

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

**“LA ENFERMERA COMO CONTENCIÓN EN FAMILIARES Y PACIENTES EN
PROCESO DE DUELO DENTRO DEL SERVICIO HOSPITALARIO DESDE LA
PERSPECTIVA DE ELISABETH KÜBLER- ROSS”**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

KARLA FELISSA SEGURA RIVERA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICHOACÁN 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

**“LA ENFERMERA COMO CONTENCIÓN EN FAMILIARES Y PACIENTES EN
PROCESO DE DUELO DENTRO DEL SERVICIO HOSPITALARIO DESDE LA
PERSPECTIVA DE ELISABETH KÜBLER- ROSS”**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

KARLA FELISSA SEGURA RIVERA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARIA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICHOACÁN 2021

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi gratitud a Dios quien con su bendición llena siempre mi vida, por ser el apoyo y la fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

A mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mí , por los consejos, valores y principios que me han inculcado, por estar conmigo en está travesía llamada “vida” , por realizar sacrificios para verme feliz, siendo una mujer realizada profesionalmente, por formar parte de mi vida.

Así mismo a mis hermanos que con sus palabras me hacían sentir orgullosa de lo que soy y de lo que les he podido enseñar.

A mi familia y amigos por demostrarme su amor y sus buenos deseos para progresar en esta vida y ser un ser de bien y de éxito.

Simplemente todos ellos son una bendición.

DEDICATORIA

Para mis padres Silvia Rivera López y Teófilo Segura Andrade, los seres humanos más extraordinarios y amorosos que me ha regalado Dios y la vida, que han estado presentes durante todo mi camino, motivándome, formando de mí lo que soy ahora. Ha sido un orgullo y privilegio ser su hija, les amo.

A la vida por sus duras y hermosas lecciones.

Mi princesa, mi hermana Ma. De Jesús Segura Rivera que durante este recorrido se convirtió en un hermoso ángel que está en el cielo siendo ella mi motor para seguir en esta vida, porque aunque este lejos en cuerpo y tan cerca en mi alma y mi corazón quiero ser un orgullo para ella, el verdadero amor siempre deja una marca significativa. Te amo.

A mi hermano José Manuel Segura Rivera, ese alguien que es mi alma gemela, por estar en cada momento conmigo, reconfortándome y motivándome, a seguir adelante, por cuidar de mí y de mis padres, eres una persona excepcional a la cual admiro demostrándome que no importa lo destruido que estés por dentro siempre existirán mil razones para luchar, cambiar y sonreír. Te amo.

A mis segundos padres, mis abuelos, que desde toda la vida han estado para mí, enseñándome a ser mejor persona y a ser un ejemplo para mi familia.

A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí alguien mejor y de una u otra forma, me acompañan en todos mis sueños y metas.

Finalmente a mis amigos y amigas por apoyarme cuando más los necesito, por extender su mano en los momentos difíciles, por soportar mi mal humor en momentos de estrés, por enseñarme que tengo amigos reales y verdaderos que perduraran por siempre, por el amor incondicional brindado los quiero.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2 MARCO TEÓRICO	5
2.1 VIDA Y OBRA.....	5
2.2 INFLUENCIAS	8
2.3HIPÓTESIS.....	9
2.4 JUSTIFICACIÓN	9
2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2.6 OBJETIVOS	11
2.7 METODOS.....	11
2.8 VARIABLES.....	13
2.9 ENCUESTA Y RESULTADO	14
2.10 GRAFICADO	17
3. TANATOLOGÍA.....	23
3.1 ORIGEN DE LA TANATOLOGÍA REFERENCIA HISTÓRICA.....	23
3.2 CONCEPTO.....	24
3.3 ASPECTOS INTERDISCIPLINARIOS DE TANATOLOGÍA	27
3.4 OBJETIVO DE LA TERAPIA TANATOLÓGICA	31
3.5 EL SURGIMIENTO DE LA NUEVA TANATOLOGIA	32
3.6 ENFERMERÍA Y LA TANATOLOGÍA	35
3.7 LA BIOÉTICA ANTE LA MUERTE	36
3.8 MUERTE APROPIADA.....	38
3.9 LA MUERTE Y LA ENFERMERÍA	39
4. DUELO	41
4.1 CONCEPTO.....	41
4.2 TIPOS DE DUELO	42
4.3 FASE DEL DUELO.....	45
4.4 DUELO POR MUERTE	46
4.4 TIPO DE MUERTE	47
4.5 REACCIONES ANTE EL PROCESO DE DUELO EMOCIONALES	48

4.6 REACCIONES CONDUCTUALES	53
4.7 REACCIONES COGNITIVAS O DE PENSAMIENTO	56
4.8 REACCIONES EN EL CUERPO	57
4.9 REACCIONES EN LA ESPIRITUALIDAD	60
5. APOYO ESPIRITUAL ANTE LA PERDIDA	60
5.1 AFRONTAMIENTO DE LA PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO	60
5.2 ESPIRITUALIDAD	62
5.3 ORIGEN DE LA ESPIRITUALIDAD	63
5.4 RELIGIÓN Y ESPIRITUALIDAD EN EL DUELO	64
5.5 SIGNIFICADO Y BÚSQUEDA DEL SENTIDO	70
5.6 LA BÚSQUEDA RELIGIOSA DEL SENTIDO Y SIGNIFICADO	71
5.7 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO RELIGIOSO ESPIRITUAL	73
5.9 ¿QUÉ ES NECESARIO PARA EL EFECTIVO DESARROLLO DEL CUIDADO ESPIRITUAL EN EL FIN DE LA VIDA?	79
6. DUELO ANTICIPADO	84
6.1 CONCEPTO	84
6.2 FUNCIONES DEL DUELO ANTICIPADO	90
6.3 ETAPAS DE ADAPTACIÓN DEL PROCESO	91
6.4 SÍNTOMAS DEL DUELO ANTICIPADO	94
6.5 ¿CÓMO AFRONTAR EL DUELO ANTICIPADO?	95
6.6 ETAPAS DEL DUELO ANTICIPATORIO	97
6.7 FAMILIA TERMINAL	99
6.8 DIFICULTADES INTRA FAMILIARES ANTE LA ENFERMEDAD TERMINAL	100
6.9 CRISIS DE CLAUDICACIÓN FAMILIAR	101
7. LA MUERTE Y LA SOCIEDAD	107
7.1 LA MUERTE EN EL MÉXICO PREHISPÁNICO	107
7.2 IMÁGENES DE LA MUERTE EN EL MÉXICO ACTUAL	110
7.3 LA MUERTE: UN TABÚ EN EDUCACIÓN	114
7.4 IMPORTANCIA DE UNA EDUCACION FORMAL E INFORMAL ANTE LA MUERTE	115
7.5 EL ASPECTO HUMANISTA ANTE EL PROCESO DE MUERTE	119
7.6 EDUCACIÓN ANTE LA MUERTE	125
7.7 BENEFICIOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA MUERTE	127

7.8 LA EDUCACIÓN PARA LA MUERTE, CONSIDERACIONES PARA EL INICIO DE UNA EDUCACION EN LA INFANCIA.....	129
7.9 PRINCIPAL CONSECUENCIA ÉTICA Y DIDÁCTICA.....	133
8. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN TANATOLOGÍA.....	137
8.1 BASES DE RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE	137
8.2 FUNCIONES DE ENFERMERÍA	138
8.3 LA PREPARACIÓN DEL ENFERMERO EN SU PROCESO DE FORMACIÓN ANTE LA TEMÁTICA MUERTE Y EL MORIR	142
8.4 ATENCION TANATOLÓGICA EN ENFERMERÍA	144
8.5 ACCIONES PARA BRINDAR CONTENCIÓN EMOCIONAL.....	146
8.6 CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ENFERMO TERMINAL Y EN FASE TERMINAL HOSPITALIZADO	148
8.7 CUIDADOS AL ASPECTO PSICOLÓGICO	151
8.8 INTERVENCIONES ENFERMERAS AL CUIDADO DE LA FAMILIA.....	152
8.9 EXPERIENCIAS DE LOS FAMILIARES DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL	156
9. CONCLUSIÓN	159
10. BIBLIOGRAFÍA	163
10.1 ELECTRÓNICA	163
10.2 BÁSICA LIBROS.....	164
10.3 COMPLEMENTARIA	169
11. GLOSARIO.....	171

1. INTRODUCCIÓN

La muerte constituye, una de las experiencias más difíciles en la vida de toda persona. Es un asunto que nos concierne a todos; los seres humanos gozamos de un tiempo limitado, dentro de cual nacemos, crecemos, estudiamos, trabajamos, procreamos y morimos, es decir, vivimos.

Nuestro tiempo se termina y fallecemos; este es el ciclo más natural de la vida, para que otros nazcan y vivan, es necesario que otros dejen de hacerlo. La muerte es una parte natural de la vida pero las personas nos hemos aferrado demasiado a esta última. Morir, es algo que nos llegará a suceder a todas las personas eventualmente, pero la cuestión es ¿de qué manera queremos dejar la vida?. La mayoría de las personas no escogen ni la forma ni el tiempo en la cual dejan vivir, pero si nos encontráramos en una situación en la que es posible morir de una forma dolorosa- tanto física como psicológicamente- y no hubiera algún remedio para nuestros males, sin embargo también existiera la opción de terminar con nuestras vidas en el momento que nosotros deseamos- porque sabemos que no hay una cura para nuestra enfermedad y consideramos que nuestra vida ya no es merecedora de seguir. O bien si estuviéramos en la posición de ver como alguien cercano de nosotros se está desmoronando a causa de una condición irreversible.

Tanto el fallecimiento de un ser querido como el padecer de una enfermedad mortal o bien, la pérdida de facultades físicas y o mentales requiere de un proceso psicológico de adaptación e implica elaborar un duelo.

Ayudar a morir a una persona es probablemente la prueba más dura por la que tiene que pasar la conciencia individual del ser humano.

Los centros hospitalarios son instituciones que se dedican a trabajar de forma cercana con la enfermedad y la muerte, por tal razón quienes laboran en ella suelen encontrarse en situaciones en las que deben lidiar con las reacciones

psicológicas propias de las crisis, los procesos de duelo y muerte en sí mismos y con sus familiares

Los seres humanos se han enfrentado al misterio de la muerte que inevitablemente acaba en ella, se viene a la vida para abandonarla por lo que tenemos que adaptar actitudes para aprender a aceptar la muerte.

La muerte ha estado presente a lo largo del devenir humano y sin embargo actualmente en nuestra sociedad se vive socialmente como un tabú. No queremos sentirnos próximos a ella. Nos angustia el sentimiento de pérdida de la vida por muy conscientes que seamos. Esta constante evitación de la muerte nos lleva a vivir el proceso de duelo. El problema está cuando nos toca de cerca, pues en ese momento atravesamos por una serie de sentimientos tales como fragilidad, vulnerabilidad y amargura, los cuales no estamos preparados para enfrentarlos y vivir con ellos; la mente reacciona de manera diferente cuando este trágico suceso llega a nuestras vidas, y entonces las reacciones son intensas, con cambios psicológicos, conductuales y emocionales que marcan la vida por lapsos variables.

Cada pérdida acarrea un duelo por lo que la intensidad y la duración del mismo dependerá de diversos factores, el duelo es aquel proceso que cada ser humano experimenta de diferentes formas e intensidades que varían según la edad, el sexo, el vínculo afectivo, la fortaleza emocional y espiritual y hasta la cultura a la que pertenecemos. La finalidad del duelo es recuperarse de la manera más saludable en el tiempo más corto posible y alcanzar en ese tiempo el equilibrio emocional, y no transcurrir de un duelo considerado "normal" a padecer un duelo patológico, que es cuando se vive y se reacciona con sentimientos y emociones desproporcionados a los que se esperan cuando un ser amado muere. Este tipo de duelo requiere ayuda profesional inmediata. Se han descrito varios procesos de duelo.

El gran temor del mundo occidental se dirige a la incertidumbre de la muerte. Nos paralizamos en vida tantas veces por el temor a la partida. Morir, todos vamos a morir, el tema es morir bien. Muere bien, quien vive bien.

Si comenzamos a intuir qué es la vida, nos será más fácil llegar a comprender el modo en que a todo fenómeno vital le sigue un declive y un nuevo comienzo.

La muerte es un tránsito y un descanso, un amanecer y un anochecer, una despedida y un encuentro, una realización y una promesa, una partida y una llegada. Nuestra vida no comienza cuando nacemos y no termina cuando morimos. Sólo es pasar un tiempo para madurar y crecer un poco.

La muerte siempre ocurre. Es un hecho ineludible, y al tener que enfrentarse con lo cotidiano de la muerte el hombre ha tenido que aprender, a lo largo de su evolución, a plantear este tema desde otros ángulos y perspectivas.

En esta investigación recorreremos los antecedentes históricos de la Tanatología para así comprender su origen y desarrollo.

El aprender a afrontar la muerte –en su doble vertiente de experiencia individual o de doliente en presencia de un allegado- es también aprender a asumir, en toda su dimensión, nuestra propia humanidad.

La Tanatología comprende muchos campos de acción, desde la atención al enfermo moribundo y a su familia, hasta la elaboración del proceso de duelo por una pérdida significativa.

El término Tanatología, “La ciencia de la muerte”, fue acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, Después en la década de 1960, se realizaron estudios serios (sobre todo en Inglaterra) que muestran que la presencia de los familiares durante la muerte de un ser querido se vio disminuido a sólo el 25%. Durante esa época se hizo creer a todos que la muerte era algo sin importancia, ya que al ocultarla se le despojaba de su sentido trágico y llegaba a ser un hecho ordinario, tecnificado y programado, de tal manera que fue relegada y se le consideró insignificante. Sin embargo, a mediados del siglo pasado los médicos psiquiatras Eissler (en su obra *El Psiquiatra y el paciente moribundo*), y Elizabeth Kübler-Ross (en su libro *Sobre la muerte y los moribundos*) dieron a la Tanatología

otro enfoque que ha prevalecido en la actualidad, y que veremos después de analizar la etimología del término Tanatología.

La Tanatología aborda el fenómeno de la muerte desde varias perspectivas: humanista, religiosa y espiritual, de lo que significa morir y lo que hay después de la vida; la finalidad de la misma es eliminar el miedo a la muerte y dar plenitud a la vida.

Toda muerte es una separación. Es la separación definitiva, por la cual ya no estará físicamente esa persona tan importante para alguien, para nosotros mismos. Los familiares, con el duelo anticipatorio, enfrentan y elaboran no sólo la muerte, sino cada una de las pérdidas relacionadas con la enfermedad y deterioro gradual del ser amado, y con la pérdida de lo que el otro significa para uno (Compañía, Amor, Protección).

La sintomatología del duelo sin anticipación persiste mucho más tiempo del usual, no porque este no se asume, sino porque la capacidad para enfrentarlo no es la misma.

A los familiares que enfrentan la próxima muerte de un ser querido y que viven esta situación, se les puede ayudar a expresar sus emociones para superar cada una de estas etapas, proporcionándoles compañía y comprensión, lo que permitirá superar el trance con mayor rapidez y menor dolor.

Evitar el reconocimiento de la muerte, tiene su origen generalmente en que los familiares consideran la muerte como negativo y trágico, o bien, por el temor a experimentar la tristeza que sentirán al afrontar la verdad. A veces tratamos de esconder la pena al evitar hablar sobre la muerte cercana.

El duelo anticipado, evita un duelo patológico, acelera la aceptación de la muerte y la reintegración de la familia a la vida cotidiana sin que ésta pierda su sentido.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 VIDA Y OBRA

Elisabeth nació como una de las trillizas de un comerciante.

(Zúrich, 8 de julio de 1926-Scottsdale, Arizona, 24 de agosto de 2004) fue una psiquiatra y escritora suizo-estadounidense, una de las mayores expertas mundiales en la muerte, personas moribundas y los cuidados paliativos.

Se licenció en medicina en la Universidad de Zúrich en 1957. En 1958, ya casada con Emmanuel Manny Ross, se mudó a Nueva York, donde continuó sus investigaciones.

