



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE S.S.A  
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA  
SEDE HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

**TESINA**

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO  
TANATOLÓGICO DE LA PERSONA EN FASE TERMINAL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA  
VITE GUERRERO AIDA  
NUM.CTA. UNAM 409116001**

**ASESOR**

**PROFESOR: DRA. SANDRA MAGDALENA SOTOMAYOR SÁNCHEZ**

**MÉXICO D.F. ABRIL DE 2015**



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

<b>I.-</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II.-</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>2</b>
<b>2.1</b>	OBJETIVO GENERAL	<b>2</b>
<b>2.2</b>	JUSTIFICACIÓN	<b>2</b>
<b>2.3</b>	PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA	<b>3</b>
<b>III.-</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
<b>3.1</b>	ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA	<b>5</b>
<b>3.2</b>	CUIDADO COMO OBJETO DE ENFERMERÍA	<b>10</b>
<b>IV.-</b>	<b>GENERALIDADES</b>	<b>12</b>
<b>4.1</b>	DIFERENTES CONCEPCIONES DE TANATOLOGÍA	<b>12</b>
<b>4.2</b>	ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA TANATOLOGÍA	<b>19</b>
<b>4.3</b>	LA IMPORTANCIA DE LA TANATOLOGÍA	<b>21</b>
<b>V.-</b>	<b>LA MUERTE</b>	<b>25</b>
<b>5.1</b>	LA PERSONA MORIBUNDA	<b>28</b>
<b>5.2</b>	EL PROCESO DE MORIR	<b>30</b>
<b>5.3</b>	DIÁGNOSTICO Y PRONOSTICO DEL ESTADO TERMINAL	<b>35</b>
<b>VI.-</b>	<b>ETAPAS DEL DUELO</b>	<b>40</b>
<b>6.1</b>	ETAPAS DEL DUELO DE ACUERDO A DIVERSOS AUTORES	<b>44</b>



6.1.1	PRIMERA FUENTE COGNITIVA DEL DUELO	41
6.1.2	SEGUNDA FUENTE COGNITIVA DEL DUELO	42
6.1.3	TERCERA FUENTE COGNITIVA DEL DUELO	43
6.2.1	EL DUELO DE ACUERDO A E. KÜBLER ROSS	44
6.2.2	EL DUELO DE ACUERDO A JORGE BUCAY	45
6.2.3	EL DUELO DE ACUERDO A NANCY O CONNOR	47
6.2.4	EL DUELO DE ACUERDO A IGOR CARUSCO	49
6.2.5	EL DUELO DE ACUERDO A ISA FONEGRA	50
6.2.6	EL DUELO DE ACUERDO A REYES ZUBIRÍA	51
VII.-	<b>EL DUELO</b>	<b>58</b>
7.1	TIPOS DE DUELO	
VIII.-	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DE LA PERSONA EN FASE TERMINAL</b>	<b>62</b>
8.1	EL PAPEL DE LA ENFERMERA	72
IX	<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>86</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>88</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>90</b>
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>92</b>

## AGRADECIMIENTOS

La vida me ha dado la oportunidad de conocer a seres muy especiales que con su apoyo y particular motivación, me ayudaron a concluir mis estudios y la presente tesina.

Son varias las personas que con sus consejos he llegado a tocar sitios lejanos por lo que quiero expresar y dejar presente mis más sinceros agradecimientos, a mis profesores de la carrera que ayudaron a mi formación como profesional de la salud, A la Dra. Sandra Magdalena Sotomayor Sánchez, por sus aportaciones, conocimientos y apoyo incondicional para la realización de presente tesina, por sus gran interés y que siempre estuvieron al pendiente de mi, y por todos y cada uno de los que fueron mis profesores alguna vez.

A Dios por darme la vida por estar siempre conmigo y por darme la oportunidad de vivir para seguirle sirviendo y por todas las bendiciones recibidas. Por darme la fortaleza necesaria en el momento oportuno y guiar mis pasos.

A mi esposo por todo el amor cariño y respecto que ha sembrado en mi, por su paciencia y tolerancia y sobre todo su acompañamiento en mi andar.

A mi hijo que sin darse cuenta me dio la experiencia de la vida, necesaria para crecer como ser humano y que me impulsa día con día a seguir triunfando en la vida. Y que ha desarrollado en mí el sentimiento más grande de amor.

A mis padres por darme la vida por creer en mí por su amor, por enseñarme grandes valores, a mi madre (Q.E.D) por el apoyo, el cariño y la confianza que me brindo a lo largo de mi vida. Y logro impulsarme a conseguir mis más importantes metas.

A mis hermanos y todos y cada uno de mis familiares por su cercanía, apoyo y comprensión en este momento de mi vida, por todo lo que me han brindado incondicionalmente al abrirme las puertas no sólo de su corazón sino también de su casa, y de su familia. Por todo su gran apoyo, comprensión, confianza durante todo este proceso de mi crecimiento personal y por impulsarme a seguir adelante. ¡¡¡Gracias!!!

## **I.-INTRODUCCIÓN**

Muchas personas han escuchado o utilizado la palabra “duelo” para referirse a los efectos de una pérdida importante pero no muchas conocen lo que implica el mismo, por lo tanto la falta de información y de preparación ante estos hechos junto a las fantasías que lo rodean, impide que se procese el Duelo en forma efectiva dentro de un lapso más corto tanto para la persona como para la familia.

El duelo representa la respuesta total a la experiencia emocional relacionada con la pérdida. El duelo se manifiesta en los pensamientos, los sentimientos y las conductas asociadas con el sufrimiento o la tristeza abrumadores; el duelo es la respuesta normal ante la pérdida, que es esencial para una buena salud mental y física. Le permite al individuo a afrontar la pérdida gradualmente y aceptarla como una parte de la realidad. De hecho la parte principal del trabajo tanatológico es la elaboración y resolución de los duelos que la persona presenta; de los acontecimientos que más influyen y afectan la vida de las personas se encuentran los duelos; por un lado, de ellos aprendemos los recursos necesarios para desarrollarnos como seres humanos íntegros, pero por otro, los duelos pueden producir que una persona quede atorada en el proceso de no saberse despedir de lo perdido.

Un denominador común es el hecho de que las personas cuentan con poco o nulo apoyo familiar, social o profesional para experimentar la ausencia, dando como resultado, que la mayor parte del duelo respectivo lo vivan con discreción, en silencio y a solas por no contar con alguien a quien expresar libremente los sentimientos y pensamientos relacionados con la pérdida sucedida y sus efectos.

La intención de esta tesina es coadyuvar e involucrar al personal de enfermería en la importancia de las intervenciones de enfermería en la persona en fase terminal y lo que es una pérdida y alguna de sus consecuencias, entre ellas el duelo para ayudar a las personas a enfrentar una pérdida importante.

Por lo que en el desarrollo de la presente tesina se abarcará conceptos, antecedentes históricos, la importancia que cobra hoy en día aplicar la tanatología, el proceso de morir, a demás de una serie de emociones y sentimientos, que nos ayudaran a concientizar los cuidados a la persona moribunda y coadyuvar a que tenga una muerte digna tanto en el nivel físico, emocional intelectual y espiritual y de esta manera afrontar estas etapas inevitables de la vida, haciendo uso de la tecnología que aporta hoy en día la tanatología y que ayudan a mejorar la calidad de vida de las personas en fase terminal para llegar a tener una muerte digna. Y ser sensibles y estar preparados para saber decir adiós. Cabe resaltar que el trabajo tanatológico no termina con la muerte de alguien, si no que continua hasta que el familiar concluye su trabajo de duelo

## **II.-METODOLOGIA**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Contribuir al fortalecimiento del conocimiento del profesional de enfermería en cuanto a la importancia y trascendencia de su participación en el cuidado tanatológico a la persona en fase terminal y familia.

### **2.2. JUSTIFICACIÓN**

La investigación en enfermería sobre aspectos de la tanatología hoy más que nunca representa ser una necesidad para lograr consolidar a la enfermería como ciencia del cuidado, es por eso que a través de este medio que la comunidad de enfermería logra esclarecer y consolidar su marco filosófico epistémico, teórico y metodológico, con la finalidad de lograr consolidar una práctica profesional , que otorgue prioridad al cuidado, por lo cual con la presente tesina se pretende difundir las intervenciones de enfermería basadas en la tanatología.

En las instituciones de salud, principalmente de segundo y tercer nivel de atención, pero sobre todo en los servicios de medicina interna, urgencias, oncología, hematología etc. Se observa que, el envejecimiento va en aumento teniendo repercusiones no solo en la salud de dicha población, sino también en la

Dinámica social, además de que no solo el adulto mayor tendrá que enfrentar estas problemáticas sino también sus familiares, o redes sociales que este tenga.

La muerte es difícil tanto, para quien la vive como para los familiares, amigos o personas queridas; sin embargo estas redes sociales afectivas deben asumir su nuevo rol social o bien la condición que deban tener, por lo que es importante prestar atención a esto.

Los datos que se disponen sobre la evolución de la mortandad en México son sumamente interesantes, ya que a pesar de que la población mexicana se ha incrementado en un 700% en un periodo de casi 75 años, las muertes a su vez se han incrementado solamente en un 7%.

El volumen de muertes ha cambiado radicalmente en estos últimos 75 años, éste es un patrón que impacta en muchos aspectos de la salud.

<sup>1</sup> Las defunciones generales en México hasta el 2010 registran 68,286 muertes estatales, según fuentes de INEGI<sup>2</sup>, y más del 60% de las muertes ocurre en instituciones tales como hospitales y asilos. Con los avances de la medicina moderna empieza un período en el que se confinan a las personas en los hospitales y aunado a las “heroicas” medidas de que se disponen para prolongar la vida, a un gran número de personas se les traslada precipitadamente a la sala de emergencias, donde se le deja en manos extrañas para que, por medio de atemorizantes piezas de maquinaria tecnológica, se le aplique reanimación, se le coloquen monitores, se le inyecte, se le examine sin consideración alguna y aisle mientras se está muriendo. A la familia y a los amigos no sólo se les excluye de la presencia del ser querido sino que, con frecuencia, se les niega el derecho a tomar decisiones acerca de las medidas que deben adoptarse para conservar la vida, en vez de considerarse, a la muerte como una parte natural e inevitable del ser humano, de estar vivo se le contempla como un enemigo al que hay que conquistar a cualquier costo.<sup>3</sup>

Por lo que es importante aportar elementos e intervenciones que apoyen a la tanatología ya que también, se observa que la gran mayoría de los personas refieren pérdida de la salud, con enfermedades crónico degenerativas con gran

temor por su estado de salud pero sobre todo ante la muerte, en donde es un hecho trascendental que pone fin a la vida y que suscita en el hombre las más profundas reflexiones, temores y cuestionamientos, aunque de antemano sabemos que es una etapa natural por el que todos vamos a pasar y que se debe conocer; el personal de enfermería constituye un elemento clave y es él más involucrado con la persona y familia, quién brinda apoyo desde que éste ingresa al hospital y comparte el afrontamiento del temor, de la pérdidas de la salud y muerte, por lo tanto el profesional de enfermería constituye el personal más cercano y responsables de la persona y familia para brindar cuidado y apoyo tanatológico; ya que la tanatología es importante para ayudar a la persona y su familia a afrontar su duelo de una manera eficaz; sin embargo se observa que un gran porcentaje de enfermeras (os) desconoce el manejo y el cuidado tanatológico.

En los comienzos del siglo XXI, la expectativa de vida se acerca a los 80 años. Uno de los cambios, precisamente, ha sido lo referente a la información. Antaño, la persona era la primera en saber que iba a morir (“sintiendo que su final se acercaba...”). Hoy por el contrario a la persona casi siempre se le oculta la verdad de su grave situación, o se la niega por lo mismo la oportunidad de ser el, hasta el final y de estar con los suyos, de satisfacer sus deseos, de continuar con sus creencias y tradiciones.

Por lo que en la actualidad el estilo de muerte que desea el hombre tecnológico está en armonía con esta atmósfera de clandestinidad que rodea la defunción. Se aconseja la discreción que parece ser la versión moderna de la dignidad: la muerte no debe crear problemas a los supervivientes. El ideal consiste en desaparecer de puntillas, sin que nadie lo note. Esta es la “dulce muerte”.

Por último, sabemos que para todo ser humano, para cada uno de nosotros vivir se convertirá en morir. Pero conocer esto no significa que lo aceptemos ni siquiera que lo comprendemos.

Por lo tanto a partir de esto, se considera que la educación para el bien morir (tanatología), forma parte de la educación integral del individuo para enfrentar

también a la muerte de una forma que no impacte negativamente a su bienestar integral como ser humano. En este sentido, constituye una parte esencial de la medicina preventiva, ya que genera la conciencia del auto cuidado y permite superar miedos infundados o temores que, en ausencia de una educación para la muerte llevarían a un individuo a evadir el tema y la vivencia de la muerte.



Fuente: <http://www.gogle.com.mx=url>

### 2.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La muerte al igual que el nacimiento, es un fenómeno natural inherente a la condición humana que comparte aspectos biológicos, sociales y culturales así como psicológicos-emocionales a lo largo de la vida del ser humano, la muerte puede ser una de las más grandiosas experiencias de la vida. Si se vive bien cada día, entonces no hay nada que temer, cabe mencionar que se observa que una gran mayoría del personal profesional de enfermería solo proporciona cuidados de tipo físico dejando atrás lo espiritual y psicosocial olvidando de esta manera principios bioéticos de la profesión.

Por lo que resulta importante reconocer el impacto muy fuerte que surge ante los familiares y hasta el propio personal de enfermería cuando el diagnóstico es fatal. De tal manera que es evidente darse cuenta de la carencia de la poca participación del cuidado tanatológico en la persona en fase terminal, siendo el

personal de enfermería quién tiene mayor contacto físico, y llega a conocer y detectar con mayor acierto, las necesidades e inquietudes de la persona en estado terminal ya que existe un relación también de tipo emocional, por lo que resulta importante direccionar más los cuidados de enfermería en el aspecto tanatológico a dicha persona ya que atraviesa por alguna circunstancia de pérdida significativa y de esta manera, se pretende que enfermería se involucre mas para ayudar a afrontar su situación a la persona y a su familia.

Los médicos vacilan en entrar a la habitación de un moribundo, las enfermeras buscan cualquier pretexto para salir lo más rápidamente posible, cada uno hace su comedia: el personal sanitario hace la comedia de los cuidados, inventando siempre algo para no tener que confesar su impotencia o incapacidad; los familiares hacen la comedia de la esperanza, y el moribundo se ve obligado a hacer la comedia de que se está mejorando. No es posible un encuentro en profundidad y sincero, como en esos momentos se requiere, mientras no hayamos solucionado nuestros problemas interiores cara a cara de nuestro propio final.

Todo profesional de la salud debería tener interés en analizar y comprender los diferentes componentes de su malestar. Una toma de conciencia de las razones ocultas que le empuja a huir ante tales situaciones, permite a veces rectificar su actitud y estar más cómodo en semejantes circunstancias.

Vivimos además, en una sociedad tanatófoba más que nunca y el contacto con la muerte, dentro de nuestra profesión, se ve muchas veces influenciada por la presión del entorno cultural en el que nos movemos. <sup>4</sup>



Fuente: <http://www.gogle.com.mx=url>

### **III.- MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA**

Es fundamental no olvidar las bases de la profesión de Enfermería entre ellas la disciplina, que desde luego varía según diversidad de autores por lo que: para (esteban1992) es un conjunto de conocimientos rigurosos y sistemáticos sobre una determinada materia que explica e implica, explica porque describe, analiza y confiere conocimientos ordenados y sistematizados interrelacionados con otras áreas disciplinares pero con independencia de ellas. Implica el asumir una serie principios humanos y éticos que posibiliten el proporcionar un servicio profesional humanista, holístico y delimitado.

La enfermería actualmente se define no sólo como profesión, sino como disciplina profesional ya que involucra el desarrollo de un marco filosófico-epistemológico

que sustenta y da sentido y significado a su objeto de estudio, ubica una práctica específica y delimitada.

Los conocimientos obtenidos de la enfermería como disciplina se fundamentan en bases filosóficas, históricas, éticas, que dan sustento a la generación de la teoría de enfermería y se derivan de la manera particular de entender y comprender el fenómeno de cuidado, salud, enfermedad y vida de las personas en relación con su ambiente, es decir desde una visión holística. <sup>5</sup>

La enfermería es una profesión tan antigua como la humanidad, Colliere, menciona que *cuidar* es el arte que procede a todos los otros, sin el cual no sería posible existir. Está en el manantial de todos los conocimientos y en la matriz de todas las culturas.

Cabe señalar, no obstante, que el nacimiento de la enfermería moderna se produce gracias a Florence Nightingale, su tarea en Crimea hizo disminuir de manera significativa la mortalidad al aplicar de forma sistemática, en la atención a los heridos, medidas higiénicas y al prodigar unos cuidados de enfermería integrales. Ello demuestra la importancia del trabajo autónomo de la enfermera.

Sienta las bases de los cuidados de enfermería como profesión independiente y de la enfermería como disciplina. Del espíritu de Florence Nightingale surge el juramento enfermero, claramente inspirado en el juramento hipocrático de los médicos: “Me comprometo solemnemente delante de Dios y de esta asamblea a llevar una vida íntegra y a cumplir fielmente los deberes de mi profesión. Me abstendré de toda práctica delictiva o defectuosa. No tomaré ni administraré voluntariamente ningún remedio peligroso. Haré todo lo posible para elevar el nivel de mi profesión y mantendré, con tal discreción, las cosas privadas que me sean confiadas, así como los secretos de familia que la práctica de mi servicio me haga

eventualmente conocer. Ayudaré lo mejor que pueda y con lealtad al médico en su trabajo y me esforzare por el bienestar de aquellos que sean dejados a mi cuidado”.<sup>6</sup>

A partir de todo esto y de las contribuciones de otras teóricas, como Virginia Henderson, Dorothea Orem, Hildegard Peplau, Callista Roy, Martha Rogers, Jean Watson o Patricia Benner, se ha ido construyendo lo que es el pensamiento y la práctica enfermera.

Si podemos considerar a Nightingale como precursora de la enfermería moderna, Virginia Henderson será la fundadora de enfermería científica. El pensamiento de Virginia Henderson gira alrededor de los conceptos de enfermería, persona, salud, cuidados y entorno. Entiende la enfermería como una función de ayuda a la persona tanto en estado de salud como de enfermedad y a su familia.

Virginia Henderson define funcionalmente la enfermería de la siguiente manera: la función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a la muerte en paz) actividades que la persona realizara sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario; todo esto debe hacerse de manera que se ayude a la persona a ganar independencia lo más rápido posible.<sup>7</sup>

La enfermería profesional se ha practicado desde hace más de un siglo, y el desenvolvimiento de sus teorías ha curtido una vertiginosa evolución en las últimas décadas para ser reconocida finalmente como una disciplina científica con un campo doctrinal propio.

Desde que por vez primera, en 1859, fuera reconocida por Florence Nightingale como la encargada de la salud personal de alguien y lo que la enfermería tiene que hacer es poner a la persona en las mejores condiciones para que la

naturaleza actué sobre el hemos asistido a diversas propuestas que giran en torno al cuidado de la salud humana.

El las definiciones de Enfermería que han realizado diferentes autores, podemos observar que algunas son de orden tan general que, aunque describen un aspecto importante del papel del enfermero, podrían aplicarse a otros tipos de servicios médicos. En su gran mayoría, no se aprecia diferenciación entre la Enfermería y otras profesiones, como la medicina, la terapéutica ocupacional o la terapéutica física, cuyo fin es el mismo.

En un Análisis Goodrich, promueve que “la enfermería consiste ante todo en ayudar al individuo (enfermo o sano) en la ejecución de todas aquellas actividades que contribuyen al mantenimiento de la salud o a su recuperación (o alcanzar una muerte tranquila); actividades que puede llevar a cabo sin la ayuda de otros, siempre que tenga la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. Es también labor peculiar de la enfermería preparar a los individuos a independizarse de dicha ayuda tan pronto sea posible.”<sup>8</sup>

Como podemos darnos cuenta la enfermería hoy implica cualidades muy especiales: requiere crear y construir permanentemente la profesión; fuerza para mantenerse frente al dolor de otros; imaginación crítica para adaptar a la organización de los servicios de salud un entorno favorecedor del cuidado de las personas. Requiere por tanto de una preparación y un talento científico, técnico y humano para enseñar y para ayudar a suplir las necesidades de cuidado de cada individuo como ser único e incorporarlo a su entorno, familia y la comunidad (Durand). Por lo tanto la Enfermería es una profesión dinámica y la práctica de esta ocupación se encuentra en constante cambio.<sup>9</sup>

Entre otros conceptos de enfermería como objeto del cuidado”. Se describe de la siguiente manera, según diferentes teóricas, “Enfermería: profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos así como a otras tareas sanitarias, siguiendo una pauta medica” (casares).

