posibilidad de la muerte, como todo ser humano, nos diferenciamos de otras culturas, porque transformamos a la muerte en algo familiar y cotidiano. Como se mencionó en el párrafo anterior, se le hacen corridos, pero a pesar de ese juego y esa burla, se le tiene un respeto que se manifiesta de diversas maneras, y la más importante, es la celebración de DIA DE MUERTOS, el primero y dos de noviembre, días que se aprovechan para pasar con los muertos, compartir con ellos los alimentos, adornar las tumbas, quemar copal y brindar con ellos y por ellos.

En México, la muerte es femenina, y así podemos darnos cuenta de que la muerte y todas sus creencias tienen un fuerte sentido en el mexicano del siglo XXI. No importa la clase social o el grado de educación de las personas, en México como en cualquier parte del mundo la muerte camina con nosotros. Y aunque hagamos bromas, le dediquemos poemas y canciones; aunque juguemos con ella a las escondidas, tarde o temprano llegará el día en que nos encuentre. Lo importante es estar preparados para esa cita.¹⁹

Por lo anterior, podemos decir que aunque siempre se ha rendido culto a la muerte en México, debemos ser realistas que aun en la actualidad sigue siendo un tabú para muchos, porque verse cara a cara con ella nos atemoriza a todos.

*“Quién dijo miedo a la muerte, si para morir nacimos”
Dicho popular Mexicano*

5.3. CONCEPTO DE TANATOLOGÍA

El concepto Tanatología, procede del griego Thanatos (θάνατος - muerte). En el imaginario griego junto a su hermano Hypnos son los portadores del muerto, cumpliendo la función del dulcificar el viaje, junto a Hermes y Caronte, y logía (λογία - ciencia). Ciencia encargada del estudio de la muerte. Término acuñado por el ruso Elías Metchnikoff (1901).

El Dr. Alfonso Reyes Zubiría^{VIII}, la define como: “una disciplina científica cuya finalidad es curar el dolor de la muerte y la desesperanza”. Esto es, curar los dolores más grandes que el ser humano pueda sufrir.²⁰

La definición etimológica de tanatología es: *Thanatos*. Es hija de la noche y hermana mayor del sueño. Abstracción que tiene la facultad de curar todos los males. Es la única diosa, que no acepta dadas.²¹. Del griego *Thanatos*: muerte.

Logos. Para los filósofos griegos la palabra *logos* no significaba estudio o tratado, sino: sentido.

La Tanatología, es el sentido de la muerte tal y como la entendemos, es una disciplina amplísima y muy difícil de abordar por las múltiples facetas y diversos campos de análisis que se interrelacionan (multidisciplinar). El aspecto biológico prácticamente invariante, los diversos modelos culturales y personales del morir, las creencias y rituales y además aspectos sociales que configuran en nuestra civilización una cultura de evitación de la muerte. Sin embargo, el principal fin de la tanatología del que nos hacemos eco, es el de desmitificar la muerte y el morir aprendiendo a convivir con ella y se basa en el principio de cuidar más allá de curar.¹⁹

^{VIII} El Doctor Luis Alfonso Reyes Zubiría es pionero de la Tanatología en México, una disciplina encargada del estudio serio y profesional de lo que es la muerte y el morir; además de preocuparse por introducir este campo a nuestro país, se ha ocupado por publicar estos tópicos a través de distintos medios como libros, audioconferencias, videoconferencias, revistas, etc.

La Tanatología es una ciencia que percibe al hombre como un todo, con sus necesidades y realidades físicas, psicológicas, espirituales, sociales y culturales. Se encarga no solo del estudio de la muerte sino también de sus manifestaciones, de enfermo y sus seres cercanos; así como del suicidio y los individuos que hayan tenido una pérdida significativa, para lo cual analiza aspectos antropológicos y culturales que agreden la relación con las costumbres y los ritos en torno a la muerte.

“La muerte es el instante en que la mariposa escapa de la oruga; en nuestro cuerpo el alma está larvada y es la muerte quien le otorga el ser... La vida y la muerte no son dos polos opuestos, sino dos estados conexos entre los cuales no todos los contactos cesan”
José Vasconcelos.

5.3.1. ENFERMERÍA Y LA TANATOLOGÍA

La Tanatología originalmente se ocupaba de los cadáveres, pero hace poco más de tres décadas comenzó a ocuparse de las personas, de la atención de los pacientes terminales y de sus familiares.

Para que este cambio se suscitara, fue necesaria la actuación de dos profesionales: la enfermera Cicely Saunders^{IX,22} y la médica Elizabeth Kübler-Ross.

En el año de 1967 en Inglaterra, Cicely Saunders desarrolló una modalidad de trabajo en la que sostenía que la persona que va a morir debía ser asistida para aliviar el dolor y otros síntomas físicos y psíquicos provocados por la enfermedad y sus vicisitudes. Esta orientación fue llamada “hospice”. Este más que un espacio físico en donde la persona muere con dignidad, es una actitud frente al usuario y su familia, que siempre toma en consideración el control del dolor y otros síntomas que se presenten.

La Tanatología fue introducida a México por la Asociación Mexicana de Tanatología, Asociación Civil (AMTAC), la cual nació para llenar un vacío existente y existencial en todo México. Esta es una asociación civil no lucrativa, multidisciplinaria e interdisciplinaria, la cual fue fundada el 18 de Noviembre de 1988 por el Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiría²⁰.

IX Cicely Saunders fue la que marco la evolución de los Centros para enfermedades terminales y Cuidados Paliativos modernos comenzó en Inglaterra. Cicely Saunders fue consciente de las carencias en los cuidados hospitalarios que experimentaban los pacientes incurables antes de morir. Fue la primera especialista en el manejo de síntomas de pacientes moribundos e inició en Gran Bretaña el Movimiento “Hospice” que suponía un nuevo concepto de abordaje global para enfrentarse a una gran variedad de síntomas y al sufrimiento que experimentan los enfermos terminales. Este movimiento nació en St Christopher’s Hospice en Londres y posteriormente se extendió por todo el mundo. Fue una ferviente defensora de la muerte con dignidad, oponiéndose a la eutanasia y argumentando que la muerte puede ser una experiencia positiva a la que todo el mundo tiene derecho. Su convicción fue: “Usted importa por lo que usted es. Usted importa hasta el último momento de su vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para que muera de manera pacífica, sino también para que, mientras viva, lo haga con dignidad.

La muerte es algo importante en la vida, siempre ha inquietando al hombre, quien a través del tiempo, ha hecho infinidad de estudios para alargar su vida, ya que al enfrentarse con la muerte, se atormenta, se angustia, sufre y trata de evitarla.

La muerte no es un hecho o un instante; es un proceso que inicia desde el momento de nuestra concepción. Es un misterio inexplorado lleno de incógnitas, temores, oportunidades, angustias, opciones y es inherente a la vida, va de la mano en cada instante en nuestro largo caminar.

Nosotros como seres humanos y profesionales dedicados al cuidado de los enfermos debemos incluirla en nuestra ciencia, pensar en ella y asumirla, ya que ésta amplía nuestro horizonte vital; el cual dará un sentido y significado a nuestro diario trabajar que nos conducirá a una trascendencia en donde no sea posible vivir en un plano estéril, como el que solo se limita a pasar por el mundo sin dejar huella en su caminar.

En 1858 Florence Nightingale^x escribió, que nuestro objetivo fundamental como enfermeras es “situar al paciente en el mejor estado posible para que la naturaleza actúe en él”. Nuestra profesión es: una ciencia, pero también un arte.

Hay que aceptar la muerte con humildad y humanidad, para pasar del curar al aliviar. Tenemos un compromiso ético con cada uno de nuestros pacientes, el no abandonarlos y acompañarlos aliviando los síntomas adversos durante el trayecto de su enfermedad, respetando su autonomía, permitiéndoles partir rodeado de sus seres queridos en un ambiente cálido y de amor, nosotros en su compañía.

^x Florence Nightingale nació en Florencia, Italia, el 12 de mayo de 1820. Se dedicó a la atención de los enfermos pobres, que estaban cerca de su rica mansión y realizó una investigación sobre los informes hospitalarios y de salud pública en Inglaterra. Al estallar las luchas en Crimea, Florence recibió el nombramiento de Superintendente del cuerpo femenino de enfermeras de las fuerzas inglesas establecidas en el hospital general inglés de Turquía. Al finalizar la guerra se estableció un fondo para recaudar donativos, al cual se le llamó el “Fondo Nightingale”, con estos donativos se fundó un instituto para la formación de enfermeras en el Hospital de Santo Tomás. Escribió el libro “Notas sobre Enfermería”. El 13 de agosto de 1910 falleció, dejando tras de sí una importantísima labor de Enfermería.

La enfermera debe brindar calidad y calidez a sus pacientes permitiendo satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales como un ser humano que se encuentra en el lecho del dolor.

Virginia Henderson^{XI} en el año de 1966 dijo: “Ayudar al individuo sano o enfermo, en la ejecución de las actividades que contribuyen a conservar la salud o a su recuperación, a proporcionar una muerte apacible y tranquila que, sin duda, el sujeto llevaría a cabo por sí mismo si dispusiera de las piezas necesarias y de los indispensables conocimientos, desempeñando esta función de tal manera que le ayude, además, a lograr absoluta independencia cuanto antes”.

La acción de enfermería en el paciente que está en proceso de morir como una labor enfocada al servicio del hombre como un todo y dice: “La enfermera brinda al moribundo ayuda compasiva y misericordiosa. Esta actitud debe provenir del profundo sentido de su quehacer y su madurez, sensibilidad, confianza, serenidad, pertenencia y todas las cualidades morales que deben distinguir para que esta ayuda no aparezca como algo pasivo; por el contrario ser compasivo y misericordioso exige de sí mismo conocimiento, integridad y sentido de trascendencia”.²³

La profesión de enfermería no sólo debe basarse en su labor teórica, sino que debe integrar su profunda experiencia a través del contacto con sus pacientes, lo cual le permitirá madurar, crear y ser cada día más sensitiva para estar atenta ante cualquier situación que se presente en cada momento, y todo esto solo se logra con la preparación que se nos brinda durante la formación profesional.

^{XI} Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri. Durante la primera Guerra Mundial desarrolló su interés por la enfermería. Llevó a cabo un trabajo de investigación comparando métodos de asepsia y utilizándolos en los cuidados enfermeros. Elaboró un trabajo de investigación que duró cinco años con el sociólogo Leo Simmons, sobre la importancia del crecimiento profesional de la Enfermería. Los logros e influencia de Henderson en la profesión de Enfermería le han supuesto más de siete doctorados honorarios y el primer “Chistiane Reimann Award”. En España se la nombra Profesora Honoraria de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

La enfermera con conocimientos en tanatología trata la agonía y la muerte desde una perspectiva terapéutica y profesional con un gran sentido de humanismo que exige el hecho en primera instancia de ser personas y en segundo lugar de ser enfermeras.