Empezó como residente con pacientes a punto de morir y más tarde fue dando conferencias sobre el tratamiento de moribundos. Toda su obra versa sobre la muerte y el acto de morir y va describiendo diferentes fases del enfermo según va llegando su muerte (modelo Kübler Ross: negación, ira, negociación, depresión y aceptación).

No participó en el movimiento de cuidados paliativos, aunque sus compañeros la animaran. Se graduó en psiquiatría en la Universidad de Colorado en 1963 y recibió 23 doctorados honoríficos.

Elisabeth ayudó a muchos familiares a manejar su pérdida, a saber cómo enfrentarse a la muerte de un ser querido, les explicó cómo apoyar a la persona en agonía, lo que debía hacerse en esos difíciles momentos y lo que debía evitarse. Bajo su tutela se crearon fundaciones y movimientos ciudadanos que reclamaban el derecho a una muerte digna. Y comenzaron a publicarse libros, gracias a los cuales miles de familias recibieron consuelo.

Casada y con dos hijos, Kübler-Ross fue una mujer de carácter, independiente, aguerrida y muy inquieta. A la absorbente dedicación a las conferencias y seminarios se unieron los conflictos que generaron algunas de sus iniciativas asistenciales. En 1997 escribe su biografía, "The Wheel of Life", que pone de relieve un carácter impulsivo, en el que se aprecia muy buena voluntad pero

insuficiente formación antropológica y teológica. Educada en su niñez en el calvinismo, no perteneció a ninguna confesión religiosa, aunque manifestó aprecio por la labor de los capellanes católicos y protestantes de los hospitales.

En su autobiografía se declara religiosa a su manera y apela a un Dios providente y amoroso y al valor enriquecedor del sufrimiento. Su interés por el más allá le llevó a un entusiasta acercamiento durante tres años a sesiones de espiritismo, que provocaron el abandono de su marido, que solicitó el divorcio en 1976.2

Sufrió varios ataques de apoplejía en 1995 que le paralizaron el lado izquierdo. En una entrevista de 2002 con The Arizona Republic, decía que estaba preparada para morir.

Su libro Sobre la muerte y los moribundos (1969) expone su conocido modelo de Kübler-Ross por primera vez. En esa y otras doce obras, sentó las bases de los modernos cuidados paliativos, cuyo objetivo es que el enfermo afronte la muerte con serenidad y hasta con alegría

- **Obras**

- Sobre la muerte y el morir", (Simon & Schuster/Touchstone), 1969
- Preguntas y respuestas sobre la muerte y el morir, (Simon & Schuster/Touchstone), 1972
- La muerte: El estado final de una evolución, (Simon & Schuster/Touchstone), 1974
- Vivir hasta decirnos adios, (Simon & Schuster/Touchstone), 1978
- The Doughty Letter -A Letter to a Dying Child, (Celestial Arts/Ten Speed Press), 1979
- Quest, Biography of EKR (Written with Derek Gill), (Harper & Row), 1980
- Working It Through, (Simon & Schuster/Touchstone), 1981
- Viviendo con la muerte y el morir, (Simon & Schuster/Touchstone), 1981
- Remember The Secret, (Celestial Arts/Ten Speed Press), 1981

- On Children & Death, (Simon & Schuster), 1985
- AIDS: The Ultimate Challenge, (Simon & Schuster), 1988
- On Life After Death, (Celestial Arts)
- La muerte es de vital importancia, (The Tunnel and the Light), 1995
- Unfolding the Wings of Love (Silberschnur), 1996
- Making the Most of the Inbetween, (Various Foreign), 1996
- Sida y amor, The Conference in Barcelona, (Spain), 1996
- Longing to Go Back Home, (Germany only - Silberschnur), 1997
- La rueda de la vida, (Simon & Schuster/Scribner), 1997
- Por qué estamos aquí, (Germany only - Silberschnur), 1999
- El tunel y la luz, (Avalon), 1999
- Lecciones de vida, (With David Kessler), 2001
- Real Taste of Life: A photographic Journal

Ediciones en español

- Sobre la muerte y los moribundos. Grijalbo. 1993. ISBN 978-84-253-2445-1.
- SIDA: El gran desafío. Martínez Roca. 2002. ISBN 9788427027633.
- Una luz que se apaga. Editorial Pax México. 2005. ISBN 9789688600313.
- La rueda de la vida. Vergara. 2006. ISBN 9788466632256.
- La muerte: un amanecer. Grupo Planeta Spain. 2011. ISBN 9788492545605.
- Conferencias: morir es de vital importancia. Luciérnaga. 1996. ISBN 9788487232848.
- Los niños y la muerte. Luciérnaga. 1992. ISBN 9788487232336.
- Recuerda el secreto. Luciérnaga. 2002. ISBN 9788487232299.
- Una vida plena. Ediciones B. 2004. ISBN 9788466615921.

Méritos y premios

- Doctor of Science, H.C., Albany Medical College, New York 1974
- Doctor of Laws, University of Notre Dame, IN., 1974
- Doctor of Science, Smith College 1975
- Doctor of Science, Molley College, Rockville Center, NY, 1976
- Doctor of Humanities, St. Mary's College, Notre Dame, IN. 1975
- Doctor of Laws, Hamline University, MN. 1975
- Doctor of Humane Letters, Amherst College, MA. 1975
- Doctor of Humane Letters, Loyola University, IL 1975
- Doctor of Humane Letters, Bard College, New York, 1977
- Doctor of Humanities, Hood College, MD 1976
- Doctor of Letters, Rosary College, IL. 1976
- Doctor of Pedagogy, Keuka College, NY 1976
- Doctor of Humane Science, University of Miami, FL 1976
- Doctor of Humane Letters, Bard College, NY 1977
- Doctor of Science, Weston MA., 1977
- Honorary Degree, Anna Maria College, MA., 1978
- Doctor of Humane Letters, Union College, New York 1978
- Doctor of Humane Letters, D'Youville College, New York 1979
- Doctor of Science, Fairleigh Dickinson University, 1979
- Doctor of Divinity, 1996

2.2 INFLUENCIAS

Su interés por la muerte comenzó en su época de estudiante, cuando visitó algunos de los campos de exterminio nazi tras la guerra. Allí se sorprendió al ver que las paredes de los barracones estaban llenas de dibujos de mariposas. Esos dibujos afectaron profundamente a Elisabeth, que a partir de entonces se dedicó

en cuerpo y alma a crear una nueva cultura sobre la muerte. Convirtió el símbolo de la mariposa en un emblema de su trabajo, ya que para ella la muerte era un renacimiento a un estado de vida superior.

En rol de la enfermería en la Etapa de duelo.

2.3 HIPÓTESIS

La enfermera debe ampliar su humanidad respecto a la muerte, entrar en ese vínculo con la pérdida de un ser querido y los familiares de ese ser querido. Una parte esencial de enfermería es el acompañamiento en la recuperación de la salud, más sin embargo, siempre se encuentra en un ambiente rodeado con la muerte. Como personal de Salud en enfermería, es importante estar capacitado para brindar contención tanatológica, tanto a los pacientes pero principalmente a los familiares, dado que, son ellos quienes entran en proceso de duelo por la pérdida de un ser querido, ayudándoles en su proceso de duelo para una pronta reintegración a su vida cotidiana.

2.4 JUSTIFICACIÓN

En nuestro paso por la vida, tarde o temprano, nos encontramos con el dolor de una pérdida de un ser querido y para ello es necesario comprender que nos pasa. Es ahí el interés de mi investigación primordialmente, por experiencia personal, una pérdida que realmente marco mi vida, fue un cambio que me hizo ser una persona más humana y que proporciono la inquietud y la necesidad de ayudar al prójimo en esa pérdida. Y qué mejor que aplicarlo a mi profesión., La enfermera es quien siempre tendrá ese trato directo hacia los pacientes y

familiares, es aquella que esta o en la recuperación de la salud o en la perdida de la salud. Somos un punto muy importante para que los familiares lleven a cabo un proceso de duelo de acuerdo a cada una de las etapa y de una forma más llevadera, es decir que puedan superar rápidamente esa pérdida sin tener un estancamiento para poder seguir con su vida de manera normal aprendiendo a vivir con ese ser querido que ha partido pero de distinta manera.

2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La muerte es un proceso natural de la vida de todo ser humano , tan cotidiano como el nacimiento de un nuevo ser, el problema está cuando nos toca de cerca , pues en ese momento atravesamos por una serie de sentimientos tales como: fragilidad, vulnerabilidad y amargura, para los que no estamos preparados y vivir con ellos; la mente reacciona de manera diferente cuando este trágico suceso llega a nuestras vida, y entonces las reacciones son intensas, con cambios fisiológicos, conductuales y emocionales que marcan la vida por lapso variables .Cualquiera que quiera curar el dolor de la muerte y el de la desesperanza, que son los sufrimientos más grandes que pueda soportar el ser humano, debe para lograr su cometido, conocer quién es un ser humano, y cuál es el proceso de duelo, si los ignoramos seremos incapaces de sanar estos sufrimientos.

Durante la práctica clínica se observó las distintas actitudes del enfermero hacia la muerte en ocasiones se muestra empática, explica de acuerdo a la cultura de cada familia, ofrece palabras de consuelo, comprensión y apoyo o gestos; lo lamentable es que son muy pocas las muestras positivas ante la familia. Otras evade el contacto con la familia.

2.6 OBJETIVOS

2.6.1 GENERAL

Profundizar en el conocimiento sobre el duelo y la contención emocional en el personal de enfermería para poder ayudar, brindándoles contención emocional a pacientes y familiares que están atravesando por un proceso de duelo.

2.6.2 ESPECÍFICOS

- Describir el fenómeno de muerte y el proceso de duelo.
- Identificar los diferentes tipos de duelo en diferentes circunstancias
- Dar a conocer de qué manera una pérdida repercute en nuestra vida de manera orgánica y en nuestro alrededor.
- Describir las acciones en las que interviene el personal de enfermería para con los familiares y el paciente.
- Fomentar que la muerte de un ser querido es más un adelanto al cumplimiento de una meta.

2.7 METODOS

El método es una forma de hacer algo de manera sistemática, organizada y / o estructurada. Se refiere a una técnica o conjunto de actividades para desarrollar una tarea. En algunos casos, también se entiende lo que es método como la forma

habitual de hacer algo para una persona basada en la experiencia y las preferencias personales.

Proviene del latín *methōdus*, que a su vez deriva del griego μέθοδος. La etimología de la palabra método nos indica que proviene de un grafema griego que quiere decir «Vía», por lo que nos indica que es un camino obligatorio para hacer cualquier acto.

Si se estudian los diferentes campos de la ciencia se puede encontrar todo un trayecto empírico de creación de métodos para resolver problemas. Concepto de métodos en este caso

- **Método científico**

Representa una serie de pasos, que en el ámbito científico, son muy necesarios para la obtención de nuevos conocimientos. A través del método científico, es posible encontrar respuestas a muchas interrogantes. Respuestas que, por supuesto no se pueden obtener inmediatamente de una forma completa y pura sin haber experimentado error.

Los métodos científicos, por su alto valor educativo y de instrucción para futuras generaciones, de cualquier área, conllevan una serie de pasos para ser ejecutados, estos pueden ser varios, pero básicamente establecen parámetros de investigación para comprender el marco teórico que se deben obtener de ellos.

Este método se emplea en la recopilación de información mediante textos científicos y hechos puntuales que despierta la atención de la persona sobre dicho fenómeno.

- **Método Mayéutica**

El método Mayéutica consiste en ayudar a descubrir la verdad por sí misma. La Mayéutica era el arte donde la partera auxiliaba a la mujer a dar a luz, la madre de Sócrates, Phaenarete, fue partera. De ahí la figura que significaba como Sócrates iluminaba a los espíritus. La Mayéutica enseña a la persona a dar a luz las ideas

que ha concebido. El termino Mayéutica (del griego maieutiké: arte obstétrica) fue adoptado por Platón para expresar un aspecto particular de la enseñanza Socrática. Para Sócrates, la enseñanza no es la entrega de una verdad desde fuera, sino la iluminación operada en el discípulo por el maestro consistente en que el discípulo descubra la verdad que se halla en su intimidad y que desconocía.

Este método es de suma importancia para este fenómeno a desarrollar el cual se aplicara mediante encuestas donde habrá una relación de persona a persona para un mejor resultado y cumplir los objetivos establecidos

2.8 VARIABLES

2.8.1

Una variable refiere, en una primer instancia, a cosas que son susceptibles de ser modificadas (de variar), de cambiar en función de algún motivo determinado o indeterminado.

El término variable alude a las cosas de poca estabilidad, que en poco tiempo pueden tener fuertes alteraciones o que nunca adquieren una constancia (muy frecuentemente sucede esto con el clima, o el humor de una persona).

- Cuando existe una ética profesional y humanitaria existe una mejor relación enfermera- paciente.
- A mayor conocimiento del duelo menor dolor.
- Cuando el personal de escucha sea profesional, ayudara al familiar a salir con mayor a hincó su estado de animo

- Siempre que haya compatibilidad para con los familiares con el personal de enfermería habrá un reingreso positivo a su vida cotidiana.
- El personal de enfermería debe evitar involucrarse en los sentimientos del proceso de duelo de los familiares que han perdido un ser querido, sino que debe ayudar a que estos se sobrepongan a este estado.

2.9 ENCUESTA Y RESULTADO

“La enfermera como contención en familiares y pacientes en proceso de duelo dentro del servicio hospitalario”