Enfermería es la profesión que tiene la responsabilidad de cuidar la salud de las personas y tiene que poner a la persona en lo mejor posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella (Nightingale).

En cambio para Martha Roger la enfermería es una ciencia y un arte. Es una ciencia humanística dedicada con compasión a promover y mantener la salud y a prevenir la enfermedad, y asistir y rehabilitar al individuo enfermo para fortalecer la coherencia e integridad de los seres humanos y para dirigir y redirigir modelos de interacción entre el hombre y su entorno para así lograr el desarrollo del máximo potencial de salud. Es la única ciencia que trata al ser unitariamente y enfoca la meta de la enfermería en la promoción de la salud y del bienestar (Berdeyes).

Para Imogene King en 1971 define a la enfermería como una profesión que ayuda a los individuos y a los grupos de la sociedad a alcanzar, mantener y restablecer la salud. Si esto no es posible, las enfermeras (o) ayudan a los individuos a morir con dignidad.

El consejo internacional de Enfermeras (CIE) define que la enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la

investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud y la formación (Torres).<sup>10</sup>

Por lo que podemos concluir que la Enfermería como disciplina hoy más que nunca demanda se realice diversas funciones: tanto asistencial, de gestión, investigación, y docencia en diferentes escenarios además de hospitales y centros comunitarios, con el propósito de ayudarlas en sus problemas y dificultades físicas, espirituales, a interesarnos por sus necesidades a fin de brindarles un apoyo oportuno, y el cuidado se proporciona en todas partes donde la persona familia o grupo se desarrolla, siendo escenarios potenciales de enfermería las empresas, escuelas, deportivos, reclusorios, centros recreativos, etc.

### 3.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE LA ENFERMERÍA

Existe enorme variabilidad del concepto del cuidado como principal objeto de estudio de la enfermería, pero todo enfocado a lo mismo para lo que: Colliere refiere que los cuidados existen desde el comienzo de la vida, ya que es necesario “ocuparse” de la vida para que esta pueda persistir. Los hombres, como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, ya que Cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que ésta continúe y se desarrolle y, de este modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, del grupo, de la especie, los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran los actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la supervivencia del grupo.

Asegurar la supervivencia era y sigue siendo un hecho cotidiano, Cuidar de. Era necesario cuidar de las mujeres de parto, los niños vivos, pero también de los

muestrados. En la actualidad cuidar es ocuparse, de transmitir el sentido inicial y original de la palabra cuidado., que va en función de sus hábitos de vida.

Cuidar, por lo tanto, es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida pero que son diversas en su manifestación.

Cuidar es vigilar a si como representar un conjunto de actos de vida que tiene por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo.

Pero el enfrentarse a la muerte no resulta ser tan sencillo pues asegurar el mantenimiento, la continuidad de la vida, no es cosa fácil. “las precarias condiciones de vida hacen la muerte omnipresente y siempre terrorífica. Y para encontrar todo lo fundamental para el mantenimiento de la vida, surgen preguntas sobre lo bueno o lo malo, para permitir así que prosiga la vida de los individuos y del grupo, para rechazar la Muerte. <sup>11</sup>

La palabra cuidado deriva del término inglés antiguo, caru, que significa “pesar” o “estado de ánimo afectado”. El uso contemporáneo implica generalmente un sentimiento de preocupación o interés en alguien que tiene pesar, o quizás incluso compartiendo esta preocupación hasta el punto de experimentar también pesadumbre como muestra de apoyo.

La actividad de cuidar, ha transitado a lo largo de la historia de oficio a actividad profesional basada principalmente en la técnica de ésta, a su consolidación como disciplina profesional con carácter autónomo, con identidad propia y perfectamente delimitada a otras disciplinas del área de la salud.

Sin embargo, el término care se utiliza demasiado ampliamente, tiene tendencia a volverse sentimental e inefectivo. Los críticos de la ética de los cuidados avisan de que las enfermeras con sentimentalidades sirven para minimizarla, es decir que el punto de vista enfermero se puede contemplar cómo menos sólido o menos importante que los hechos asociados con los hallazgos médicos. La filosofía de la ética de los cuidados en enfermería tiene al menos dos aspectos: animar un sentido amplio de la relación en el discurso ético y distinguir la enfermería como práctica de otras para favorecer la comprensión de su valor para la sociedad.<sup>12</sup>

Como se ha mencionado, en forma de definir la enfermería, está contenida toda una concepción ideológica que ha determinado el actuar de quienes las practican, y por ende ha provocado un impacto y proyección social algunas veces acertada y otras distorsionada.<sup>13</sup>

## **IV.- GENEALIDADES**

### **4.1 DIFERENTES CONCEPCIONES DE TANATOLOGÍA**

Tanatología es una disciplina científica, cuyo campo propio es el estudio científico, humanístico, religioso y, en general, de todo conocimiento humano, sobre lo que es el morir, la Muerte, y lo que hay después. Pero no puede quedarse en un estudio teórico solamente. Tiene un objetivo principal: El enfermo Terminal. Es él a quién debemos ayudar a que siga siendo productivo y a que tenga una real calidad de vida y a quien debemos preparar para que muera con plena dignidad, total la aceptación y verdadera paz. Pero, ¿no es absurdo querer que la persona terminal siga siendo productiva? No. Porque, para la Tanatología la persona terminal es aquella que padece una enfermedad por la que posiblemente vaya a morir, en un tiempo relativamente corto, y que conoce su diagnóstico.

La Tanatología ofrece su ayuda para que continúen viviendo con calidad de vida, con calidad en sus relaciones intrafamiliares y a que se preparen para la Muerte de su ser querido. Cuando ésta llegue, se ocupará de ayudar al sobreviviente a que pueda hacer el trabajo de Duelo en el menor tiempo y con el menor dolor posible.

Si. A la tanatología le importa, le compete, el Hombre que sufre. Tal es la grandeza de esta disciplina científica. Los dolores más fuertes que existen, son, sin duda alguna, el de la Muerte y el de la desesperanza. La tanatología permite ayudar a las personas para que logren la aceptación del hecho en cualquiera de los casos ya que es quien sufre uno de los máximos dolores que puede padecer el ser humano. Por eso le compete a la Tanatología todo lo relacionado con la prevención, intervención y postvención.

Estos son objetivos mencionados de la Tanatología especial. Pero hay otro campo: la ayuda a todos los que forman parte de un Equipo de salud, quienes se enfrentan quizá cotidianamente a la Muerte. La Tanatología quiere ayudar a ellos, que sufren por la Muerte de un persona y que, por profesionalismo, viven reprimiendo las frustraciones, culpas, rabias, depresiones, que trae consigo la presencia de la Muerte.

La tanatología abarca muchos campos del saber y del quehacer humano. Es una disciplina científica, si, pero también una especialidad: Hay Tanatólogos y hay profesionistas en otras ramas del saber, especializados en tanatología: puede haber médicos Tanatólogos, enfermeros Tanatólogos, ministros religiosos Tanatólogos. Cuyo objetivo principal sea el ser humano, porque a todos les atañe la muerte. Quien trabaja al cuidado del Enfermo Terminal y del Enfermo en fase terminal, pronto sentirá todas las emociones

de la inmensa gama de los sentimientos humanos: confusión, dolor, pérdida de esperanza, miedo, rabia, agotamiento, soledad, impotencia, ambivalencia, sentimientos sin nombre, amor, piedad, culpa, necesidad de un reconocimiento, necesidad de escapar, fuerte compromiso, necesidad de intimidad sentimiento de superioridad, conciencia clara de ignorar muchas cosas importantes, sensación de ser intrusos, deseos de evitar al enfermo y a la familia, vulnerabilidad, susceptibilidad, fuertes deseos de que el enfermo se alivie y viva, junto con deseos igualmente fuertes de que ya muera, falta de autenticidad, intolerancia, deseos de proteger y muchos más.

El Tanatólogo tendrá que coadyuvar a sanar este dolor, el del proceso de morir, tanto en la persona como en la familia, como en los miembros del equipo de salud involucrados: animarlos a todos.

Pero el trabajo del Tanatólogo no termina, como sucede con otras especialidades dentro del campo de la salud, con la Muerte del paciente. Continúa hasta que el familiar, el sobreviviente haya concluido su trabajo de duelo: hasta que llegue a la verdadera aceptación de la Muerte de su ser querido.

Tal es el Tanatólogo y tal su papel dentro del equipo de salud.

Evidentemente, no todos pueden ser Tanatólogos. Para serlo, se necesita tener ciertas importantes cualidades. Por lo que se presenta aquí un perfil del Tanatólogo, con algunos rasgos vitales, necesarios para que pueda cumplir con su misión y con la atención humana y profesional de su paciente estas características son:

- 1.- Tener un profundo conocimiento, científico, total, de lo que enseña la Tanatología como disciplina científica.

- 2.- Ser capaz de tener verdadera compasión (del latín: sufrir con) real empatía, sin sentimientos fingidos.
- 3.- Desarrollar una gran habilidad para identificar, rápidamente, las necesidades de su paciente.
- 4.- Igualmente, debe acrecentar sus aptitudes para desarrollar unas relaciones interpersonales (con el enfermo, familia y miembros del equipo de salud) llenas de significado.
- 5.- Tener un buen sentido del humor: ser capaz de reírse de lo absurdo de una situación, y de él mismo.
- 6.- Una alta honestidad para saber decir: “No sé”.
- 7.- Capacidad para decir las cosas como son, sin recurrir a mentiras piadosas, ni a circunloquios, que puedan llegar a romper la confianza que debe existir entre Tanatólogo-Enfermero-Familia.
- 8.- Generosidad de dar su tiempo cada vez que el paciente lo necesite y paciencia para escucharlo, todo el tiempo que le sea necesario al enfermo o a los familiares.
- 9.- Mucha humildad para aprender, dar, reconocer, aceptar correcciones, perdonar, perdonarse. (Recordemos que la Humildad es la verdad, en definición de Sta. Teresa de Liseux).
- 10.- Saber lo que es y exige el amor incondicional. Y vivirlo.

La tanatología nos lleva a profundizar más cada tema, a prepararse mejor, a estar más capacitados profesionalmente, para enfrentarse a los grandes dolores de la Humanidad: el de la Muerte y la Desesperanza. Kübler-Ross dijo: “Cuando el médico dice que no hay nada que hacer, yo me siento médico de verdad, porque éste no es el que da vida, sino el que cura el dolor”.<sup>14</sup>

La tanatología como disciplina enseña a comprender la vida y la muerte y para entrar de lleno al principio de la tanatología se hablará de las diferentes

concepciones que hay, en donde Isla Boris comenta qué la tanatología es una “disciplina encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte”, por lo que menciona en su concepto que la Tanatología proviene de Thanatos: muerte y Logos: que quiere decir (tratado). Lo cual constituye una disciplina que proporciona ayuda profesional al enfermo terminal y a sus familiares, a personas con ideas suicidas y a todo individuo que haya tenido una pérdida significativa

Así mismo menciona también que la tanatología como disciplina de ayuda profesional, concibe integralmente a la persona en ser bio-psico-social-espiritual, para vivir en plenitud. Siendo la muerte un evento delicado de enfrentar, es necesario saber cuál ha sido la preparación tanatológica dentro del individuo, la familia y la comunidad, para poder ir entendiendo las nuevas generaciones y dar Respuesta a las problemáticas actuales de frente al tercer milenio.

Por otra parte E. Kübler-Ross, quien es considerada la señora de la muerte y del morir ya que ella dedicó más de tres decenios a investigar la muerte y la vida después de la muerte por lo que ella refiere la convirtió en experta en el tema y , es quién se da cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan a los personas en fase terminal durante el proceso de muerte, en donde define a la Tanatología como una instancia de atención a los moribundos, por lo que es considerada la fundadora de esta ciencia. “la muerte puede ser una de las más grandiosas experiencias de la vida. Si se vive bien cada día, entonces no hay nada que temer”<sup>15</sup>.

Es ella a través de su labor quien hace sentir a los moribundos útiles y valiosos de la sociedad, y para tal fin crea clínicas cuyo lema es “ayudar a los enfermos terminales a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas”.

Como refiere Kübler-Ross: “todas las teorías y todas las ciencias del mundo no pueden ayudar a nadie tanto como un ser humano que no teme abrir su corazón a otro”.<sup>16</sup>

Por otro lado Reyes comenta que el enfoque tanatológico tiene una especial atención y se centra en el llamado “duelo anticipatorio”, que se origina ante la posibilidad de muerte o separación de un ser querido, como es el caso de los enfermos terminales y su familia y el Tanatólogo ayuda a lograr su reconocimiento intelectual y emocional de la realidad inminente de la separación.

“los duelos no son el patrimonio exclusivo de la muerte de alguien”,<sup>17</sup> claro está que para que exista un proceso de duelo no es requisito indispensable que haya acontecido una muerte, sino una pérdida significativa, y que además tenga un contenido de apego para la persona, esto lo fortalece.

Por lo que el autor define a la Tanatología que es justamente una educación para el bien morir, donde está el poder para fomentar la valía de la vida misma. La erostanatología tiene su definición en Thanatos, que es la pulsión de muerte, que se opone a Eros, la pulsión de vida: los conceptos de Eros mas Thanatos explica Miguel Flores (1997, s/n), son un campo fértil para la creación, considerándolos como conceptos contrapuestos que llegaran a necesitarse el uno del otro, teniendo como denominador común el sufrimiento y el temor a lo desconocido.

Para Rodríguez, Benítez, y Hermida La tanatología es una disciplina científica que estudia las conductas que pueden representar una amenaza para la vida; es una ciencia multidisciplinaria de la que hoy se habla más frecuente- mente y que tiene resultados considerablemente útiles.

Ahora bien en la actualidad, hay un gran número de personas preparadas para ayudar a curar el dolor del proceso de morir, tanto en el enfermo como en la familia. El trabajo tanatológico no termina con la muerte de alguien, sino que continúa hasta que el familiar concluye su trabajo de duelo y llega a la verdadera aceptación de la muerte de un ser querido.<sup>18</sup>

la tanatología una disciplina integral que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos, aplicando el método científico y técnicas forenses tratando de resolver y enfrentar las situaciones conflictivas que suceden en torno a ellas desde

distintos ámbitos como la medicina, psicología, religión y el derecho fundamentalmente. La tanatología es un logro que estamos adquiriendo los seres humanos para tener una mejor calidad de vida hasta que llega la muerte.

La tanatología, como disciplina de ayuda profesional, concibe integralmente a la persona en su ser bio-psico-social-espiritual, para vivir en plenitud. Siendo la muerte un evento delicado de enfrentar, es necesario saber cuál ha sido la preparación tanatológica del individuo, la familia y la comunidad, para poder ir entendiendo las nuevas generaciones y dar respuesta a las problemáticas actuales frente al tercer milenio.

La finalidad de la tanatología es procurar que cualquier ser humano que sufra una pérdida, se le trate con respeto, comprensión atención y acompañamiento, y que se conserve su dignidad hasta el último momento la tanatología según Isla Boris, versa en tres puntos:

- 1.- la muerte y el miedo a la muerte son fuente de muchos de los problemas humanos. Eliminar estos miedos es dar vida: a plenitud, vida llena de calidad.
- 2.- El suicidio es un mal que se puede prevenir.
- 3.- El amor incondicional es un ideal asequible.

Por lo que se define que la tanatología se propone, con educación y trabajo, hacer de la agonía una actitud lo más positiva posible, destacando la importancia de minimizar el dolor, ofreciendo cariño y cuidado personal, e involucrando a la familia y a los amigos cercanos en el cuidado de la persona agónica, siendo susceptibles a los deseos y necesidades del moribundo. Obteniendo esta información se determina que una educación en tanatología puede enfrentar la muerte en la propia vida, por lo que es necesario hablar de este tema tan importante y trascendente que enfrenta el individuo, la familia y la comunidad.<sup>19</sup>

## 4.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA TANATOLOGÍA.

Una breve introducción a la tanatología para lograr comprender en este aspecto de las intervenciones de enfermería en el cuidado tanatológico de la persona en fase terminal, es de suma importancia que conozcamos la historia como y cuando surgió por lo que empezamos con el término Tanatología “la ciencia de la muerte”, fue acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikof quién en el año de 1908 recibiera el premio nobel de medicina por sus trabajos. En ese momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico legal.

El vocablo **Thanatos** deriva del griego Thanatos, nombre que en la mitología griega se le daba a la diosa de la muerte, hija de la noche, denominada Eufrone o Eubolia, que quiere decir “madre del buen consejo”. La noche tuvo a su hija (la muerte o Thanatos) sin la participación de un varón, por lo cual muchos la consideran diosa; no obstante, algunas veces, también la diosa de la muerte es representada como un genio alado. La muerte es hermana del sueño, al cual se daba el nombre de Hipnos o Somnus, que también era hijo de la noche (Eufrone), pero él sí tenía padre y este era Erebo o el infierno quién, además de esposo, era hermano de la noche y tanto él como ella eran hijos del Dios Caos.

De ahí que la Muerte o Thanatos sea sobrina de Erebo o el infierno y nieta del Caos. Thanatos (la muerte) es representada con una guadaña, un ánfora y una mariposa. La guadaña indica que los hombres son segados en masa como las flores y las yerbas efímeras, el ánfora sirve para guardar las cenizas, y la mariposa que vuela es emblema de esperanza en otra vida. A la muerte se le ubicaba geográficamente en una región comprendida entre dos territorios de la antigua Hélade, a la derecha el territorio de la noche (su madre) y a la izquierda el territorio del sueño (su hermano).

Es por ello que la muerte o Thanatos es una deidad capaz de sanar todos los males, pero como es la única entre todos los dioses que no acepta dádivas, nunca cura a nadie.

Por otra parte LOGOS (del griego) tiene varios significados: palabra, razón, estudio, tratado, discurso, sentido, etcétera. La gran mayoría de los filósofos griegos le daban la acepción de sentido, pero el que haya prevalecido como estudio, tratado u otro, se debe a errores interpretativos con el curso del tiempo. Para efectos de esta investigación, retomaremos para el vocablo logos el significado de sentido. De ahí que la Tanatología pueda definirse etimológicamente como “la ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte” (dar razón a la esencia del fenómeno).

Es por ello que Kübler-Ross se dio cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte, por lo que define a la Tanatología moderna como “una instancia de atención a los moribundos”; por ello, es considerada la fundadora de esta nueva ciencia. Con su labor, la Dra. Kübler hace sentir a los agonizantes que son miembros útiles y valiosos de la sociedad, y para tal fin creó clínicas y hospicios cuyo lema es “ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas”.

Por lo tanto en este sentido la nueva Tanatología tiene como objetivo fomentar y desarrollar holísticamente las potencialidades del ser humano, en particular de los jóvenes, para enfrentar con éxito la difícil pero gratificante tarea de contrarrestar los efectos destructivos de la “cultura de la muerte”, mediante una existencia cargada de sentido, optimismo y creatividad, en la que el trabajo sea un placer y el humanismo una realidad “La muerte es sólo un paso más hacia la forma de vida en otra frecuencia el instante de la muerte es una experiencia única, bella, liberadora que se vive sin temor y sin angustia”.<sup>20</sup>

### 4.3 LA IMPORTANCIA DE LA TANATOTOLGÍA

Si preguntamos porque es importante la tanatología Y/o porque en la actualidad se le ha dado mucha importancia. Se partirá desde que la nueva tanatología se está difundiendo cada día más esta nueva noción de la Tanatología, la cual sostiene que la persona en fase terminal puede y debe ser asistida para aliviar el dolor y otros síntomas físicos y psíquicos, provocados por la enfermedad y sus vicisitudes.

Desde que la muerte es un hecho trascendental que pone fin a la vida y que suscita en el hombre las más profundas reflexiones, temores y cuestionamientos, aunque de antemano sabemos que es el único porvenir que tenemos todos los seres humanos. Tan cotidiano como el nacimiento de un nuevo ser, la muerte es un proceso natural de la vida. El problema se suscita cuando nos toca de cerca, pues en ese momento vivimos una serie de sentimientos como fragilidad, vulnerabilidad y amargura que no estamos preparados para enfrentar.

La vida está llena de separaciones, rupturas y despedidas. Las pérdidas, el sufrimiento o muerte constituyen una dimensión cotidiana de nuestras relaciones humanas.