La labor de la enfermera con conocimientos tanatológicos es procurar el bien morir, cubriendo las necesidades del usuario en las circunstancias en la se encuentra y comprende tres actividades principales, que son:

- > Acompañamiento: estar presente con sus cuatro cuerpos; el físico, el mental, el espiritual y el emocional.
- > Escuchar: con dos oídos; el de las palabras y del las emociones.
- > Ayudar a despedirse.²⁴

Se desarrolla la sensibilidad de la comunicación verbal y no verbal tanto del paciente como de su familia, y con nosotras mismas, con el fin de brindar una máxima ayuda ante la enorme necesidad del momento. Nosotros debemos comprender, conocer y justificar las reacciones emocionales del ser que está muriendo.

Su estudio interdisciplinario, se enfoca fundamentalmente a las medidas que hay que tomar para disminuir el sufrimiento físico, psicológico, la aprehensión y sentimientos de culpa que aparecen en los enfermos, familias, amigos, y del quipo de salud, así de esta manera utilizarán nuestros propios recursos personales, emocionales y sociales que influyen en nuestras vidas, para resolver las situaciones conflictivas que existan en torno a la muerte.

Las estrategias para el trabajo tanatologico de la enfermera son:

- > Fijar objetivos y expectativas realistas.
- > Establecer sus propios límites.

- > Pedir y aceptar ayuda.
- > Cuidar de sí mismo.
- > Compartir con otras personas el cuidado del enfermo.²⁵

La tanatología también estudia los sentimientos y efectos que la muerte provoca en las personas que rodean al que está muriendo, como son los familiares y el equipo multidisciplinario de salud (enfermeras, médicos, estudiantes, etc.), esta interacción será enfocada principalmente para liberación de las emociones que el trabajo constante con la enfermedad y el dolor que conllevan la muerte, siendo un mediador entre los dolientes y el personal médico para que se garantice una atención humanizada ante el proceso de muerte y/ o duelo que se enfrenta.

En síntesis, la enfermera tanatologa debe tener un profundo conocimiento sobre el hombre, la vida, la muerte, y al mismo tiempo, una profunda calidad humana.

“No es que tenga miedo a morirme. Es tan sólo, que no quiero estar allí cuando suceda.”
Woody Allen.

5.3.2 LA EDUCACIÓN DE LA MUERTE EN ENFERMERÍA

La opción de educar para la vida y la muerte partiendo del conocimiento personal, cultural, social y profesional sirve para que podamos todos no sólo vivir sino también morir con dignidad. Parte desde el punto en que el ser humano está sometido siempre al aprendizaje, a lo largo de toda su existencia, y el aprender a morir debería ser uno de ellos, ya que supone aprender a vivir instantáneamente.

El problema de educar para la muerte puede afrontarse rehaciendo el modo de celebrar y de vivir la muerte en esas fórmulas externas y sociales. Ésta sería una manera de transmitir un nuevo modo de vivir y enfocar la muerte; no disimulándola sino humanizándola, desmitificándola y aprendiendo a convivir con ella.

La conciencia de la muerte en enfermería no supone necesariamente asumirla como un factor negativo en todas las situaciones sino ampliar el horizonte de autonomía de las personas. Hay que aprender a convivir con la muerte en todos sus niveles, abordándola como un tema de base educativo en la carrera de enfermería lo cual nos permitirá ayudarnos a entender que quien no acepta y comprende la muerte, no ama verdaderamente la vida.

Hoy se nos enseña a negar la muerte, y que esta no es otra cosa que aniquilación y pérdida, intentamos ignorarla, la escondemos, la nombramos en contadas ocasiones, aplazando hablar de ella hasta encontrar momentos más propicios, en la absurda esperanza de que nunca llegue. Así la mayor parte del mundo vive o viene negando la muerte o viven aterrorizados por ella. Socialmente con el solo hecho de mencionarla se corre el riesgo de atraerla.

Cuando conservamos un cierto sentido de la realidad como enfermeros, incluyendo la proximidad del fin o de la muerte en sí, y en función de su capacitación previa para afrontarla, estaremos en mejores o peores condiciones para hacerle frente.

Pero sin embargo, nada nos prepara ni personal, ni profesionalmente para afrontarla como un fenómeno decisivo que debe integrar nuestra propia percepción vital, y no solo para mantener una relación definitoria con sus límites. No se trata, pues solamente de avanzar en la vida y establecer con la muerte una relación a través de jalones premonitorios. De lo que se trata es de construir las bases para que las y los estudiantes de enfermería puedan integrar la muerte como un aspecto positivo de su profesión, y de su vida misma, no para negarla, sino para alcanzarla y afrontarla sin miedo.

En nuestra sociedad, se abre una tendencia a abordar la muerte como algo público que merece ser considerado bajo las perspectivas vinculadas a la mejora de nuestra salud, facilitando la decisión autónoma de las personas, para que al establecer las bases para morir, no signifique una ampliación del sufrimiento humano. La educación para la muerte debe consistir en el mejoramiento de la calidad de vida y a través de esto también darle una calidad a la muerte.

El objetivo es por tanto, crear bases que permitan afrontar la muerte como un derecho, en todas sus variables y no como una sentencia. Partimos de que no existe una línea educativa en enfermería especializada que sea la base en la educación para la muerte.

Debido a esta situación social de la muerte, es probable que muchos sujetos no tengan suficientes oportunidades para examinar sus sentimientos sobre la muerte de manera que puedan adaptarse a una situación de pérdida. Por otro lado, autores como Kübler-Ross (1969), y Kirchberg y Neimeyer (1991), creen que la atención que ofrecen los profesionales de la salud al enfermo al final de la vida, se podría mejorar, redundando dicha mejora, en un mayor confort.

A partir de esta realidad, hace menos de diez años en México aparecen los primeros programas de educación en los que se ofrece a los participantes la

posibilidad de afrontar la muerte de manera más efectiva a nivel personal y profesional.

La necesidad de la educación sobre la muerte vendría dada porque en la actualidad y en nuestro país, existe un panorama diferente al que existía hace unos años en relación a la atención de los enfermos al final de su vida. Los factores que han generado cambios al proceso de morir se pueden resumir en los siguientes apartados.

1. Cambios sociales que hacen que en la mayoría de los enfermos al final de su vida necesiten cuidados en ámbitos hospitalarios y en sus propias casas.
2. Aumento y mejora de las tecnologías sanitarias y recursos farmacéuticos que llevan a un alargamiento de la longevidad e incremento de la población en edad avanzada.
3. Cambios en los hábitos de vida y elevación de la tasa de prevalencia e incidencia de enfermedades funcionales y crónicas.
4. Aumento de enfermos al final de la vida en los servicios hospitalarios. Este aumento del índice, involucra directamente al personal de enfermería que tiene que cuidar a un tipo de enfermos que presentan características que probablemente perciben como amenazantes o difíciles²⁶.

Aunque parece evidente que la educación sobre la muerte en profesionales de enfermería ayudaría a manejar las emociones que generan en el día a día, lo cierto es que todavía hoy, la formación en la atención a los pacientes al final de su vida, en las escuelas de México está tomando rumbos diferentes.

En relación a la utilidad o efectividad de los cursos sobre el proceso de morir y a la muerte, nos encontramos que las consecuencias de la educación sobre la muerte no son consistentes, esto quiere decir, que una cosa es la necesidad de la formación y otra es como se imparte esta formación. Así pues, los resultados

dependerán de diversos factores, entre ellos, de la duración del curso, de los contenidos expuestos, de las características de los participantes y de los profesores y sobre todo si el programa es didáctico o experiencial.

Sobre este último punto, los programas didácticos se centran en la información sobre aspectos relacionados con la muerte, intentando reforzar los aspectos cognitivos de los participantes, mediante lecturas, conferencias y discusiones en grupos grandes. En contra, la metodología experiencial se centra en animar a los participantes a que examinen y compartan sentimientos y preocupaciones personales mediante el uso de técnicas tales como el juego de roles, las fantasías dirigidas, simulaciones, escritos sobre la vivencia de las pérdidas en su vida y comentarios sobre la experiencia profesional.

Concretando un poco más, la metodología didáctica hace mayor hincapié en reforzar solo el aspecto cognitivo de la muerte, mientras que el método experiencial se centra más en la vivencia de la muerte.

La verdadera importancia de la educación sobre la muerte y el proceso de morir puede ayudar positivamente a tener un cambio de actitudes a la hora de formar a los futuros profesionales en enfermería.

“Aprender a morir es aprender a vivir” Epicuro de Samus.

6. CAPÍTULO II

6.1. EL PROCESO DE MORIR

Tanto en la agonía como en una muerte súbita, se muere progresivamente; es decir, por grados y por partes. En consecuencia y como antes se mencionó, la muerte no es un estado, sino un proceso. Hay un morir cotidiano que consta de muertes pequeñas y diarias, precursoras con el único cambio sobre el cual no tenemos control.

Morimos porque estamos vivos y vivir calmadamente nos lleva a morir con serenidad, libres de ansiedad y de forma digna. “morimos como hemos vivido, de modo que una buena muerte llega por medio de una buena vida”.²⁷

Una vida agitada y enajenada no permite enfrentar la muerte; esto lo demuestra León Tolstoi en su obra *La muerte de Iván Illich*, cuando describe el proceso de sufrimiento espiritual del moribundo, quien se da cuenta en ese momento de que la muerte en sí misma no es aterradorante y que la causa de mayor dolor es la vida que llevó la persona sin haber escuchado su conciencia, llegando a considerarla una vida inútil y desperdiciada. A medida que se acerca su muerte, el agonizante siente alivio solo cuando obedece y escucha a su conciencia.

La muerte, que oficialmente pone fin a la vida y termina en un cadáver, se puede llamar *la muerte más del más acá*. La muerte, que deja de ser un término para tornarse en esperanza después del fallecimiento, se puede denominar *el más allá de la muerte*.²⁸

Según la doctora *Elizabeth Kübler Ross*, “nuestro cuerpo material es como una crisálida y la muerte hace surgir en nosotros lo que tenemos de indestructible y de inmortal, cuyo símbolo pudiera ser la mariposa”.

Trabajar con el proceso de morir, implica vivir día a día con las emociones generando un fuerte impacto en el personal asistencial. Emociones que en su mayoría, serán negativas como la pena, la culpa, la tristeza y el miedo, entre otras. Los enfermeros y enfermeras son de los más afectados al estar muy cerca y trabajar durante muchas horas, con el enfermo al final de su vida.

De tal manera que en nuestro trabajo cotidiano haremos todo lo posible por darles el mejor cuidado a nuestros pacientes y hacerles saber que no los abandonamos, sino que los confortamos ofreciéndoles nuestra presencia e interés, con nuestras visitas constantes, el acercamiento y el contacto físico y una escucha atenta, le ayudará a nuestros pacientes a disminuir sus temores y afrontar de una manera más sana el hecho de la muerte.

Un punto clave para lograr lo anteriormente mencionado, es manejar los problemas más difíciles como son el afrontar la sensación de impotencia, la pérdida del control y el miedo al dolor y a la muerte misma. Por ende, es necesario que el equipo de enfermería, esté preparado tanto para ayudar al enfermo, a su familia, como para protegerse a sí mismo emocionalmente.