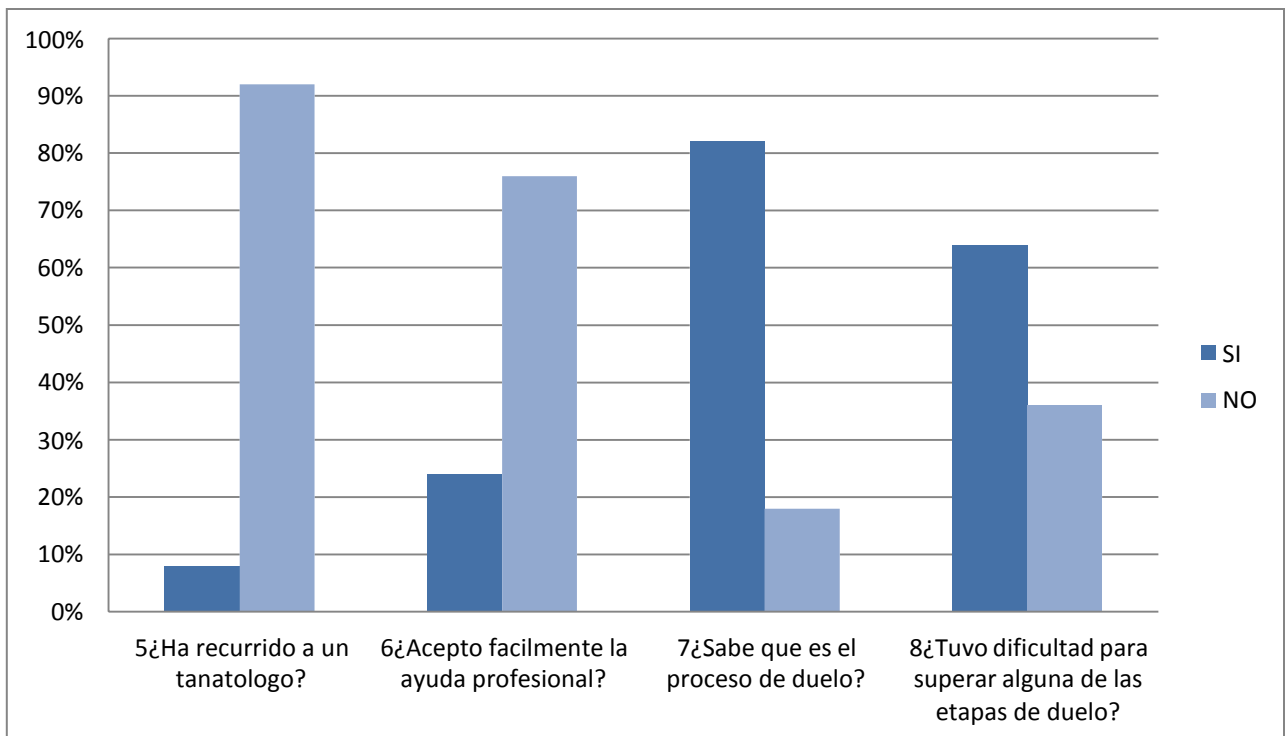
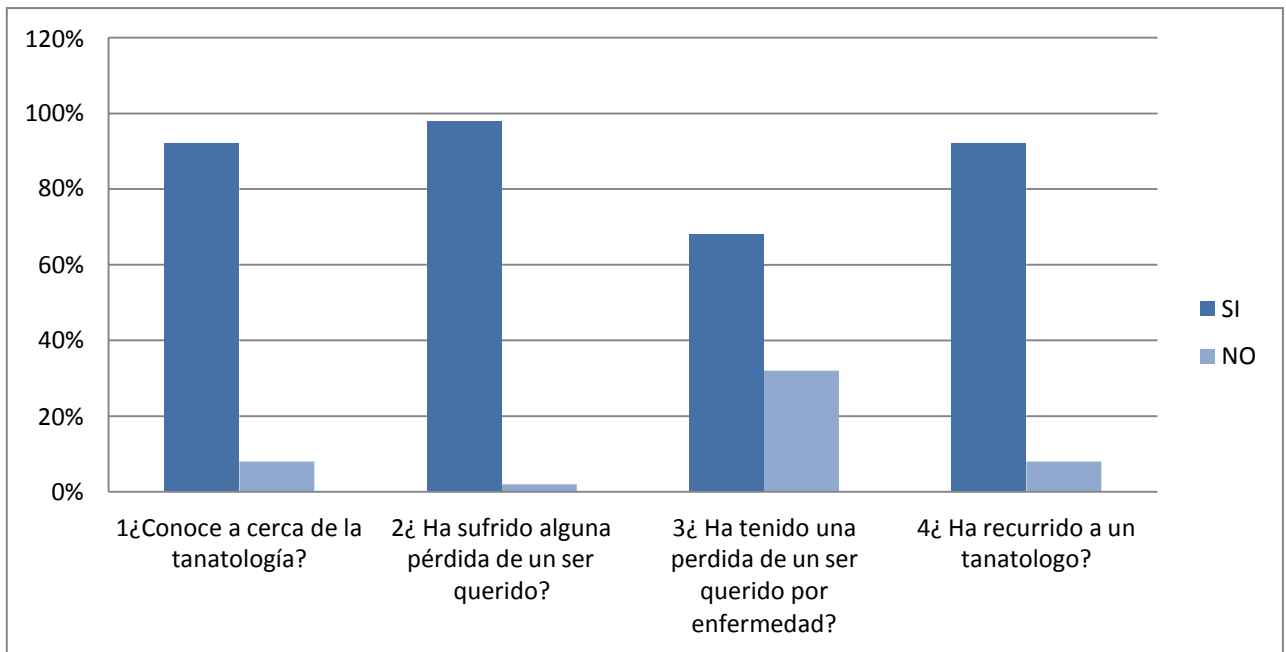
Dirigida a público en general con el fin de recabar datos sobre el conocimiento que se posee de la tanatología, señale con una (x) la respuesta que consideres correcta.

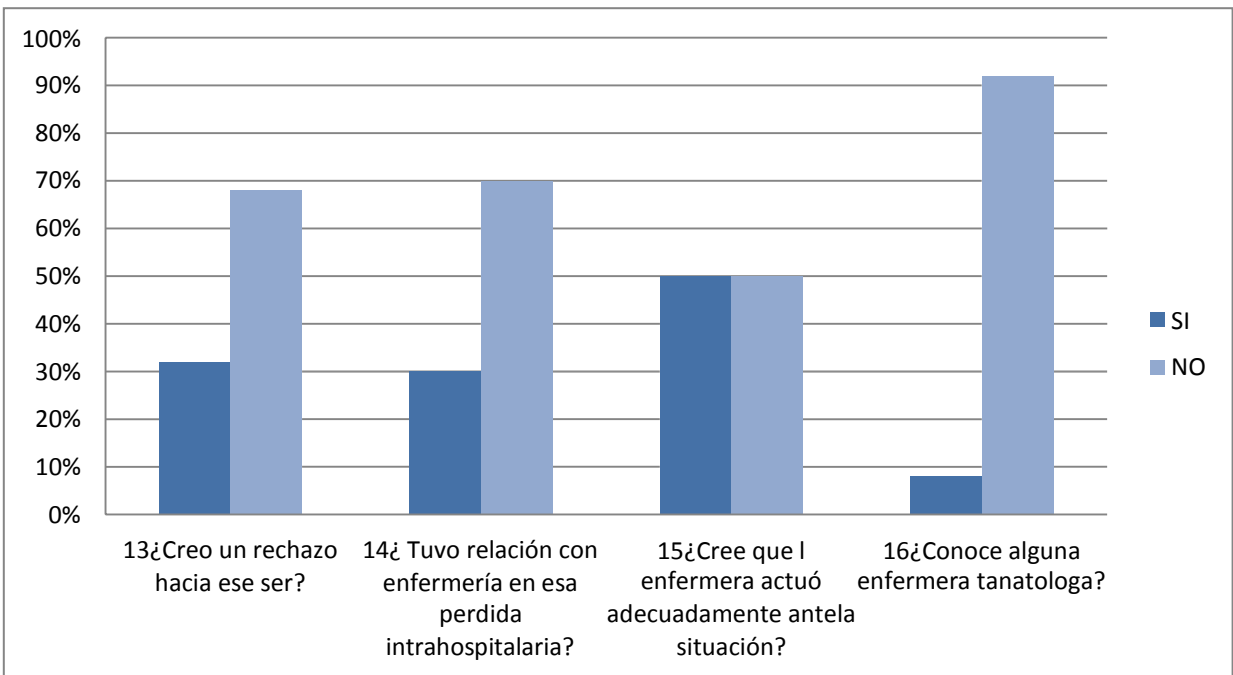
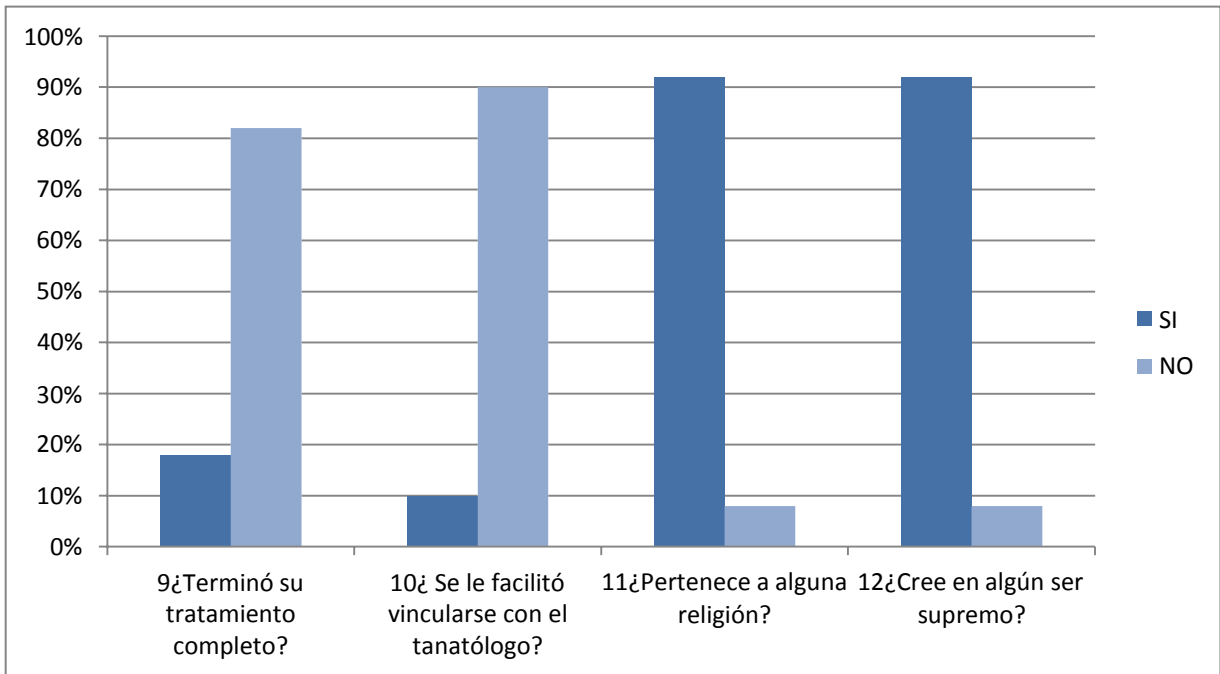
	SI	NO
1 ¿Conoce a cerca de la tanatología?	92%	8%
2¿Ha sufrido alguna perdida de un ser querido?	98%	2%
3 ¿Ha tenido una pérdida dentro de un hospital?	68%	32%
4¿Ha tenido una pérdida de un ser querido por enfermedad?	92%	8%
5¿Ha recurrido a un tanatólogo?	8%	92%
6¿Acepto fácilmente la ayuda profesional?	24%	76%
7 ¿Sabe que es el proceso de duelo?	82%	18%

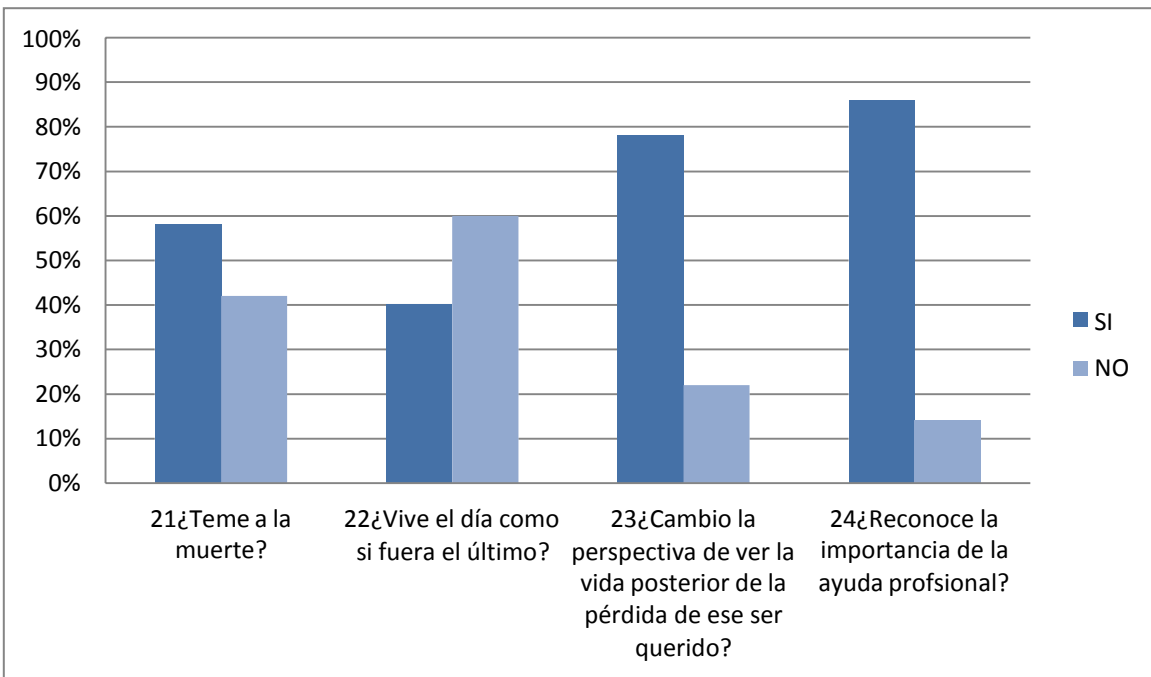
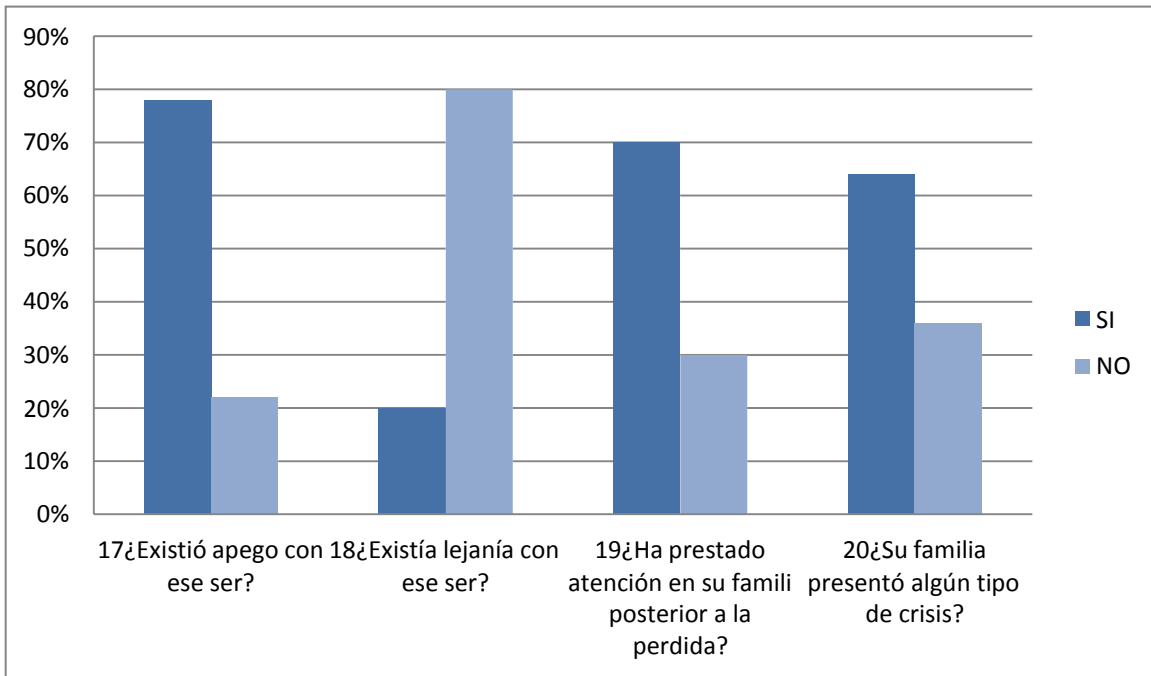
8 ¿Tuvo dificultad para superar alguna de la etapas?	64%	36%
9 ¿Terminó su tratamiento completo?	18%	82%
10 ¿Se le facilitó vincularse con el tanatólogo?	10%	90%
11 ¿Pertenece a alguna religión?	92%	8%
12 ¿Cree en algún ser supremo?	92%	8%
13 ¿Creó un rechazo hacia ese ser?	32%	68%
14 ¿Tuvo relación con Enfermería en esa pérdida intrahospitalaria	30%	70%
15 ¿Cree que la Enfermera actuó adecuadamente ante la situación?	50%	50%
16 ¿Conoce alguna enfermera tanatólogo?	8%	42%
17 ¿Existió apego con ese ser?	78%	22%
18 ¿Existía lejanía con ese ser?	20%	80%
19 ¿Ha prestado atención en su familia después de la pérdida?	70%	30%
20 ¿Su familia presentó algún tipo de crisis?	64%	36%
21 ¿Teme a la muerte?	58%	42%
22 ¿Vive el día como si fuera el ultimo?	40%	60%
23 ¿Cambió la perspectiva de ver la vida después de la pérdida de ese ser querido?	78%	22%
24 ¿Reconoce la importancia de la ayuda profesional?	86%	14%
25 ¿Se da cuenta de la importancia que tiene la religión para la superación personal posterior a la pérdida?	94%	6%
26 ¿Conoce los diferentes tipos de duelo?	38%	62%
27 ¿Sabe que es una muerte digna?	90%	10%
28 ¿Se siente preparada para la muerte?	42%	58%
29 ¿Imagina lo forma en que morirá?	48%	52%