Desde el nacimiento nos separamos del ambiente protector de nuestra madre, los hijos dejan sus hogares, nos despedimos de alguien, finalizamos una relación, nos sobreviene una muerte. Se ha afirmado, no sin razón, que la historia de la humanidad ha estado impregnada por el sino de la muerte.

Pero esta presencia-ausencia de la muerte ha sido callada por intereses y preocupaciones de rangos más relevantes en las sociedades occidentales.

A pesar de ello, cada vez con mayor intensidad y profusión las ciencias sociales y bio-médicas han ido proporcionando nuevos enfoques del proceso terminal y de la misma muerte, (enmascarándoles, unas veces; apoyadas en los riesgos y logros de la prolongación de la vida, u otras).

Por lo que la sociología no podía estar ajena al problema; no es extraño, pues, que haya sido la psicología social la ciencia que más profusamente ha estudiado el tema de la muerte y del morir.

En los últimos treinta años se han publicado más trabajos y realizado más investigaciones sobre la muerte que en toda la historia de la sociología contemporánea. (Aparte de los seminarios sobre tanatología, revistas especializadas, películas, etc.)

No obstante en las referencias encontramos que la muerte y el morir siguen constituyendo temas tabú en la sociedad contemporánea; incluso, se intenta negar su realidad. Mas el hombre se siente expectante ante el misterio de la muerte (siempre muerte del otro) por lo que resalta que existe una marcada discrepancia entre la importancia que tiene la muerte para el niño y la atención que se presenta a este tema en la formación escolar.

En nuestra cultura, la mayoría de los padres y madres procuran acercarse al tema de forma gradual. En nuestra cultura occidental no existen directrices claras en la educación sobre la muerte, los padres se encuentran completamente solos es justamente de aquí una de las grandes importancias de la tanatología, en muchas otras culturas existen mitos aprobados acerca del tema que se transmite a los niños sin ambivalencia ni angustia.

La nuestra en cambio carece de guías identificables; a pesar de la universalidad del asunto y de su crucial importancia en el desarrollo infantil, cada familia tiene que decidir lo que debe enseñar a los pequeños.

Otra de las importancias que tiene hoy en día la tanatología es la propuesta de una guía didáctica para la educación en la muerte formulado principalmente para la sociedad de enfermería, esta surge fundamentalmente por la necesidad de

colaborar con el profesorado implicado en la introducción y generalización de los programas en materia de salud enfermedad y muerte.<sup>21</sup>

Si bien es cierto lo que mencionan las referencias que esta no es la única disposición a tomar para mejorar la calidad de vida y de la muerte, pues no resuelve todos los problemas. Por lo cual se cree firmemente que la formación adecuada es fácil de incorporar a programas institucionales de información incluyéndolas de forma natural en las estructuras existentes.

Es aconsejable que se eduque a los niños en las primeras etapas de su vida acerca de la realidad y del sentido de la muerte lo cual reporta la revelación del misterio y evitará la ambigüedad.

Romper con los tabúes, mitos y miedos relacionados con la muerte, restablecer la comunicación en torno a la muerte, entre niños, jóvenes y adultos, profesores y padres.

Por lo que resulta de importancia la necesidad de una educación efectiva en el tema de la muerte, comenzó siendo dirigida primordialmente a profesionales de la salud puestos que estos se hayan inevitable al proceso del morir como un hecho cotidiano , y al ser educados en conceptos de la vida eficaz y muerte disminuirán su ansiedad al abordar el tema y mejorarán en la administración de cuidados a Cualquier individuo, ya sea o no moribundo y en lo que demandan sus familias y se impregnarán de un cuidado profesional en la salud.

De igual manera este proceso de educación será de ayuda para los profesionales de la salud para reconocer sus propias limitaciones, examinando las actitudes, posteriormente se dará cuenta del beneficio que otorga dicha educación y podría ser extensivo al ir a todos los niveles educativos. El trabajo se realiza en equipo. La tanatología puede brindar su mayor potencial de ayuda cuando se recurre a ella en períodos precoces de la detención de la enfermedad terminal.

La finalidad de la tanatología es procurar que cualquier ser humano que sufra una pérdida, se le trate con respeto, comprensión, atención y acompañamiento, y que conserve su dignidad hasta el último momento.

Es sabido que el dolor y el temor hacen que consciente o inconscientemente nos alejemos de las situaciones que los suscitan. Por lo que cobra importancia esencial el brindar un trato digno tanto a la persona moribunda como a sus familiares, por lo que se requiere que el personal de salud, el médico y la enfermera, tengan los conocimientos necesarios, desarrollen la capacidad de introspección para identificar sus propias emociones y adquieran las habilidades necesarias para manejar su propio estrés, el de los enfermos y sus familiares ante la inminencia de la muerte. El ser humano opta por esperar, darle vueltas a sus pendientes o asuntos personales. Le cuesta trabajo, ya sea hablarlo, entenderlo, procesarlo o simplemente no quiere tener la apertura por el miedo a lo desconocido. Sin embargo, el que no habla, actúa con miedo, se enferma, no se responsabiliza de su sentir y lo deja en manos de otra persona para no enfrentar su propia realidad.

Las personas requieren entender el sentido de su propia vida. Cuando no lo encuentran surgen malestares, como: depresión, baja autoestima, miedos infundados, dependencia y falta de interés. Ahora bien, cuando una persona le encuentra el sentido de vivir, es una persona que se ama, que se acepta y que se rige bajo ciertos valores. Cuando empieza a responsabilizarse de sus acciones y toma rienda de sus decisiones, va encontrar su valía, esto es, va adquiriendo el poder de decidir y enfrentar los acontecimientos que la misma vida le da.

Estar en armonía es visualizar con mayor claridad las propias potencialidades, los propios requerimientos y necesidades, así como los mecanismos y condicionamientos que se han aprendido a lo largo de la vida y que complementan el propio ser. (Avila, 2006)

## V.- LA MUERTE

### 5.1 LA PERSONA MORIBUNDA

Antes de entrar al concepto de lo que es un paciente moribundo es importante reflexionar sobre las siguientes preguntas ¿cuál es nuestra actitud ante un paciente moribundo, como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, Tanatólogo, religiosos, familiares, amigos, vecinos?

Ahora bien considerando que, como seres humanos estamos siempre frente a la muerte, necesitamos pensar si estamos preparados para atender a pacientes moribundos, si hemos estado cerca de un paciente moribundo ¿cómo son nuestras reacciones? ¿Hemos sentido tristeza, miedo, desinterés, o hemos dado nuestra paciencia y entrega?

Se dice que el paciente moribundo necesita sentir nuestra presencia, y aquí cabe una aclaración desde el punto de vista tanatológico respecto a quien es el paciente moribundo, ya que con frecuencia utilizamos este término y el de enfermo terminal como sinónimos.<sup>22</sup>

Por lo que resulta importante diferenciar que Enfermo Terminal (ET) es aquel que padece una enfermedad mortal por la cual, posiblemente, vaya a morir en un tiempo relativamente corto, pero que aun no es un enfermo moribundo. Por lo tanto una persona moribunda es aquella que ya está viviendo la fase terminal, ya sea una cuestión de semanas o de días.

Los síntomas que acompañan en esta fase son: en los últimos días se encuentra muy débil, confuso, la mayor parte del tiempo esta encamado, quizá ya con dificultad para pasar los alimentos y los medicamentos.

En cuando a los cambios corporales el rigor mortis es la rigidez corporal que se produce entre las 2 y las 4 horas después de la muerte. Es el resultado de la falta de trifosfato de adenosina (ATP) que no se sintetiza debido a la falta de glucógeno

en el cuerpo. El ATP es necesario para la relajación de las fibras musculares. Su falta hace que los músculos se contraigan, lo que a su vez inmoviliza las articulaciones.

El rigor mortis se inicia en los músculos involuntarios (el corazón, la vejiga, etc.), progresando luego hacia la cabeza, el cuello y el tronco, y alcanzando por último las extremidades.<sup>23</sup>

Puesto que por lo general la familia de fallecido desea ver el cuerpo, y ya que es importante que el difunto aparezca natural y confortable, los profesionales de enfermería tienen que posicionar el cuerpo, colocar prótesis en la boca, y cerrarle los ojos y la boca antes de que se establezca el rigor mortis.

El rigor mortis habitualmente desaparece alrededor de unas 96 horas después de la muerte.

Algor mortis es el descenso gradual de la temperatura corporal tras la muerte. Cuando la circulación sanguínea se interrumpe y el hipotálamo deja de funcionar, la temperatura corporal desciende alrededor de 1° C por hora hasta que alcanza la temperatura de la habitación. Simultáneamente la piel pierde su elasticidad y se puede desgarrar con facilidad al retirar los apósitos y el material adhesivo.

Tras la interrupción de la circulación sanguínea, la piel se decolora. Los glóbulos rojos de la sangre se rompen liberando la hemoglobina, que decolora los tejidos de alrededor. Esta decoloración, a la que se denomina Livor mortis, aparece en las zonas del cuerpo mas inferiores o declives.<sup>24</sup>

Después de la muerte, los tejidos se tornan blandos y pueden incluso licuarse por la fermentación bacteriana. A mayor temperatura, mayor rapidez en los cambios. Por lo tanto, los cuerpos suelen conservarse en lugares fríos para retrasar este proceso. El embalsamiento invierte el proceso mediante, la inyección en el cuerpo de agentes químicos que destruyen las bacterias.

Otra definición de la muerte es la muerte cerebral, que tiene lugar cuando el centro cerebral superior, la corteza cerebral, está destruida irreversiblemente. La persona aún puede ser capaz de respirar pero está inconsciente de manera irreversible. Las personas que apoyan esta definición de la muerte creen que la corteza cerebral, que es donde se localiza la capacidad de pensar, la acción voluntaria y el movimiento, es la persona.

El profesional de enfermería, por regla general, está más capacitado para ayudar a la persona con el complejo proceso de la muerte que con los temores espirituales de la no existencia y de la otra vida. Los temores relacionados con la propia muerte de una persona: el dolor, el mal funcionamiento del cuerpo, la humillación, el rechazo o el abandono, la inexistencia, el castigo, la interrupción de los objetivos, y el impacto negativo sobre los sobrevivientes.

En relación con la muerte, incluye el miedo al dolor, la soledad, la dependencia, el momento de la muerte, y la destrucción total. A pesar de que no hay ningún dolor en el momento de la muerte, y la transición de la vida a la muerte parece natural, muchas personas temen este momento. El miedo al momento de la muerte es el resultado de la punzada emocional y del dolor experimentado durante la muerte de uno de los padres.

Las personas que afrontan la muerte necesitan ayuda para hacer frente al hecho de que tendrán que depender de otros. Algunas personas que se están muriendo requieren sólo unos cuidados mínimos y pueden ser atendidos en sus casas; otros necesitan una atención continuada y los servicios de un hospital y de su persona. Las personas necesitan ayuda, antes de su muerte, para planificar el período de dependencia. Necesitan considerar lo que va a pasar y cómo y dónde desearían morir.

Ahora bien ayudar a las personas a morir con dignidad. La dignidad puede ser definida como la capacidad de funcionar como una persona trascendente e integrada. La verdadera dignidad procede del interior por lo general, la

dependencia de los demás y la pérdida de control sobre uno mismo y sobre las interacciones con el entorno se asocian con la pérdida de la dignidad. Los profesionales de enfermería tienen que garantizar que la persona sea tratada con dignidad, es decir con honradez y respeto.

Las personas moribundas sienten a menudo que han perdido el control sobre sus vidas y sobre la vida misma. Los profesionales de enfermería pueden restablecer y dar soporte a los sentimientos de control, mediante la introducción de opciones que están al alcance de las personas y de las personas allegadas.

En estos momentos cuando nos surge una serie de interrogantes ¿Qué necesita verdaderamente la persona? ¿Qué debemos hacer...? ¿Qué es apropiado y que podría ser inapropiado para la persona...? ¿Qué tipo de tecnología podemos aplicar...?. Es difícil dar una respuesta a todas estas interrogantes porque quizá ni siquiera hemos pensado en ellas, ya que la persona terminal, la persona moribunda y la muerte no han sido temas prioritarios de estudio en la preparación como profesionales de la salud, o de la formación como seres humanos.

La experiencia del morir es un acto individual. Los que rodeamos a la persona podemos ayudarlo a aceptar esta experiencia a través de conocer, entre otras cosas sus necesidades, y ser conscientes de las propias necesidades.

La autora Kübler-Ross refiere que si podemos aceptar las necesidades de las personas y no proyectamos las propias, la persona moribunda podrá llegar a la fase final verdadera aceptación y estará sin miedos y sin angustia. Kübler-Ross continúa diciendo: “ los que tienen el coraje y el amor necesarios para sentarse al lado de un moribundo en un silencio que supera las palabras ,saben que ese instante no es terrorífico ni doloroso, sino que es la apacible detención de las funciones del cuerpo.”<sup>25</sup>

Así mismo menciona también que cuando se encuentra con una persona moribunda se debe individualizar sus necesidades, no creer que las necesidades son iguales para todos, pero si hay que tener siempre presente que será muy importante proporcionarle confort integral, paz y tranquilidad., el confort integral se refiere al bienestar que necesita la persona en todas sus esferas: física, mental, emocional, social, espiritual y religiosa.

Para obtener la paz y tranquilidad que necesita la persona moribunda en sus últimos momentos debe considerarse un ambiente adecuado, sin ruido y sin la participación simultánea de muchas personas. Así mismo refiere Kübler que si a los enfermos terminales se les da la oportunidad de expresar su rabia, llorar y lamentarse, concluir sus asuntos pendientes, hablar de sus temores, pasar por esas fases, van a llegar a la última fase, la aceptación. No van a sentirse felices, pero tampoco deprimidos o furiosos. Es un periodo de resignación silenciosa y meditativa, de expectación apacible. Desaparece la lucha anterior para dar paso a la necesidad de dormir mucho, lo que en Sobre la muerte y los moribundos y que E .Kübler lo yo llamo “el ultimo descanso antes del largo viaje”.<sup>26</sup>

Decía un enfermo “tengo una incertidumbre, una incertidumbre total, sobre el mañana, hasta la próxima hora. Le temo al dolor, especialmente al dolor agudísimo que no cede. Le temo al sentimiento de irrealidad que me invade. Tengo miedo de despertarme del todo nunca más. Le temo al desamparo total. Tengo miedo de la próxima vez que mueva los intestinos. Tengo miedo a lo que me pueda pasar porque no sé qué es lo que va a pasar. Me asustan las idas al hospital, las operaciones, la medicina.

Siento miedo porque ya no tengo el control de mi vida. Ahora estoy impotente; lo único que puedo hacer es tratar de amar, de mantener abierto a mi corazón. Quien hubiera dicho que comer y dormir llegarían a ser una aventura. Siento amor por la vida”.<sup>27</sup>

## 5.2 EL PROCESO DE MORIR

Cuál es el proceso de morir ni la ciencia es un saber completo, la ciencia tenía muy pocas cosas que decir sobre la muerte, y a pesar de ser fenómeno biológico más constante y universal después del nacimiento la muerte no era entendida ni por la misma biología.

La ciencia también está entendiendo la muerte celular programada, sin la cual nuestro organismo no podría haberse desarrollado. Se está entendiendo de qué mueren los organismos, qué es el envejecimiento, como se puede reparar a los seres vivos para posponer la muerte. Otro de los saberes científicos es que nadie “muere de vejez”. Toda autopsia bien hecha revela algún proceso patológico que causo deceso. Lo normal es morir de algo anormal.<sup>28</sup>

Ahora bien como acérmanos hacia una muerte natural si vivimos en una sociedad, en donde es común que a los niños se les impida contemplar la muerte de sus seres queridos, sin considerar que de esta forma, también se les impide acercarse a un proceso vital con naturalidad, de ser así, la posibilidad de presenciar la muerte o encontrarse en un funeral, les prepararía para enfrentarse a las futuras muertes, tanto la de los demás seres queridos, como de la propia. Con esto lo que desea que comprendamos es que la muerte debe ser concebida como un proceso humano por el que todos vamos a pasar y que se debe conocer, para que no cause temor ni sea un proceso extremadamente doloroso, por lo tanto, debemos alejarnos de actitudes inmaduras y superficiales que consideran la muerte como algo que va en contra de la vida humana. Sin embargo, esta actitud está muy generalizada en nuestra sociedad y estamos poco preparados para vivir con serenidad la muerte. Por ejemplo, con frecuencia se escucha decir que una vida digna significa también una muerte digna, sin embargo pocos se preparan para vivir de esa forma, pero sobre todo, se deja de lado el prepararse para morir dignamente, ya que la muerte es el acontecimiento universal por excelencia que en cierta forma, le confiere intensidad y valor a la vida; lo cual según E. Kübler

Ross (2005), permite configurar una vida más consciente, más responsable con la propia existencia y una maduración intensa.

Trabajando en las instituciones de salud, principalmente de segundo y tercer nivel de atención, se aprende que la muerte no es exclusiva de la gente de edad madura o avanzada, situación que es difícil asimilar, por ejemplo para unos padres que están próximos a perder a un hijo, independientemente de su edad. Por consiguiente, morir al igual que vivir, puede ser una pesadilla, pero también puede ser una experiencia de crecimiento, creatividad y paz cuando se prepara uno para ello.

Es común observar que los familiares e inclusive el mismo personal de salud, reaccionan de una forma especial frente a la persona que va a morir, lo observan como alguien que tiene que realizar una tarea muy difícil y que están seguros que va a fracasar en ella, en lo particular a esto le denomino un acto innecesario de compasión. Por otro lado, muchos moribundos quieren, desean y necesitan hablar de su muerte, de su final próximo, de sus sentimientos, pendientes y angustias, el problema es que con frecuencia no se sienten con la confianza de hacerlo con sus propios familiares, por esa peculiar forma en la que se concibe la muerte, además de que no desean provocarles mayor sufrimiento, al que seguramente ya tienen por su próxima partida.

Por consiguiente, tristemente se guardan para sí mismos los sentimientos, sensaciones, angustias, dolor etc. que hubieran querido expresar antes de partir. Existen también moribundos que necesitan negar su situación, lo que constituye un periodo natural de rechazo de su realidad, como ya lo veremos en temas posteriores, y la mejor forma de ayudarlos es aceptar esta necesidad y permitirles Tal negación, ya que muy probablemente, sea una etapa por la que están cursando y en cuestión de tiempo, su estado de ánimo seguramente cambiará, siempre y cuando una enfermera o profesional de la salud, le apoye con una terapia de acercamiento a la muerte, esto es, irlo preparando para una despedida.

Hay otras personas que no dejarán de luchar hasta el final, otros que sentirán una enorme rabia, etc., todo es cuestión de conocer el proceso de duelo, para identificar en qué momento se encuentran y poder ofrecerles el mejor apoyo de acuerdo al estado por el que atraviesan.

En su etapa final, muchas personas tienen la necesidad de la cercanía tranquilizadora de otro ser humano, aunque sólo sea un acompañante, y por otro lado, la necesidad de un espacio reservado para elaborar la síntesis definitiva de su propia vida, para despedirse e ir arrancando una tras otra, las mil raíces que le ligan a la existencia terrenal. En estos casos, es fundamental ayudarlo con el mantenimiento de una comunicación, que no por silenciosa deja de ser significativa y de gran valor afectivo.<sup>29</sup>

Con el advenimiento de la tanatología como disciplina de asistencia y acompañamiento de la crisis existencial del individuo frente a la muerte, según la escuela de la E. Kübler Ross, ha surgido la necesidad de saber cuándo, cómo y dónde debe intervenir aquel que se dedica a la tanatología, dado que su hacer consiste precisamente en la asistencia a los moribundos.

Él cuándo sería a partir del reconocimiento de que el paciente se encuentra en un **proceso de morir** inminente, para lo que se requiere un diagnóstico y pronóstico de estado terminal (ET) debidamente sustentado.

Lamentablemente, el estado terminal sigue oculto y no está formalmente reconocido como un diagnóstico por la ciencia médica, ya que admitirlo representaría una aceptación del fracaso de sus propias técnicas y procedimientos.

Lo más cercano a este diagnóstico lo podemos apreciar en las unidades de cuidados intensivos (UCI) donde cabe la posibilidad de rechazar a un paciente señalándolo como “no recuperable”, sin que para esto se desarrollen acciones

coherentes, congruentes y en consecuencia con dicha conclusión como informar a la familia de la situación terminal y procurar su asistencia tanatológica.<sup>30</sup>

Por lo que Rebolledo continúa diciendo que el diagnóstico del estado terminal establecido mediante métodos y procedimientos debidamente protocolizados y apoyados clínica y tecnológicamente, permite saber, lo mas cercanamente posible a la verdad demostrada, el pronóstico, que a su vez, permitirá tomar las decisiones pertinentes respecto a lo que se habrá de hacer o dejar de hacer, a pesar y por encima de los procedimientos terapéuticos. Es por ello que me atrevo a hacer consideraciones apoyadas en la experiencia personal.