“El cambio es no sólo parte esencial de la vida, es la vida misma”
Alvin Toffler

6.2. EL DUELO

La palabra “duelo” viene del latín *dolus* (dolor) y “luto” viene del latín *lugere* (llorar); es decir el luto es la aflicción por la pérdida de un ser querido que se manifiesta con signos visibles externos, comportamientos sociales y ritos religiosos.

A lo largo de nuestra vida, los seres humanos debemos enfrentar permanentemente pérdidas. Cualquier situación que se valore como “ganancia”, tiene como precio un desprendimiento, una renuncia, una pérdida. Y si aceptamos este hecho, entonces podemos afirmar que las pérdidas y la elaboración de estas, forman una parte esencial de la vida del ser humano.

El duelo es una reacción natural ante una pérdida y comprende una serie de procesos intrapsíquico, somáticos y socioculturales que dentro de un período de tiempo razonable y con una cierta intensidad, no está vinculado con un proceso patológico ni requiere psicofármacos para su manejo.

El duelo como definición: es el proceso de adaptación psicológica a las pérdidas propias vividas en nuestro cuerpo y propias relacionadas con personas, animales, cosas, fenómenos o situaciones importantes para nosotros.²⁹

A diferencia del luto, el duelo, es:

- A. Inevitable
- B. Conlleva sufrimiento
- C. Es una condición sine qua non para crecer y madurar emocionalmente.

Factores importantes a evaluar en el proceso de duelo:

1. El tipo de vínculo. Lo que significaba en la vida de esa persona. Es decir, que tan cercana era la relación, el grado de dependencia física, económica y/o emocional; los roles desempeñados, calidad de la relación, etc.

2. La causa de la pérdida o de la muerte. Es decir esta es propia de un proceso de crecimiento, producto de un desastre natural; es imprevista, asociada a violencia, es producto de un largo y doloroso proceso de deterioro, etc.
3. Experiencias de pérdidas previas y el manejo de estas.
4. Las redes de apoyo: amigos, familias consanguíneas, la sociedad, iglesia, grupos de apoyo, etc.
5. Los recursos personales (fuerza yóica) con los que cuenta el individuo,
6. El momento de la pérdida dentro del ciclo vital, entre otros.

*“Lo que una vez disfrutamos, nunca lo perdemos. Todo lo que amamos profundamente se convierte en parte de nosotros mismos”
Hellen Keller*

6.2.1. ETAPAS DEL DUELO

Habitualmente el duelo se refiere al estado de aflicción relacionado con la muerte de un ser querido y que puede presentarse con síntomas característicos de un episodio depresivo mayor. Sin embargo, el término duelo y los procesos de duelo puede también aplicarse a aquellos procesos psicológicos y psicosociales que se ponen en marcha ante cualquier tipo de pérdida (la pérdida de un ser querido, los fracasos escolares, las situaciones de abandono: divorcio, separación, rechazo de los padres; los problemas familiares, los cambios de domicilio, los problemas económicos, la pérdida de empleo, el diagnóstico de una enfermedad grave o invalidante).

Todos estos factores estresantes pueden originar igualmente reacciones desadaptativas con manifestaciones de índole depresiva y emocional como tristeza, llanto, desesperanza, impotencia, rabia y culpa, además de disfunción importante a nivel social y laboral. En un sentido más amplio podemos entender el duelo y procesos de duelo como el conjunto de representaciones mentales y conductas vinculadas con una pérdida afectiva.³⁰

El duelo es un proceso que cada ser humano experimenta de diferentes formas e intensidades que varían según la edad, el sexo, el vínculo afectivo, la fortaleza emocional y espiritual y hasta la cultura a la que pertenece.

La finalidad del duelo es recuperarse de la manera más saludable en el tiempo más corto posible y alcanzar en ese tiempo el equilibrio emocional y no transcurrir de un duelo considerado “normal” a padecer un duelo patológico, que es cuando se vive y se reacciona con sentimientos y emociones desproporcionados a los que se esperan cuando un ser amado muere. Este tipo de duelo requiere ayuda profesional inmediata.

El duelo es un proceso en el que se reajustan las ideas y pensamientos vinculados con la persona fallecida. También es una respuesta, un sentimiento subjetivo de los seres humanos que aparecen tras la muerte de un ser querido, la pérdida real de cualquier objeto, parte del cuerpo o función que sea emocionalmente importante para la persona cuya finalidad es salir de la pena íntegro, enriquecido y vitalizado. En este estado, los deudos se sienten privados de un ser querido y abarca diferentes emociones tales como llanto, negación, aturdimiento, etc.

Las etapas del duelo europeo difieren de las del mexicano y, en general, de las del latino, según opina la doctora Elisabeth Kübler-Ross, quien es considerada como la madre de la tanatología. Propone que la elaboración del duelo ocurre en cinco etapas: **negación y aislamiento, ira, regateo o pacto, depresión y finalmente, aceptación.**

En México, el doctor Alfonso Reyes Zubiría^{XII} tiene una visión distinta respecto del proceso de duelo y de las emociones anteriormente descritas. Al mexicano – señala– lo caracteriza la religiosidad y el apego a la familia, ingredientes que lo hacen vivir estas etapas de manera distinta al europeo; refiere sentir una gran tristeza a lo largo del proceso de duelo, pero la religiosidad hace que alcance en la mayoría de los casos la aceptación mediante la fe. Las etapas que el mexicano vive son, entonces, **el shock, la depresión, la ira, el perdón y la aceptación.**

ETAPAS DESCRITAS POR LA DRA. KÜBLER-ROSS

1) **Negación y aislamiento:** la negación nos permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante; permite recobrase. Es una defensa provisoria y pronta, que será sustituida por una aceptación parcial: “no podemos mirar al sol todo el tiempo”.

^{XII} El Dr. Alfonso Reyes fue alumno de la Dra. Kübler-Ross, y es considerado como el pionero de la Tanatología en México. Fundó la Asociación de Mexicana de Tanatología A.C. el 18 de noviembre de 1998. Esta asociación empieza a hacerse presente en hospitales, grupos, conferencias y al cumplir su primer aniversario, en abril de 1990, cuenta con la asistencia de la Dra. Kübler-Ross.

2) **Ira:** la negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento; surgen todos los por qué. Es una fase difícil de afrontar para los padres y todos los que los rodean; esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones, aún injustamente. Suelen quejarse por todo; todo les viene mal y es criticable. Luego pueden responder con dolor y lágrimas, culpa o vergüenza. La familia y quienes los rodean no deben tomar esta ira como algo personal para no reaccionar en consecuencia con más ira, lo que fomentará la conducta hostil del doliente.

3) **Regateo o Pacto:** ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, mas el enojo con la gente y con Dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática vivencia.

4) **Depresión:** cuando no se puede seguir negando, la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza. Es un estado, en general, temporario y preparatorio para la aceptación de la realidad en el que es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo: esto es, a menudo, una expresión de las propias necesidades, que son ajenas al doliente. Esto significaría que no debería pensar en su duelo y sería absurdo decirle que no esté triste. Si se le permite expresar su dolor, le será más fácil la aceptación final y estará agradecido de que se le acepte sin decirle constantemente que no esté triste. Es una etapa en la que se necesita mucha comunicación verbal, se tiene mucho para compartir. Tal vez se transmite más acariciando la mano o simplemente permaneciendo en silencio a su lado. Son momentos en los que la excesiva intervención de los que lo rodean para animarlo, le dificultarán su proceso de duelo. Una de las cosas que causan mayor turbación en los padres es la discrepancia entre sus deseos y disposición y lo que esperan de ellos quienes los rodean.

5) **Aceptación:** quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos -su envidia por los que no sufren este dolor, la ira, la bronca por la pérdida del hijo y la depresión- contemplará el próximo devenir con

más tranquilidad. No hay que confundirse y creer que la aceptación es una etapa feliz: en un principio está casi desprovista de sentimientos. Comienza a sentirse una cierta paz, se puede estar bien solo o acompañado, no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor... la vida se va imponiendo.

Esperanza: es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo este dolor tenga algún sentido; permite poder sentir que la vida aún espera algo importante y trascendente de cada uno. Buscar y encontrar una misión que cumplir es un gran estímulo que alimenta la esperanza³¹.

ETAPAS DEL DUELO DESCRITAS EL DR. ALFONSO REYES ZUBIRÍA SON:

- 1) **Shock:** se presenta forzosamente y sin avisar. La reacción que provoca es de incredulidad ante la situación. La respuesta es personal, es negar que el hecho sea real.
- 2) **Depresión:** es una etapa muy dolorosa donde existe el manejo de las emociones. Es una depresión por emoción, no por enfermedad. Se presentan dos emociones principalmente: ira y tristeza, las cuales, mientras más se ventilen, más pronto se van. Tienen una función homeostática. Cuando hay un gran dolor algo falla interiormente. Como dice Buscaglia: "las lágrimas limpian y ayudan a ver más claro". El llanto equilibra las fallas, que vuelven a funcionar con naturalidad; hay sentimientos de frustración, culpas y cambios en el sueño y el apetito.
- 3) **Rabia:** es el principio de la curación del duelo. Es muy profunda. Nace de lo profundo del Yo. Es frecuente que esta rabia sea contra Dios.
- 4) **Perdón:** la culpa siempre se basa en un absurdo, si no la quitamos, se convertirá en nuestra más fiel y dolorosa compañera. No se puede manejar, se debe quitar. Tanatológicamente, es la etapa más importante como arma terapéutica. Quién sufre el dolor del duelo, debe llegar a perdonar al propio Yo

y al Tú, quienquiera que sea, a Dios, al médico, a uno mismo. El perdón es una condición indispensable para tener paz interior.

- 5) **Aceptación:** Esta es la etapa que marca el final del duelo. Significa aceptar, no resignarse. Aceptar, es sentir que la muerte como tal no existe, que es sólo un cambio de presencia y de esta manera percibir que dentro de uno mismo, está vivo el que murió. Es hablar, vivir, recordar pero sin dolor. Resignarse en cambio, significa conformarse ante el hecho irremediable de la muerte, pero el dolor sigue presente.

Una vez que se ha pasado por estas etapas y se logra la verdadera aceptación, el desafío que impone el duelo, es encontrar un nuevo sentido a la vida a partir de una pérdida, dándole a esta última su significado, porque la vida continúa, aunque ya no sea igual que antes.

Por todo lo anterior, en el siguiente subtema se abordan y describen aquellos procesos experimentados por el ser humano y en específico de las y los enfermeros ante la muerte, así como los sentimientos, emociones y pensamientos que son característicos de dichos procesos.

“El duelo no es un camino fácil pero... si no lo fuera... dejaría de tener sentido toda nuestra existencia”
Verónica.

6.2.2. TAREAS DEL DUELO

El planteamiento propuesto por J.W. Worden^{XIII}, el hecho de hablar de fases y/o etapas puede colocar a la persona en una posición pasiva frente a su dolor, donde no sea posible hacer nada más que esperar que se vayan sucediendo gradual o progresivamente dichas etapas. Por este motivo, este autor prefiere hablar de TAREAS DEL DUELO, lo que sitúa al sujeto en una postura más activa de cara a la elaboración del mismo. Hablar de tareas implica que la persona puede hacer algo para manejar su dolor. Aunque esas tareas requieren un cierto esfuerzo.