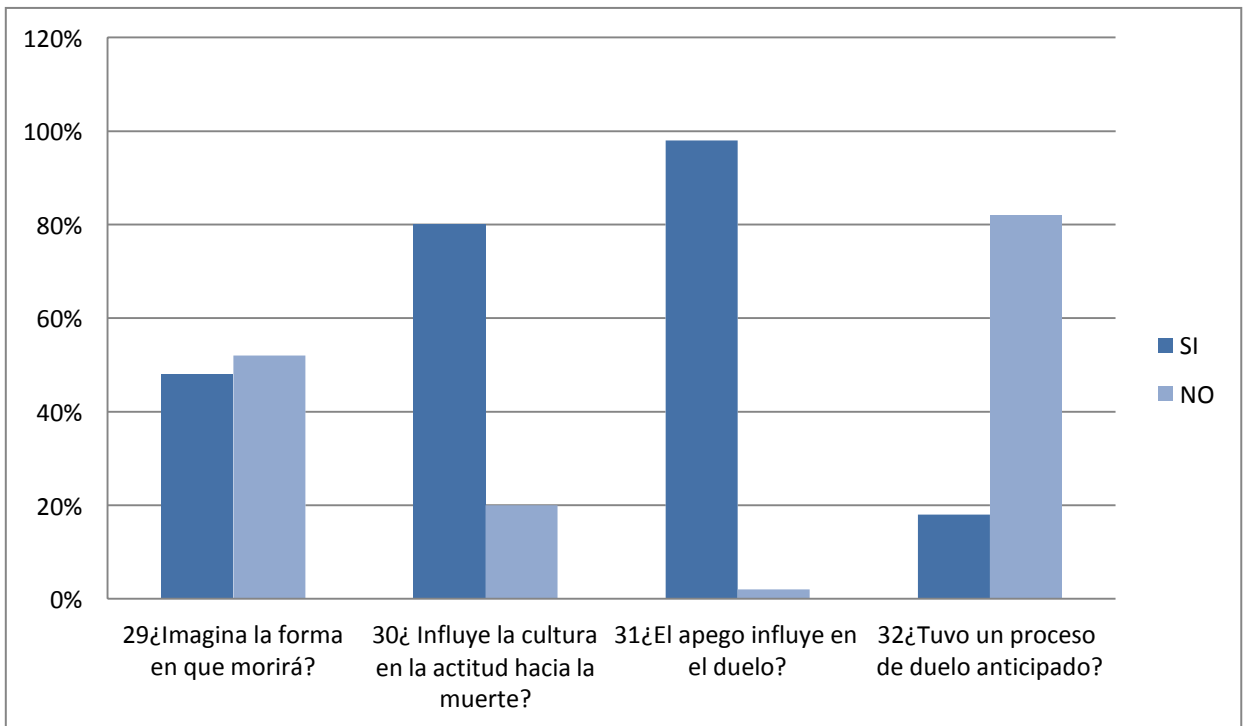
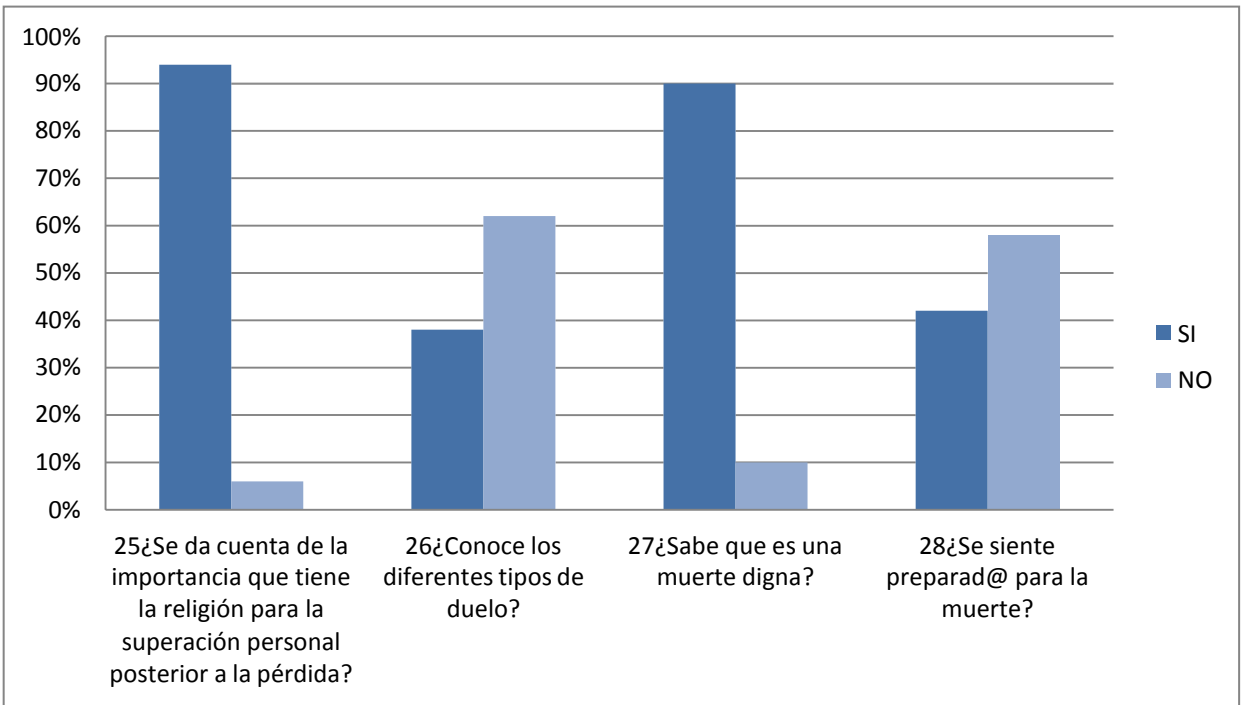
30 ¿Influye la cultura en la actitud hacia la muerte?	80%	20%
31 ¿El apego influye en el duelo?	98%	2%
32 ¿Tuvo un proceso de duelo anticipado?	18%	82%
33 ¿Llevó a cabo un proceso de duelo ante una muerte espontánea?	56%	44%
34 ¿Cree indispensable la capacitación de enfermería en tanatología?	86%	14%
35 ¿Conoce las reacciones del cuerpo ante un proceso de duelo?	60%	40%
36 ¿Puede haber una educación temprana hacia la muerte?	86%	14%
37 ¿La enfermera tuvo tacto con usted ante la muerte de su ser querido?	42%	58%
38 ¿Conoce las intervenciones que el personal de enfermería tiene ante la pérdida de un ser querido?	46%	54%
39 ¿La educación en casa ayuda a la readaptación a la vida cotidiana?	88%	12%
40 ¿La educación espiritual ayuda a la readaptación a la vida después de la pérdida?	90%	10%
41 ¿Conoce las reacciones psicológicas ante un proceso de duelo?	62%	38%
42 ¿Logra identificar sus debilidades ante la pérdida?	80%	20%
43 ¿Logra identificar sus emociones ante la pérdida?	90%	10%
44 ¿Cree que exista una experiencia significativa para su vida la pérdida de un ser querido?	85%	15%
45 ¿Cree en el reencuentro con ese ser querido posterior a la muerte?	84%	16%

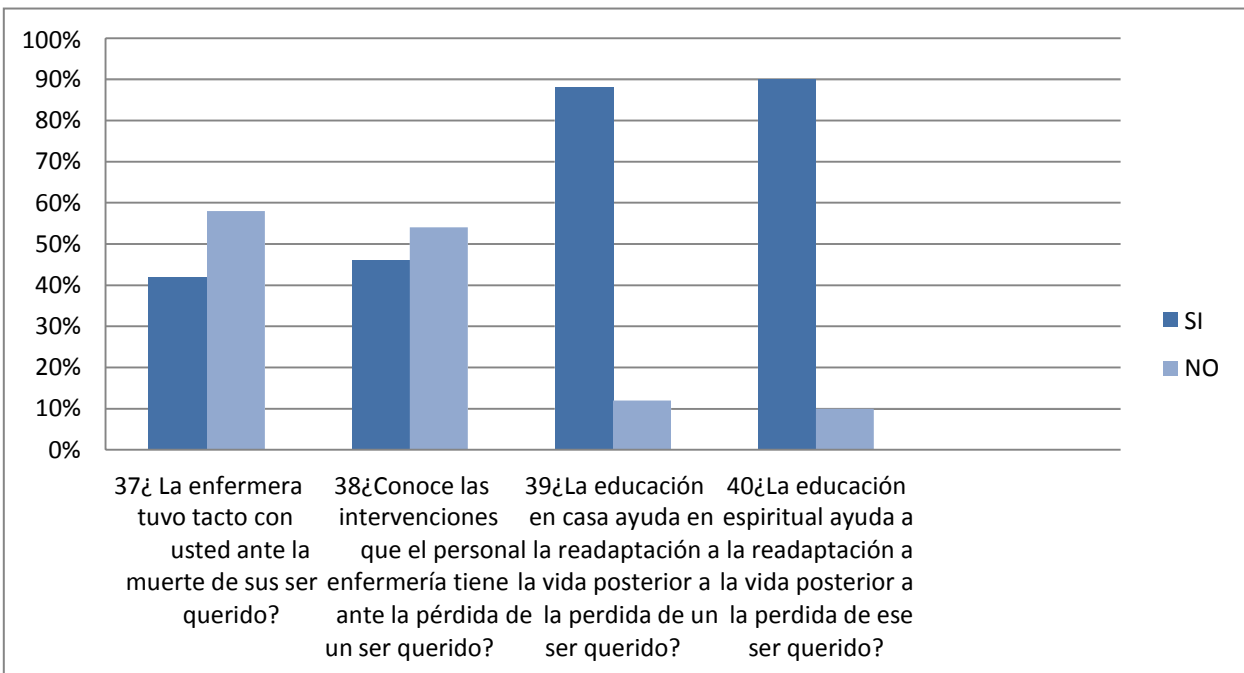
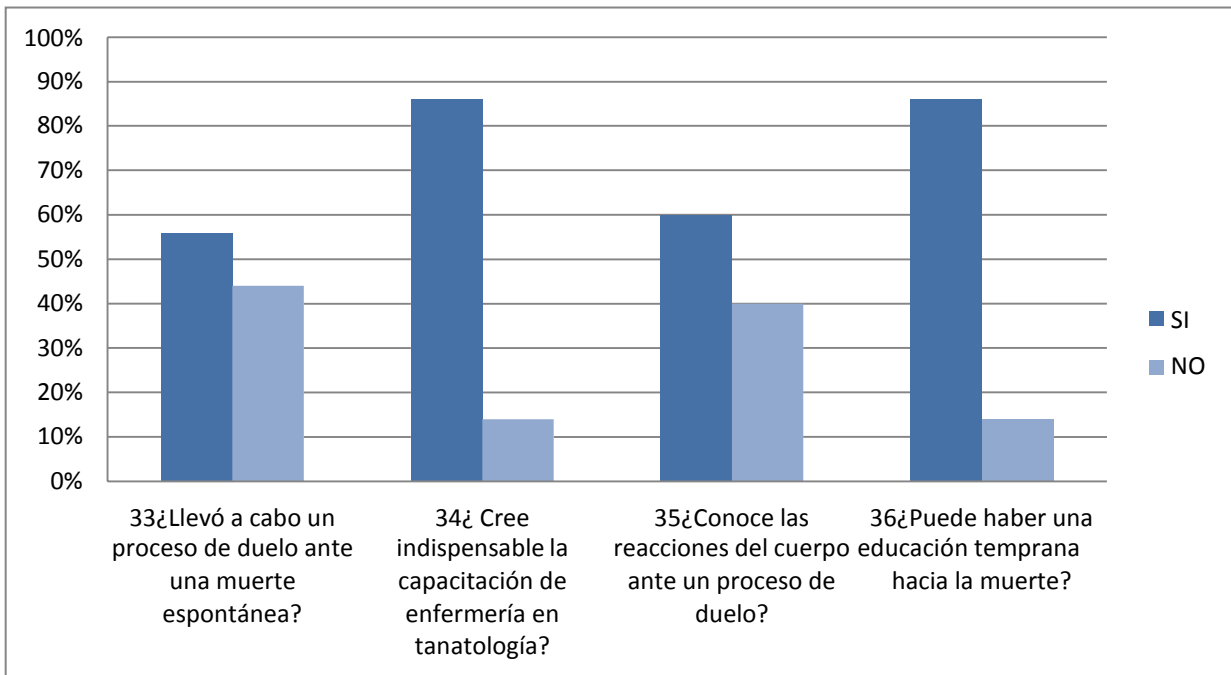
2.10 GRAFICADO

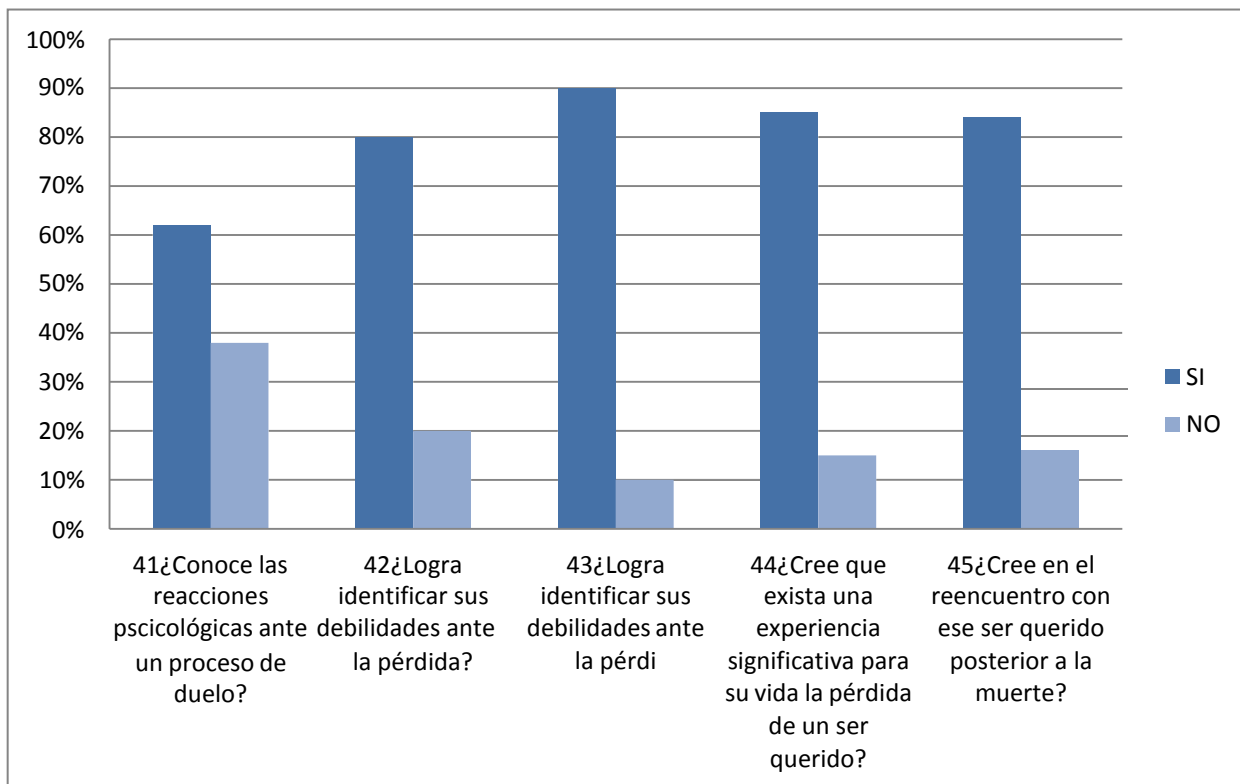












3. TANATOLOGÍA

3.1 ORIGEN DE LA TANATOLOGÍA REFERENCIA HISTÓRICA

El vocablo TANATOS deriva del griego THANATOS, y este era el nombre que se le daba a la diosa de la muerte dentro de la mitología griega. LOGOS deriva del griego LOGOS y tiene varios significados: palabra, estudio, tratado, discurso, sentido. De esta manera se llega a la definición de Tanatología como “Ciencia que se encarga de encontrar sentido al proceso de la Muerte “. (Diccionario de Religiones) Por lo que se refiere a “ Ciencia de la Muerte “ este término fue acuñado en el año 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, quien en el año 1908 recibiera el Premio Nobel de Medicina. En este momento, la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y todo lo relativo a cadáveres desde el punto de vista médico legal. En 1930 como resultado de los grandes avances de la medicina empieza un período en el que se confina la muerte en los hospitales. Ya para la década de los cincuenta esto se va generalizando cada vez más y así el cuidado de los enfermos en fase terminal es trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, dando por resultado que la sociedad de esa época “escondiera” la muerte en un afán de hacerla menos visible para que no le recordara los horrores de la guerra que acababa de terminar. Después de la década de los sesenta se realizaron estudios serios sobre todo en Inglaterra que nos muestran que la presencia de los familiares durante la muerte de un ser querido se vio disminuido a sólo 25%. Durante esa época se hace pensar a todos que la muerte es un evento sin importancia y que al ocultarla se le despojaba de su sentido trágico convirtiéndola en un hecho ordinario. Tecnificándola y programándola se le relega y se le considera un hecho insignificante.