La muerte es un hecho natural que obedece a la vida y necesita ser entendida y atendida como parte integral de la misma, pues a fin de cuentas morir es un acto de vida, y por lo tanto, parte de la salud humana. El temor a la muerte es universal. Se las arregla uno para no pensar en ella con demasiada frecuencia. A medida que se vive, se tiende a pensar que la vida es infinita y que el final es más bien abstracto, algo que les sucede a otras personas, no a uno.

El caso es que a medida que se adquiere mayor edad, la idea de la muerte empezará a estar más presente y en algunas circunstancias se está más consciente de la posibilidad de la muerte, en particular cuando se encuentra afectado por una enfermedad seria, cuando muere un amigo o cuando perdemos a un ser querido.

Existe una serie de sentimientos que conducen al temor a la muerte y que pueden construir un síndrome de ansiedad ante la muerte. Por citar algunos:

1.- Se tiene la experiencia de morir en sí misma. ¿En qué condiciones voy a morir? ¿Habrá mucho sufrimiento? ¿Cuánto dolor experimentaré? ¿Cómo podré controlarlo? Es muy frecuente que las personas gravemente enfermas manifiesten tener más miedo al dolor que a la muerte.

2.- El segundo nivel de ansiedad por la muerte deriva del miedo a pasar las últimas semanas o meses de vida en una institución. Como bien se sabe, la duración de la vida se ha duplicado desde comienzos del siglo XX y el temor a una muerte lenta en un sanatorio, para muchas personas es una perspectiva abrumadora. No obstante, pasar parte de la vida en un centro de este tipo es una posibilidad cierta.

3.- El tercer nivel de ansiedad se basa en el temor a sentirse avergonzado y a perder la dignidad. La mayoría de las personas prefiere pensar que conservara el orgullo y dignidad hasta el último momento día de la vida. Cuando la progresión de la enfermedad y los propios tratamientos comienzan a deteriorar la imagen, y empezamos a perder autonomía, se produce un atentado a la autoestima que mucho personas lo viven como un auténtico ataque a su dignidad humana y prefieren morir.

4.- El cuarto nivel de ansiedad se experimenta como el temor a dejar de ser o temor a la nada, es decir, el temor a la aniquilación. Como se ha comentado, se tiende a pesar en la muerte como algo que les sucede a otras personas, no a uno. Así afirmaba Freud que el inconsciente no conoce la muerte y que nadie cree realmente en su mortalidad. La propia muerte es realmente inimaginable y cuando se intenta imaginárnosla se da cuenta de que en realidad se sobrevive como espectador.

5.- El quinto nivel de ansiedad se ha relacionado con el temor a encontrarse solo después de morir y a estar separados de seres queridos. Morir, como nacer exige ayuda, consuelo y compañía. Las familias, aunque vivan alejadas tratan de estar presentes cuando un ser querido está muriendo. Los moribundos tienen gran necesidad de sentirse protegidos, amados y seguros durante los últimos momentos de sus vidas, y cuando sienten el contacto y la presencia calidad de ser amado, gran parte del temor desaparece.

6.- Otro aspecto que provoca una gran ansiedad es la idea de pasar los últimos días o semanas de vida rodeados de máquinas, tubos y aparatos, que se encarguen de mantener las funciones corporales y que controlan al cuerpo el tiempo que nos quede de vida. A este respecto, el no estar en condiciones de poder expresar la aceptación o rechazo a los tratamientos, o bien que no se tenga en cuenta los deseos.

7.- El séptimo nivel de ansiedad se basa en el temor al fracaso. Se torna evidente cuando las personas moribundas creen que han desaprovechado sus vidas porque nunca siguieron o cumplieron sus verdaderos deseos.<sup>31</sup>

### 5.3.- DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DEL ESTADO TERMINAL

Cuando existe un diagnóstico y pronóstico fatal, la persona y familia tiene que recibir la mala noticia por lo que se define a las malas noticias como aquellas que modifican radical y negativamente la idea que el enfermo se hace de su porvenir. Se deduce que es imposible prejuzgar la posible reacción del enfermo, sin estar al corriente de lo que el enfermo sabe ya y, sobre todo, de lo que espera.

Hoy se vive en una sociedad en la que la juventud, la salud y la riqueza, ocupan el lugar de honor. La concepción de la vida que caracteriza a la mayor parte de los países desarrollados exige un fuerte tributo, exactamente por parte de aquellos que no tienen ni juventud, ni salud, ni dinero. A sí, viejos enfermos y pobres sufren una marginación que los coloca fuera de la sociedad “normal”.

Con el despertar de la medicina científica en los países de Europa, la opinión sobre la veracidad a la cabecera del enfermo se va haciendo común en todos ellos: se revela al médico de la obligación de esta veracidad, y se impone la costumbre de la “mentira piadosa”. A sí, en el siglo XVI, Montaigne dice que los médicos pueden utilizar la mentira como medicación “ya que la salud depende de la vanidad y falsedad de sus promesas” igualmente escribía Voltaire que “la mentira es un vicio más cuando hace el mal y es una gran virtud cuando hace el

bien. Las opiniones a favor y en contra de la mentira piadosa, está bien claro, continúan hoy.<sup>32</sup> Para los médicos, el hecho de dar a un enfermo tan mala noticia supone también un duro golpe y constituye uno de los actos más difíciles en el ejercicio de la Medicina y hay que aprender a hacerlo bien porque tan malo es mentir como suministrar una información brutal. En gran medida la evolución va a depender mucho de lo que se le diga al enfermo y cómo se le diga.

Una vez hecho el diagnóstico y pronóstico de estado terminal, se debe cuestionar sobre ¿Qué necesita la persona?, ¿Qué necesita la familia?, ¿quién los atiende? La enfermera, que por la esencia de su quehacer profesional realiza una gran labor es quien debe cuidar del paciente hasta el momento de su muerte, para lo que requiere detectar y satisfacer sus necesidades oportunamente aplicando el método enfermero a fin de conseguir el máximo bienestar, evitar o disminuir el sufrimiento y lograr que tenga una muerte digna. Los fundamentos de la Enfermedad Terminal son: La presencia de enfermedad avanzada, progresiva, incurable, la presencia de numerosos problemas o síntomas intensos múltiples multifactoriales y cambiantes, la falta de posibilidades razonables, respuestas a tratamiento específico, un pronóstico de vida alrededor de seis meses.<sup>33</sup>

Para lo que G. Soberón manifiesta que para poder establecer el (Diagnóstico del Estado Terminal) DXET es necesario recordar que la muerte es un proceso concomitante a la enfermedad, pero que progresa como un acto fisiológico pese, o bien por efectos fisiológicos de respuesta al trauma. Recordemos que toda enfermedad evoluciona hacia su restablecimiento si existe la suficiente capacidad. De respuesta adaptación al trauma y/o se cura si recibe el tratamiento oportuno, adecuado y suficiente para sobreponerse al mismo.

Asimismo, el curso de las enfermedades en el tiempo puede ser agudo y crónico. El primero comprende un período aproximado que va de unos cuantos segundos hasta dos meses y el segundo de dos meses en adelante. La evolución de cualesquiera de ellos puede presentar un deterioro progresivo y generalizado, que

de no ser posible contrarrestar requerirá de mecanismos alternos que sustituyan parcialmente la función orgánica (diálisis, marcapasos, válvulas de Hakim, etcétera), o de un trasplante de órgano. En caso de no responder a los tratamientos, el organismo desencadenará los mecanismos propios del proceso de muerte por necrosis, apoptosis y sistema telomero-telomerasas en forma generalizada, estableciéndose así el estado terminal.<sup>34</sup>

Por lo tanto el estado terminal Comprende la suma de los fenómenos biopsicosociales que representan el deterioro progresivo y generalizado del organismo y sus funciones, que no responde a ningún tratamiento. Es reconocible a partir de signos, síntomas, reacciones, actitudes y circunstancias socioculturales y del medio ambiente que afectan al individuo en su totalidad. Estos fenómenos estarán comprendidos dentro de un período aproximado y no mayor de seis meses.

Es necesario diferenciarlo del estado agónico o pre mortem; éste comprende propiamente el agotamiento total de la reserva fisiológica y progresa hacia la muerte dentro de las siguientes veinticuatro horas.

Para realizar el diagnóstico y el pronóstico del estado terminal se considera necesaria la participación de tres médicos, entre los cuales se encuentren, preferentemente, el médico tratante, un médico internista y el médico especialista en la patología que desencadenó la falla orgánica múltiple. Éstos deberán contar con un expediente que incluya un ejercicio integral mediante la historia clínica complementada adecuada y suficientemente con estudios de laboratorio y gabinete, así como interconsultas con otros especialistas.

La realización del acto médico integral será la conclusión fehaciente de la falla orgánica múltiple y de la falta de respuesta a la terapéutica, lo que colocará al individuo en lo que llamamos Paciente en Estado Terminal (PET), que es aquel que representa insuficiencias orgánicas múltiples y progresivas que no responden a la terapéutica específica y que llegará a la muerte en un periodo aproximado y

no mayor de seis meses, considerando siempre la falla aguda que acorte este periodo.

Cobra importancia mencionar cuales son los índices del estado terminal y el estado terminal, una vez reconocido, necesita de índices pronósticos (IP) cuyo análisis pudiera permitir la toma de decisiones para ofrecer alternativas de manejo paliativo y tanatológico. El estado terminal por definición debe establecer las probabilidades de que un paciente fallezca, a partir del reconocimiento de las fallas orgánicas múltiples y progresivas, así como de la falta de respuesta de los tratamientos que se consideran con incompatibles con la vida.

Tres órdenes de participación a los que se ve sometido una persona y que tienden a establecer o modificar su condición terminal.

\*Orden biológico: las fallas orgánicas múltiples y la falta de respuesta a los tratamientos.

\* Orden psicológico: las conductas ante la muerte valorando la actitud y con ello la resistencia a los procedimientos que se utilizarán para su cuidado y manejo general y especial.

\* Orden social: las condiciones prevalecientes que favorecen o no una condición terminal y que, sustentado en los anteriores, puede modificar el manejo. <sup>35</sup>

La persona tiene derecho a que se le dé, en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

Aunque existan imperativos legales, nunca se debe olvidar que, informar a un enfermo que tiene una dolencia mortal, es, antes que nada, un acto incuestionablemente humano. Que una persona, aunque sea un profesional, deba

comunicar a un semejante que su muerte está próxima, es la fuerza de un hecho tremendamente humano y el médico debe hacer gala, más que nunca de una auténtica humanidad.

Una última reflexión sobre este asunto podría ser el impacto económico que tendría la correcta información del diagnóstico y pronóstico a los enfermos. Cuando un médico informa a su paciente por imperativos legales exclusivamente, se produce una secuencia como la siguiente:

Diagnóstico  $\implies$  pronóstico  $\implies$  veredicto  $\implies$  sentencia

La consecuencia es que el médico se siente como un “ser duro” y el enfermo como un “ser culpable”. Solamente se puede esperar una reacción más o menos adecuada por parte del enfermo, cuando la información se lleva a cabo en un ambiente de confianza mutua, de comunicación honesta y sincera y en la que el médico se compromete con el enfermo. Pero qué duda cabe que de formas más o menos sutiles los enfermos captan mucha información de la actitud y comentarios de los profesionales que le cuidan en la sala del hospital.

No cabe duda de que muchos enfermos, si supiesen exactamente su situación, no dejarían someter a los procedimientos diagnósticos (curiosidad científica) y terapéuticos, que con frecuencia se les aplica. Comenta Núñez y Pérez “seré un profesional plenamente feliz cuando nuestros enfermos, los de todos, exijan una información tal, que los haga invulnerables a la omnipotencia de la clase médica. Mi empeño está comprometido con dignificar al enfermo como persona que sufre.

Un enfermo y su familia que en la actualidad son demasiado útiles a la ciencia médica y al desgobierno económico que a su alrededor se mueve.

Son ignorantes receptores de fármacos y tecnología que, a veces, sólo resulta necesaria a la industria, para obtener resultados económicos brillantes en beneficio de unos pocos. Se olvidad que las mortajas no tienen bolsillos".<sup>36</sup>

## **VI.- ETAPAS DEL DUELO**

### **6.1 ETAPAS DE DUELO DE ACERDO A DIVERSOS AUTORES**

El duelo, del latín dolor (dolor), es la respuesta emotiva a la pérdida de alguien o de algo. Cada pérdida significativa, desapego de una posición, objeto o ser querido, provoca una serie de reacciones o sentimientos, que nos hace pasar por un período que llamamos duelo. Es necesario experimentar el sufrimiento, expresar los sentimientos que se van presentando y exteriorizar de una manera sana para que la herida cicatrice.

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 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 des adaptativas 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.

Por mencionar otro Significado de duelo: Es el seguimiento de los mecanismos psicológicos, en virtud de los cuales se produce el sentimiento de pérdida que constituye el basamento fenomenológico del duelo, nos permite introducir en la comprensión del mismo tres importantes fuentes de origen, descritas por G. Infante (2010).

### **6.1.1 Primera “fuente cognitiva” de duelo**

Serian todas las experiencias tempranas e individuales pre, peri y postnatales representadas por:

-La “pérdida del paraíso terrenal por el claustro materno”, que tiene lugar en el momento del parto, origen del acertadamente denominado por Otto Ranck como “trauma del nacimiento”, expresado mediante el terror gestual, los gritos y el llanto del recién nacido.

-Otro duelo importante lo constituye la necesaria ruptura de la “simbiosis madre-niño. Pérdida del “cuerpo materno”.

-Más tarde, es el duelo por la “pérdida del cuerpo infantil” que experimenta el púber-adolescente.

Todos estos episodios de duelo comportan otros tantos desplazamientos de la libido hacia nuevas zonas de placer y asentamiento, con el consiguiente gasto de energía psíquica y, por tanto de sufrimiento.

### **6.1.2 Segunda “fuente cognitiva” de duelo**

Serian la mayoría de ellas experiencias mixtas psicosociales, entre las que vamos a analizar aquí las siguientes:

-El duelo ante la “pérdida de valores” al que por esta razón se considera como “el nivel axiológico del duelo” dentro del cual cabria considerar:

El miedo a la condenación, en un orden trascendente o el más inmanentista sentimiento de culpa, secundarios en gran medida al “miedo a la pérdida del amor y la dependencia del ser supremo, del absoluto, en definitiva, de Dios”.

Los conceptos de honra, de honor. El repudio por parte del “padre de familia” clásico del hijo o la hija deshonrados comporta un subsiguiente duelo, determinado por una doble pérdida: la del objeto psíquico representado por el honor, y la de la persona amada que son el hijo o la hija repudiado y expulsado del hogar familiar.

-El duelo como sentimiento de pérdida de objetos psíquicos o nivel psicosocial del duelo. Estarían representados por:

-La pérdida del prestigio profesional, que tipifica como delito la “calumnia”

-La pérdida de la salud. Es una clara experiencia psicológica de pérdida de objeto psíquico por otra parte de cualquier enfermo.

-La pérdida de la actividad, como necesidad básica del hombre, materializada por la “pérdida del trabajo” es otra muestra de duelo como sentimiento de pérdida de objetos psíquicos.

El duelo como sentimiento de pérdida de objetos físicos o seres vivos no humanos. La gama de duelos que pueden tener lugar desde esta perspectiva son muchos, estando muy vinculados a niños, adolescentes y ancianos comprendería:

-La pérdida de objetos a los que adscribimos sentimientos, momentos o recuerdos que han sido particularmente placenteros.

-Las transformaciones corporales experimentadas por el púber en su paso a la madurez psico biológica del adulto y las transformaciones corporales de los ancianos (dimorfos) y sus déficits: motores, sensitivos, cognitivos etc.

### **6.1.3 Tercera “fuente cognitiva” del duelo**

Esta fuente, más que como experiencia de pérdida, es vivida por el individuo como experiencia de amenaza de pérdida de objetos psíquicos. Se podrían considerar:

- El miedo a la “amenaza de pérdida de la vida” origen de “angustia pánica”.
- El miedo a la “amenaza de pérdida de la razón o de la conciencia, también fuente importante de angustia.

La importancia de estas “fuentes experienciales de duelo “viene dada por representar formas de comportamiento aprendidas muy tempranamente o en el transcurso de la vida, que servirán como patrones de conductas futuras.<sup>37</sup>

Se entenderá por duelo a una enfermedad, que resulta de un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, que tarde o temprano se ha de afrontar, casi todos los seres humanos. La muerte del hijo/a, y la de un conyugue, son consideradas las situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona.

El duelo es un sentimiento subjetivo provocado por la muerte de un ser querido. El duelo además, puede ser la respuesta a la pérdida de status, de un rol separación de los hijos, etc. El duelo es considerado como un síndrome, porque la persona

presenta determinadas manifestaciones y síntomas.

La forma de expresar el duelo está estrechamente relacionada con la cultura a la que se pertenece (por ejemplo el vestirse de negro), a las situaciones que rodean a la pérdida, a la edad de la persona que fallece, o si se trata de una muerte anticipada o repentina.

### 6.2.1 EL DUELO DE ACUERDO A KÜBLER ROSS

Todos sufren distintas y múltiples pérdidas durante el transcurso de la vida. Es inevitable ante estas situaciones atravesar un proceso de duelo. Con el advenimiento de la tanatología como disciplina de asistencia y acompañamiento de la crisis existencial del individuo frente a la muerte, según la escuela de la E. Kübler Ross considerada la iniciadora del estudio de la tanatología, con un enfoque humanista, señala que el proceso del dolor siempre va acompañado de un sentimiento de **ira** difícil de aceptar, porque aunque es parte del proceso, es rechazado por la sociedad, por lo tanto, las personas optan por suprimir este sentimiento y por lo general terminan manifestándolo de otra manera, complicando el duelo; la actitud hacia la muerte más predominante es la del rechazo. Para lo que menciona cinco etapas en el proceso del duelo y estas son: <sup>38</sup>

1.- Negación y aislamiento. Esto es cuando el paciente y la familia conocen el diagnóstico de una enfermedad fatal, la primera reacción será la de negar (no, yo no, no puede ser cierto): estas personas pueden considerar la posibilidad de su propia muerte durante un tiempo, pero luego tienen que desechar estos pensamientos para proseguir la vida.<sup>39</sup>La negación es un mecanismo de defensa que en cierto tiempo es sustituido por la aceptación.

2.- Ira “Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Surge la pregunta ¿por qué yo?”<sup>40</sup>. La ira se proyecta contra todo y contra todos. La ira es con uno

mismo, con Dios, con todo y todos en general. Kübler-Ross dice: La tragedia radica en que no pensamos en las razones del enojo del paciente y lo tomamos como algo personal, cuando el origen no tiene nada que ver, o muy poco, con la persona que recibe toda la ira del enfermo o familiar.

Si uno toma esta manifestación de manera personal hará que la persona o el familiar aumente su conducta hostil.

3. Pacto. Duran periodos de tiempo muy breves. Kübler-Ross dice: “el pacto es un intento por posponer los hechos; incluye un premio-a la buena conducta-, además fija un plazo de vencimiento- impuesto por unos mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento.”

4.- Depresión. “cuando la persona desahuciada no puede seguir negando su enfermedad, cuando no puede seguir haciendo al mal tiempo buena cara, su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida”<sup>41</sup> para esta autora hay dos tipos de depresión: la depresión reactiva, que aparece como resultado de las pérdidas anteriores (amputaciones, cargas financieras), y la depresión anticipatoria, que son las pérdidas que van a venir.

Cabe hacer mención que Kübler –Ross menciona “depresión “, sin embargo, las características que da no corresponden a los criterios por un trastorno depresivo, sino más bien a un sentimiento de tristeza profunda producto de la pérdida de la salud y la posible muerte.