Es importante aclarar que no se trata de técnicas o trucos a los que agarrarse para que el duelo pase antes o para que duela menos, ya que el control de la experiencia subjetiva del dolor es algo que está fuera de nuestro alcance. Las tareas ayudarán a que la persona que ha sufrido la pérdida aprenda a abrirse a las emociones que experimenta, sin juzgarlas ni luchar contra ellas y a darlas sentido, para ir poco a poco asumiendo la pérdida, recolocándola en su vida y continuar avanzando en el camino que le marquen sus valores.

Aunque las tareas no siguen necesariamente un orden específico, en su definición se sugiere un cierto ordenamiento. No obstante, pueden darse en cualquier momento. Las tareas propuestas por Worden^{XIV} serían las siguientes:

^{XIII}Dr. William Worden es miembro de la Asociación Americana de Psicología. También tiene cargos académicos en la Escuela de Medicina de Harvard y en la Escuela de Posgrado de Psicología Rosemead en California. Es el co-investigador principal del Harvard Child Bereavement Study. Su interés profesional lo llevó a convertirse en un miembro fundador de la Asociación de Educación y Consejería de muerte (ADEC) y del Grupo Internacional de Trabajo sobre la Muerte y el Duelo (GTI). Su libro Tratamiento del duelo ha sido traducido a 12 lenguas y ha sido reeditado en múltiples ocasiones.

^{XIV}Dr. William Worden describe los mecanismos del duelo y los procedimientos que se deben emplear para que el individuo afronte su pérdida y su dolor, y pueda seguir el proceso que le permitirá superarlos. También nos explica por qué los procesos de duelo mal resueltos (como las reacciones emocionales exageradas, que llegan a convertirse en crónicas, o las que se enmascaran o se retardan) pueden originar problemas que acaban convirtiéndose en patologías que requieren tratamiento y que el psicoterapeuta deberá diagnosticar y tratar. La obra se centra así en los temas del duelo patológico, la familia en proceso de duelo entendida como paciente, el duelo del propio profesional o las pérdidas con mayor carga de aflicción, y proporciona las herramientas necesarias para formar a los psicólogos que desean especializarse o aumentar su conocimiento en este tipo de cuestiones. Esta segunda edición de la obra complementa la anterior con importantes textos sobre el sida y el duelo, y el duelo en la tercera edad, ambos acompañados de una extensa bibliografía.

Tarea I: aceptar la realidad de la pérdida

Esta tarea consiste en afrontar el hecho de que la persona ya no está. El autor distingue entre aceptación intelectual y aceptación emocional. El primer término hace referencia al conocimiento que se tiene de una muerte o pérdida, mientras que el segundo término va más allá del hecho de ser consciente de que alguien se ha ido, siendo necesario reconocer y vivir las emociones que han generado la pérdida.

Hay personas que niegan que se haya producido una pérdida o el significado que ésta supone para ellas, lo que dificultaría esta tarea. Cuando la pérdida no es por una muerte, como puede ser el caso de una ruptura de pareja, la esperanza de que la persona un día vuelva puede alargar en el tiempo esta tarea, dificultando la elaboración del duelo. Por eso es preciso aceptar la realidad de la pérdida y de las emociones que genera.

Tarea II: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.

Para poder trabajar las emociones que surgen durante el período de duelo, es necesario que la persona sea consciente de qué emociones se están experimentando y permitirse sentir las. Algunas de ellas son más evidentes, como la ira o el enfado, pero puede que no esté dejando salir a la superficie otras emociones más difíciles de afrontar, pero que también es necesario manejar, como es el caso del dolor, la angustia, o el sentimiento de soledad.

Durante el duelo, la persona experimentará tanto emociones negativas como positivas, sin responder a ninguna lógica ni orden establecido. Se puede sentir cualquier emoción en cualquier momento. Lo importante es aceptar en todo momento los sentimientos, nos parezcan lógicos o no, demasiado dolorosos o demasiado poco. Muchas personas, de manera consciente o inconsciente, no se permiten sentir ciertas emociones, bien por evitar el sufrimiento, por miedo al

rechazo social, etc.; pero es necesario reconocer y trabajar todo sentimiento experimentado. La negación de esta segunda tarea es no sentir, lo cual se puede hacer de muchas maneras: evitando pensamientos dolorosos, idealizar a la persona perdida, evitar las cosas que le recuerdan la pérdida, usar drogas o alcohol...

La sociedad actual hace más difícil completar la tarea II, ya que abandonarse al dolor está considerado como negativo e insano.

Tarea III: adaptarse a un medio en el que la persona está ausente

Worden habla de tres áreas de adaptación que se deben abordar tras la pérdida:

1. Adaptaciones externas: cómo influye la pérdida en el día a día de la persona, es decir, qué roles desempeñaba.
2. Adaptaciones internas: cómo influye la pérdida en la imagen que la persona tiene de sí misma, fundamentalmente en la definición que hacen de sí mismas y en su sensación de eficacia personal.
3. Adaptaciones espirituales: cómo influye la pérdida en las creencias, valores y los supuestos sobre el mundo que tiene la persona.

Para completar esta tarea, la persona tendrá que aprender a asumir los roles a los que no está acostumbrada, desarrollar habilidades que nunca había tenido y seguir adelante con un nuevo sentido de sí misma y del mundo.

Tarea IV: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

Esta tarea consiste en dos procesos opuestos pero complementarios, la deatectización que consiste en retirar la energía emocional del fallecido y la identificación que nos permite guardar aspectos del fallecido para siempre haciéndolos parte de nosotros mismos.

a) Decatectización: es el proceso mediante el cual recordamos y revivimos intensamente cada recuerdo relacionado con la persona amada, tratando desesperadamente de estar con él o ella y de continuar estas experiencias de unión. Aquí todos nuestros sentimientos están interrelacionados: rabia, dolor, culpa, tristeza, desconsuelo, incluso alegría por los tiempos felices pasados con la persona.

b) Identificación: en este proceso se selecciona y se guardan en uno mismo aquellos aspectos de la personalidad del ser querido que representan lo mejor de él para uno y que son más posibles de ser integrados, por ejemplo: hobbies, intereses, valores, etc.

Luego viene el proceso de continuar con la vida... Cuando el proceso de duelo ya ha avanzado, ya es posible perder algunos lazos con la persona amada que ha fallecido y podemos tener energía libre para poder re – colocarla en otras personas o actividades. Así, se da por comenzada esta nueva tarea que involucra el enfrentar un duelo.

Worden señala que el duelo acaba cuando se han completado las cuatro tareas. Es difícil establecer una fecha definitiva, pese a que se han desarrollado distintos intentos por establecerla: 4 meses, un año, dos años o nunca. No obstante, existe una fuerte tendencia a pensar que si el proceso de duelo complejo y doloroso, con negación y dificultad para avanzar sigue luego de 2 años, se hablaría de un duelo patológico y debiese recibir atención psicológica. Un punto de referencia en un duelo acabado es cuando la persona es capaz de recordar al fallecido sin dolor, es decir, se puede pensar en él sin manifestaciones físicas.³²

“Nunca nadie me dijo que el dolor se sentía como se siente el miedo... La misma tensión en el estómago, el mismo desasosiego”
C.S. Lewis

6.3. ACTITUDES DE LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE

Nuestras actitudes hacia el morir son una armadura compuesta de elementos positivos y negativos, y así es para el muriente, para su familia, para los amigos y para todo el equipo de salud. A veces el moribundo nos hará sentir enfadados y frustrados. Algunos con su muerte nos causaran dolor, otros por el contrario nos causaran un sentimiento de alivio.

Las actitudes frente a la idea de la muerte han ido variando a través del tiempo y de las distintas sociedades y culturas.³³

Esto viene en gran medida por la historia personal en cuanto a las pérdidas vividas y forma de elaborar los duelos frente a las mismas, así como por el contexto afectivo con el que cuentan las personas.

La muerte del ser humano es necesaria para la vida de sus semejantes, debido a que es parte del ciclo vital, de un equilibrio universal. Sin embargo, aún sabiendo que la muerte es inherente a la vida, es un acompañamiento difícil de comprender, que es imprescindible y en ocasiones puede sorprender a quien la espera en determinado tiempo, en resumen, como se mencionó con anterioridad, es el final absoluto de la persona.

Acompañar es una actitud con sus tres componentes (cognitivo, afectivo y conductual) acompañar al que va a morir implica un desgaste emocional y vital intenso ya que nos sitúa de cara a la muerte y a la pérdida de un ser querido.

La muerte es un evento que no sólo altera el ritmo de vida del moribundo, sino también el de quienes lo rodean. Ante este evento, los que lo rodean pueden tomar una actitud que bien podría llamarse estresante respecto al que está muriendo.

A lo anterior Frutos Martín³⁴ menciona que las actitudes y emociones y experiencias que comparten los estudiantes de la licenciatura en enfermería principalmente describen sentimientos de impotencia y desesperanza por no saber cómo actuar, no han sido pocos los que expresan su necesidad de adquirir y desarrollar ciertas habilidades y de competencia emocional para poder realizar un mejor trabajo.

Aceptar la muerte de un paciente contradice el objetivo esencial de la profesión de enfermería y que nos enseñan durante nuestra formación académica la cual es el conservar la salud y la vida de nuestros pacientes. Por ello, erróneamente, al individuo que entra en proceso terminal se le cuida para que se cure y no para que viva con calidad el tiempo que le queda.

Y ante esta realidad cotidiana para los futuros profesionales de enfermería que están por enfrentarse a la muerte cara a cara, no tienen un criterio formado, ni los conocimientos que les den la seguridad para afrontar de manera adecuada el proceso de muerte de sus pacientes, desde sus primeras prácticas académicas.

Como ha podido observarse, quienes encaran a la muerte necesitan sentirse que aun forman parte del mundo de los vivos, que son escuchados y apreciados por lo que pueden dar. Durante este proceso, aparecen diversas actitudes, no sólo en el paciente y su familia, sino también en el equipo de salud.

En el ámbito hospitalario la muerte de los pacientes es un evento que la enfermera vive cotidianamente y por las vivencias, percibe la muerte de sus pacientes como una pérdida y fracaso, la intensidad del dolor y temor es vivida a través de lo que le significa el paciente, esta significación depende de sus experiencias de muerte con familiares o amigos (historias de vida), relaciones interpersonales establecidas con los pacientes durante su estancia en el servicio, el tiempo de estancia del paciente, causa de la muerte, y de los insumos con los que cuenta el hospital para la atención.

La muerte del paciente nos parece algo desagradable y amenazante desde nuestra formación académica y como profesionales. Esta actitud se manifiesta con los siguientes comportamientos: retirarse físicamente cuando se cree estar con un moribundo; apartar la mirada del paciente terminal; cambiar de tema o acabar la conversación cuando el paciente comienza a hablar de la muerte; tardar más en responder a las llamadas de los moribundos que a las de los demás enfermos; llevar a cabo complicadas maniobras en algunos hospitales para ocultar los fallecimientos. Por último, tendencia a extremar las medidas terapéuticas.