Es importante situarnos en la historia para comprender el origen de la Tanatología. Desde la época Medieval, las órdenes religiosas eran las que proporcionaban

consuelo y atención a los enfermos graves en sus monasterios. Posteriormente se formaron los primeros Hospicios donde se aceptaban y cuidaban los enfermos graves y es hasta el siglo XIX que se formaron los primeros albergues en Francia para enfermos de cáncer.

Es importante observar que el desarrollo de la Psicología fue evolucionando con sus cuatro grandes escuelas

(Psicoanálisis, Conductual, Existencial-Humanista y Transpersonal) y de forma paralela la Tanatología ha ido incorporando muchos de estos conocimientos hasta llegar a la propuesta que se describe en toda esta investigación, la conjunción de Tanatología y Logoterapia.(Víctor Frankl). Existen desde la segunda mitad del siglo pasado un reducido número de instituciones que ofrecían asistencia a enfermos terminales, que carecían de familiares que los cuidaran, y que fueron fundadas debido al gran número de personas necesitadas que morían solas y con frecuencia en las calles. A medida que las familias se hicieron más pequeñas y más dispersas, hubo menos personas que cuidaran enfermos y moribundos. Al mismo tiempo el acceso al cuidado hospitalario se hizo más fácil y aceptable.

3.2 CONCEPTO

La Tanatología es una disciplina científica que se encarga de encontrar el sentido al proceso de la muerte, sus ritos y significado concebido como disciplina profesional, que integra a la persona como un ser biológico, psicológico, social y espiritual para vivir en plenitud y buscar su transcendencia. También se encarga de los duelos derivados de pérdidas significativas que no tengan que ver con la muerte física o enfermos terminales.

Una definición más concreta es considerarla como “el estudio de la vida que incluye a la muerte”. Del origen griego thanatos (muerte) y logos (estudio o tratado); por tanto, el objetivo de la tanatología es proporcionar ayuda profesional al paciente con una enfermedad en etapa terminal y a sus familias, o bien a una

persona que esté en viviendo algún tipo de pérdida. Dentro del estudio de la tanatología se incluyen aspectos tales como:

Ayudar a crear en las personas sistemas de creencias propios sobre la vida y la muerte, no como una fantasía o castigo sino como la aceptación de la muerte como un proceso natural.

La Tanatología entendida como el estudio o tratado sobre el proceso de la muerte y la muerte misma, es una materia que guarda relación con diversas disciplinas, tanto físicas como sociales, de ahí que se encuentra inmersa en un mundo de términos y conceptos que provienen de las diferentes ciencias naturales y sociales, con las que interactúa para lograr su desarrollo.

El avance que ha experimentado la Tanatología en los últimos años, le crea la necesidad de contar con una terminología propia que facilite su estudio y comprensión y que la haga accesible a todas las personas que les interesa conocerla.

Si partimos de la base que toda persona tiene constantes pérdidas grandes o pequeñas que le generan dolor, sufrimiento, tristeza, culpa etc., y tiene que vivir distintos duelos, desde que nace hasta momentos antes de morir, en consecuencia tiene que comprender el significado de cada duelo que experimenta y encontrarle un verdadero sentido que contribuya a superarlo y a obtener el mejor provecho para su supervivencia, esto quiere decir que cada vez será mayor el interés de las personas por conocer y aprender la Tanatología.

¿Qué sentido tiene la muerte para el ser humano?

El ser humano tiene que ser consciente de ello.

En el proceso de crecimiento del ser humano.

- Preparar a la gente para asumir cualquier tipo de pérdida.
- Educar a tratar en forma humana e inteligente a quienes están cercanos a la muerte.

- Entender la dinámica de la pena desde un punto de vista humano, donde se acentúe la importancia de las emociones.
- Uno de los puntos más importantes dentro la tanatología es el principio de Autonomía el cual le permite al individuo tomar sus propias decisiones relacionadas con el proceso de morir o de su propia vida. La dignidad de la persona se comprende sólo a través del respecto a la libertad.

Otro de los aspectos importantes dentro de la tanatología es aprender los diferentes medios por los cuales el paciente puede tener ese principio de autonomía. Por ejemplo, pueden llevarse ciertas acciones, desde la realización de testamentos (como testamento vital o jurídico), legados, responsabilidades, o voluntades anticipadas (este último se refieren a la posibilidad que legalmente se ha establecido en algunos países en cuanto a solicitar el rechazo a la prolongación de la vida por medios innecesarios en circunstancias específicas).

Con la creciente aceptación del cuidado hospitalario para las enfermedades surgió la institucionalización del nacimiento y la muerte. “Morir en un hospital, más que en la casa, se volvió la norma”.

Curar era el objetivo más importante de la medicina, por tanto, la muerte, era considerada como un fracaso. Entonces se dificultó el cuidado de los enfermos terminales en un hospital dedicado a curar y sanar.

A cambio, la muerte pasó a ser un suceso cada vez menos aceptado. Este panorama es compartido por el paciente y su familia y a menudo reforzado por médicos y enfermeras.

Por lo tanto, puede ser común que el paciente terminal y su familia sean evitados dentro del ambiente hospitalario. Por otra parte las necesidades emocionales del paciente y de quienes los cuidaban eran con frecuencia ignoradas e insatisfechas, y dada la naturaleza y, lo severo de la enfermedad, era natural ocultarle la gravedad de su situación al paciente dejándolo solo desde el punto de vista emocional.

3.3 ASPECTOS INTERDISCIPLINARIOS DE TANATOLOGÍA

Los estudios sobre la muerte no se limitan a cuestiones filosóficas sobre la vida y la muerte. Tanatología explora la psicología de los individuos, sus familias, comunidades y culturas en relación con los problemas de la muerte.

Como se mencionó anteriormente, esta ciencia se desarrolla en la encrucijada del conocimiento e incluye otras disciplinas, tanto naturales como de humanidades. El campo de estudio incluye la investigación histórica, cultural y sociológica relacionada con el problema de la muerte. La tanatología también incluye el estudio de los procesos biológicos en el cuerpo de una persona moribunda.

Para entender las formas en que las culturas modernas e históricas han tratado el tema de la muerte, se utiliza la antropología y la arqueología cultural. Los aspectos biológicos del estudio entran en juego cuando se considera lo que le sucede al cuerpo en el momento de la muerte y después. También en el campo de las ciencias biológicas viene el concepto de ética médica, en el que temas como la eutanasia y los testamentos vitales reciben mucha atención. Hay incluso una disciplina del estudio que utiliza la música como un medio para ayudar a los individuos moribundos y a sus familias. Las vigilias musicales están destinadas a calmar al moribundo, proporcionar una sensación de calma que facilita el alivio del dolor y ofrece una atmósfera relajante.

El estudio de la muerte y el morir se examina con una lente amplia e involucra muchos campos de estudio. Es importante entender los aspectos emocionales y físicos de la muerte, así como las ramificaciones individuales, sociales y culturales. Por eso el campo de la tanatología es tan importante y está en constante evolución.

El campo de la tanatología es muy amplio y, en general, está determinado por los intereses particulares y las ocupaciones profesionales de quienes participan en este estudio. Por ejemplo, desde el punto de vista científico, un médico forense, un

médico forense, un médico, una enfermera u otros profesionales de la medicina pueden estudiar tanatología para comprender mejor lo que le sucede físicamente al cuerpo humano inmediatamente después de la muerte.

Por otro lado, quienes se dedican a las ciencias sociales -como psicólogos, arqueólogos o historiadores de la cultura- podrían estudiar tanatología para comprender mejor los ritos, rituales y ceremonias que los seres humanos usan o han usado para honrar y recordar a los seres queridos que mueren desde una perspectiva individual o social/cultural.

¿Qué es un tanatólogo?

Un tanatólogo es un estudiante académico de la muerte, la muerte y el dolor y sus efectos en las personas y la sociedad. Un tanatólogo es el tipo de persona que realmente disfruta profundizar en todos estos temas. Conocen el Secreto de la Vida: que mirar a la muerte les ayuda a apreciar la vida aún más.

¿Quién se convierte en tanatólogo?

No existe un curso de estudio único o estandarizado en tanatología que atraiga a un tipo particular de persona o grupo de personas. Como se ha señalado anteriormente, la muerte, la muerte y la forma en que los seres humanos responden a la inevitabilidad de su mortalidad y hacen frente a la realidad de la pérdida pueden verse desde una amplia gama de perspectivas. Por lo tanto, los que estudian tanatología pueden incluir, entre otros:

Arqueólogos

Miembros del clero

Médicos forenses/examinadores médicos

Médicos/Médicos

Educadores

Directores/Embajadores de funerarias

Consejeros de duelo

Personal de hospicio

Profesionales de hospitales/salud mental

Enfermeras

Filósofos

Psicólogos

Trabajadores sociales

Sociólogos

Podemos ver que nuestras instituciones educativas están recibiendo cada vez más estudiantes sin vínculos familiares con la tanatología. Quieren ser tanatólogos para apoyar a las familias y es importante saber que es una profesión fuera de lo común.

En primer lugar, es importante saber que un tanatólogo tiene varias funciones. No hay que confundirlo con un tanatopractor que es un técnico licenciado en tanatología, más conocido como embalsamador.

Pero un tanatopractor también puede ser un consejero fúnebre. Estos últimos son los que reciben a las familias al morir un ser querido. Son los que no sólo aconsejan a las personas afectadas por la muerte, sino que las acompañan, las guían y las dirigen hacia los diferentes tipos de recuerdos posibles.

Un tanatólogo es ante todo una persona que conoce el dolor, que entiende cómo se siente cuando muere un ser querido. Un tanatólogo debe saber exactamente cómo se siente la persona que está delante de él, debe ayudarlo cuando lo necesite.

Ser tanatólogo requiere mucho tacto, pero también mucho profesionalismo, porque la industria funeraria tiene varias regulaciones que deben ser respetadas durante

los funerales. No se hace lo que se quiere con un difunto y no se hace lo que se quiere con la gente que le sobrevive.

En general, quien estudia tanatología desea aprender o comprender mejor la realidad de la mortalidad humana desde un punto de vista físico, psicológico o sociológico, y cómo puede afectar a la profesión que ha elegido.

Si esperábamos que el tanatólogo de ayer tuviera una presencia más bien discreta, ahora esperamos que tenga habilidades multidisciplinares.... Tendrá que tener un buen equilibrio emocional y psicológico, así como varias cualidades interpersonales, como la capacidad de trabajar con personas experimentadas y empatizar con ellas, etc. También tendrá que estar atento, atento, atento y poseer un agudo sentido de las ventas, ya que tendrá que ser capaz de guiar y asesorar a una clientela cada vez más exigente.

La formación técnica universitaria permite a los candidatos adquirir conocimientos en anatomía, psicología, patología, patología, ventas y administración, con el objetivo de prepararlos adecuadamente para las distintas profesiones relacionadas con la tanatología: administrador de funerarias, aprendiz de embalsamador, asistente de patólogo, consejero de preparativos fúnebres, asistente de director fúnebre, director de funeraria, director de servicios fúnebres, asistente de cremación, asistente de depósito de cadáveres, asistente de asistente de autopsia o apoderado de thanopractor.

Estos especialistas pueden trabajar en columbarios, cooperativas funerarias, crematorios, empresas funerarias, hospitales y universidades, o pueden trabajar para los gobiernos. Con el envejecimiento de la población, los especialistas en tanatología serán cada vez más importantes en nuestra sociedad.

Un tanatólogo no puede descuidar las emociones de sus clientes. Trabaja con estas emociones, por muy poderosas que sean.

Debido a su amplio alcance/espectro de estudio, no existe un curso educativo único o estandarizado en tanatología. En cambio, numerosos colegios,

universidades, organizaciones con y sin fines de lucro y otras empresas o instituciones ofrecen programas formales de instrucción y/o certificación.

Por ejemplo, la Association for Death Education and Counseling ofrece certificación en tanatología, al igual que el American Institute of Health Care Professionals. Sin embargo, el enfoque y los requisitos de estos dos programas varían mucho, lo que de nuevo pone de relieve tanto la naturaleza amplia de la tanatología como el hecho de que usted debe investigar las oportunidades de certificación que se centran en sus deseos y necesidades específicas, ya sea personal o profesionalmente, desde su perspectiva requiere muchos enfoques diferentes, puntos de vista de diferentes ciencias.

Para el desarrollo armonioso de la sociedad es importante entender la muerte física y emocionalmente, comprender su impacto en las personas, la sociedad y la cultura. La complejidad e importancia de este problema ha provocado el constante desarrollo de la tanatología.

3.4 OBJETIVO DE LA TERAPIA TANATOLÓGICA

Comprende el dolor ante la muerte y la desesperanza que ocasiona cualquier tipo de pérdida, tomando al hombre de manera integral en sus aspectos bio-psico-social y espiritual, cualquiera que sea la religión o credo que profese. Es el cierre de asuntos inconcluso entre ellos el de los duelos del enfermo terminal y de la familia, es ayudar al ser humano en aquello a lo que tiene derecho como algo fundamental: Morir con dignidad. con plena aceptación y paz total ayudar a los familiares del enfermo terminal a que vivan plenamente y se preparen para la muerte del ser querido y elaboren un duelo en el menor tiempo y con menor dolor posible.

El tanatólogo es el profesional capacitado para ayudar en el proceso de duelo, así como en cualquier tipo de pérdidas significativas, a la persona que muere y a aquellas que lo rodean.

Otra la finalidad del tanatólogo es procurar que al paciente o cualquier ser humano que sufra una pérdida se le trate con respeto, cariño, compasión y que conserve su dignidad hasta el último momento.

El tanatólogo debe de tener la capacidad para “ponerse en los zapatos del otro”, con respeto, confidencialidad, cordialidad, en pocas palabras con calidad humana para poder ofrecer al paciente el apoyo que él busca.

El tanatólogo entiende, conoce el tema de la muerte y ayuda brindando apoyo durante todo el proceso de muerte, en la elaboración del duelo y así lograr vivirlo de una manera positiva.

Ayudar a la persona, con todos los medios disponibles, a morir en plenitud de conciencia, es decir: con dignidad, con total aceptación de su principio de realidad y en paz interna total; reconciliada con su propia biografía.

3.5 EL SURGIMIENTO DE LA NUEVA TANATOLOGIA

Las variantes tradicionales de la tanatología se ocupan de los cadáveres. La nueva Tanatología que surgió hace más de tres décadas, se ocupa de las personas: atención a los pacientes terminales, sus familias y allegados.