5.- Aceptación. “si un paciente ha tenido tiempo (no una muerte repentina) y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará una fase en la que su destino no le deprimirá ni le enojara”. <sup>42</sup>

## 6.2.2 ETAPAS DEL DUELO DE ACUERDO A JORGE BUCAY

Ahora bien el Autor Jorge Bucay en su libro El camino de las lágrimas, comenta el trabajo en el proceso de duelo desde una visión humanista y pone énfasis en el trabajo de duelo a partir de la familia, ocupando en algunas ocasiones técnicas de metáfora y cuento para trabajar el duelo, J. Bucay establece siete etapas en el proceso de duelo:

1. Etapa de la incredulidad. Aunque la muerte sea una muerte anunciada, hay un momento en el que la noticia produce un shock. Hay un impasse, un momento de negación y cuestionamiento en el que no hay ni dolor; la sorpresa y el impacto nos lleva a un proceso de confusión en el que no entendemos lo que nos están diciendo. Esta etapa puede durar unos minutos, unas horas o varios días, como sucede en el duelo normal, o volverse una negación toxica.

2. Etapa de la regresión. Es la explosión dolorosa. Una vez que el estado de incredulidad ha pasado, la persona se conecta con la realidad y al momento de hacerlo el dolor que la invade es enorme.

Uno llora como niño, patalea grita. Las emociones afloran sin control evitando la comunicación con los demás.

3. Etapa de la furia. Es ira, a veces muy manifiesta y a veces muy disimulada, que se dirige a quien se considera el responsable de la muerte: Dios, la vida, el otro, la persona que se murió. Es precisamente esta furia la que nos sitúa en la realidad, pues precede y prepara el cuerpo para la tristeza.

4. Etapa de la culpa. Nos sentimos culpables por habernos enojado con el otro, culpables con Dios, culpables por no haber evitado que la persona muriera (si yo hubiera, debí haber, si yo no hubiera...) dirijo hacia mí el resentimiento por no haber evitado la muerte y me culpo de aquello que no hice y tuve la oportunidad de hacer).

5. Etapa de desolación. Esta etapa es la verdadera tristeza. Aquí está la impotencia, al darnos cuenta que no hay nada que podamos hacer, que el otro está muerto y que eso es irreversible. Nos damos cuenta que las cosas no volverán a ser como eran. Es la etapa de la tristeza que duele en el cuerpo, la etapa de la falta de energía, de la tristeza dolorosa y aplastante. Lo malo de esta etapa es que es dolorosa, desesperante, inmanejable. Lo bueno es que pasa y mientras tanto nuestro ser se organiza para el proceso final.

6.- Etapa de la fecundidad. Se empieza al salir de la desolación es hacer algunas cosas dedicadas a esa persona, es transformar esa energía ligada al dolor en una acción. Es la reconstrucción de lo vital.

7. Etapa de la aceptación. Es la última etapa. Consiste en separarse, discriminarse de la persona que murió. Aceptar es interiorizar, darse cuenta de lo que esa persona nos proporcionó. Se supera pero no se olvida. Cuando el proceso es bueno las cicatrices ya no duelen, y con el tiempo se mimetizan con el resto de la piel y casi no se notan, aunque están ahí.<sup>43</sup>

### 6.2.3 ETAPAS DE DUELO DE ACUERDO A NANCY O CONNOR.

La siguiente autora Nancy O Connor, psicóloga norteamericana, centra su trabajo tanatológico en experiencias vividas por otras personas en torno a la muerte.

O Connor, dice que las personas sobrevivirán el duelo y expresando sus emociones la herida cicatrizará. Todos los seres humanos somos diferentes, cada uno de nosotros es un ser único, una composición de influencias múltiples. Cada persona es una acumulación de material genético, factores culturales, antecedentes familiares, experiencias personales, etc., y su forma de enfrentar los problemas es única. Por lo tanto, cuando experimentamos la muerte de una persona querida estos factores son los que determinan las diferencias en la reacción.

No obstante, el duelo sigue un patrón predecible; aun cuando cada uno de nosotros siga los pasos de ese patrón a su propio modo, es muy útil saber que los demás comprenden nuestros sentimientos.<sup>44</sup>

En su libro *déjalos ir con amor* aborda los sentimientos, las reacciones y los cambios que sobrevienen a cónyuges, padres, hijos, hermanos y amigos después de la muerte de un ser querido. Para ello menciona cuatro etapas en el proceso del duelo, y dice que estos plazos no son rígidos, pues dependen del grado de intimidad que se haya tenido con la persona fallecida. Las etapas son:

1. Etapa de ruptura de antiguos hábitos. Desde el fallecimiento hasta las ocho semanas. Las semanas que siguen a la muerte de una persona son un periodo de confusión, nada es normal, prevalecen los sentimientos de incredulidad, protesta y negación. La muerte es una separación obligada, un rompimiento. Las lágrimas y los sentimientos de tristeza profunda aparecen en momentos inesperados. En las primeras semanas de duelo, es común y normal estar preocupado por la persona muerta.

2. Etapa de inicio de reconstrucción de la vida. Está comprende de la octava semana hasta un año. Después de que han pasado unos cuatro meses, el dolor y la confusión siguen siendo agudos, pero van disminuyendo gradualmente; la recuperación empieza a darse de manera automática y sin percepción consciente. Los días festivos y las celebraciones familiares serán una dura prueba del primer año, las fiestas sentimentales son las más difíciles de sobrellevar ante la ausencia del ser querido.

3. Etapa de la búsqueda de nuevos objetos de amor o amigos. De los 12 hasta los 24 meses. La vida ha vuelto a la “normalidad”. Algunos hábitos se han restablecido firmemente y las nuevas costumbres se has vuelto cotidianas.

Empieza a regresar la risa espontánea, la diversión y la felicidad, se ajusta a la ausencia de la persona fallecida.

4. Etapa de la terminación del reajuste. Después del segundo año. Se caracteriza por el fin del duelo. Se vive una nueva vida. Los hábitos se han unido con los patrones antiguos y los nuevos.

Consideramos que el trabajo de Nancy O'Connor es valioso y oportuno, sin embargo, mucho se tendrá que discutir respecto a la duración de sus etapas, pues pensar que todas las personas se comportan con un patrón cronológico de conductas a partir de una crisis provocada por la pérdida significativa de un ser querido es difícil de aceptar, sobre todo si se parte del hecho de que cada persona es única e irrepetible, y que sus vivencias son tan sólo suyas.<sup>45</sup>

#### 6.2.4 ETAPAS DE DUELO DE ACUERDO A IGOR CARUSO

Para **Igor Caruso** en su obra titulada *La separación de los amantes* Caruso trata el problema de la separación de las personas vivas que se aman, no siempre ocasionados por la muerte física. Considera que al estudiar el tema del duelo producto de la separación no es posible hacer a un lado el concepto de vinculación; además, hace una crítica al psicoanálisis acerca del duelo, al señalar que éste se ha ocupado de la reacción ante la muerte dentro de parámetros estrechos, al considerar muchas de sus manifestaciones como patológicas. Nos habla no sólo de la muerte física, sino, sobre todo, de la separación moral o afectiva. Para este autor, las etapas del duelo son:

1. Catástrofe del yo. Es la desesperación por la separación no querida. La pérdida del objeto de amor, en cuanto objeto de identificación.

2. Agresión. Es el primer mecanismo de defensa. Con la rabia, el doliente sale de su dolor profundo para fijarse en alguien externo a su yo. La agresión puede ser contra el ser que murió, contra Dios, contra los médicos. Lo importante es que afloren estos sentimientos negativos.

3. Búsqueda de indiferencia. Es el segundo mecanismo de defensa. El sobreviviente quiere convencerse de que la vida sigue adelante, a pesar de la

ausencia que dejó quien murió. Aunque sea un autoengaño, sirve para lograr la paz interior.

4. Ideologización. Después de toda la energía gastada, se llega a la racionalización. Es cuando la idea de Dios y su voluntad sirven de consuelo.

5. Aceptación. La aceptación es diferente a la resignación. La aceptación es un auténtico bien.

Con referencia a las etapas que plantea, Caruso intenta separarse de la corriente psicoanalítica, sin embargo no lo consigue, y como consecuencia sus etapas están plagadas de conceptos psicoanalíticos que poco dicen y mucho interpretan, como lo hace el psicoanálisis. El ser humano es algo más que energía libidinal, y la agresión es mucho menos que las emociones que experimenta.<sup>46</sup>

#### 6.2.5 ETAPAS DE DUELO DE ACUERDO A ISA FONNEGRA.

Ahora bien **Isa Fonnegra** psicóloga clínica nacida en Bogotá, Colombia. Se lo considera pionera de cuidados paliativos en Sudamérica. En su libro De cara a la muerte propone el trabajo tanatológico de cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte y establece como objetivo final vivir plenamente. Ella habla de tres etapas para el duelo después de la muerte, éstas son:

1. Evitación. Es la necesidad de evitar la pérdida como un hecho (no puede ser). Es un mecanismo de defensa que se manifiesta en atontamiento y en una vivencia de irrealidad. Siguen momentos que no se pueden evitar y que sirven para enfrentar la realidad, pero no la soledad. El ritual de despedida es un acto que consolida la realidad, facilitando las expresiones de dolor y, sobre todo, la separación del muerto de los vivos.

2. Confrontación. Es la fase aguda. Aparecen sentimientos de añoranza, junto con la necesidad de ver vivo al que murió. Como no es posible, viene la rabia, y aparece una necesidad de vivir en soledad el dolor de la muerte. Las posesiones del difunto se conservan intactas. Se vive un sentimiento de desesperación porque el sobreviviente nunca se recuperará de tal pérdida. También se inicia el trabajo de deshacer vínculos.

3. Restablecimiento. Después de varios meses, empieza a ceder la crisis aguda, el familiar se da permiso de sonreír, se olvida aunque sea un momento de la tragedia y comienza a interesarse en algo nuevo. El proceso de duelo termina cuando el sobreviviente puede recordar sin dolor.

Al igual que los autores anteriores, Fonnegra da por hecho que una etapa lleva a otra, y que una vez superada una de ellas, se pasa a la posterior, sin embargo, no comenta por qué da por hecho que la persona las vive tal y como ella las propone. El trabajo con el ser humano en ocasiones no es tan predecible como quisieran los Tanatólogos, de hecho una de las partes más resaltantes de cada persona es lo impredecible que son sus reacciones ante diversos acontecimientos, y mucho más ante la muerte. <sup>47</sup>

#### 6.2.6 ETAPAS DE DUELO DE ACUERDO A REYES ZUBIRÍA

En base a las investigaciones de **Reyes Zubiría**. Ha desarrollado sus ideas en torno a su particular forma en que considera que el mexicano enfrenta la muerte y elabora el duelo. Se refiere al duelo como una reacción dolorosa pero normal, que surge a partir de la pérdida de una relación personal.

Menciona que en el mexicano el sentimiento más intenso es la tristeza, la cual tratamos de evitar. Reyes Zubiría señala que el proceso de duelo se da en cuatro fases, estas son:

1. Depresión. Como una emoción y no como una enfermedad. Desde el momento en que sabe que murió el ser querido, la persona sentirá que su yo está mutilado. Hay una negación que consiste en no creer lo que se está viviendo. Al principio se vive como entre nubes, pero poco a poco se entra a la realidad. El sufrimiento de duelo se agudiza alrededor de los dos meses posteriores al fallecimiento. Se vive la sensación de pérdida del sentimiento de la vida, todo gira en torno a quien murió, y todo esto es un duelo.

2. Rabia. Los sentimientos negativos salen del propio yo para fijarse en el Tú. Es la rabia hacia Dios, hacia el médico, hacia el que murió. La rabia necesariamente envuelve sentimientos de culpa. Sentimientos de culpa por no haber impedido la muerte. Con las culpas sobreviene la tristeza. Incluso vendrán más sentimientos de culpa por los ratos de leve alegría que se puedan permitir los familiares sobrevivientes.

3 .Perdón. Quien sufre el dolor del duelo debe llegar a perdonar. Perdonar al propio yo, perdonar las faltas, reales. Perdonar las debilidades que existieron en esas relaciones. Perdonar todo sentimiento de culpa. Y perdonar a, quien quiera que éste sea. Mientras no podamos perdonar viviremos inmersos en una profunda tristeza.

4. Aceptación. La aceptación es el final del duelo. No resignación. La aceptación autentica se dará cuando uno perciba que dentro de uno mismo está vivo el que se murió.

En primera instancia, Reyes Zubiría maneja el término depresión como una emoción y no como una enfermedad, sin embargo, no aclara con cuál de las cinco emociones existentes está relacionada (miedo, alegría, tristeza, enojo o afecto); en la segunda de sus etapas menciona que posterior a la culpa aparece la tristeza, luego entonces, no maneja depresión como símil de tristeza. A la rabia la considera como un sentimiento negativo, sin embargo, en la mesa del trabajo

tanatológico que difícil sería mantener dicho argumento. Dentro del trabajo de Reyes Zubiría no hay distinción entre las emociones, y las maneja de forma indistinta, considerando como punto fundamental en su proceso de elaboración de duelo, la etapa del perdón, que en tanto no se supere, mantendrá a la persona inmersa en una profunda tristeza, argumento que no compartimos. <sup>48</sup>

En síntesis la cronología del duelo todas las personas experimentan la pérdida, el duelo y la muerte en algún momento a lo largo de sus vidas. Las personas pueden sufrir la pérdida de relaciones valiosas a consecuencia de los cambios de la vida, tales como el traslado de una ciudad a otra, la separación, el divorcio, o la muerte de los padres, el conyugue o algún amigo. Para lo que se iniciara desde que es una pérdida y su clasificación:

Sucede la pérdida de objetos materiales apreciados, a causa del robo o de los desastres naturales puede evocar sentimientos de duelo y de pérdida. En el entorno clínico, el profesional de enfermería se encuentra con personas que pueden estar experimentando el duelo relacionado con una disminución de la salud, la pérdida de una parte corporal, una enfermedad terminal, o la muerte inminente, propia o de una persona allegada. La enfermera también puede trabajar con personas en los servicios comunitarios que lloran las pérdidas relacionadas con crisis personales. (p.ej., el divorcio, la separación) o con los desastres naturales (los terremotos, las inundaciones, o los huracanes). Por lo tanto, es importante que el profesional comprenda el significado de la pérdida y desarrolle la capacidad de ayudar a las personas a medida que estos se abren paso a través del proceso de duelo.

Y por lo tanto la pérdida es una situación real o potencial en la que algo que es valorado cambia, puede experimentar la pérdida de su imagen corporal, de una persona allegada, de la sensación de bienestar, del trabajo, de las posesiones personales, de las creencias, la enfermedad y la hospitalización con frecuencia ocasionan pérdidas.

Bajo esta percepción la muerte es una pérdida fundamental, tanto para la persona que muere como para los que sobreviven. A pesar de que la muerte es inevitable para todos los seres humanos, es una experiencia solitaria a la que finalmente, cada persona hace frente sola.

La muerte puede ser contemplada no simplemente como una pérdida de la vida, sino como la oportunidad final de la persona que muere de experimentar la vida de maneras que le proporcionarían significado y satisfacción.

Hay dos tipos generales de pérdidas, las reales y las percibidas y pueden ser anticipadas.

Una **pérdida real** puede ser identificada por los demás y puede surgir bien como respuesta a una situación, o bien de forma anticipada por ejemplo, una mujer a la que se le está muriendo su marido puede experimentar la pérdida real con anticipación a su muerte.

Una **pérdida percibida** es experimentada por una persona, pero no puede ser constatada por los demás. Las pérdidas psicológicas suelen ser pérdidas percibidas, en el sentido de que no son directamente constatables. Por ejemplo, una mujer que deja su empleo para cuidar de sus hijos en casa, puede percibir una pérdida e independencia y libertad.

La **pérdida anticipada** se experimenta antes de que realmente se produzca la pérdida. Existen muchas fuentes de pérdidas: a) la pérdida de un aspecto de uno mismo: una parte del cuerpo, una función fisiológica, o un atributo psicológico, b) la pérdida de un objeto externo a uno mismo, c) la separación de un entorno usual, y d) la pérdida de una persona querida o valiosa.

Aspecto de uno mismo. La pérdida de un aspecto de uno mismo cambia la imagen corporal de una persona, una cara marcada con cicatrices por una quemadura, la pérdida de una parte del estómago o la pérdida de la capacidad de sentir

emociones puede no ser tan obvia. Cambios de la autoimagen afectan a los roles sociales, pérdida de la propia identidad. Un divorcio puede significar la pérdida de la seguridad económica, del hogar, de las actividades cotidianas, y del propio rol como cónyuge. Por lo tanto, incluso cuando el divorcio es deseado, el sentimiento de pérdida puede permanecer bastante tiempo después.

En la ancianidad, se producen cambios dramáticos en las capacidades físicas y mentales. Durante la ancianidad es cuando habitualmente las personas experimentan muchas pérdidas: de empleo, de actividades cotidianas, de independencia, de salud, de amigos, y de familiares.

Objetos externos. Las pérdidas de objetos externos incluyen: a) la pérdida de objetos inanimados que tienen importancia para la persona, tales como la pérdida de dinero por un incendio de la casa familiar, y b) la pérdida de objetos animados, como los animales domésticos que proporcionan cariño compañía.

Entorno usual. El niño de seis años de edad, arropado por el hogar y la familia, es probable que sienta la pérdida cuando va por primera vez al colegio y se relaciona con más personas. El estudiante universitario que se va lejos de su hogar por primera vez, también experimenta un sentimiento de pérdida.

En lo que refiere a seres queridos. La pérdida de un ser querido o de una persona estimada, por enfermedad, separación, o muerte puede ser muy perturbadora. La muerte de un ser querido es una pérdida permanente y total.

La pérdida como crisis puede ser contemplada, bien como una crisis situacional o bien como una crisis del desarrollo. La pérdida del empleo, la muerte de un hijo, o la pérdida de la capacidad funcional como resultado de una enfermedad grave o de una lesión, por ejemplo, son crisis situacionales inesperadas. Las pérdidas que tienen lugar durante el proceso de desarrollo normal (como el abandono del hogar de los hijos adultos, la jubilación de una carrera profesional, y la muerte de los

padres ancianos) son crisis del desarrollo que pueden ser anticipadas y, hasta cierto punto, se puede estar preparado para ellas.

Barbará Koziar nos comenta que la manera en que los individuos hacen frente a las pérdidas, está estrechamente relacionada con su etapa de desarrollo, los recursos personales, y los sistemas de apoyo sociales. La amputación de una extremidad, una mastectomía), o que se encuentran en el proceso de la muerte, el profesional de enfermería tiene que tener en cuenta la influencia de estos factores no sólo de la persona, sino también de los familiares de la persona y sus seres queridos. <sup>49</sup>

Para B. Koziar el duelo es la respuesta total a la experiencia emocional relacionada con la pérdida. El duelo se manifiesta en los pensamientos, los sentimientos y las conductas asociadas con el sufrimiento o la tristeza abrumadores. La aflicción es la respuesta subjetiva experimentada por los seres queridos sobrevivientes tras la muerte de una persona con la que han compartido una relación significativa.

El período de luto es el proceso conductual a través del cual, con el tiempo, el duelo se resuelve o se transforma; con frecuencia está influenciado por la cultura, la práctica religiosa, y las costumbres.

El duelo y el período de luto los experimentan no tan sólo las personas que afrontan la muerte de un ser querido, sino también las personas que sufren cualquier otro tipo de pérdida.

Un período de duelo normal puede durar hasta un año o más tiempo. El hacer frente a la pérdida causada por la muerte es complicado e intensamente emocional, y no debe ser simplificado en exceso.

La edad y el impacto de la pérdida, la edad afecta a la comprensión y a la reacción de una persona ante la pérdida, los niños muestran alteraciones y

cambios más rápidos y dramáticos en su comprensión de la muerte. Afrontar las otras pérdidas de la vida, tales como la pérdida de un animal de compañía, la pérdida de un amigo, y la pérdida de la juventud o de un empleo, puede ayudar a las personas a anticipar la pérdida más grave de la muerte, al enseñarles estrategias de afrontamiento que dan buenos resultados.

Edad adulta avanzada para los adultos más mayores, la pérdida por la muerte de un compañero de mucho tiempo es profunda. Aunque los individuos difieren de su capacidad para hacer frente a este tipo de pérdida, las investigaciones sugieren que los problemas de salud de los viudos y viudas se acrecientan durante el primer año tras la muerte del conyugue. Debido a que la mayor parte de los fallecimientos se producen entre las personas de edad avanzada, y dado que el número de ancianos está aumentando en Norteamérica, por lo que Kozier dice que enfermería tendrán que estar especialmente alerta ante los problemas potenciales de los adultos de edad avanzada que pasan por un proceso de duelo. Las pérdidas adicionales que experimentan las personas de edad avanzada incluyen la pérdida de la salud, la pérdida de la movilidad, la pérdida de la independencia, y la pérdida del rol laboral. Los ingresos limitados y la necesidad de cambiar las propias condiciones de vida también pueden llevar a sentimientos de pérdida y duelo.<sup>50</sup>

Ahora bien entenderemos por duelo que es la respuesta normal ante la pérdida, que es esencial para una buena salud mental y física. Le permite al individuo afrontar la pérdida gradualmente y aceptarla como una parte de la realidad.