El profesional de enfermería tiene, dentro de sus funciones, la de ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo rodean; se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo con el necesitado, pero surge la inquietud de conocer cuán preparado está este profesional acerca de la muerte y de las actitudes que adoptan ante ella.

Pero hasta ahora nadie ha preguntado cómo viven las enfermeras la muerte de los pacientes desde el ámbito de la atención.

...creen que a nosotras no nos duelen, como dijo una señora, ustedes no saben lo que es el dolor. Cuán equivocada está, creo que nosotras sabemos mejor que todos, qué es el dolor, más si lo hemos vivido de cerca... Anónimo

Las experiencias de muerte sobre personas afectivamente significativas ocurridas dentro y fuera del núcleo familiar (amigos, compañeros de trabajo), influyen en la manera como experimentan y significan emocionalmente la muerte del paciente.

Los estudiantes de Enfermería, por su parte, continuamente se enfrentan a la realidad de la muerte de otras personas, a menudo intentan evitar el tema ignorándolo, evadiéndolo o confrontándolo con un fuerte sentimiento de frustración y miedo ante la muerte de un enfermo bajo su cuidado y que por su ideal de salvar vidas, cuestiona inclusive su capacidad para autoevaluarse frente a la

inevitabilidad de la muerte, lo cual le impide, al igual que a otros profesionales de la salud, brindar una mejor atención a una persona que va a morir y que merece hacerlo de manera digna y participando en su proceso.

Fonnegra³⁵ encontró que la forma como una persona siente y reacciona ante una pérdida depende (...) *del significado que le asigna a lo perdido (...).*

"...como que esas vivencias del acompañante las recuerdo, yo las pasé, las viví y he llegado a llorar delante de ellos... sobre todo cuando alguien tiene el diagnóstico de cáncer en páncreas que fue de lo que murió mi madre."

"Lo que me lleva a las lágrimas, es que me recuerda a mi hermano... qué hago, qué digo... vuelvo a vivir lo mismo, porque en ese momento digo, y si yo hubiera actuado de otra manera, y si yo hubiese hecho..." Anónimo

"Oh, no es lo mismo, pero es algo parecido porque para mí ver un paciente es como... si fuera mi familiar, porque lo tengo ahí y lo estoy viendo constantemente y claro el dolor del familiar es fuerte... mucho más fuerte". Anónimo

Hernández Arellano³⁶ en su tesis sobre la muerte comenta que la toma de conciencia de la muerte puede ser considerada como una crisis en la vida de las personas; pudiendo ser, no la muerte, sino la representación anticipada de la muerte lo que inspira terror.

"En cuanto a la atención no me desarmo... porque estuve allí, yo creo que no tanto que la haya conocido sino el haber conocido su vida como fue, eso es lo más doloroso".

"...a veces dice uno, bueno este paciente por lo menos ya vivió,... lo que tenía que vivir..., pero un niño como que desde pequeño esté... sufriendo por una enfermedad". Anónimo

En cuanto a la forma de muerte del paciente, la experiencia no es la misma cuando éste muere en una sala de urgencias (muerte traumática) que en los casos donde su proceso de muerte les permite ir asimilando que el paciente va a fallecer.

"Yo estuve en urgencias y sí, es diferente... es más traumático en urgencias, porque es brusco. Y cuando estamos en medicina interna es un paciente con un proceso largo, de una dolorosa enfermedad, pero en los traumáticos es otra cosa muy diferente, entonces ahí no estamos preparados para ese momento aunque se diga que sí..."

"Si es de una enfermedad terminal de un paciente que estuvo sufriendo, sientes paz... de que está descansando; si es una muerte traumática se siente frustración". Anónimo

Mendoza³⁷ comenta que desde el currículo académico, aunque la tendencia en la formación de enfermería es más humanitaria (en comparación con el área médica), también adolece en su formación del tema de la muerte como objeto de estudio, dejándola sin herramientas para el manejo afectivo con el paciente "moribundo".

"Todavía... me duele, me duele porque estoy conviviendo con él día a día y pues el que vaya decayendo hora tras hora..." Anónimo

El miedo y temor se vive ante las circunstancias como muere el paciente más que por la muerte misma. Eso le da una visión que la antesala de la muerte es el dolor y el sufrimiento.

"Hablar de la muerte con los pacientes sí me da miedo porque siento que los voy a desilusionar, no es lo que ellos esperan escuchar de mí. Para ellos somos su esperanza, aliento, su todo; hacen un ídolo de uno... como enfermera y tienen confianza, entonces al hablar con ellos de la muerte siento que los defraudaría y por eso sí tengo miedo de hablar..."

"Cuando inicié la carrera de enfermería sentía mucho dolor y no podía dormir, no sabía cómo asimilarlo, cómo cortarlo de mí eso no lo sabía, porque no te lo enseñan, ¿qué es la muerte?, no te lo dicen..." Anónimo

De hecho el colectivo de enfermería padece, en mayor o menor grado, ansiedad e intranquilidad que puede traducirse en una atención inadecuada como por ejemplo actitudes de rechazo, huida o inseguridad, entre otras disfunciones, al tener que afrontar sus propios miedos ante la muerte.

Consideran que la represión de sus sentimientos se relaciona con problemas de salud donde puede estar presente desde el cansancio hasta la muerte por cáncer.

"...se está dando el caso de cáncer sobre todo en nosotras las enfermeras ahí es donde me pongo a pensar... por qué el cáncer en nosotras, qué es lo que está pasando..."

"Me siento cansada, agobiada, me siento, me siento mal físicamente."

"...me falta aceptación ante el proceso de muerte... siento que nunca voy a estar preparada, no quiero que llegue... siempre trato de eludirlo, se que va a llegar un momento en que todos tenemos que morir y que el aferrarme a estar continuamente pensando en la muerte me llevará a una crisis depresiva y trato de evitarla..." Anónimo

La formación académica se percibe como una barrera para identificarse con las emociones ante la pérdida del paciente. La negación de la muerte, la forma de vivirla y la firme creencia de que se está para salvar vidas se relacionan con las peticiones de ayuda que manifestaron las enfermeras.

"Por lo general siempre la ayuda está para el paciente pero nunca para quien está apoyándolo... yo creo que también necesitamos ayuda, para poder ayudar." Anónimo

Los profesionales de enfermería son quienes demandan atención a sus necesidades psicológicas y capacitación para el enfrentamiento a la muerte, concientes de su repercusión en la calidad de la atención.

"Tal vez sería apoyo de un psicólogo que nos ayudara a afrontar los miedos, porque sí es miedo... para que así vayamos perdiéndolo y vencer eso... que es muy fuerte".

"Yo creo que sería bonito formar un grupo e ir a expresar nuestras vivencias y retomar de cada una de ellas lo mejor..."

"No puedo llorar en ese momento, sin embargo lo hago después, me salgo y lloro en donde preparamos medicamentos o en el control, no es porque me da pena llorar, sino porque llorando no ayudo al familiar con su dolor". Anónimo

Estos aspectos vividos por la enfermera confirman el lado humano en el que está basada enfermería ya que durante el proceso de atención y cuidado se establecen relaciones interpersonales donde suele surgir afecto y empatía, donde también comparte temores y angustias ante la muerte, lo que permite identificarla como un ser humano y no como un ente por el hecho de ser profesional de enfermería.

"Para empezar debemos mostrar que estudiamos para afrontar estas situaciones y tener en ese momento el criterio y carácter para ser fuertes" Anónimo

"Nos hacemos fuertes, cuando cae un paciente en paro dejamos a un lado nuestros sentimientos para poder actuar en ese momento, más que nada estar al pendiente de lo que se va a requerir..." Anónimo

Los cambios en enfermería dentro de la formación académica hacen necesario establecer explícita o implícitamente que la muerte del paciente no es un fracaso profesional sino parte de la vida de cualquier ser humano (a menos que fuera una negligencia).

Para las enfermeras, el estrés generado ante la vivencia de no poder solucionar y apoyar a los pacientes la mantiene en crisis existencial entre ser profesional o sólo una persona capacitada que acompaña a otra persona en el momento de su muerte.³⁸

Para hacer frente a estas actitudes es necesario reemplazarlas por otras que sean funcionales en esta situación como podrían ser el tener una actitud franca y respetuosa, responder de una manera lo más clara posible a la inquietudes y dudas del que está muriendo, no brindar falsas esperanzas, tener contacto físico con ellos, tener capacidad de empatía, pero especialmente no crear dependencia.

*"Aprende a vivir y sabrás morir bien."
Confucio.*

6.4. IMPACTO EMOCIONAL EN EL EQUIPO DE ENFERMERÍA ANTE LA MUERTE

Comas (1992), define el impacto emocional como; una serie de respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales más o menos intensas y cambiantes que la persona puede manifestar delante de la percepción de la muerte inminente, los problemas que asocian esta situación como resultado de apreciarla como amenazante y también desbordante de los propios recursos.

En relación a los factores que pueden desencadenar el impacto emocional en el equipo de enfermería, son los siguientes:

- ✓ Inestabilidad emocional de algún miembro del equipo;
- ✓ Impotencia ante las adversidades (se controla un síntoma y aparece uno nuevo o se descompensa otro existente);
- ✓ Individualismo, no hay ninguna persona que pueda por si sola, proporcionar toda la atención que necesita el enfermo en situación terminal si es el caso³⁹
- ✓ Conspiración del silencio pactada, implícitamente entre el equipo terapéutico y la familia;
- ✓ Poca formación profesional en la atención de enfermos terminales;
- ✓ Inadecuado control de síntomas y
- ✓ Paralelismo terapéutico.

El proceso de morir es un periodo propicio para experimentar intensas emociones que ponen en evidencia la fragilidad y la limitación de la vida humana. Como se dijo antes, en este proceso están involucrados el paciente, la familia y el equipo asistencial. La fragilidad en este momento va a generar sentimientos difíciles de contener y vivenciar. La ansiedad y el temor se harán presentes a medida que se acerca el momento final de la vida del paciente. Dentro del equipo sanitario, los

profesionales de enfermería serán probablemente, los que más directamente sufrirán y vivirán esta situación tensa que genera la muerte a corto plazo. Y básicamente por dos motivos.

El primero, porque la muerte del paciente le hace tomar conciencia de su propia finitud y de las pérdidas que ha sufrido a lo largo de la vida, y en segundo lugar, porque es el colectivo que más horas pasa al lado del enfermo y su familia. Esta proximidad espacial y temporal, conlleva por lo general, intensas reacciones emocionales que de no ser atendidas y canalizadas de forma apropiada, terminan en manifestaciones de ansiedad o estrés.

Pero por otro lado, si a este padecimiento se añade la tensión que conlleva la presión asistencial, se puede llegar a una situación de agotamiento emocional, produciéndose un distanciamiento con el enfermo a todo lo contrario, o una identificación con sus problemas. Todo ello, repercutirá en un deterioro de la relación interpersonal, con consecuencias negativas, tanto para el enfermo como para el cuidador, al estar incapacitado emocionalmente para desarrollar su labor.