Hay dos profesionales que son claves en este surgimiento: Cicely Saunders y la Doctora Elizabeth Kübler-Ross. Se entiende por” hospice” el movimiento desarrollado en 1967 por la Dra. Cicely Saunders, enfermera, en Inglaterra. Esta modalidad de trabajo sostiene que la persona que va a morir puede y debe ser

asistida para aliviar el dolor y otros síntomas físicos y psíquicos provocados por la enfermedad y sus vicisitudes.

Los hospices representan algo más que un lugar físico en donde una persona va a morir con dignidad; es también una actitud frente al paciente y su familia, que siempre toma en cuenta:

- El control del dolor y de otros síntomas que se presenten.
- La persona con enfermedad terminal es una persona, no una cosa que puede manipularse, por lo tanto es el paciente el que enfermo-terminal-644x362 participa activamente, junto con el equipo interdisciplinario de Tanatología que lo acompaña, en las decisiones fundamentales, como la continuación o no de un determinado tratamiento o el lugar donde recibirlo.
- El paciente tiene el derecho de saber el estado de su enfermedad y los tratamientos paliativos que le suministran. Esto no quiere decir que se lo abrume con información no solicitada, sino que un equipo sensible establece una buena comunicación con el paciente y su familia contestando lo que el paciente pregunta, y dicho de una forma veraz, pero teniendo en cuenta hasta donde esa persona puede tolerar esa información. Y en forma acumulativa.
- El apoyo a la familia, que es fundamental para poder ayudar a la persona con enfermedad terminal. Cada uno de los miembros de la familia reacciona con pautas individuales de acuerdo a su estructura psicológica, a la historia personal y a los vínculos con el enfermo. Algunos tratarán de sobreprotegerlo y así lo aíslan o agobian con atenciones no solicitadas; otros desaparecen con distintas justificaciones. Se hacen a veces más evidentes los sentimientos negativos (rivalidad, rencores, etc.)
- El equipo actúa ayudando en los procesos de aflicción y duelo, detectando los casos de duelos patológicos, y sugiere la terapia adecuada.

Estudio de la tanatología moderna

- Ayudar a crear en las personas sistemas de creencias propios sobre la vida y la muerte, no como una fantasía o castigo sino como la aceptación de la muerte como un proceso natural.
- Preparar a la gente para asumir la muerte propia y la de las persona cercanas. Educar a tratar en forma humana e inteligente a quienes están cercanos a la muerte.
- Entender la dinámica de la pena desde un punto de vista humano, donde se acentúe la importancia de las emociones. Uno de los puntos más importantes dentro la tanatología es el principio de Autonomía el cual le permite al individuo tomar sus propias decisiones relacionadas con el proceso de morir. La dignidad de la persona se comprende sólo a través del respecto a la libertad.

Debemos saber que aunque aparentemente se utiliza bastante la tanatología dentro de la medicina y de cierto modo los experto ayudan a las familias a superar las perdidas, no en todos los casos se pueden ayudar pues no todas las personas cooperan como se espera, pues recordemos que cada persona es un mundo y dependerá del ámbito social y familiar en el que se ha desarrollado la persona y más aún si la persona fue preparada desde niño o adolescente como por ejemplo con la muerte de una mascota como las familias de estos ayudan a la superación de esta mascota, dentro de la sociedad no hemos llevado la cultura al pie de enseñar a nuestros hijos a que vean la muerte como un proceso natural donde sin importar sexo, edad o condición social llegaremos a esta condición.

3.6 ENFERMERÍA Y LA TANATOLOGÍA

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

La tanatología es la disciplina de ayuda profesional en la que la persona es vista con enfoque holístico con capacidad de vivir en plenitud. Esta disciplina va estudiar la muerte y procesos de morir, sucesos que sin duda estarán presentes a lo largo de nuestra carrera como personal de salud.

Saber lo que es la tanatología y sobre todo saber dominar esta disciplina nos ayudara en gran manera a darle una atención holística a nuestros pacientes, para apoyarles en su proceso de duelo, pero por supuesto que antes de atender el duelo de los demás, habremos de superar nuestros propios duelos como personal de salud, ya que en varias ocasiones sin darnos cuenta cargamos con ellos y estos nos impiden trabajar

El duelo es la reacción natural ante la pérdida de un ser querido, de un objeto o un objeto significativo, pero no se manifiesta solo en adultos y jóvenes, si no en todas las personas, aunque no se manifiestan de la misma manera, es por lo tanto que se atienden de manera diferente, se les brinda un apoyo diferente dependiendo del tipo de duelo al que se esté enfrentando y el tipo de persona que se esté apoyando, ya que puede ser el duelo de un padre ante la pérdida de un hijo pequeño, que no sería lo mismo que apoyar el duelo de un niño pequeño ante la pérdida de su padre, en este caso, como personal de salud, al darle apoyo a un niño debemos de tener mucho cuidado con los términos que manejemos, con las expresiones, con el entorno en el que este, ya que si él ve una reacción de llanto y lamento en la familia esto influirá mucho en el concepto de muerte que va crear el niño, ya que actuara de la misma manera que los adultos que el observe.

Este es otro ejemplo del porque la tanatología influye en el campo de la salud, como enfermeros seremos de las primeras personas que tendrán contacto con los dolientes y es por esto que tendremos que aprender a actuar, manejar la situación de manera correcta sin perder la compostura y sin perjudicar a los demás .

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

Hay que aceptar la muerte con humildad y humanidad, para pasar del curar al aliviar. Tenemos un compromiso ético con cada uno de nuestros pacientes, el no abandonarlos y acompañar-los aliviando los síntomas adversos durante el trayecto de su enfermedad, respetando su autonomía, permitiéndoles partir rodeado de sus seres queridos en un ambiente cálido y de amor, nosotros en su compañía. La enfermera debe brindar calidad y calidez a sus pacientes permitiendo satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales como un ser humano que se encuentra en el lecho del dolor. Virginia Henderson en el año de 1966 dijo: “Ayudar al individuo sano o enfermo, en la ejecución de las actividades que contribuyen a conservar la salud o a su recuperación, a proporcionar una muerte apreciable y tranquila que, sin duda, el sujeto llevaría a cabo por sí mismo si dispusiera de las piezas necesarias y de los indispensables conocimientos, desempeñando esta función de tal manera que le ayude, además, a lograr absoluta independencia cuanto antes”

3.7 LA BIOÉTICA ANTE LA MUERTE

La Bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en los campos de las ciencias biológicas y de la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se analiza a la luz de los principios y valores morales (Enciclopedia de la Bioética del Instituto Joseph i Rose Kennedy, 1978).

Intenta dar una respuesta adecuada a la complejidad creciente en la atención sanitaria y en las políticas de salud, fundamentalmente, en la ciudadanía en general y en los profesionales de manera especial, la reflexión que debe ayudar a conocer cuáles pueden ser las mejores opciones a tomar respecto a nuestra vida en una sociedad de personas libres.

Por eso la bioética se preocupa por las cuestiones éticas involucradas en la comprensión humana de la vida. Nace por la conciencia de la necesidad de reflexión crítica sobre los conflictos éticos provocados por los avances de la ciencia de la vida y la medicina.

La bioética no defensa una actitud moral concreta ni busca ofrecer respuestas determinadas y definitivas. Huye de los posicionamientos morales extremos, pero busca una reflexión fundamentada, crítica y argumentada que se centre en la singularidad de la situación concreta.

Ciertamente, la sociedad se caracteriza por la disparidad de creencias e ideas del bien. En el ámbito de la salud, por ejemplo, surgen conflictos entre la voluntad de los pacientes y el criterio de los profesionales. La bioética no es como un protocolo que dictamina cuál de las dos actitudes es la correcta, sino que aporta unos elementos de reflexión que ayudan a analizar la situación concreta con el fin de construir la decisión más acertada. La bioética no determina cual es el bien, sino que alienta a las personas inmersas en la situación del conflicto para que lleguen a un acuerdo a través del diálogo y el respeto.

Puntos básicos

La bioética se ocupa de los conflictos éticos que se derivan de los avances de la ciencia y la medicina.

Huye de los posicionamientos morales extremos y no pretende dar respuestas determinadas y definitivas.

Ante los conflictos, pretende aportar elementos para la reflexión crítica y argumentada.

Exhorta a que las decisiones sean tomadas en un contexto de diálogo y de respeto.

3.8 MUERTE APROPIADA

Es aquella en la que hay ausencia de sufrimiento, persistencia de las relaciones significativas para el enfermo, intervalo para el dolor permisible, alivio de los conflictos restantes, creencia en la oportunidad, ejercicio de opciones y actividades factibles y comprensión de las limitaciones física, todo esto enmarcado dentro del ideal de cada ego. Una muerte con la que los familiares puedan seguir viviendo. “Weisman”Shneidman dice “Cuando hablamos de una buena muerte, implicamos que es la apropiada no solo para el que muere, sino también para los principales sobrevivientes una muerte con la que ellos puedan vivir”

La obsesión por evitar la muerte al precio que sea subyace de forma arraigada en nuestra sociedad y a veces esta nos impide tratar como es necesario el proceso de acercarnos a la misma.

La muerte nos iguala a todos pero el morir no. El morir nos diferencia y en mucho.

Algunos se retuercen en el sufrimiento, otros les llega en la absoluta soledad y otros lo hacen de forma serena e incluso relajadamente. También puede sorprendernos sin aviso alguno y quedar fulminados.

De ahí la importancia no tanto de enseñar a morir de una determinada sino de ayudar a que cada persona le llegue su mejor muerte. Esto es lo que podríamos definir como dignificar la muerte.

Y es que cerca de la muerte, la rapidez y la amplitud de los cambios del estado emocional de una persona son muy importantes.

En este sentido nos recuerda los derechos de los enfermos y de la universalización de la buena asistencia entendida no tanto como poder disponer de la mejor tecnología a disposición sino sobretodo también de respetar las propias convicciones del enfermo respecto a la muerte.

3.9 LA MUERTE Y LA ENFERMERÍA

La muerte es universal y nadie escapa de ella, sin embargo cada cultura la ha vivido y la ha asumido de diferentes formas, puede sobrevenir de manera repentina o gradual, es decir, su llegada puede preverse o ser en un momento determinado. El proceso de la muerte no se ha modificado, pero las actitudes, las creencias y las conductas que lo rodean son tan variadas como los individuos que la practican. La muerte ha pasado de ser un acontecimiento natural y social, a ser asumido como algo vergonzoso e individual, que quiere ser evitado.

Las actitudes hacia los moribundos y hacia la muerte no son ni inalterables ni accidentales, son peculiaridades de sociedades determinadas. Los padecimientos, los modos de enfermar y de morir son procesos históricos y socialmente contruidos según las condiciones de vida de los conjuntos sociales y sus modos de afrontarlos, produciendo sentidos y significaciones individuales y colectivas que se exteriorizan de diferentes formas.

La muerte es un hecho social que ha pasado a ser institucionalizado: La instauración de ella en los hospitales, ya sea por deseo de prolongar la vida o por el miedo de morir sin atención, ha alejado este acontecimiento del entorno colectivo donde era visto como un evento natural: Y entre tanta tecnología y sin alma, entre tantos objetos inanimados y casi ningún sujeto ¿cómo percibir el rasgo de humanidad en todo acto médico?.

Tanta tecnología y omnipotencia de la ciencia oculta el padecimiento humano no solo del enfermo sino del que lo atiende.

Al respecto, Eduardo Menéndez señala que en los últimos tiempos desaparecen los principales rituales de mortalidad, como parte del proceso de ocultamiento y negación de la muerte que caracterizaría a la sociedad occidental.

Muerte y enfermera según:

- Grimberg (1992)

El profesional de enfermería no queda al margen de estos rituales de evitación y reducción de la muerte a enfermedad, percibiendo el fallecimiento del paciente como un fracaso de sus acciones y esfuerzos terapéuticos por salvar una vida. (7)

- Comelles; Perdiguero (2000).

El personal de enfermería es un sujeto que siente y padece, atravesado por representaciones sociales y por sus saberes no pueden ser negados ni separados de las prácticas. El “decidir si se deja morir o se intenta que viva se basa en la experiencia del clínico, en sus creencias, en consideraciones sociales, en la percepción de su red social”

- Teoría de muerte según Templer:

Esta teoría señala que las actitudes ante la muerte está también muy íntimamente relacionada con la historia personal y cultural y con nuestros estilos de afrontamiento ante las separaciones y cambios (eventos muy unidos a nuestros miedos y ansiedades) de las actitudes ante la muerte que una persona presenta son fruto de una serie de experiencias personales e íntimas que cada uno de nosotros hemos tenido a lo largo de nuestra vida. La teoría de Templer, señala además que ante la muerte la persona experimenta:

- Miedo a la muerte.

Como una emoción caracterizada por una intensa sensación, habitualmente desagradable, provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado, en este caso la muerte. El miedo hacia la muerte se presenta principalmente ante: hacia la separación familiar, al proceso de morir, a la muerte de algún familiar.- Evitación de la muerte.- Consiste en tratar de evitar las propias experiencias internas relacionadas con la muerte, la evitación aporta alivio a corto plazo pero ocasiona perjuicio en la persona a largo plazo. Se manifiesta a través de: evitación en el pensamiento y evitación en la comunicación.

- Consentimiento de la muerte.

Encaminada a tolerar una situación en este caso la muerte. Se puede convivir con esa situación desagradable sin que eso cause un malestar exagerado, pero a pesar de vivir bajo una circunstancia que no nos gusta, se logra centrar el interés y el foco de atención hacia otras áreas. Encontramos tres tipos de consentimiento ante la muerte: neutral, escape y bienestar.

4. DUELO

4.1 CONCEPTO

El duelo es el proceso que experimenta una persona al perder a un ser querido con el cual tuvo un apego importante y básico en su historia de vida; es decir, el duelo es un proceso que experimentan las personas para adaptarse a la pérdida de un ser querido que culmina mediante la elaboración integral de los cambios que conlleva. A lo largo de este trabajo nos referimos específicamente a la pérdida de un ser querido, cuando es por muerte. Es la respuesta normal y saludable de una persona ante una pérdida. Describe las emociones que se sienten cuando pierde a alguien o algo importante para usted.

Las personas hacen el duelo por muchas razones diferentes, que incluyen:

- La muerte de un ser querido, incluidas las mascotas.
- Un divorcio o cambios en una relación, incluidas amistades.
- Cambios en su salud o la salud de un ser querido.
- La pérdida de un trabajo o cambios en la seguridad financiera.
- Los cambios en su estilo de vida, como por ejemplo durante la jubilación o cuando se muda a un nuevo lugar.

4.2 TIPOS DE DUELO

Duelo normal y complicado.

La palabra “Duelo” tiene su raíz etimológica en la palabra latina DOLOS, que significa “sentir un profundo dolor”(Oscar Tovar); cuando nos encontramos con catástrofes nos pueden ocasionar diversos sentimientos ante las pérdidas. Es diferente lo que llegamos a sentir cuando una persona muy cercana a nosotros muere, en ambos casos llegamos a vivir un duelo pero el experimentarlo de una manera personal implica un proceso mucho más complejo por el tipo de cercanía, relación afectiva, nuestras creencias, la cultura, de acuerdo a nuestras experiencias previas, la educación que hemos recibido en familia y en la sociedad y nuestra personalidad dándole así a cada muerte un significado distinto según cada persona. Y para efectos de esta

lectura a continuación plantearemos dos tipos de duelos; el normal y el complicado

- El duelo normal.

Como hemos mencionado anteriormente, es importante tomar en cuenta que el duelo es en sí mismo un proceso que en su momento nos puede hacer perder el equilibrio después de perder a un ser querido. Sin embargo, es importante darse el tiempo necesario para asimilarlo y se pueda restaurar el funcionamiento parcial o total e integrarlo a su vida cotidiana, de tal manera que se pueda aprender a vivir sin el ser querido; o bien, mirar su muerte de manera distinta y sin que le cause tanto dolor o incluso sufrimiento. Es importante señalar en este apartado que hay un curso normal que sigue al “duelo” y que podríamos decir que, de acuerdo a determinadas características; que por supuesto depende de cada caso, el duelo toma un curso “sano o normal”. Lo anterior se refiere a un amplio rango de sentimientos y conductas que son normales ante una pérdida significativa.