Entre los síntomas que pueden acompañar al duelo se encuentran la ansiedad, la depresión, la pérdida de peso, las dificultades para deglutir, los vómitos, la fatiga, las cefaleas, el vértigo, el desmayo, la visión borrosa, las erupciones cutáneas, la sudoración excesiva, las alteraciones menstruales, las palpitaciones, el dolor torácico, la disnea y la infección. Las personas afligidas también pueden

experimentar alteraciones de la libido, de la concentración, y de los patrones de alimentación, del sueño, de la actividad, y de la comunicación.

Aunque la aflicción puede ser un peligro para la salud la resolución positiva del proceso de duelo puede enriquecer al individuo con nuevas perspectivas, valores, retos, sinceridad y discernimiento. Esto es aplicable tanto a la persona que se está muriendo como a los seres queridos que la sobreviven, ya que la persona que se está muriendo también está viva. Si la calidad de vida lo permite, la persona agonizante debe tener la oportunidad de crecer emocional y espiritualmente durante el tiempo que le queda de vida.<sup>51</sup>

## **VII. EL DUELO**

### **7.1 TIPOS DE DUELO**

El cuidado no termina con el fallecimiento de la persona. Las disposiciones detalladas en cuanto al apoyo durante el duelo varían de un hospicio a otro, pero éste siempre es ofrecido como parte integral del cuidado. Porque resulta interesante hablar de los distintos tipos de duelo, ocupando para ello las categorías que algunos autores han mencionado en sus estudios. Esto nos va a permitir una visión más amplia de los distintos tipos de duelo y de sus clasificaciones de acuerdo a sus características. Abordaremos los duelos sanos, complicados, patológicos, etcétera.

**DUELO SANO.** Presenta manifestaciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales que en la vida cotidiana se consideran anormales, no así en el contexto de una pérdida. Para Lindemann y Worden los síntomas más frecuentes en el proceso del duelo sano son:

-Síntomas emocionales: Se manifiestan emociones como tristeza, enojo y miedo, y éstas se dirigen hacia el ser querido, hacia otros o hacia sí mismo; no es raro que aparezcan pseudo emociones como la culpa y la soledad.

-Síntomas físicos. Son malestares corporales que las personas experimentan a partir que están viviendo un duelo, tales como la opresión en el pecho, dolores de cabeza, dificultad para respirar, compresión en la garganta, falta de energía y fatiga.

-Síntomas cognitivos. Ideas recurrentes acerca de la persona muerta, de las condiciones de su muerte o de otros factores relacionados con ésta, además de incapacidad para concentrarse y dirigir la atención.

-Síntomas conductuales. Trastornos del sueño y de la alimentación que pueden reflejarse en conductas como comportamiento distraído, errático, o intensa actividad sin propósito ni organización, aislamiento, apegarse o evitar todo lo relacionado al muerto que puede evocar su recuerdo, conducta de búsqueda caracterizada por la inquietud e incluso por el hecho de llamar verbalmente al ser amado y llorar.

**DUELO ANTICIPADO:** (pre-muerte) Es un tiempo caracterizado por el shock inicial ante el diagnóstico y la negación de la muerte próxima, mantenida en mayor o menor grado hasta el final. Este periodo es la oportunidad para prepararse psicológicamente para pérdida y deja profundas huellas en la memoria.

**DUELO AGUDO:** (muerte y peri-muerte) son momentos intensísimos y excepcionales, de verdadera catástrofe psicológica, caracterizados por el bloqueo emocional, la parálisis psicológica y una sensación de aturdimiento e incredulidad ante lo que se está viviendo.

**DUELO TEMPRANO:** Desde semanas hasta unos tres meses después de la

muerte. Es un tiempo de negación, de búsqueda del fallecido, de estallidos de rabia y de intensas oleadas de dolor y llanto, de profundo sufrimiento. La persona no se da cuenta todavía de la realidad de la muerte.

**DUELO INTERMEDIO:** Desde meses hasta años después de la muerte. Es un tiempo a caballo entre el duelo temprano y tardío, en el que no se tiene la protección de la negación de principio, ni el alivio del paso de los años. Es un periodo de tormentas emocionales y vivencias contradictorias, de búsqueda, presencias, culpas y autor reproches..... Donde continúan las punzadas de dolor intenso que llegan en oleadas con el reinicio de lo cotidiano se comienza a percibir

Progresivamente la realidad de pérdida apareciendo múltiples duelos cíclicos en el primer año (aniversarios, fiestas, vacaciones...) y la pérdida de los roles desarrollados por el difunto (confidente, amante, compañero....) Es también un tiempo de soledad y aislamiento, de pensamientos obsesivos,...a veces es la primera experiencia de vivir solo, y es frecuente no volver a tener contacto físico íntimo ni manifestaciones afectivas con otra persona.

Se va descubriendo la necesidad de descartar patrones de conducta previos que no sirven (cambios de estatus social) y se establecen unos nuevos que tengan en cuenta la situación actual de pérdida. Este proceso es tan penoso como decisivo, ya que significa renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida. Finalmente los periodos de normalidad son cada vez mayores. Se reanuda la actividad social y se disfruta cada vez más situaciones que eran gratas, sin experimentar sentimientos de culpa. El recuerdo es cada vez menos doloroso y se asume el seguir viviendo. Varios autores sitúan en el sexto mes el comienzo de la recuperación pero este periodo puede durar entre uno y cuatro años.

**DUELO TARDIO:** transcurridos entre 1 y 4 años, el doliente puede haber establecido un nuevo modo de vida, basado en nuevos patrones de pensamiento,

sentimiento y conducta que puede ser tan grato como antes pero los sentimientos como la soledad, pueden permanecer para siempre, aunque ya no son tan invalidante como al principio. Se empieza a vivir pensando en el futuro no en el pasado.

**DUELO LATENTE:** (Con el tiempo...) A pesar de todo, nada vuelve a ser como antes, no se recobra la mente del duelo, aunque sí parece llegarse , con el tiempo, a un duelo latente, más suave y menos doloroso, que se puede reactivar en cualquier momento ante estímulos que recuerden....

**DUELO NORMAL O NO COMPLICADO:** El duelo normal o duelo no complicado es una respuesta normal, con un carácter predecible de sus síntomas y de su desarrollo.

Al principio suele manifestarse como un estado de “shock” caracterizado por aturdimiento, sentimiento de perplejidad y aparente dificultad para captar el alcance de lo ocurrido.

Suele ser breve, y es seguido de expresiones de dolor y malestar como llantos y suspiros.

También suelen presentarse sensación de debilidad, pérdida de apetito y peso, dificultad para concentrarse, para respirar y para hablar e insomnio, son frecuentes los sueños sobre la persona fallecida, que producen una sensación desagradable al despertar y comprobar que se trataba solo de un sueño.

El duelo y ser humano es la reacción adaptativa a la pérdida de una persona amada es un largo periodo de pena y dolor. Tobin dice que la mayoría de las personas fracasan de algún modo en el proceso de despedirse o concluir una relación: a esto él lo llama “agarrarse”. La reacción de agarrarse tiene por objeto inhibir las emociones suscitadas por la pérdida y mantener presente a la persona en la fantasía<sup>52</sup>.

## **VIII.- INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO TANATOLÓGICO A LA PERSONA EN FASE TERMINAL Y FAMILIA.**

Un primer paso para encontrar respuestas a este apoyo a la persona en fase terminal y familia sería de mucha importancia revisar nuestra propia idea de la muerte. Por ejemplo, cuando un enfermo grave dice tiene miedo a morir, es probable que se le diga que no piense en ello. Con mayor razón si el enfermo es un niño. Se dice eso porque se piensa que es cruel hablar de la muerte con quien se ve amenazado por ella.

La idea de la muerte que todos tenemos, y que es bastante compleja, confluyen elementos adquiridos individualmente con otros que prendemos socialmente. Pero junto a las influencias individuales hay otras culturas que están presentes desde que nacemos y se transmiten de múltiples formas: a través de la familia, la escuela, las costumbres sociales, la forma de referirse a la muerte y especialmente, en la forma de no referirse a ella, en la forma de ocultarla.

Es cierto, casi nadie quiere saber qué va a morir porque nadie quiere eso le esté pasando. Pero habría que revisar esta idea porque si un enfermo esta por morir, puede ser que prefiera hablar con alguien sobre eso, en lugar de simplemente sospecharlos y sufrir en silencio lo que ello implica. Pero no en general actuamos negando a la muerte como si ante ella no tuviéramos otra cosa mejor que hacer. Parecería que lo único que nos importa es evitarla porque provoca dolor y angustia y, como esto no es posible (la medicina solo puede postergarla), nos sentimos sin nada que ofrecer a quien se ve afectado por una situación de muerte. Con una sensación de derrota como si no viéramos, no entendiéramos o simplemente no nos incumbiera.

La muerte siempre ha sido dolorosa y angustiante, pero en otras épocas la gente lo reconocía y se preparaba para enfrentarlas. Las personas que se acompañaban, se valían de palabras para expresar lo que sentían, se ayudaban

con rituales y apoyo social para encontrar cierto consuelo ante la separación de los seres queridos y para aminorar el temor ante la propia desaparición.

Entonces era normal que alguien que iba a morir lo supiera para que pudiera prepararse y dirigir el último acto social de su vida, el acto de morir. Su muerte la pertenecía. Lo inconcebible era morir sin haberlo advertido. Por eso, si alguien veía que un enfermo ignoraba que se acercaba su fin, sentía la obligación de informarle de su situación.

Las cosas han cambiado mucho, no tenemos la seguridad de que seremos informados de nuestra muerte y mucho menos de que estaremos acompañados mientras llega. Nuestro lenguaje para hablar de la muerte se ha empobrecido. No nos atrevemos a usar las palabras para nombrarla: la gente se va, la perdemos, nos deja pero no se muere. Nos sentimos torpes para acompañar o decir algo a un enfermo que va a morir o a quien sufre por la muerte de alguien querido, y tanta torpeza nos hace más pobres en recursos y nos hace evitar estas experiencias volviéndonos más ineptos.

Por tales motivos resulta necesario revisar nuestras actitudes. Pueden parecernos muy naturales, pero no lo son y definitivamente no son las únicas posibles. Hoy es posible curar muchas enfermedades que tan solo unas décadas atrás conducían irremediablemente a la muerte. La tecnología médica puede sustituir la función de órganos vitales y prolongar la vida mucho más allá de lo antes imaginable. Tales logros no podemos más que agradecerlos, pero parecería que con toda la confianza depositada en la ciencia y la tecnología nos desentendimos de lo que nos tocaba hacer, tomando en cuenta que la muerte seguirá siendo nuestro final.

La muerte queda en manos de los médicos y esto supone una tarea muy complicada, sin embargo los médicos también forman parte de esta sociedad que

evita la muerte y tampoco sabe cómo actuar ante ella, aun cuando la enfrentan con más frecuencia y obligaciones que otras personas.

Con todo lo angustiante que nos parezca la muerte, no puede ser lo peor que le suceda a una persona porque finalmente forma parte de nuestra vida.

En cuanto a este apoyo tanatológico del que se habla se puede hacer mucho ante la muerte si se retoma la responsabilidad ante ella, si se toma como objeto de reflexión, si se enseña a los niños que forman parte de la vida, si se cambia la idea de que la medicina debe vencerla a toda costa, si se nos preguntamos que nos toca hacer para que las personas mueran mejor.

Si la muerte es lo único seguro de la existencia, cada uno tiene que ver cómo se las arregla para vivir a pesar de que va a morir. Tiene que darse una respuesta para encontrar sentido a una vida en la que la muerte forma parte, a cada uno le corresponde definir, por si le toca ser persona terminal, su voluntad sobre lo que va a querer en cuanto a información, tratamientos y otras disposiciones que importan al final de la vida. Y como hay garantía de poder expresar esa voluntad cuando se necesite, debe dejarla por anticipado para que otros tomen decisiones en su lugar.

Y por lo que toca a nuestro compromiso con los demás, tener una respuesta sobre nuestra muerte debe ser una condición para poder permanecer con los familiares y amigos cuando vayan a morir.

Si además por la profesión que elegimos, influimos en la forma que otros mueren, nuestra responsabilidad es mayor. La muerte del otro puede funcionar como un espejo que recuerde la propia, así que debemos estar seguros de que no necesitamos ocultar de nuestros pacientes para protegernos a nosotros mismos.

El concepto de vida y muerte digna puede variar mucho entre los individuos, de ahí la importancia que cada uno defina lo que quiere y no quiere. Pero también el

no olvidar que los seres humanos son seres sociales y para sostener esa dignidad la persona que está por morir necesita de otros, lo mismo que los necesito para nacer, para crecer y para vivir.<sup>53</sup>

Los cuidados y el apoyo de enfermería a la persona moribunda y a los familiares incluyen una valoración correcta de los signos fisiológicos de la muerte próxima. Los cuatro cambios característicos principales son la pérdida del tono muscular, la lentitud de la circulación, los cambios en las constantes vitales, y el deterioro sensorial.

A medida que la muerte se aproxima, los pacientes se debilitan progresivamente y a menudo, aunque no siempre, permanecen en cama. Tienden a dormir más y más durante el día. Al final, puede estar en un estado semiinconsciente e incapacitado para hablar. Sin embargo, es probable que la mayoría de las personas continúen escuchando y comprendiendo cuando menos algo de lo que está sucediendo, a pesar de su incapacidad para darse a entender. Más adelante, el paciente puede estar tan debilitado que no pueda expulsar las secreciones bronquiales, que después hacen ruido conforme respira. No obstante se pone en duda que el paciente esté consciente de ello, esto les causa mucha aflicción a los parientes y amigos.

No existe razón alguna para asumir que el dolor de paciente disminuye a medida que la muerte se aproxima. De hecho con la creciente inmovilidad y rigidez es posible que la incomodidad aumente.<sup>54</sup>

Algunos personas están despiertos, mientras que otros están somnolientos, estuporosos, o comatosos. Se cree que el oído es el último sentido que se pierde. Los signos clínicos de la muerte tradicionales eran el cese del pulso apical, la función respiratoria y la presión sanguínea. No obstante, desde la aparición de los métodos artificiales para mantener la función respiratoria y la circulación sanguínea la identificación de la muerte es más difícil. En los casos de

mantenimiento artificial, la ausencia de las corrientes eléctricas del cerebro durante al menos 24 horas, es un indicador de la muerte.

Solamente un médico puede confirmar la muerte, y tan solo tras este dictamen se puede desconectar los sistemas de mantenimiento vital.

Los profesionales de enfermería pueden ayudar a las personas a encontrar significado y entereza, y a establecer sus propias prioridades físicas, psicológicas y sociales. Con frecuencia, las personas que se están muriendo se esfuerzan más por conseguir la realización de sus más íntimos deseos que por el propio instinto de conservación, y necesitan encontrar un significado para seguir viviendo con el sufrimiento. Por lo tanto, una parte del reto de la enfermera es ayudar a mantener, de día en día, el deseo y la esperanza de la persona.

A menudo los profesionales de enfermería tienen dificultades para hablar de la muerte con las personas que se están muriendo. A pesar de que es natural que las personas se sientan intranquilas al hablar de la muerte, hay una serie de pasos que se pueden tomar para hacer estas conversaciones más fáciles tanto para la enfermera como para la persona. Como identificar los sentimientos, centrarse en las necesidades de la persona, comprender a la persona responder con franqueza etc.

Los cuidados en la residencia y en el hogar, los cuidados paliativos se centran en el apoyo y la asistencia de la persona moribunda y su familia, con el objetivo de facilitar una muerte digna y apacible. Los cuidados en las residencias se basan en los conceptos holísticos que hacen énfasis en las atenciones para mejorar la calidad de vida, más que curar.

Sin embargo los cuidados paliativos son cuidados especiales que suponen un reto y requieren buena aptitud para las relaciones interpersonales y la compasión.

El apoyo espiritual es de gran importancia al enfrentarse con la muerte. Aunque no todos los clientes se identifican con una fe o con una creencia religiosa específica, la mayoría tienen la necesidad de dar un significado a sus vidas, especialmente cuando sufren una enfermedad terminal.

El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de garantizar que las necesidades espirituales del cliente sean atendidas, bien por intervención directa o bien facilitando el acceso a las personas que pueden proporcionar la atención espiritual. Los profesionales tienen que ser conscientes de su propio bienestar con respecto a los temas espirituales y tener claras sus propias capacidades para interactuar de una forma compasiva con la persona. Las enfermeras tienen la responsabilidad de no imponer a la persona sus propias creencias religiosas y espirituales, sino que tienen que responder a la persona con arreglo a sus propias necesidades y circunstancias.<sup>55</sup>

Es importante destacar en este sentido, y ya que estamos abordando el aspecto de la muerte, el pensar en este hecho, puede ser amenazante para muchas personas, pero es algo imposible de librar. A todos nos tiene que suceder en algún momento de nuestra existencia. Se trata de la aceptación de nuestra finitud y término de la vida terrenal, por ello es necesario procesar lo inevitable y a través de ello, se puede revalorar más la existencia. Si se tuviera una vida que durara cientos de años o fuera inmortal, es muy posible que habría muchas cosas que iríamos posponiendo, ante el pensamiento de que hay mucho tiempo para realizar lo que deseamos.

Víctor Frankl (1988), en algún momento mencionó que la muerte le da pleno sentido a la vida y sugiere vivir con la actitud más digna o con el mejor esfuerzo. La presencia de la muerte se nos presenta como un límite infranqueable de nuestro futuro y como una limitación de todas nuestras posibilidades. Por estas razones nos vemos obligados a aprovechar el tiempo de vida y a no desperdiciarla.

La muerte, dice Frankl, nos debería hacer más conscientes de no desperdiciar las ocasiones que sólo se nos brindan una vez. Nuestra responsabilidad frente a la vida, por esto, uno de los aspectos más importantes en la labor terapéutica en la logoterapia es “hacer consciente al paciente de su responsabilidad ante la vida en virtud de la inevitabilidad de su muerte” (Frankl, 1988). El hombre es un ser que busca sentido a través de la realización de valores, indispensables para poder hablar de espíritu, pone acento en las potencialidades del espíritu, que nada ni nadie puede destruir. En estos casos la importancia de la Logoterapia se convierte en un instrumento valioso para lograr un mayor crecimiento interior y de ésta manera las pérdidas son canalizadas en ésta dirección. Algunas veces es posible modificar las circunstancias y en otras ocasiones resulta imposible, pero sí se puede modificar la actitud propia y la percepción ante ellas. Se trata de elegir la actitud que aquí y ahora se va a tomar para hacer frente a este destino, teniendo en cuenta las pérdidas, la persona se obliga a preguntarse el cómo de este cambio, y no hay más que una respuesta, la vida tiene que tener siempre un sentido por el cual vivir, cuando un sentido desaparece, es urgente buscar otro, realizar valores e ir más allá del propio sufrimiento con la auto trascendencia.

Por lo que agrandes rasgos podemos observar que el miedo a la muerte es algo universal, puesto que el ser humano le teme a lo desconocido. En este sentido, el conocido miedo a la muerte puede revelarse en un afán desmesurado por obtener un logro que contrarreste esta angustia, emprendiendo una carrera ansiosa contra el tiempo, sin que la persona que está próxima a morir, pueda disfrutar de los propios logros, pues vive pendiente de obtener el máximo posible. Sobre esto, Kübler y Kessler (2002) señalan que todos los miedos del ser humano, tienen su origen en el miedo a la muerte y si aprendemos a mitigar ese miedo, podremos enfrentarnos a todos los demás miedos con mayor tranquilidad.