En toda relación humana, las emociones juegan un papel importante. Y en el proceso de morir todavía más por la presencia de la muerte. En esta situación o proceso, para el enfermo, el sentirse comprometido y reconocido como ser humano, la reflexión sobre su propia vida, o el poder despedirse de sus seres queridos entre otros aspectos, se convierten en necesidades primordiales que deben ser satisfechas.

Al mismo tiempo, para el cuidador y en el caso, para el colectivo de enfermería, el sentirse útil y humano, el poder facilitar la comunicación y el cuidado de los aspectos físicos se convierten en el centro de sus preocupaciones. Pero a medida que se deteriora la salud del enfermo, las necesidades psicológicas suelen prevalecer sobre las físicas. En este contexto el poder satisfacer esas necesidades proporciona al cuidador la oportunidad de expresar afectos y de dar

una dimensión humana si cabe, a su labor profesional. La experiencia vivida suele consolidar la propia autoestima además de fortalecer los sentimientos de eficacia y competencia.

No obstante, el hecho de estar durante horas, días y a veces meses, al lado del enfermo, va a confrontar al personal de enfermería con el miedo de la propia muerte. Situaciones como el final de la vida y cambios continuos tanto a nivel profesional como personal, suponen un reto de adaptación continua.

Arranz⁴⁰, señala algo de los aspectos que pueden incidir en el síndrome de estar quemado: presión asistencial excesiva, gran responsabilidad en la toma de decisiones; continuo contacto con la enfermedad, el dolor y la muerte: poca formación para el manejo de los aspectos emocionales de la persona que sufre y muere y dificultades de comunicación con pacientes y familiares, sobre todo en relación a la comunicación de las malas noticias.

En relación a enfermería, las causas de estrés de su trabajo con enfermos terminales se deben en primer lugar, a los problemas derivados de la comunicación con los otros miembros del equipo. Otro punto muy importante es la escasez de formación continua y finalmente, a la falta de recursos.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, uno de los elementos más útiles, es sentirse parte de un equipo experto que sabe lo que está haciendo y que apoya a sus miembros. Otro aspecto a destacar, es la relación entre los miembros del equipo, es decir el soporte interno, la posibilidad de realizar las catarsis emocionales y sentirse apoyado por el equipo.

Como lo he reseñado anteriormente, es evidente tener presente la demanda de soporte emocional que se hace de forma explícita en el personal que atiende al enfermo al final de su vida. Una vez más, se destaca el hecho de que estar trabajando con la muerte día a día va a generar probablemente, en el personal

sanitario, una necesidad de canalizar sus ansiedades y miedos relacionados con la muerte. Si esta canalización no se lleva a término de forma adecuada, es probable que la negación o el distanciamiento sean los mecanismos principales de adaptación, que utilizará el personal asistencial para poder soportar el estrés del proceso de morir.

En este sentido, la distancia o la negación no serán la mejor forma de acompañar a la persona y a su familia al final de su vida en un periodo en donde el dolor emocional que produce la pérdida, necesita más que nunca poder ser contenido. Creo que un personal capaz de acompañar emocionalmente al enfermo moribundo es la mejor forma de ayudar al enfermo y su familia. Pero para ello, será imprescindible que el personal sanitario, más concretamente, el colectivo de enfermería por su gran implicación emocional, esté preparado emocionalmente para ello. Esta necesidad de preparar al futuro profesional de enfermería desde una vértice psicológica de los cuidados de los enfermos, es la que dio pie a la actual investigación.

Como señala Colell⁴¹, que el afrontar miedos, vulnerabilidades y otras respuestas emocionales es un reto que se suma a los demás retos planteados en el cuidado de los enfermos. Reconocer y comprender nuestros miedos así como recibir soporte emocional y mantener la implicación emocional sin caer en la identificación o en la indiferencia, son algunas de las medidas profilácticas que pueden ayudar a superar el estrés y el miedo que genera el trabajar con enfermos al final de su vida de forma diaria.

“El animal conoce la muerte tan solo cuando muere; el hombre se aproxima a su muerte con plena conciencia de ella en cada hora de su vida”
Shopenhauer

7. CAPÍTULO III

7.1. BREVE RESEÑA DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA EN LA FES- IZTACALA

La entonces Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala (ENEPI) inició sus labores el día 19 de marzo de 1975, siendo su director el Dr. Héctor Fernández Varela. La entonces (ENEPI) está situada en el municipio de Tlalnepantla, con la misión de formar profesionales en el área de las ciencias biomédicas.

Nuestra Escuela operó a partir del ciclo escolar 1975, con las carreras de Biología, Medicina, Odontología, y Psicología a nivel de licenciatura y la de Enfermería a nivel técnico, recibiendo a los primeros 4 mil 865 alumnos.

En noviembre de 1997, la dirección de la ENEPI explicitó la necesidad de transformar el nivel técnico de la carrera de enfermería en nivel licenciatura.

Tras haber recorrido 26 años de madurez académica desde su fundación, en el 2001 el Consejo Universitario aprobó la transformación del estatus de la ENEP a Facultad de Estudios Superiores Iztacala por contar con la infraestructura, personal académico, experiencia, generación de investigación de alta calidad y doctorados, necesarios para alcanzar ese grado.

En 2002 inicia la primera generación de alumnos de la Carrera de Licenciatura en Enfermería con 115 estudiantes, que al pasar el tiempo traerá como consecuencia natural el cierre de ingreso a Nivel Técnico de Enfermería.

La licenciatura en Enfermería ofrece un plan de estudios actual, innovador y flexible que responde a las necesidades de salud de la población mexicana con proyección nacional e internacional, garantizándoles una formación profesional científica, técnica y humanística de carácter inter y multidisciplinario concebida

como un estilo de vida universitario, favoreciendo así su competitividad y liderazgo profesional a través de una enseñanza integral que incluye el desarrollo personal, social, cultural y recreativo.

Enfermería es una carrera tradicional en el cuidado de la salud y de amor por la vida, pues acompaña al ser humano en todas sus etapas, desde el momento de la concepción hasta el momento de la preparación para la muerte.

Se cursa en ocho semestres y un año de servicio social, tiempo que permite alternar en distintos ámbitos de enseñanza, desde el aula hasta la práctica en laboratorios, hospitales, comunidades, escuelas e industrias, siendo este último un espacio potencial para el ejercicio libre de la profesión, al igual que la Atención Primaria a la Salud y la Gerontología. El programa contempla también visitas de interés a instituciones de enseñanza, comunidades o recintos que aportan gran legado de conocimientos para su formación académica y profesional.

7.2. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL PLAN DE ESTUDIOS

El plan de estudios de la licenciatura en enfermería, se caracteriza por desarrollarse a través de un bloque estable y uno flexible de sus programas, a partir de un proyecto educativo que incorpora perspectivas sociales de la profesión, y formas particulares de entender la comunicación e investigación, que permiten articular los conocimientos curriculares en los campo del pensamiento científico y ético, para disponer de bases lógicas, metodológicas y prácticas.

En un sistema de enseñanza modular, que incorpora los procesos de enseñanza-aprendizaje, en módulos autosuficientes e interdependientes relacionados en forma vertical y horizontal, estructurados de manera lógica, sistemática e integradora a partir de las categorías epistémicas y disciplinares, en situaciones educativas vinculadas con una realidad social constante entre la formación e investigación, constituyéndose en espacios donde confluyen diferentes saberes disciplinares, que otorgan al alumno una formación sólida avanzada en el conocimiento teórico y en la práctica en formas progresiva y continua.

Las orientaciones de carácter psicopedagógico del plan de estudios parte del enfoque cognitivo y de la corriente de la pedagogía crítica, con el fin de propiciar una formación intelectual orientada al desarrollo de los procesos de pensamiento y comunicación, mediante estrategias de enseñanza-aprendizaje dirigidas a una formación integral, así como de involucrar el contexto sociohistórico donde se generan las necesidades de transformación de los saberes.⁴¹

El plan de estudios orientado por estas premisas reconoce los aspectos sociales, emocionales e intelectuales de los alumnos y los beneficios de rescatar las experiencias de los estudiantes, docentes e integrantes del equipo de salud.

En este sentido, el proceso educativo en enfermería no trata sólo de enseñar técnicas aisladas o de utilizar métodos que aceleren el aprendizaje, procura, al mismo tiempo, desarrollar actitudes relacionadas con sentimientos solidarios y colectivos, respetar a los diferentes y aprender tanto de los otros, como de las experiencias de vida; actitudes características del humanismo propio del cuidado de enfermería.

La estructura del plan de estudios se integra por 25 módulos organizados para cursarse en ocho semestres. La distribución de sus contenidos se articula con base en dos criterios: mediante una integración en bloques, de forma horizontal con módulos estables y flexibles y organizados los módulos en forma vertical en tres ciclos de formación: básico específico, básico de la profesión y el ciclo de preespecialización.

La elección del sistema modular cumple con esta perspectiva al considerar que el aprendizaje se realiza en situaciones educativas donde el alumno requiere estar involucrado, abierto al análisis de innovaciones y perfeccionamientos. Se considera a la enseñanza como un proceso organizado, cuyo propósito fundamental es el conferir sentido y significado al aprendizaje. Las experiencias de aprendizaje diseñadas buscan favorecer la integración de las concepciones generales y de sus relaciones, de acuerdo a sus grados de complejidad y abstracción, y a la de los procesos cognitivos requeridos.

El bloque estable, constituye la columna vertebral de los estudios profesionales, por definir la coherencia y congruencia vertical y horizontal de los contenidos del plan de estudios. Este bloque está integrado por 17 módulos, distribuidos en los ocho semestres.

El bloque flexible se forma con ocho módulos denominados optativos, en ellos se prioriza la propuesta institucional de mantener un plan de estudios actualizado, en

relación con nuevos campos de práctica profesional y a temáticas innovadoras de la disciplina.

Los ciclos permiten establecer una secuenciación de los aprendizajes, jerarquizando los contenidos en función de su importancia para el cumplimiento del objetivo del plan de estudios. La organización por ciclos, posibilita el argumento de los conocimientos en función de su complejidad, a fin de que el alumno avance de los contenidos básicos a la práctica clínica, hasta llegar al conocimiento de preespecialización.

El ciclo básico específico corresponde a los módulos de primer y segundo semestre. Sus contenidos están en torno a las categorías de persona, entorno, salud y cuidado. En el módulo de tercer semestre se integran los contenidos anteriores, a la práctica del enfermo, con base en las categorías de Modelos y teorías, técnicas y procedimientos y procesos de atención de enfermería. Este ciclo se forma con diez módulos del bloque estable, cuatro en el primer semestre, cuatro en el segundo y dos en el tercero.

El ciclo básico de la profesión, enfatiza la relación enfermería-conocimiento-salud en las etapas de la vida: prenatal-reproductiva, infantil-adolescentes y adulto. El ciclo se estructura con tres módulos del bloque estable que se cursan en el cuarto, quinto y sexto semestre. Junto a ellos, se integran seis módulos optativos del bloque flexible que permiten al alumno ampliar, diversificar y profundizar los conocimientos obtenidos.