- El duelo complicado.

Así como hay factores, sentimientos y conductas que incluyen o son parte de un proceso de duelo normal, hay otras características que nos pueden ayudar a comprender si estamos viviendo un duelo complicado y a continuación trataremos de presentar.

El primero de ellos es el “tipo de relación “que se tiene con el fallecido; pues ésta tiene que ver con el enojo o culpa, ya que en ocasiones la persona puede llegar a sentir que una parte de ella se fue con esa persona o con esa muerte; a veces se pueden revivir otras heridas o inclusive otras pérdidas que también pudieron haber costado trabajo enfrentar. Puede resultar complicado, ya que, entre mayor hubo dependencia del individuo hacia esa

persona, mayor dificultad tendrá para vivir ahora sin ella. Recuerda que quizá te cueste trabajo, pero el aprender a vivir sin esa persona es también un proceso y de ser necesario es importante buscar apoyo profesional; pero, saber que contamos con alguien más; es primordial.

Otro factor importante que hace complicado un duelo tiene que ver con “las circunstancias en que murió” y el sufrimiento que generó; esto hace más complicado y/o desgastante el proceso. Puede haber tanto dolor hasta el punto de bloquearse por completo e inclusive tener la creencia que nosotros tenemos que ser los más fuertes para apoyar a alguien más o incluso a todos los demás integrantes de la familia. Imagina lo complicado que es vivir con nuestro propio dolor y también con el dolor de los demás.

En este sentido es importante que aprendas a lidiar con tu dolor; así como preocuparte y ocuparte en tu propio dolor para recuperar las fortalezas que necesitas para recuperarte tú luego entonces tener las herramientas y sobre todo, la fuerza para poder apoyar a los demás. Esto implica el amor hacia ti y en la medida en que aprendas a cuidarte a ti mismo, podrás cuidar con el mismo amor y dedicación a los demás. Otro aspecto importante que puede hacer complicado un duelo es “la personalidad y la capacidad que tiene cada persona para afrontar el malestar emocional”.

Así como hay personas que tienen facilidad para enfrentar estas circunstancias; hay personas que les cuesta mayor trabajo e inclusive evitan sus sentimientos. Por lo anterior es importante el autoconocimiento, saber cuáles son tú fortalezas o debilidades; tomar tú tiempo para reflexionar sobre cómo eres como persona y clarificar cómo te estas sintiendo ante esta situación, pues entre mayor y mejor conozcas tus fortalezas puedes confiar en que saldrás adelante. Pregúntate cómo has hecho para enfrentar situaciones difíciles. Quizá también con quiénes te sientes apoyado, reformular planes de vida etcétera.

4.3 FASE DEL DUELO

De acuerdo a las aportaciones de la (Dra. Kubler Ross) que ha realizado sobre el tema menciona que cuando se vive un duelo, y aunque cada persona es un ser único finalmente cuando se tiene una pérdida pasamos por una serie de etapas que fluctúan y que no pasan de forma ordenada que a continuación intentaremos explicar.

- Negación.

Se refiere generalmente al momento en el que se recibe la noticia por ello la gran importancia de dar la noticia con el mayor de los cuidados, responsabilidad, diciendo la realidad de la situación, de una manera amable y empática ya que esto dependerá que a la persona pueda entenderlo de mejor manera o a negarse y complicar aún más el duelo. Y aunque es normal en un principio tener negación el proceso sigue.

- Ira.

En cuanto empezamos a reconocer la pérdida en ocasiones podemos sentirnos enojados en distintos niveles según la persona y hacia distintas personas que consideramos responsables de la pérdida, ejemplo: un médico, una enfermera, un ladrón, algún familiar, dios e incluso a la persona que murió.

- Negociación.

En esta etapa normalmente ofrecemos hacer o dejar de realizar algo a cambio de la recuperación de aquello que perdimos; aunque eso sea imposible.

- Depresión.

Esta pudiera ser de las etapas más difíciles y complicadas, sin embargo en ella van implícitas distintas manifestaciones y probablemente comienza el entendimiento de la pérdida.

- Aceptación.

Es esta comenzamos a aceptar la pérdida de tal manera que nos ayuden al proceso de adaptación y a funcionar en la vida con nosotros mismos y en nuestro entorno partir de la pérdida. Cuando ocurre una pérdida dos o más personas reaccionan y lo asimilan de distinta manera o con las herramientas que creen que los ayudarán ante esta misma, ya que en cada pérdida existen diferentes circunstancias que influyen en las personas relacionadas con la misma, y es importante reconocer lo qué nos sucede y aceptar que tal vez no es malo sentir determinados sentimientos; sin embargo, no todas las decisiones nos ayudan a superarlas, a entenderlas y a vivirlas de manera funcional en nuestras vidas, por ello ante una pérdida importante podrían presentarse algunos posibles efectos como los que presentaremos a continuación.

4.4 DUELO POR MUERTE

Desde la teoría del apego. Para entender un poco mejor el impacto ante una pérdida, vale la pena mencionar las contribuciones que hizo Bowlby desde su teoría del apego, aunque hay autores que no coinciden con esta teoría, nosotros creemos pertinente mencionarla, ya que desde este enfoque podemos comprender mejor de qué manera un duelo se vive y cuán doloroso llega a ser. Según la tesis de Bowlby retomando lo que mencionamos anteriormente "los apegos provienen de la necesidad que se tiene de protección y seguridad, se desarrollan en una edad temprana, se dirigen hacia personas específicas y tienden a perdurar a lo largo de gran parte del ciclo vital" esto sucede en algunas especies animales, los apegos surgen para buscar seguridad y protección; además nos preparan para ser independientes en el exterior al llegar a la vida adulta. Con el ser humano

sucede algo similar, sin embargo los animales al no llegar a generar “sentimientos desarrollados”, aunque experimentan ansiedad, les es más fácil llegar a su independencia y el ser humano al generar vínculos más estrechos con estas figuras de apego al desprenderse de ellas se ven amenazadas y su respuesta es de intensa ansiedad y profundo desamparo. Cuando la persona confía en sí misma y se considera capaz de sobresalir ante las adversidades (confianza básica, según Erickson); es más viable que pueda asimilar las pérdidas.

En cambio cuanto mayor sea el apego ante la separación o pérdida, las reacciones serán más difíciles y complicadas de superar; sin embargo, también es posible que el ser humano reestructure su vida y pueda reestructurar también la relación con ese objeto y/o persona; por lo anterior podemos decir que la confianza que tenemos en nosotros mismos es un factor importante para sobrellevar el proceso de duelo, entre más tengamos conciencia de los recursos internos que tenemos mayor es la esperanza de salir adelante y reestructurar de manera adecuada el dicho proceso; sin dejar de lado los factores externos ya que el medio en el cual nos desarrollamos serán un apoyo importante para continuar viviendo con esas pérdidas.

Respecto a el dolor que se experimenta por la muerte de un ser querido, es importante mencionar que esta se encuentra relacionada con las circunstancias en que se da la muerte, para lo cual mencionamos que cronoteratológicamente las englobaremos en 3 tipos de muerte.

4.4 TIPO DE MUERTE

- Muerte natural.

Este tipo de muerte se produce cuando la persona enferma, o tiene algún padecimiento, en el cual ya no vuelve a recuperar su salud. En este tipo de muerte, el proceso puede ser desgastante para la familia y

para la persona enferma ya que puede ser un proceso complicado; sin embargo, en el mismo proceso las personas involucradas pueden vivir el proceso y asimilar que dicha persona tiene la certeza de la muerte de su ser querido; cosa contraria a los otros tipos de muerte.

- Muerte súbita.

Este tipo de muerte, consideramos que es uno de los más difíciles de enfrentar, ya que se da de manera inesperada; produciéndose cuando la persona se encuentra en aparente estado de salud, las principales causas son por accidentes de tránsito. En estos casos, además de la muerte repentina, las familias se enfrentan con la forma en que se les da la noticia (creemos que este aspecto es de suma importancia para vivir el proceso de duelo), lo cual en un momento dado puede facilitar u obstaculizar el proceso.

- Muerte violenta.

Esta se produce cuando hay lesiones, mortal por sí misma, por consecuencia o complicación de los órganos. Este tipo de muerte ocurre de manera accidental, por riña o inclusive intencional. Con lo anterior cabe señalar que, el tipo de muerte tiene que ver directamente con la manera en que se puede enfrentar un duelo. Aunque además del tipo de muerte y el dolor ante la pérdida también tiene que ver con factores sociales como: Edad, sexo, posición social, lugar que ocupaba en la familia, cultura, situación económica y características propias de cada familia; así como las creencias de la muerte que tengan en la misma.

4.5 REACCIONES ANTE EL PROCESO DE DUELO EMOCIONALES

- Conmoción o shock

Usualmente sucede en el momento de enterarnos de la noticia de la pérdida o de alguna situación inesperada como el conocer el diagnóstico de alguna

enfermedad, la muerte de un ser querido que aunque en ocasiones ya es esperada por alguna enfermedad siempre estarán implícitas nuestras emociones y la esperanza de que pudiera vivir un poco de más tiempo nuestro ser querido.

- Llanto:

Es una de las primeras reacciones que se experimenta al saber que un ser querido ha muerto, este funciona como estimulación del complejo neurológico, responsable del procesamiento de la información, para promover una asimilación o acomodación de la información, que incluye la asignación de nuevos significados, la organización de nuevos esquemas mentales y en definitiva la posibilidad de reestructuración interna del mundo de creencias que constituyen la identidad de cada persona.

- Tristeza:

Es la más común que encontramos en personas en duelo, aunque algunas personas le temen a este sentimiento, pues tratan de evitar sentirse vulnerables hacia otras personas, o inclusive temen que la tristeza los invada y no saber qué hacer ante ella. A veces esa tristeza es todo el tiempo durante los siguientes días o hay personas que sólo se sienten así por las noches. El llanto por ejemplo, puede ser un indicador de la tristeza, sólo recuerda que si evitas este sentimiento puede convertirse en un duelo complicado. Es mejor permitirse expresar este sentimiento, ya sea sólo o acompañado; ya que, en la medida que lo expreses tu dolor sanará de una mejor manera. Es importante aclarar que dentro de las funciones básicas de la tristeza en ocasiones es aislarse para hacer un análisis y a su vez una introspección acerca de lo sucedido. Así que no te preocupes tomate tú tiempo.

- El enfado o enojo:

El enfado también es otra manifestación que con frecuencia se experimenta durante un duelo normal, a veces hay enojo por sentirse estresado, otras veces porque se puede sentir que nadie comprende el dolor que el doliente siente;

incluso puede haber enojo con el fallecido por habernos dejado, con el personal médico etc. Cualquiera que sea la razón, el enfado es natural y por principio de cuentas es darnos el permiso de reconocerlo en nosotros. Pues este puede provenir de dos circunstancias: una de ellas es la frustración que se siente por no haber podido evitar la muerte del ser querido y la segunda, puede ser porque ante la pérdida no se sabe cómo será la vida sin ese ser tan querido, la persona puede experimentar una sensación de desamparo.

A veces este enojo se desplaza hacia los demás sin que ellos hayan tenido nada que ver con lo sucedido. Se culpa al médico, familiares, funeraria, amigos, ten cuidado de evitar que pase del enojo a la agresión hacia a ti mismo o hacia los demás. Queremos que sepas que lo más peligroso de esto es el enojo hacia sí mismo; pues el sufrimiento puede ser mayor y desencadenar por ejemplo; en enfermedades físicas, lo cual implica otras cuestiones de salud con mayores riesgos para la persona que lo experimenta. Por ello, es importante hablar sobre cómo te sientes y permitirte que alguien que tú consideres importante o en quien confíes se acerque para apoyarte y escucharte.

Recuerda que el buscar explicaciones sólo generara más angustia y te hará mayor daño si te retraes en ti mismo.

- Culpa o auto reproche:

Ante una pérdida algunas personas que se quedan en determinado momento tienden a sentirse culpables o con auto reproches por no haber visto más opciones, otras opiniones en el caso de una enfermedad, por su creencia de no haber dedicado más tiempo a esa persona, sin embargo estos sentimientos vienen acompañados de un gran dolor por la pérdida y en ocasiones es importante recordar y observar la realidad que viven en esos momentos tanto ellos, como la persona que falleció, sin buscar culpables sino expresarse, asimilar y tomar aprendizajes de lo vivido.

- Liberación:

No todos los sentimientos son negativos. A veces cuando ocurre una pérdida hay una sensación de libertad. Esto suele suceder cuando el ser querido ha llevado un largo tiempo enfermo o sufriendo, los familiares y la gente que lo cuida directamente, llevan un proceso de desgaste físico y emocional, y aunque hay personas que experimentan culpa por sentirse liberados, o en ocasiones la gente que los rodea los critica por verlos tan tranquilos, esto puede ser normal, ya que cuando su ser querido muere, también ellos descansan y experimentan cierta liberación en un sentido emocional, económico, de cuidados etcétera. Tranquilo, es normal que te sientas así, después de tanta tensión.

- Insensibilidad:

Ausencia de emoción (la insensibilidad en realidad puede protegerle de una avalancha de emociones que ocurren todas a la vez). Aunque parezca raro, la ausencia de emociones también suele ser experimentada por algunas personas, pues con el propósito de no verse o sentirse vulnerables, se bloquean y pareciera que no les afecta lo sucedido. Esto puede ocasionar consecuencias posteriores como prolongar el proceso de duelo, que se convierta en un duelo complicado o incluso enfermedades físicas, como consecuencia de no expresar sus emociones, recuerda que el cuerpo es muy sabio y en ocasiones expresa lo que no se puede poner en palabras, por medio de enfermedades. Por otro lado, hay personas que pareciera que no expresan su dolor, sin embargo; en ocasiones son las personas que tienen o asumen la responsabilidad de arreglar todos los trámites funerarios, de tal manera que con lo saturados que se encuentran por los trámites, no se dan el tiempo para vivir su dolor, esto puede ser positivo, ya que tienen que tomar decisiones y organizar, de tal manera que si se centraran en sus emociones, no podrían hacerlo. Sugerimos que tomen el tiempo necesario para centrar su atención en sí mismos cuando lo sientan conveniente, ya que también necesitan tiempo y vivir su proceso.

- Alivio:

Puede experimentarse especialmente después de que alguien muere tras una enfermedad larga o dolorosa o si su relación con el fallecido era problemática). Alegría o alivio, también puede expresarse por momentos durante el duelo o es una manera de saber que se está saliendo del mismo. Es reestructurar de nuevo el derecho que se tiene a ser feliz y que la vida vuelve a recobrar sentido a pesar de esa muerte tan dolorosa, dejando a un lado todos los pensamientos, sentimientos y conductas que son propias del duelo. Normalmente los cambios favorables en la vida generan alegría o alivio, pero también pueden acompañarse o combinarse con sentimientos de dolor porque se llega pensar que no es correcto y no se permiten sentirlos. Pero lo cierto es que tampoco es malo sentirlo, simplemente las emociones juegan un papel importante ante un duelo y lo más sano expresarlas ya que esto nos contribuye en el proceso de aceptación. Para algunos es difícil aceptarlo; sin embargo, algunas veces la muerte de un ser querido puede generar un poco de alegría o alivio, sobre todo cuando quien murió padeció una larga enfermedad o en sus últimos momentos sufrió o bien cuando la relación que se tenía con aquella persona era discrepante, desagradable o conflictiva. Porque bien es cierto que la muerte de la persona traerá muchos cambios en la familia, como persona, en la economía, etcétera; dependiendo de la vivencia y la cercanía para los que convivían con esa persona o los que se encargaban de sus cuidados serán sus respectivas reacciones.