La aceptación de la muerte suele ocurrir después de una experiencia completa de duelo. Los duelos sin elaborar pueden ser uno de los principales motivos de infelicidad y problemas posteriores, por esta razón una de las formas de ayudar a

los pacientes a tener un acercamiento a su proceso, es darles a conocer estas etapas. Cuando la muerte es esperada y se es consciente del proceso de duelo, las personas tienen suficiente tiempo para hacer ciertos preparativos, recordar, despedirse, arreglar los asuntos económicos, etc., es decir, pueden dejar todo en orden. Asumir la propia muerte constituye una de las tareas más difíciles, porque como ya lo mencionamos, las personas le tienen mucho miedo, por esta razón la mejor forma de ayudarse a tener menos miedo, es vivir cada momento de la vida en forma plena y positiva, sin embargo esto puede convertirse en algo imposible si el sufrimiento físico (en este caso el dolor), martiriza en todo momento al paciente. En las salas de los hospitales y en las unidades de terapia intensiva, la mayoría de los enfermos en su fase final solicitan no extender su agonía; sin embargo no todas las personas en ese momento de su existencia, desean entregarse pasivamente al sufrimiento sin esperanza, a la pérdida de su autonomía o a la inconsciencia, para algunos no sirve de gran cosa cualquier acto que el personal de la salud haga para confortarlo psicológica y espiritualmente, sin embargo es preciso ayudarlos y apoyarlos en lo que ellos nos permitan (Carmona y Bracho, 2008)

Lo cierto es que culturalmente las formas de morir se han ido modificando en una sociedad cada vez más medicalizada, la cual tiende a sobrevalorar la eficacia de la tecnología y la ciencia aplicada a la salud, es decir una práctica paternalista de la medicina que no se resigna a su omnipotencia; esta es la razón por la cual tristemente, es muy común observar que en las instituciones de salud, es prácticamente nula la atención a las personas próximas a morir, como si al no haber nada que los pueda salvar de la muerte, implicara que ya están muertos en vida y por lo tanto, no necesitan atención. Afortunadamente con el surgimiento de la Tanatología y la aceptación para la participación activa de personas que se han formado en esta disciplina, está cambiando el rumbo de los cuidados a pacientes terminales o en proceso de morir, el de sus familiares o dolientes y el del propio personal de la salud.

Frente a lo antes expuesto, encontramos que los enfermos quedan prisioneros de la hospitalización, la medicina y la tecnología, su estado de vulnerabilidad y su anhelo de curación muchas veces les impide discernir, hasta dónde está dispuesto a seguir con el tratamiento y por otro lado resistirse a la “cruzada contra la muerte”. Así, el enfermo inicia con preguntas que no sabe donde terminan, con un deseo de curarse, pero cuando los tratamientos fracasan, progresivamente el paciente va confinando su cuerpo y su vida a los médicos, él ya no sabe que quiere a esas alturas, tal vez.... solamente, no sufrir.

Dependiente y limitado en su autonomía, el paciente se ve alejado cada vez mas de la posibilidad de librar la batalla, incluso la noticia de la proximidad de su muerte le es privada; en ocasiones, el integrarse a lo terapéutico puede ayudarle a sentirse cómodo, acompañado pero también puede experimentar la agonía, por lo cual ciertamente, no es ese el único camino posible, tanto desde la perspectiva médica como desde la del paciente y familiares.

Cuando el paciente se encuentra en una institución de salud, es nuestra responsabilidad acercarlo al conocimiento de su enfermedad, solicitándole al médico que le proporcione la información necesaria en forma ética y veraz, ya que es uno de sus derechos como paciente. Es aquí en donde también la profesional de enfermería, debe gestionar la posible intervención multidisciplinaria para dar el apoyo suficiente al paciente, desde todas sus dimensiones (fisiopatológica, psicológica y espiritual), para transitar la enfermedad con mayor fortaleza, con el propósito de que el personal de forma multidisciplinaria, analice y discuta el caso, evaluando la intervención terapéutica más conveniente, entre ellos, realizar un mejor control del dolor, siempre bajo un marco de respeto por las elecciones y preferencias de los pacientes.

Para ello, se desarrolla un proceso durante el cual se intenta acompañar al paciente en sus decisiones, informarlo sobre los procedimientos que es conveniente realizar y ayudar a que el interesado y su familia tengan conciencia de la situación y su posible pronóstico. No se imponen verdades ante esta circunstancia, pero tampoco se le deben ocultar al paciente, de alguna manera se le brindan cuidados paliativos los cuales se definirán más adelante.

De esta manera se manifiestan distintas formas de acercarse a la muerte: en el plano anímico, se brinda asistencia psicológica tanto a la persona como a sus allegados; en el cuidado físico, algunos enfermos reciben dosis de analgesia para aliviar sus dolores y se les administran sedantes, cuando los padecimientos son más difíciles de soportar. A estas personas, la muerte les llega durante el sueño o la inconsciencia.

La terapia de acercamiento a una muerte tranquila, sin la intervención de medidas terapéuticas innecesarias que prolongan la agonía más que la vida misma, incluye el proporcionarle al paciente un clima de confianza, comunicación e intimidad, donde la familia ocupe un lugar relevante cerca del paciente, procurándose apoyo mutuo, y donde la meta de la atención sea la preservación de la calidad de vida y el confort en los enfermos y familiares, mediante el control adecuado de los síntomas, la satisfacción de sus necesidades y el apoyo emocional necesario, lo que constituye la esencia de los cuidados paliativos .

En cuanto al apoyo psicológico de la persona y familia nos encontramos que cualquier persona con una enfermedad progresiva e incurable enfrenta muchas pérdidas antes de que la muerte llegue; su familia participa de esas pérdidas, pero también tiene que anticipar su propia agonía. Las pérdidas tanto físicas como psicológicas, van acompañadas de cambios en el funcionamiento social y en los papeles desempeñados por cada uno de los miembros de la familia que pueden ser difíciles de aceptar tanto para la persona como para la familia.

Durante una enfermedad terminal, la angustia psicológica puede desarrollarse como una reacción de adaptación. Aparece severa ansiedad y depresión. La depresión, en particular, puede requerir de medicamentos psicotrópicos. La psicoterapia puede ser de utilidad, pero debe ser breve dadas las limitadas expectativas de vida de la persona. Una terapia con enfoque orientado hacia la intervención en crisis, que ofrezca apoyo y dirección, es generalmente lo más apropiado. A pesar de ello, no debe olvidarse que una discusión abierta, aunque menos formal beneficia mucho a la persona.<sup>56</sup>

Una promesa que podemos mantener y una esperanza que podemos ofrecer es la seguridad de que la persona no morirá sola. Entre las muchas maneras de morir sin compañía, la más molesta y solitaria debe ser, con toda seguridad, aquella en la que se oculta que se tiene la certeza de la muerte. Una vez más se presenta aquí la actitud de “yo no podría arrebatarse la esperanza”, actitud que impide con tanta frecuencia que un tipo de esperanza, en particular reconfortante, llegue a materializarse.

A menos que tengamos conciencia de que estamos a punto de morir y de que, hasta donde sea posible, conozcamos las condiciones de nuestra muerte, no podemos compartir con quienes nos aman esos momentos finales. Si no se reúnen dichas condiciones, aun a pesar de que nuestros seres queridos se encuentren presentes a la hora de la muerte, permanecemos solos y aislados. Porque mucho más que la simple superación del temor a encontrarnos solos físicamente, lo que nos brinda esperanza es la promesa de contar con una compañía espiritual (las personas que amamos) cuando se acerque el final.<sup>57</sup>

## 8.1 EL PAPEL DE LA ENFERMERA

El papel que desempeña el profesional de enfermería en el paso de los años se ha caracterizado por su gran humildad y humanidad, por minimizar el dolor físico y espiritual de los seres humanos; ser un gran participante en el equipo de salud dedicada al bienestar total de la persona, haciendo una labor cuyo arte es su

principal característica, siendo la persona que acompaña y ayuda al doliente en sus procesos de dolor y sufrimiento.

Como seres humanos dedicados a la salud el profesional de enfermería tiene el deber y la obligación de estar en equilibrio bio-psico-social y espiritual para mantener un estado de salud pleno y poder dar una atención completa a las personas enfermas.

Hay que aceptarnos, conocernos y amarnos para poder aceptar, conocer y amar a los seres humanos sin importar: raza, color, religión, estado civil, condición social, predilección sexual, etc.

Como personas iniciamos nuestro envejecimiento desde el momento en que fuimos concebidos por nuestros padres, a si mismo de manera paralela estamos en proceso de muerte, cada día de nuestra existencia le resta un día a nuestro vivir. Debemos de incluir en nuestra conciencia la palabra muerte; como un proceso y no un instante o momento; es un deber ayudar a las personas a vivir más no a sobrevivir, pasando del curar al aliviar.

Durante el trayecto de la vida se van teniendo perdidas; unas que son significativas y por lo contrario otras que no son tan importantes, lo importante es detectar cuándo esta es un problemas y se debe de pedir ayuda; es necesario estar bien para ayudar, analizar y reconocer con humildad los pendientes y duelos no resueltos. Para poder ayudar al ser que está en nuestras manos y que confía plenamente en los profesionales de la salud.

La enfermera debe ser cuidadosa en las necesidades físicas espirituales, psicológicas y sociales de los enfermos, deben ser el núcleo central de la profesión ante el dolor, enfermedad, agonía y muerte. Utilizando los sentidos para detectar las necesidades de la persona a través de la vista tacto, oídos... El no abandonar a un enfermo es un compromiso ético que consiste en acompañarlo en

el trayecto de su enfermedad sin importar cuál sea su desenlace; sería muy gratificante que al final de la vida, justo antes de emprender la partida, el moribundo pueda tener una enfermera amiga con gran calidad humana; que le permita morir con su compañía, aliviándole sus síntomas y disipando sus temores. Vivimos en una sociedad negadora de la muerte y evitamos por sobre todas las cosas reflexionar acerca de nuestra propia muerte; esto representa un gran peso emocional porque estamos conscientes de que su ocurrencia está totalmente garantizada, de manera paradójica, natural, universal, cotidiana, indeterminable, única, individual y radical. Nadie más la puede vivir por nosotros.

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

Poseemos un compromiso ético con cada uno de las personas, 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, enfermería en su compañía. 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.

Yura y Walsh en 1978 conciben la acción de enfermería en el moribundo 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 parezca como algo pasivo; por el contrario ser compasivo y misericordioso exige de sí mismo conocimiento, integridad y sentido de trascendencia”.

La profesión de enfermería no sólo debe basarse a su labor teórica, sino que debe integrar su profunda experiencia a través del contacto con las personas, lo cual le permitirá madurar, crear y ser cada día más sensitiva para estar atenta ante cualquier situación que se presente en cada momento.

Como profesional de enfermería ante la agonía y la muerte es necesario establecer una relación terapéutica y profesional con un gran sentido de humanidad que exige el hecho en primera instancia de ser personas y en segundo lugar el ser enfermeras.

Durante el actuar como profesionales nos vamos dando cuenta que es importante trazarnos objetivos y planear actividades; por lo que es vital conocer la percepción que la persona tiene de su situación para poder establecer una relación terapéutica enfermera-paciente, de la cual dependerá en gran parte del concepto que se tenga de uno mismo, del papel de enfermera; desde las propias concepciones, actitudes ante la vida, salud, muerte y de la capacidad de empatía que tengamos.

Lo primero que hay que hacer para lograr establecer es aceptarnos y conocernos a nosotros mismos. En 1964 Windeenbach dijo: “Mientras no se logre el conocimiento de sí mismas es muy probable que la enfermera no pueda adquirir el conocimiento, habilidad y actitud que le hará posible convertirse en una influencia terapéutica para la persona”.

Esta influencia terapéutica no sólo llega a la persona, sino que se hace extensiva a la familia, amigos y equipo de salud; ésta debe tener un beneficio en común.<sup>58</sup>

1.-Las bases de relación enfermera-persona son:

Observación de su comportamiento para reconocer el verdadero significado de las actuaciones y necesidades de la persona.

2.-La comunicación con la persona y su familia para llegar a conocerla y comprenderla.

Un cuidado deficiente deteriora y empeora la calidad de vida en los días que le quedan a la persona haciéndolos intolerables en lugar de ser intensos, plenos, llenos de alegría y amor. Los profesionales de la salud deben ser muy sensibles a la comunicación verbal y no verbal tanto de la persona como de su familia, con el fin de brindar una máxima ayuda ante la enorme necesidad del momento. Los profesionales de la salud debe comprender, conocer y justificar las relaciones emocionales del ser que está muriendo.

El principal y primordial objetivo es respetar la autonomía de la persona en su capacidad de decisión y actuación, en la relación enfermera persona.

Benner en 1987 clasificó en 7 campos o áreas de actividad los cuidados de enfermería ante una persona moribunda:

- A. Función de ayuda a la persona.
- B. Función docente y tutelar
- C. Función diagnóstica y de vigilancia de la persona.
- D. Acción eficaz de situaciones que cambian rápidamente.
- E. Administración y supervisión de intervenciones y tratamientos terapéuticos.
- F. Supervisión y garantía en la actividad de asistencia.
- G. Coordinación en la organización del equipo interdisciplinario.

**A.-La función de ayuda a la persona se puede desglosar en:**

1.- Relación terapéutica. Se debe de crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermera persona; lo cual permite conocer a la persona como un ser

integral. Tanto la enfermera como la persona deben tener una idea aceptable de la enfermedad, dolor, miedo, angustia y cualquier emoción intensa o compulsiva; brindando a la persona apoyo: asistencial, social, emocional y espiritual.

2.- Lograr la dignidad del ser humano frente al dolor y ante la inminencia de la muerte, proporcionando medidas de alivio enalteciendo las condiciones de vida por corta que ésta pueda ser.

El personal de enfermería debe de encontrar el medio para ayudar, apoyar y consolar tanto a la persona como a sus seres queridos.

3.- Permanecer al lado de la persona logrando mantener un contacto estrecho, lo que permite expresar sus emociones, aunque no sea necesario pronunciar ni una sola palabra.

4.- Alertar a la persona en la participación de su propia supervisión del proceso de atención a su enfermedad, cuyo fin es aumentar el dominio de la persona sobre su vida.

5.- Interpretar el dolor y elegir las medidas adecuadas para cuidar y consolar el sufrimiento.

6.- Proporcionar alivio y establecer comunicación a través del sentido del tacto; por medio de un contacto cálido y humano; que transmita sentimientos de apoyo, aportando estímulos de bienestar físico y sobretodo de amor.

7.- Facilitar el apoyo moral e informativo a la familia de la persona. Debemos tener en cuenta las necesidades de la persona, pero también de una manera especial, las de la familia.

8.-Orientar a la persona en el curso de su enfermedad acerca de las fluctuaciones emocionales y orgánicas que irá presentando.

9.-Trazar objetivos con fines reales y terapéuticos; los cuales deben ser realistas y accesibles; orientándolos a la mejoría del comportamiento social, condición física, psicológica y espiritual.

10.-Crear y mantener un equipo terapéutico en donde se pueda expresar los sentimientos, experiencias y dudas con el fin de sobrellevar la carga emocional que implica el trabajo de ser enfermera.

**B.- función docente:** esta función no sólo debe ser con la persona sino también con el familiar y el equipo de salud.

- 1.- evaluar la disposición de la persona para recibir explicaciones
- 2.- ayudar a la persona para que integre su enfermedad en su diario vivir.
- 3.- descubrir y entender la interpretación que hace la persona de su propia enfermedad.
- 4.- explicar cada uno de los tratamientos y procedimientos que se va realizar.

**C.- Función diagnóstico y de supervisión:** la enfermera es la que pasa mayor tiempo con la persona, por lo que es capaz de realizar un diagnóstico y ejecutar un plan de cuidados ajustado a las necesidades de cada persona, por lo que debemos de tener en cuenta:

1. Apreciación y documentación de cambios significativos en el estado de la persona.
- 2.- Prevenir las crisis y/o empeoramiento antes de que sea una situación grave.
- 3.- Evitar las complicaciones.

4.- Anticipación de las necesidades asistenciales de la persona.

5.- Valoración de las posibilidades de satisfacción del paciente y su capacidad de respuesta a las distintas vías de tratamiento.

#### **D. Acción eficaz de situaciones que cambian radicalmente:**

La enfermera debe evaluar, proceder y movilizar a la persona idóneamente para evitar complicaciones; así mismo actuar rápidamente en caso de urgencia.

#### **E. Administración y supervisión de las intervenciones y tratamientos Terapéuticos.**

Estas actividades pueden ayudar a:

1. Iniciar o mantener una terapia intravenosa con mínimo riesgo y complicaciones no deseadas.
2. Administrar de manera segura y eficaz medicamentos. Estando atenta a efectos adversos, reacciones secundarias, toxicidad, etc.
3. Movilizar a la persona para evitar lesiones por presión, complicaciones respiratorias y gastrointestinales.

#### **F. Supervisión y garantía en cuanto a la calidad de la asistencia**

1. Facilitar un dispositivo de soporte que garantice una asistencia sin riesgos.
2. Discernir qué se puede omitir o añadir a las prescripciones médicas sin riesgos para la persona.
3. Coordinación con el equipo interdisciplinario de salud para proporcionar una atención de calidad a la persona en su entorno bio-psico-social y espiritual.

El personal de enfermería debe coordinar, ordenar y satisfacer las necesidades y exigencias de las personas, por lo que debemos:

1. Establecer y mantener un espíritu de equipo, ser solidarios con nuestro gremio y los demás integrantes del equipo de salud.

2. Ser solícitas con las personas.

3. Tener una actitud flexible con la persona, familia y equipo de salud.

Debemos comprender las necesidades de las personas, conocer sus capacidades y sus limitaciones.

El cuidado de las necesidades físicas, espirituales, psicológicas y sociales de las personas que deben ser el núcleo central de nuestra profesión ante el dolor, enfermedad, agonía y muerte. Toda persona necesita ser considerado como ser humano, requiere de protección contra la rutina y la atención impersonal.

La persona demanda tiempo que vaya más allá de la atención física, necesita ser escuchado, acompañado y que sea asistido en él:

1. Control del dolor.

2. Control sintomático por sistemas.

3. Soporte emocional.

4. Soporte familiar.

5. Consejería espiritual.

6. Asesoría profesional.

Debemos de agudizar nuestros sentidos para detectar todas y cada una de las necesidades de las personas:

- Utilizar sus ojos para ver si se encuentra cómodo o si presenta signos de dolor.

- Observar su boca para ver el estado en que se encuentran las mucosas, dentadura, lengua.
- Observar la piel, ver si hay zonas de presión y el estado de hidratación.
- Observar el rostro; ver la expresión facial, la cual nos puede mostrar sentimientos de tristeza, depresión, ansiedad, cansancio, inviabilidad, indiferencia, miedo, etc.
- Utilizar los oídos para escuchar todo lo que el paciente nos quiera comentar o trate de decirnos, preguntar en cada una de nuestras acciones realizadas Si siente mejoría o no.
- Vigilar el sueño de la persona, es importante su descanso.
- Utilizar el olfato para poder percibir olores desagradables; de dónde provienen para evitar infecciones.

El personal de enfermería puede hacer que la persona esté en un medio adecuado lleno de calidad, calidez y amor. El tener a la vista objetivos conocidos pueden hacer que la persona se encuentre más cómoda y segura, preguntar a la persona y familia qué es lo que lo motiva más; pudiendo ser: imágenes, libros, fotos y objetos significativos; de esta forma se le concede algún control sobre su medio ya que lo ha perdido en otros aspectos de la vida diaria.

Debemos aprender a escuchar, tener tacto y no evadir conversaciones por dolorosas que sean, hay que estar ahí, escuchar a la persona, no debemos preocuparnos por reconfortar con palabras correctas para consolar a la persona; sólo necesita la presencia, hay que usar el tacto; ésta es una manera significativa de comunicación.

Es vital estimular a la familia para que participe en las conversaciones, pasatiempos y actividades de la persona.

## **G. Coordinación en la organización del equipo interdisciplinario**

Es de vital importancia para la enfermera mantener relaciones adecuadas con todo el equipo de salud para brindar una atención de calidad a todas nuestras personas, manteniendo una buena comunicación con todos y cada uno de ellos. Para terminar quisiera hacer una reflexión dada por Álvarez en 1991: “La comunicación con la persona es posible integrando la palabra y las varias formas del lenguaje no verbal, la mirada, el silencio, el acompañamiento, la escritura, la señales, los recuerdos y la gesticulación, pero quizá el sentido del tacto y la presión son la principal fuente de comunicación. Cuando las palabras son imposibles o escasas; cuando la pena y la aflicción son tan grandes que no se encuentra cómo expresarlas, cuando la misma enfermedad imposibilita él requiere cercanía, acortamiento de la distancia, presencia corporal y espiritual; él se convierte en rompedor de silencios, distancias y en el lenguaje de la aflicción. El contacto físico con el que sufre a través de un apretón cálido de manos, de una palmada cariñosa en el hombro, de una ligera sesión de masajes sencillos, quiere decir aquí estoy para ayudarte”.<sup>59</sup>

Las enfermeras defienden los derechos de todas las personas , pero también han reconocido las necesidades especiales de algunos grupos y, de esta forma, han creado listas de derechos para las personas moribundas, hospitalizadas y en estado de gestación, así como para otros grupos, para garantizar que se ofrece una atención de calidad sin sacrificar estos derechos.