El grupo de módulos del bloque flexible, se organiza como enfermería clínica avanzada, estos módulos ofrecen al alumno contenidos y prácticas innovadoras de la atención profesional de enfermería, o campos temáticos disciplinarios emergentes de importancia. El ciclo de preespecialización se cursa en los semestres séptimo y octavo.

Del bloque flexible se desprende el módulo optativo de Tanatología, el cual posibilita la reflexión sobre la muerte y el estudio de la misma, considerándola como un proceso normal de las personas enfermas terminales o en fase terminal, y sus familias, así mismo, enfatiza la necesidad de apoyo tanatológico, para el equipo de salud que se encuentra al cuidado del enfermo moribundo. Por lo que el campo de aplicación del cuidado de enfermería abarca situaciones de la vida y del final de la misma; por esto se demanda una formación en lo relativo a la muerte, el morir, las pérdidas y el duelo.⁴²

Así, la comunidad de enfermería de Iztacala, demuestra una vez más, su compromiso por contribuir de manera decidida a mejorar la calidad de los servicios propios de la disciplina, convencidos de que redituarán en el progreso, avances, mejora y perfeccionamiento de la enfermería y su campo de trabajo.

8. CONCLUSIONES

Estudiar y enfrentarse a la muerte es una labor ardua y difícil, ya que requiere no sólo aclarar nuestro propio concepto de ella, sino también a enfrentar las ideas y temores que nos genera. Este es un hecho de la vida que nos hace a todos iguales y nos recuerda nuestra condición humana.

El presente trabajo tuvo como principal objetivo destacar la importancia que tiene la tanatología desde el inicio de la formación académica de las enfermeras (ros) y el cual se logró con el análisis y reflexión de los distintos textos en los que se mostró el impacto que la muerte deja en los estudiantes de enfermería durante su formación académica, así como también la importancia que tiene la inclusión de contenidos temáticos de tanatología para entender la muerte desde el bloque básico del plan de estudios.

Esto nos permitirá seguir siendo vanguardistas, innovadores y con la más alta calidad en servicios que satisfagan las necesidades y demandas de atención en las diferentes etapas del ciclo vida. Así, el propósito principal de la carrera de enfermería es el de formar integral e interdisciplinariamente a licenciados, lo cual se ve fortalecido, pues no solo se enseñara el inicio de la vida y su preservación, si no también se complementa con el término de la misma, dando así la posibilidad de abarcar de manera consciente y preparada a la muerte en la práctica profesional tanto dentro de los escenarios institucionales como en el ejercicio profesional independiente.

“No lo entiendo tal vez el estar muriendo sea un rumor, que puede no oírse, pero el morir es un silencio que debe ser escuchado”

Vincens.

9. SUGERENCIAS

Teniendo en cuenta que dentro de la carrera en enfermería en la FES-Iztacala ya está presente el módulo optativo de tanatología en modalidad de seminario-taller que se desarrolla de manera teórica-práctica, mi propuesta consiste básicamente en integrar contenidos temáticos de tanatología desde el bloque estable o ciclo básico específico, ya que este es la columna vertebral de los estudios profesionales del plan de estudios, para que así, todos los estudiantes de la carrera puedan tener la oportunidad de una formación tanatológica.

Es evidente que a lo largo del plan de estudios, solo se menciona la muerte en algunos contenidos refiriéndose en sí como culminación, término, final, cambio, cadáver, o también se habla de ella en clase cuando vemos el ciclo de la vida, enfermedad terminal, causas de muerte, aborto, suicidio, donación de órganos, eutanasia y adultos mayores entre otros, pero esto no significa que dichos contenidos se revisen, discutan y analicen con la profundidad necesaria.

La importancia que tiene la preparación en tanatología desde el inicio de la formación académica en enfermería es para despertar una conciencia y crear una actitud más positiva respecto a la muerte, es también una manera de preparar a los estudiantes para asumir su propia muerte y de las personas que los rodean, es también enseñar a tratar humana e inteligentemente a quienes están cercanos a la muerte y después de ella.

Por lo anterior es importante resaltar que dentro de este análisis se encuentran puntos que apoyan la consolidación de esta propuesta para incluir contenidos temáticos de la muerte desde el bloque estable en el plan de estudios de la licenciatura en enfermería, los cuales son los siguientes estos:

- ☞ La necesidad de una toma universal de conciencia sobre el sentido, el significado y valor de la muerte.

- ∞ El panorama actual nos exige el desenvolvimiento de la conciencia de la muerte y esto se explica por la necesidad de renovación de las estructuras tanto de la vida diaria como el de la profesión.
- ∞ Incluir contenidos tanatológicos según el semestre y su grado de complejidad, por ejemplo en el siguiente cuadro se muestra en qué semestre, módulos, unidades y temas tanatológicos se pueden integrar los contenidos en el ciclo básico del plan de estudios:

**BLOQUE ESTABLE
CICLO BÁSICO ESPECÍFICO**

PRIMER SEMESTRE		
NOMBRE DEL MODULO	UNIDAD	CONTENIDOS TEMÁTICOS QUE SE PUEDEN INCORPORAR
CONOCIMIENTO Y MÉTODO DE ATENCIÓN EN LA SALUD.	UNIDAD V LA ATENCIÓN A LA SALUD A PARTIR DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El impacto en la familia de la muerte de una persona con enfermedad crónico-degenerativa como la diabetes mellitus. ✓ Etapas del ciclo vital ante la muerte.
INTRODUCCIÓN AL CUIDADO DE ENFERMERÍA.	UNIDAD I DESARROLLO HISTÓRICO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El cuidado de la persona en el proceso de muerte. ✓ Antropología de la muerte ✓ El origen de la tanatología como ciencia interdisciplinaria. ✓ La muerte y la cultura a través de la historia. ✓ Las distintas religiones y la muerte, sus ritos y creencias.
	UNIDAD IV ASPECTOS ÉTICOS, BIOÉTICOS, DEONTOLÓGICO Y LEGALES QUE SUSTENTAN EL CUIDADO DE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El valor de la muerte. ✓ La ética en el proceso de morir. ✓ La muerte en personas con enfermedades infectocontagiosas como SIDA y hepatitis B, C. ✓ La muerte desde la concepción de enfermería, legal, psicológica y social.

	ENFERMERÍA	✓ Técnicas de manejo de emociones.
SEGUNDO SEMESTRE		
INTERACCIÓN HOMBRE-ENTORNO.	UNIDAD I ENTORNO SOCIOCULTURAL.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La sociedad actual y su visión de la muerte. ✓ La cultura de la muerte en México. ✓ Calidad de muerte. ✓ Repercusiones socioculturales después de una muerte o pérdida. ✓ La idea de la muerte, el miedo ante la muerte y el ser humano ante la muerte.
TERCER SEMESTRE		
ENFERMERÍA COMUNITARIA.	UNIDAD III INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS PROGRAMAS DE SALUD DIRIGIDOS A LA POBLACIÓN INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El impacto de la muerte en los niños de 0 a 9 años. ✓ Etapas y tareas del duelo en los niños. ✓ El impacto de la muerte en los adolescentes 10 a 19 años. ✓ Etapas y tareas del duelo en los adolescentes. ✓ Intervenciones de enfermería en el proceso de muerte y duelo en los niños y a adolescentes.
	UNIDAD IV INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS PROGRAMAS DE SALUD DIRIGIDOS A LA POBLACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El impacto de la muerte en mujeres y hombres adultos 20 a 59 años. ✓ Etapas y tareas del duelo en los adultos ✓ El impacto de la muerte en adultos de 60 años o más. ✓ Etapas y tareas del duelo en los adultos mayores. ✓ Intervenciones de enfermería en el proceso de muerte y duelo en los adultos jóvenes y adultos mayores.
ENFERMERÍA HOSPITALARIA.	UNIDAD I CUIDADO HOLÍSTICO DE ENFERMERÍA A LA PERSONA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Las pérdidas necesarias en la vida del ser humano. ✓ Características y factores que intervienen en la muerte. ✓ Tipos de muerte. ✓ Intervención tanatológica de enfermería: de primera instancia, en crisis. ✓ Tareas y estrategias de la tanatología para las enfermeras.

- ∞ Enseñar a los estudiantes estrategias y habilidades comunicativas antes de iniciar sus prácticas clínicas para que sus intervenciones sean más asertivas en el proceso de la muerte de sus pacientes.
 - Aprender a manejar las emociones para utilizarlas a nuestro favor en las prácticas clínicas.
 - Aprender a separar las necesidades de nuestros propios duelos a las de cada uno de la de nuestros pacientes.
 - Aprender a distinguir las etapas del duelo y aprender a trabajarlas con nuestros pacientes.
 - Aprender a trabajar con los pacientes para saber cómo actuar y hacer lo que se debe en esos momentos, sin mezclar lo propio.
 - Retomar la experiencia de los estudiantes dentro de sus prácticas ya que cada muerte es distinta y nos impacta de manera diferente también.

- ∞ Contar con profesores o asesores, profesionalmente preparados en el área de tanatología, para que acompañen a los estudiantes durante su formación profesional.
 - Que se prepare a los profesores para orientar a sus alumnos en situaciones de pérdida que durante su formación pudieran enfrentar.

- ∞ Sería recomendable que se tuviera un equipo de apoyo especializado en tanatología para la comunidad estudiantil de enfermería y en general de la FES-Iztacala que nos ayudara con:
 - El manejo y resolución de nuestros propios duelos y asuntos pendientes.
 - Identificación de nuestras conductas de protección y de las pérdidas que han tenido un significado en nuestras vidas.

Así, la propuesta básica es integradora al introducir contenidos temáticos de tanatología para entender la muerte desde el ciclo básico ya que se formará a las y los enfermeros libres de temor y angustia por la muerte, proporcionándoles las herramientas necesarias para en el momento de afrontarla, les permita tener tanto una conciencia más amplia como un trato más humanista.

El reto es provocar una sensibilidad que permita potenciar cambios, tanto en los estudiantes, profesores y en las instituciones de educación superior. Porque se trata de intentar hablar de la muerte, no para eliminar el dolor y el miedo que le caracterizan, si no para desplazar la parálisis que nos domina cuando nos acontece. Y esto solo se logrará transmitiendo el conocimiento integral del tema, abarcando todas las facultades del ser humano desde la dimensión teórica-práctica total. Sobre todo porque es necesaria una educación que no encubra la realidad. Este tipo de educación deberá contribuirá a la evolución, a la libertad y sobre todo a formar enfermeros emocionalmente sanos.

“La verdad es que nada es permanente y que la muerte es una realidad inevitable de la vida” Sogyal Rimpoché

10. REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRAFICAS.

-
- ¹ Aréchiga H. ¿Qué es un ser vivo?, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. México, DF., 1999
- ² Rudomin P. El Concepto de vida. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. UNAM. México. Aprender a Aprender; 1999.p.9-12.
- ³ Consejo de Relaciones Espirita Argentino. IV Argentina del Pensamiento Espirita. Sociedad Constancia, Buenos Aires 23-24 Mayo 2009. <http://sev.org.ar/sitio/index>.
- ⁴ Blanco Picaba A, Antequera Jurado R. La muerte y el morir en el anciano. 1993; 291-292.
- ⁵ Roda Carlos, Rodriguez Roberto. Editores. Unidad 1 Antropología Filosófica. [en línea] 2002-2006[fecha de acceso 07 Enero 2012]; Biblioteca pedagógica. URL disponible en: <http://profeupel.globered.com>
- ⁶ El Significado de la muerte. Caracas 2005. URL disponible en: <http://www.gluv.org/elsignifiadodelamuerte>
- ⁷ Gómez Sancho M. Cómo dar las malas noticias en medicina. España: Aran; 1998. p.151
- ⁸.Hernández A. El significado de la muerte. Rev.Dig. Univer. DGSCA-UNAM 2006; 7(8):1-3.
- ⁹ Klarsfeld A, Revah F. Biología de la muerte. España: Compútense; 2002. p.236.
- ¹⁰ Nuñez Aceves N. ¿Quién soy yo? Una cuestión de identidad. [en línea] (1999)" Rompan filas, año 8 numero 43 <http://www.unam.mx/rompan/43/rf43a.html> [consulta 1 OCTUBRE del 2011].
- ¹¹ Instituto Mexicano de Tanatología. Capítulo 4. El hombre frente a la muerte. ¿Cómo enfrentar la muerte?, 2º ed. México; Trillas; 2008. p. 217-252.
- ¹² Medicina Forense. Capítulo II Tanatología. Definición y Clasificación de Muerte. <http://www.entornomedico.org/medico/tanatologiaem/tanatologia/forense.html>
- ¹³ Corbella María C. Las personas mayores ante la muerte. Argentina: 1990. URL disponible en: http://www.robertexto.com/archivo12/mayores_muerte.htm
- ¹⁴ Neimeyer R A. Métodos de evaluación de ansiedad ante la muerte. Barcelona: Paidós.
- ¹⁵ Limonero J T. El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. Rev. de Psico. Gral. y Aplicada. 1996; 49 (2): 249-265.
- ¹⁶ Limonero J T. Ansiedad ante la muerte. Rev. Ansiedad y estrés. 1997; 3(1): 37-46.

¹⁷Barranco B. La Santa Muerte. La Jornada. México. 2005 Junio 1; http://www.jornada.unam.mx/archivo_opinion/autor/front/44/2039/y/culto-a-la-muerte.

¹⁸ Vences Leticia. La representación social de la muerte. [Tesis Licenciatura]. México: UNAM-Facultad de Psicología; 2001.

¹⁹ Polo Scott M A. La Muerte, las religiones y el mexicano. Tanatología del siglo XXI, 2ª ed. México: Editorial Mc editores; 2009, p. 320-322.

²⁰ Asociación Mexicana para el estudio y prevención del suicidio y del suicida. S.C. http://www.ameps.org.mx/dr_reyes_zubiria.htm

²¹Garibay Kintana A M. Mitología Griega, 22 ed... México: Porrúa; 2005.

²²Clark David. *Cicely Saunders: Selected Writings 1959-1999*. Editorial de la Universidad de Oxford; 2006. <http://www.muertedigna.org/textos/euta285.htm>
http://miheroe.org/hero.asp?hero=Dame_Cicely

²³ Maqueo V M. El papel de la enfermera en la tanatología. Rev. Méx. de Enf. Cardio. (Méx) 2000; 8 (1-4): 69-73.

²⁴ Instituto Mexicano de Tanatología. ¿Cómo enfrentar la muerte?. 2º ed... México: Trillas; 2008:13-25.

²⁵ Palencia Martha. Manual del Tanatologo para el acompañamiento emocional al final de la vida. 1er. Congreso Nacional Paradigmas de la Psicología y Pedagogía. Cuernavaca, Morelos. Mayo 2007.

²⁶ Ulla Díez S, Arranz Carrillo de Albornoz P, Argüello López MT, Ramos Morcillo JL, Rincón Fernández C del. Acercamiento al enfermo en situación terminal: Implicaciones para la formación de enfermería. Enfermería Científica. 2001; 234-235 : 73-80

²⁷ Sogyal Rimpoché. El libro tibetano de la vida y la muerte. España: Ed. Urano; 1994.

²⁸ Pérez Behar D. Un buen morir: Encontrando sentido al proceso de la muerte. El proceso de morir. México: Pax- México; 2004. p.85-87.

²⁹ Kaplan H y Sadock B. Duelo, Luto y el Sentimiento de Pérdida. 8ª edición. En: Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría; Ciencias de la Conducta - Psiquiatría Clínica. Ed. Médica Panamericana S.A. Madrid. 1999. p. 78-83.

³⁰ Tizón García J. El duelo y las experiencias de pérdida. En: Vázquez Barquero, J. L. Psiquiatría en Atención Primaria. Ed. Grupo Aula Médica, S. A: Madrid; 1998. p. 519-540.

³¹ Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. 2ª ed.: de Bolsillo; 2006. p. 59-147.

32 Proceso de duelo (Febrero 2002), URL disponible en:

<http://www.psicoplanet.com/temas/tema13.htm>

- ³³ Gómez Sancho M. El médico ante la muerte de su enfermo. El hombre y el médico ante la muerte. España: Arán; 2006. p. 183-185.
- ³⁴ Frutos Martín M, Iglesias Guerra JA. Calle Pardo A. La persona en el proceso de morir. *Enf. Glob. España* 2007; 6 (10): 1- 14.
- ³⁵ Fonnegra de Jaramillo I. Reconstrucción del significado. En: Memorias del Congreso Internacional 10 años de Tanatología, 24-26 noviembre 2004. México: Instituto Mexicano de Tanatología, 2004.
- ³⁶ Hernández Arellano F. El significado de la muerte. *Rev. Digi. Univ.* 2006; [en línea] 2006 agosto 10 [Consultado 20/08/2011]. 7(8):2-7 URL disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/int66.htm>
- ³⁷ Mendoza Vega J. Adecuado uso de la prolongación de la vida. Aliviar, no abandonar. En: Memorias del Congreso Internacional 10 años de Tanatología; Querétaro 24-26 noviembre 2004. México: Instituto Mexicano de Tanatología; 2004. p. 45.
- ³⁸ Colell Brunet R., Limonero García J. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. [Tesis Doctoral] Barcelona: Departamento de Psicología Básica, Evolutiva i de l'Educació. [en línea] 2005 [Consultado 27/08/2011]; p. 30-31. URL disponible en: http://www.Tesisen_xarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1125105-175855/rcb1de1.pdf
- ³⁹ Bayés Ramón, Barreto Martín MP. Las unidades de cuidados paliativos como ejemplo de interdisciplinariedad. *Clínica y Salud* 1992; 3 (1): 11-9.
- ⁴⁰ Arranz P, González Barón M, Lacasta MA, Ordoñez A. Síndrome de agotamiento profesional en oncología. Madrid: Médica panamericana; 2008. p. 74.
- ⁴¹ Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería 2002. Publicado por la Universidad Nacional Autónoma de México. Editado por la Coordinación de Ediciones, Publicaciones y Comercialización de la FES Iztacala. En red, disponible en: <http://www.fesi@campus.iztacala.unam.mx>
- ⁴² Plan de Estudios (Ampliado, Reestructurado y Actualizado) de la Licenciatura en Enfermería 2006. Coordinación Mtra. Ma. Cristina Rodríguez Zamora (L.E.O) y Dra. Ana María Lara Barrón (L.E.O). Editado por la Coordinación de Ediciones, Publicaciones y Comercialización de la FES Iztacala.

11. ANEXOS

GLOSARIO

- **Afrontar o afrontamiento.** Se refiere a los intentos por salvaguardarse, para reducir o asimilar una demanda existente (estresor) tanto como esfuerzo Intrapsíquico (cognición) como también por acción (observable), considerándose que el individuo suele disponer de un repertorio bastante amplio, en el que se pueden encontrar estrategias más estables o constantes que otras.
- **Comprender.** El concepto de comprensión refiere a la acción de comprender y a la facultad, capacidad o perspicacia para entender y penetrar las cosas. La comprensión es, a su vez, una actitud tolerante y el conjunto de cualidades que integran una idea.
- **Cuidados paliativos.** Cuidados activos destinados a los enfermos en procesos avanzados e incurables y a sus familiares, con especial atención al confort y a la calidad de vida. Es función de los médicos y de todos los profesionales sanitarios aliviar el dolor y los otros síntomas, así como el sufrimiento de los enfermos que están en una fase terminal o cerca del fin de la vida. Estos enfermos tienen derecho a recibir asistencia de calidad, apoyo psicológico y ayuda social que contribuya a humanizar el proceso de su muerte.
- **Dignidad.** Es cierto que expresa la igualdad de trato que merece todo ser humano y su derecho al respeto, a no ser ofendido y a no ser utilizado, pero a veces se utiliza como petición de principio de lo que se defiende desde posturas contrarias. Por eso, hemos intentado obviarlo en el documento como argumento.
- **Enfermedad terminal.** Se dice de aquella enfermedad incurable, progresiva, sin respuesta al tratamiento, que llevará al paciente a la muerte al cabo de pocos meses (como máximo unos seis). Los enfermos y familiares pueden entender los términos *enfermedad terminal* o *fase terminal* como sinónimos de «no poder hacer nada», y sin embargo, a menudo todavía puede hacerse mucho para mejorar la situación de la persona enferma.
- **Enfermera (o).** es aquella persona que se dedica al cuidado personal e intensivo de un paciente, ya sea en el centro hospitalario o de salud como en su domicilio particular.

-
- **Entender.** Comprender, tener idea clara de las cosas. Conocer, discurrir, deducir. Conocer el ánimo o la intención. Creer, pensar, juzgar. Tener una razón oculta para obrar de cierta manera. Estar dos o más personas conformes en la realización de una cosa. Tener una relación amorosa sin querer que aparezca en público.
 - **Formación continua.** Desde esta convergencia y unanimidad hemos experimentado la unidad dialéctica entre teoría y práctica y hemos modificado nuestro conocimiento en permanente apertura a nuevos esquemas y síntesis
 - **Muerte digna.** Es la muerte con todos los alivios médicos adecuados y los consuelos humanos posibles. También se denomina ortotanasia. Pretenden algunos identificarla con la muerte "a petición", provocada por el médico, cuando la vida ya no puede ofrecer un mínimo de confort que sería imprescindible; sería para éstos la muerte provocada por eutanasia.
 - **Paciente Terminal:** El concepto de paciente terminal es aquel que se aplica a personas que sufren una enfermedad y que se encuentran en la etapa terminal o final de ella, sin esperanzas ni posibilidades de recuperación ya sea porque no se conoce la cura específica a la condición que se posee o porque el estado avanzado de la enfermedad no permite mejora alguna. Sin duda, la noción de paciente terminal implica un gran nivel de complejidad ya que supone la idea de muerte y de una vida llegando a su fin. Al lado de ella aparece la idea de eutanasia que implica dejar morir de manera pacífica y no dolorosa a alguien que lleva mucho tiempo sufriendo y que no posee posibilidades de mejorar.