Las filosofías y las definiciones actuales de la enfermería demuestran la tendencia holística en enfermería: tratar a la persona completa en todas sus dimensiones, en la salud y la enfermedad y en interacción con la familia y la comunidad. Los roles enfermeros siguen creciendo y desarrollándose, ampliando en interés de los cuidados enfermeros y ofreciendo un campo mas holístico y que abarca a todos. La enfermería actual no sólo deriva de la enfermería y la medicina tradicionales, de los campos espiritual y emocional, sino también se amplía a tratamientos

alternativos como los enfoques curativos, la quimioterapia, las hierbas naturales y las vitaminas.<sup>60</sup>

Para Koziar la educación del profesional de enfermería con respecto a la muerte, nos comenta que los profesionales de enfermería no son inmunes a dichas actitudes. Necesitan tomarse el tiempo suficiente para analizar sus propios sentimientos con respecto a la muerte, antes de que puedan ayudar eficazmente a las personas que sufren una enfermedad terminal. Los cuidados a la persona moribunda y a las personas afligidas es una de las responsabilidades más complejas y desafiantes para el profesional de enfermería; que pone en juego todas las aptitudes necesarias para la atención holística, fisiológica y psicosocial. Para ser eficaces, los profesionales de enfermería deben luchar duramente con sus propias actitudes efectuaran directamente a su capacidad para proporcionar los cuidados.

Las instituciones y las asociaciones patrocinan programas de formación continuada dirigidos a reducir la ansiedad ante la muerte entre el personal de enfermería. Otros programas ayudan a los profesionales de enfermería a analizar los problemas específicos del contacto directo con las personas que sufren enfermedades terminales y su responsabilidad continuada en cuanto a sus cuidados. En todos estos programas, las enfermeras aprenden no sólo sobre sus propias actitudes e inquietudes, sino también sobre las formas de proporcionar apoyo y de consolarse mutuamente cuando experimentan la cólera y la frustración en el duelo que sigue a la muerte de las personas, a los que no sólo cuidaron, sino que también se encariñaron con ellos. <sup>61</sup>

Y qué decir acerca del futuro si una bola de cristal confiable es muy difícil predecir con exactitud el futuro. La moderna investigación médica promete brindarle una salud mejor a la población anciana. La investigación sobre las células madre ha permitido regenerar los órganos desgastados, como el páncreas de los diabéticos, las articulaciones y el cartílago de los artríticos, e incluso hígados y corazones. La

cura de la enfermedad de párkinson y de otras enfermedades autoinmunes que descubrirá en algún momento dentro de pocos años.

Contamos ya con la notable capacidad de efectuar trasplantes para alargar la vida de muchas personas a las que les fallan el corazón, los pulmones, el hígado, los ojos y otros órganos.

El organismo humano puede vivir hasta 120 años. Sin embargo, cuando se les pregunta a las personas si desearían vivir tanto, la mayor parte de ellas responde que no, a menos que la calidad de vida para los ancianos mejorara significativamente.

Al presente, la ancianidad trae consigo muchas molestias, incluyendo la osteoartritis en casi todas las personas mayores de 60 años, la cual afecta en especial cualquier lugar en el que anteriormente haya tenido lugar una lesión. Hemos sobrevivido al uso viable de nuestros órganos reproductores, pues causan frecuentes problemas y a menudo es necesario extirparlos. Todos corremos un alto riesgo de contraer cáncer en esos órganos. El cáncer de mama, el cáncer de ovario y el uterino, así como el de próstata, son muy comunes a medida que envejecemos.

Seguimos siendo víctimas del úsese y deséchese del envejecimiento biológico. Nuestro sistema inmunológico no funciona adecuadamente para protegernos con seguridad contra la próxima enfermedad que acecha a la vuelta de la esquina.

También nos afectan las decisiones relacionadas con la calidad de vida, como es fumar. ¿Quién sabía, antes de la década de 1970, que esta hábito establecido puede conducir finalmente a la muerte lenta y tormentosa de una afección pulmonar, o bien, a la muerte rápida de una falla cardiaca?

¿Cómo afecta el alcohol y la cafeína a nuestro cuerpo? ¿Y qué decir de los anticonceptivos, los pesticidas y la contaminación ambiental?

Por lo que O'connor en su libro déjalos ir con amor menciona límitese a hacerlo lo mejor que pueda. Y escribe palabras finales de sabiduría:

Vive bien.

Ríe a menudo.

Ama con todo tu corazón.

Retribuye.

Ayuda a los demás.

No juzgues a tu prójimo.

Deja detrás de ti un legado, para que alguien sepa que estuviste aquí.

Supera los obstáculos que la vida coloca en tu camino; deja que ellos sean tus maestros. Aprende de ellos.

Muere en paz, sabiendo que hiciste lo mejor que podías con el tiempo que contaste en la Tierra.<sup>62</sup>



Fuente: <http://www.orientar.blogspot.com/2012-02.05> .

## IX.- CONCLUSIÓN

A partir de la revisión documental y la integración del presente trabajo se observa que la tanatología en los hospitales de segundo y tercer nivel no es manejada adecuadamente ya que existe poca participación de enfermería siendo que las enfermeras son quienes pasan más tiempo con las personas y/o personas moribundas; pero principalmente también es claro que a la gran mayoría no tienen la disposición ni preparación para dar este tipo de cuidado pues se tiene la mentalidad de que la tanatología solo habla de muerte, siendo todo lo contrario ya que nos habla más de vida, de calidad de vida y sobre todo de cómo ayudar a vivir hasta que muramos, en el presente trabajo se desarrollaron temas referentes a la tanatología basados en la investigación del dominio científico, por lo que se enriquece el presente trabajo, ya que se aporta información de importancia para la comunidad de Enfermería, Así también la Tanatología se enfoca a cualquier pérdida significativa que tenga el ser humano, es por ello que la importancia de la Tanatología hoy en día es indiscutible, contemplando que a lo largo de nuestra vida enfrentamos diversos tipos de pérdidas, muertes, separaciones, pérdidas de miembros, pérdida de salud, de ilusiones ante una discapacidad, es por ello que su campo de acción es muy amplio.

Bajo estos lineamientos se observa que hablar de tanatología es entender la necesidad de estar bien, tanto uno mismo, como poder convivir saludablemente con la gente que nos rodea. Es rescatar lo que tenemos. Si bien es cierto que el vivir nos da tranquilidad, también el morir la da cuando es aceptado. Nos preparará para liberarnos de nuestra misión o bien aceptar que se ha cumplido con la encomienda en este mundo terrenal.

El individuo debe responsabilizarse de su conducta personal. Es reconocer y asumir las consecuencias buenas o malas que derivan de una conducta, acción o situación. Es reflexionar qué necesito o requiero para estar bien. Es tomar una

decisión acertada. Es poder ser asertivos y no permitir que llegue un malestar o neurosis que afecte la propia salud.

Hablar de la tanatología es hablar simplemente de la vida misma; es visualizar con mayor claridad lo que se tiene; es voltear y ver todo lo que se ha logrado en el recorrido de la existencia; es aprender a disfrutar las potencialidades que se tienen; es reconocer las habilidades, es sentirse orgulloso de existir y poder compartir las tristezas y alegrías, situaciones conflictivas que suceden en torno a ella, desde distintos ámbitos del saber, como son la medicina, la psicología, la religión etc. Con otra persona; es sentirse fortalecido, y es dejar huella para trascender en la inmortalidad.

Sus actos tienen únicamente como meta poner en claro a las personas que lo solicitan, en el descubrimiento de una nueva conciencia de vida. En el descubrimiento de una nueva forma de inteligencia humana, basada en el respeto a la persona, la ayuda mutua, el compartir, en el redescubrimiento del potencial fantástico que duerme dentro de cada uno de nosotros. Empezar a tener conciencia de que la muerte forma parte de la vida significará empezar a encontrar soluciones. El amor es una fuerza infinita y está a la puerta de todos.

Este cuidado tanatológico tiene como meta última orientar a la persona hacia la aceptación de su realidad, lo que se traduce en esperanza real. En ella está contenido el verdadero sentido de la vida, lo cual incluye una mejor calidad de vida, la muerte digna y en paz.

## **BIBLIOGRAFIA**

Asociación Mexicana de Tanatología; A.C. Revista de Tanatología. S/n 2008

Agramente A.D., Farres V. R. Revista cubana de Enfermería, V-26 volumen 2 La Habana Cuba abril-Junio 2010

Baily. R.E, loyd Z. M., Claire M.L., Neeson DJ. Nuevo Manual de la Enfermera 1ra.ed. México MNVIII editorial Océano; 2010.p.1078

Bucay, J. El camino de las lágrimas, Océano, México. 2002. P.p.278

Colliere, M. F. Promover la vida. Madrid, Interamericana/Mc Graw Hill. 2009.

Elisabeth Kübler-Ross. La Rueda de la Vida, Barcelona, España. 2006. P.p. 351

G. Soberón, D. Feinholz, Memorias CNB2 Muerte Digna, G.D.F. México 2010, p.289.

INEGI .Instituto Nacional De Estadísticas Y Geografía. 2011 INEGI. [On line] Consultado el 11 de febrero de 2013 [www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/resistres/vitales/mortalidad/presentacion.aspx](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/resistres/vitales/mortalidad/presentacion.aspx).

Kozier B. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica vol.2 Aravaca, España, Mc Graw-Hill Interamericana. 1999

L. Alfonso Reyes Zubiría Acercamiento Tanatológico al enfermo Terminal y a su familia. México 1996.

Marco. Antonio. Polo. Scott María. Patricia Polo Scott, Psicoterapia Gestalt en el manejo y resolución del duelo. Mc Editores 2007, p.p.159

Maqueo V.M.P El papel de la Enfermera en la Tanatología Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, volumen 8 Núm.1-4 sep.2001

Margarita BM (Revista digital universitaria) 10 de agosto 2006 volumen 7 numero ISSN 1007-6079 tanatologia y psicoterapia corporal (Consultado el 10 de enero de 2013). Disponible en <http://wwwrevista.unam.mx/vol7/num8/art62/art62.htm>.

Marcos Gómez Sancho como dar las malas noticias en medicina tercera edición Ediciones, S.L. Arán 2006.

Marcos Gómez Sancho La pérdida de un ser querido El duelo y el luto segunda edición Arán Ediciones, S.L. 2007.

Martha Palencia Ávila Calidad de la Atención al final de la vida: Manual para el Médico y la Enfermera, Dr. Grama Editora, S.A. Primera edición, 2006

Revista UNAM La Educación Tanatológica para el bienestar de la salud vol.12 No.2 <http://www.revista.unam.vol.12/num/2/art17/index.html>

Rodríguez, B. Revista de Divulgación Científica y Tecnológica de la Universidad Veracruzana la Ciencia y el Hombre. Volumen 2

Sotomayor S.S. Naturaleza de la Enfermería en: Enfermería Fundamental. ENEO.UNAM: México 2010. P.p.25

Unidad del servicio de Uruguay Buena Voluntad Mundial Tanatologia (la ayuda al bien morir) la vida no se muere nunca a1r10p2.pdf (p.1-54) (revista consultada en diciembre de 2012).

O'Connor, N. Déjalos ir con amor: la aceptación del duelo 2ª. Ed. México: Trillas. 200. (Reimpresión. 2012)

Potter P.A. fundamentos de Enfermería volumen 1 quinta edición 2002 MSN, PHD CMAC Mc Graw-Hill Interamericana.

Imágenes Fuente: <http://www.orientar.blogspot.com/2012-02.05> .

## **ANEXOS**

**Aceptar:** recibir algo en forma voluntaria. Tratándose de un desafío, admitir sus consecuencias y condiciones, y comprometerse a cumplirlas. Recibir sin tornarse inestable y sin alterarse.

**Acompañar:** estar o ir en compañía de otros (s). Participar en los sentimientos de otro.

**Aliviar:** Aligerar, hacer menos pesado. Quitar a una persona o cosa parte del peso que ella carga. Disminuir o mitigar las fatigas del cuerpo o las aflicciones del ánimo.

**Analgesia:** control del dolor, en el que se combinan medidas farmacológicas y generales. La analgesia correcta, a si como la eliminación o reducción de los demás síntomas que alteran la calidad de vida, debe ser un objetivo prioritario en todas las fases evolutivas de la enfermedad. En caso de dolor intenso la morfina y otros derivados opioides, administrados, preferentemente por vía oral, son los fármacos de elección.

**Angustia:** combinación de aprensiones, incertidumbre y miedo, con especial referencia a sus manifestaciones corporales.

**Apapachar:** Acariciar. Caricia especial que se hace con las manos.

**Apoyar:** favorecer, ayudar, hacer que una cosa descansa sobre otra, auxilio o favor.

**Apoyo emocional tanatológico:** actividad en la que una persona “acompaña” a otra que vive una turbulencia anímica por una muerte, o por una pérdida de cualquier otro tipo.

Atender: acoger favorablemente, o satisfacer un deseo, ruego o mandato. Mirar por alguna persona o casa, o cuidar de ella.

Compasión: sentimiento de de conmiseración que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracias.

Consentir: mimar o ser muy indulgente con los demás.

Considerar: tratar a una persona con urbanidad y respeto. Consolar: Aliviar la pena o aflicción de alguien.

Sanar: restituir a uno la salud que había perdido. Recobrar en el enfermo la salud.

Tanatología: campo del conocimiento que se ocupa del estudio de todo lo relacionado con la muerte del ser humano, sobre todos los aspectos emocionales que se generan cuando ésta se hace presente. A estos aspectos emocionales que se generan cuando ésta se hace presente. A estos aspectos emocionales se les conoce como el proceso de “duelo” o sufrimiento, tanto antes de que suceda el deceso (duelo anticipatorio) como una vez que ha sucedido (duelo posterior).

Tanatólogo: persona que se dedica a dar acompañamiento o apoyo emocional a los seres humanos en el duelo anticipado y posterior a la muerte. Se encargo tanto del enfermo grave o en fase terminal, como de sus familiares con especial énfasis en el cuidador principal del enfermo, que es quien sufre mayor afectación emocional al acompañar al paciente durante todo el proceso de sufrimiento y de muerte.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

- <sup>1</sup>G. Soberón, D. Feinholz, Memorias CNB2 Muerte Digna, G.D.F. México 2010, p.69.
- <sup>2</sup> INEGI 2011
- <sup>3</sup> Connor N.O. Déjalos ir con amor La aceptación de duelo: Trillas; México. 2007, p.20
- <sup>4</sup> Ibídem pág. 23,24
- <sup>5</sup> Sotomayor S.S. Naturaleza de la Enfermería en: Enfermería Fundamental. ENEO.UNAM: México 2010. P.12-13
- <sup>6</sup> Baily. RE, Lloyd Z. M., Claire M.L., Neeson DJ. Nuevo Manual de la Enfermera 1ra.ed. México editorial Océano; 2010.p.1078
- <sup>7</sup> Ibidem, p.1079.
- <sup>8</sup> Agramente AD, Farres V. R. Revista cubana de Enfermería, V-.26 volumen 2 La Habana Cuba abril-Junio 2010.
- <sup>9</sup>Arévalo, JI. el perfil del técnico en enfermería lima Perú pág. 2 monografias.com
- <sup>10</sup> Sotomayor SS, Óp. Cit. P.7-9.
- <sup>11</sup> Colliere, FM. Promover la vida. de los cuidados de las mujeres identificadas por su rol, Madrid, España. Interamericana-Mc Graw-Hill. 1993. P.5-7
- <sup>12</sup> Potter p. Fundamentos de Enfermería, quinta ed. CMAC 2002 p.423-424.
- <sup>13</sup> Sotomayor SS., Óp. Cit. P.7-9.
- <sup>14</sup> Reyes ZAL. Acercamientos tanatológico al Enfermo Terminal y a su Familia Impreso en México 1996 Pág. 226-229.
- <sup>15</sup> E. Kübler-R, La Rueda de la vida Barcelona España Ed. Bolsillo zeta México p.15
- <sup>16</sup> Óp. cit. Elizabeth k. La Rueda de la vida p.15
- <sup>17</sup> Bucay J, El camino de las lagrimas, Océano, México, 2002, p.149
- <sup>18</sup> **Rodríguez, Benítez y Hermida. El proceso de morir Revista de Divulgación Científica y Tecnológica de la Universidad Veracruzana la Ciencia y el Hombre, volumen XXII Número 2**
- <sup>19</sup> Revista Unam. La educación tanatológica para el bienestar de la salud. vol. 12.p.
- <sup>20</sup> Asociación Mexicana de Tanatología; A.C. 2008 fundación 18 Noviembre de 1998 s/n
- <sup>21</sup> Unidad del servicio de Uruguay Buena Voluntad Mundial Tanatologia (la ayuda al bien morir) la vida no se muere nunca a1r10p2.pdf(p.1-54)
- <sup>22</sup> Unidad del servicio de Uruguay op.cit p2-4
- <sup>23</sup> Kozier. B. Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y practica vol. 2 Julio 1999 ed. Mc Graw-Hill interamericana p.928-929.
- <sup>24</sup> Ibidem, p.928
- <sup>25</sup> E. Kübler-Ross op.cit. p.146,167
- <sup>26</sup> Sobre la muerte y los moribundos Pág.
- <sup>27</sup> Op.cit. como dar las malas noticias pág. 30
- <sup>28</sup> G. Soberón, D. Feinholz, Memorias CNB2 Muerte Digna, G.D.F. México 2010, p.17
- <sup>29</sup> Ibídem p, 33,39
- <sup>30</sup> Rebolledo M, Aprender a morir. Fundamentos de tanatologia, distribuidora y editora Mexicana, 2003.
- <sup>31</sup> Óp. cit. Como dar las malas noticias Pág.33-35.
- <sup>32</sup> Ibídem pág. 43-46
- <sup>33</sup> G. Soberón, D. Feinholz, Memorias CNB2 Muerte Digna, G.D.F. México 2010, p.20.

- 
- <sup>34</sup> G. Soberón, D. Feinholz. Muerte Digna, Óp. Cit. P. 28-30
- <sup>35</sup> Ibidem P.p. 54-58
- <sup>36</sup> Óp. Cit. Gómez sancho como dar las malas noticias p.p. 93
- <sup>37</sup> Gómez sancho M. La pérdida de un ser querido el duelo y el luto 2ª ed. Edit. Arán Pág. 44-46
- <sup>38</sup> M.A. Polo. Scott M.P. Polo Scott, Psicoterapia Gestalt en el manejo y resolución del duelo. Mc Editores 2007, p.22
- <sup>39</sup> E. Kübler-Ross, Sobre la muerte y los moribundos, Mondadori, Barcelona, 1975, p.60.
- <sup>40</sup> Ibidem, p.73
- <sup>41</sup> Ibidem, p.115
- <sup>42</sup> Ibidem, p.147
- <sup>43</sup> M.A. Polo Scott M.P. Polo Scott, Psicoterapia Gestalt ,op.cit., p.27-28
- <sup>44</sup> **O`Connor, déjalos ir con amor, Op.cit.,p.29-30**
- <sup>45</sup> M.A. Polo Scott M.P. Polo Scott, Psicoterapia Gestalt ,op.cit., p.30
- <sup>46</sup> Ibidem, p.31
- <sup>47</sup> Ibidem, p.32
- <sup>48</sup> Ibidem p. 34
- <sup>49</sup> Óp. Cit. Kozier p.906-907.
- <sup>50</sup> Ibidem p. 907,909
- <sup>51</sup> Ibidem p.910
- <sup>52</sup> Polo Scott psicoterapia Gestalt Óp. Cit. P 51
- <sup>53</sup> Óp. Cit. G. Soberón, D. Feinholz. P. 72-93
- <sup>54</sup> Sher L. Agonía, muerte y duelo manual moderno 2002 P.13
- <sup>55</sup> Kozier. B. Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y practica vol. 2 Julio 1999 ed. Mc Graw-Hill interamericana p.906-907.
- <sup>56</sup> Sher L. Op. Cit. P. 14,15
- <sup>57</sup> Óp. Cit. Como dar las malas noticias en medicina p.p.147
- <sup>58</sup> Maqueo V.M.P El papel de la Enfermera en la Tanatología Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, volumen 8 Núm.1-4 p.69
- <sup>59</sup> Op.cit, El papel de la Enfermera en la Tanatología Pág. 70-73
- <sup>60</sup> Potter P.A. Fundamentos de Enfermería volumen 1 quinta edición 2002 p.408
- <sup>61</sup> Óp. cit. Kozier. B. Fundamentos pág. 918-928
- <sup>62</sup> Óp., cit. Déjalos ir con amor pág. 182,183.