- Ambivalencia:

Ante una importante pérdida sin duda habrá cambios importantes en nosotros y en nuestra vida, es posible que tengamos sentimientos contradictorios, sentir alivio por que la persona que falleció dejó de sufrir, pero sentirse triste por su muerte, sentirse alegre de tener tiempo para sí mismo, pero sentirse triste por la persona ausente que ya no necesitará de sus cuidados, etcétera.

4.6 REACCIONES CONDUCTUALES

- Dificultades en los hábitos de sueño:

Después de enfrentarse a la muerte de un ser querido, es lógico tener este tipo de problemas o variaciones en cuanto a las necesidades o hábitos de sueño, ya que por cansancio o por estar sumergidos en el dolor constante no se consigue descansar adecuadamente o teniendo un sueño reparador. Inclusive hay gente que puede tener pesadillas que tienen que ver con la pérdida o con la ausencia del fallecido.

- Hábitos de alimentación:

En ocasiones los hábitos de alimentación cambian ya sea en cantidad o en frecuencia; las personas tienden a sumirse tanto en la tristeza que las invaden y dejan de comer de manera habitual; o bien, se pasan del otro lado y tienden a comer demasiado debido a la ansiedad que les produce la ausencia de su ser querido. En ambos casos la alimentación inadecuada puede traer problemas de salud importantes y aunque esto puede ser temporal, es importante estar atento en estas cuestiones y la prolongación excesiva de las mismas

- Dificultades para concentrarse:

Alas personas les puede causar dificultad para concentrarse en labores cotidianas, esto puede ser lógico debido a que por el cansancio o la tristeza e incluso por estar pensando en su ser querido pareciera que están ausentes o tienen dificultad para centrar su atención en algo que aparentemente les interesa. Inclusive si cambian sus hábitos de sueño, por el mismo desgaste, les es difícil poner atención a sus labores cotidianas.

- Pérdida de interés:

Esta conducta tiene que ver con la pérdida de satisfacción en las labores cotidianas. Después de que se pierde a un ser querido, las personas pueden llegar a sentir que no realizarán sus actividades con el mismo interés que antes.

También puede haber pérdida de interés en las relaciones sociales, las personas tienden a retraerse y en ocasiones pierden el deseo de salir, divertirse o incluso hay pérdida de interés para hablar con alguien más; o cuando lo hacen, su único tema de conversación es para hablar del difunto o recordar sus experiencias vividas con él.

- Soledad:

Posterior a una pérdida es normal que se busquen momentos de soledad, aunque a veces para los demás les cuesta trabajo respetar, esto le permite a las personas, acomodar y aclarar sus pensamientos y emociones o también pueden sentir que aunque estén rodeados de gente que los quiere, tengan la sensación de soledad, donde será prudente permitirse y permitirles, el aislamiento, ya que esto a veces es una necesidad y a su vez, algo normal dentro del proceso de duelo.

- Soñar con el difunto:

Estas experiencias también se pueden darse después de la muerte de un ser querido ya que avece se extraña tanto a esa persona que se puede soñar con él, dependiendo de esos sueños es que puede ser la reacción del deudo. Por ejemplo: si lo sueña triste se preocupa y piensa que está sufriendo o que no quería morir etc. Por el contrario, si tiene sueños tranquilos, pueden fantasear que se encuentran bien, tranquilos y esto puede reconfortar mucho al doliente. De cualquier manera los sueños dependen de la experiencia de cada persona y la manera en como los integre a su proceso de duelo.

- Evitar cosas que nos recuerden al difunto:

Hay personas para las que no es fácil hacer contacto con sus emociones o en ocasiones tiene que ver con el sistema educativo en el cual se han desarrollado, el caso es que a veces prefieren evitar el dolor y hacen lo imposible por evitar el contacto con el mismo. Por lo cual, en la medida de lo posible evitan cualquier cosa que les recuerde al difunto. Por ejemplo: realizan rituales funerarios muy breves o incluso pueden no realizarlos, también hay personas que optan por

deshacerse de las pertenencias del difunto de manera rápida. Aquí lo importante es que cada persona tome el tiempo que necesiten y sobre todo reconozca y manifieste de la mejor manera sus emociones, ya que esto contribuirá a llevar su proceso lo más sano posible

- Buscar y llamar por su nombre a la persona fallecida:

Esta conducta es parte natural del proceso, ya que en ocasiones por la resistencia a aceptarla muerte, suele llamársele al difunto con la esperanza de verlo de nuevo, de intentar creer que lo ocurrido fue un sueño, etc. Inclusive hay gente que entabla diálogos como si el difunto estuviera presente y le piden consejos e incluso le dan explicaciones de lo ocurrido, esto depende de cada caso o de la experiencia de cada persona.

- Suspirar:

Esto suele ocurrir, en ocasiones, por emociones que están contenidas y no logran expresarse por alguna razón o bien porque a veces las personas lloran tanto que al final solo repiten suspiros.

- Visitar lugares o llevar objetos que le recuerdan a la persona fallecida:

Respecto a esta conducta, hay personas que en el proceso de duelo acostumbra guardar los objetos del fallecido hasta tal punto de no compartirlos con alguien guardándolos celosamente.

A veces el llevar objetos del difunto los hace sentir seguros o de alguna manera en contacto con su ser querido. Hay personas que también visitan los lugares que para el fallecido eran agradables, ya que de esa manera pueden recordar los momentos agradables que pasaron juntos e inclusive piensan que es una forma de continuar en contacto con ese ser tan querido y tan significativo. Los puntos antes mencionados son conductas que pueden presentarse en el proceso de duelo, en su mayoría las presentan las personas en duelo, aunque por supuesto cada persona lo vive de acuerdo a su experiencia, de igual manera puede que se experimenten solo algunos de ellos.

4.7 REACCIONES COGNITIVAS O DE PENSAMIENTO

- Incredulidad, pensar que la pérdida no ocurrió:

Estos pensamientos a veces tienen que ver con la negación ante la muerte de un ser querido, ya que la persona tiene dificultades para aceptar la pérdida. Esto puede ser por el shock al enterarse de la noticia. En ocasiones pueden pensar que solo es un sueño y en algún momento despertarán de él. En otros momentos se cuestionan el por qué a ellos les está ocurriendo y necesitan tiempo para asimilar lo que les está ocurriendo.

- Pensamiento confuso, dificultad para concentrarse:

A veces las personas se bloquean debido a las circunstancias que están viviendo, de tal manera que les cuesta trabajo estar atentas, el concentrarse o experimentan confusión, es por ello que necesitan ser apoyados o tomar un tiempo necesario, sobre todo para evitar que tomen decisiones de manera precipitada o de manera no tan consciente.

- Sentir la presencia del fallecido, pensar que el finado aún está aquí:

Hay gente que asegura que siente presencia de su ser querido después de muerto y aseguran que lo han sentido que los toca, esto puede ser normal debido a las creencias que tenga cada persona o el ambiente socio-cultural en el que viva. Es importante señalar que si estos pensamientos son prolongados, es importante solicitar ayuda profesional para clarificar lo que está sucediendo.

- Ver y/o oír al fallecido:

Es probable que tengamos la sensación de ver o escuchar a la persona que falleció, por un tiempo después de su muerte ya que esta situación aunque es extraña para otros, para nosotros podría ser una manera de seguir sintiendo cerca a esa persona, que aunque nunca la olvidaremos en ciertos momentos podría

ayudar al proceso, sin embargo cuando esto se vuelve notan funcional para nuestras vidas es preciso acudir con un profesional de la salud.

- Anhelo:

Cuando ocurre la muerte de un ser querido en ocasiones pudiéramos querer desear recuperar a la persona o lo que significaba y hacía en nuestras vidas manifestando estar dispuestos a cualquier cosa para revertir su ausencia o simplemente porque ahora tendrán que realizar cambios en sus vidas para llenar lo que hacia esa persona desde aspectos emocionales hasta económicos.

4.8 REACCIONES EN EL CUERPO

Cuando hablamos de duelo, rápidamente nos vienen a la cabeza sentimientos y emociones que se generan como la soledad o la tristeza. ¿Pero sabemos qué ocurre en nuestro cuerpo?, ¿sabías que existen unas consecuencias físicas del duelo? Si es así. Sabemos que ante una pérdida significativa aparecen respuestas como el miedo, la añoranza, la rabia o la culpa. También solemos reconocer sentimientos como la incredulidad, pensamientos obsesivos sobre los últimos días, alucinaciones visuales de la persona fallecida, etc. Pero, ¿qué pasa en nuestro cuerpo?

Efectivamente, además de experimentar cambios emocionales y cognitivos, también experimentaremos durante el duelo síntomas físicos.

Por tanto, la respuesta es: “Sí, al cuerpo le duele”. Porque no podemos separar la mente del cuerpo y se afectan mutuamente. Incluso se pueden somatizar. Esto ocurre cuando las emociones y pensamientos se transforman en síntomas orgánicos y médicamente no pueden ser explicados.

- Vacío en el estómago:

Estremecimientos o estrechamiento del esófago; se puede sentir como coloquialmente se dice “un hoyo en el estómago”, generalmente va acompañado de gases o se pueden sentir como calambres en dicha área.

- Opresión en el pecho:

El síntoma más común es el dolor en el pecho, que se puede sentir como dolor opresivo, presión fuerte o dolor constrictivo; el dolor se puede irradiar al brazo, el hombro, la mandíbula o la espalda; que a menudo ocurre con respiración rápida.

- Opresión en la garganta:

El estrés o la ansiedad que vivimos ante la muerte de un ser querido puede provocar que algunas personas sientan opresión en la garganta o como si algo estuviera atorado allí; esto en ocasiones puede complicar el proceso de la deglución ya que los músculos de la boca, la garganta y el esófago trabajan juntos y funcionan en un delicado equilibrio para lograr ingerir los alimentos. Otro síntoma que también se puede presentar es tos sin motivo aparente.

- Hipersensibilidad al ruido:

Como su nombre lo indica es tener mucha sensibilidad a algún sonido inclusive aún y cuando los demás comenten que es normal o que fue muy bajo; estos sonidos pueden llegar a lastimar a las personas ya que pueden ser penetrantes.

Algunos pueden estar más relacionados con sonidos que les recuerdan experiencias dolorosas antiguas o relacionadas con el actual fallecimiento; otro factor importante es que la persona se encuentre muy débil por el mismo proceso y puede que no esté tan fuerte pero para esa persona le puede causar una molestia real.

- Sensación de ahogo, de falta de aliento:

La dificultad para respirar puede involucrar: Respiración difícil, respiración incómoda, sentirse como si no estuviera recibiendo suficiente aire; no existe una definición estándar para la dificultad respiratoria y puede tener muchas causas diferentes; incluso puede producirse como una tos persistente y tener la sensación de falta de aire. Hay que vigilar que este síntoma no haya acompañado de fuerte dolor en el pecho y adormecimiento del brazo izquierdo.

- Debilidad muscular:

La debilidad puede ser generalizada o sólo en una zona del cuerpo usted se puede sentir débil, pero no tener una pérdida real de fuerza y es importante tener cuidado si la debilidad es súbita en estos casos es mejor ir a una revisión médica.

- Falta de energía:

La fatiga puede ser una respuesta normal e importante al esfuerzo físico, al estrés emocional, o a la falta de sueño que se viven después de la muerte de ser querido. La fatiga es un síntoma común y por lo regular no se debe a una enfermedad seria, pero puede ser un signo de un trastorno físico o mental más grave. Cuando la fatiga no se alivia con el hecho de dormir bien, nutrirse bien o tener un ambiente de bajo estrés debe ser evaluado por un médico.

- Boca seca:

Boca seca es la sensación de que no hay suficiente saliva en su boca, las personas sienten la boca seca en algún momento, sobre todo si están nerviosas, enojadas o estresadas. Otros síntomas de la boca seca incluyen: Sensación pegajosa y seca en la boca, problemas para masticar, tragar, degustar o hablar, sensación de ardor en la boca, sensación de sequedad en la garganta, labios resecos, lengua seca y áspera.

4.9 REACCIONES EN LA ESPIRITUALIDAD

Durante una enfermedad terminal o después de la un ser querido algunas personas comienzan a cuestionar sus creencias religiosas o espirituales; se llegan a preguntar ¿por qué Dios me quito a ese ser?, ¿por qué me castigas?, ¿de verdad existe Dios?, etcétera; sienten que la vida ha perdido todo el sentido y muchas veces se preguntan cuál es el sentido de vida después de haber perdido al ser querido.

Las personas se encuentran confundidas, no saben que sigue, sobre todo después de que la persona falleció, en especial si fueron los principales cuidadores del fallecido.

5. APOYO ESPIRITUAL ANTE LA PERDIDA

5.1 AFRONTAMIENTO DE LA PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO

La pérdida de un “ser querido” – padre/ madre, hermano/ hermana, marido o esposa o hijo/a- se encuentra entre los sucesos vitales negativos, estresantes, críticos o traumáticos que pueden afectar la salud física, emocional y mental de las personas que atraviesan situaciones de duelo. Lazarus y Folkman (1984) han observado que, tanto en el campo de la biología como en la medicina, se suele definir al estrés como el aumento de intensidad de la respuesta de un individuo que está frente a una situación que considera como amenazante. Los autores hacen referencia a las diferentes características del sujeto, por un lado, y a la naturaleza del medio, por el otro. “El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

El afrontamiento implica un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas

específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”(Lazarus y Folkman, 1986,p.164).Desde una perspectiva relacional, el estrés psicológico es el resultado de la relación entre el sujeto su entorno: según sea la evaluación que el sujeto haga de la situación como amenazante o desbordante de sus propios recursos, es que sentirá o no que la situación puede poner en peligro su bienestar personal. Para Lazarus y Folkman (1984), el afrontamiento es un proceso a través del cual la persona maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que este evalúa como estresantes, y las emociones que la situación le genera.

Los autores antedichos señalan que el proceso de afrontamiento tiene tres rasgos claves:- lo que el individuo hace realmente, - el contexto determinado, y - los modos en que puede ir cambiando la conducta medida que se desarrolla la situación estresante o que se pasa de una situación a otra. Distinguen dos tipos de afrontamiento:

Centrado en el problema,orientado a hacer algo para alterar la fuente del estrés y, centrado en la emoción, orientado a real malestar emocional que es asociado a una situación determinada. En el primer tipo de afrontamiento, centrado en el problema, existe la creencia de que se puede hacer algo constructivo; mientras que en el afrontamiento centrado en la emoción subyace la creencia acerca de que el estresor puede o debe ser desafiado. El afrontamiento implica un conjunto de estrategias cognitivas, conductuales y emocionales que amenazan o superan los recursos del sujeto. Se diferencian formas de afrontamiento evitativas como el fantasear o no pensar en el problema; formas de afrontamiento activas como buscar apoyo instrumental; formas de afrontamiento centradas en las emociones como ocultar o suprimir sentimientos y formas de afrontamiento centradas en el problema como el desarrollar un plan de acción (Basabe, Páez; Usieto,Paicheler y Descahamps,1996). Para Folkman et al., (1997), la afectividad positiva tiene un sentido adaptativo en el duelo, tanto en quienes brindan cuidados especiales a sus seres queridos antes de la muerte como en quienes afrontan un duelo posterior a la pérdida de su familiar. Endler y Parker (1990), consideran la utilidad del apoyo

social en el duelo ya que, por medio de éste, el deudo puede buscar alivio y consuelo en los demás, focalizando su atención en el problema que debe enfrentar, a partir de los consejos que pide y recibe de los demás

. También podrá llevar a cabo un afrontamiento evitativo, visitando amigos como manera de evadir la confrontación con su aflicción y con los sentimientos de desesperación que pueden surgir ante la pérdida de un familiar. Attig (2007) destaca la importancia de las creencias en relación a su influencia en el afrontamiento de los duelos, ya que éstas producen gran impacto en lo que las personas sienten, en la evaluación de sus sentimientos, en la elección de la expresión adecuada y en las elecciones de sus acciones, reacciones e interacciones con los demás.

Considera que las creencias espirituales son los medios principales de afrontamiento cognitivo de la realidad, ya que las capacidades de la mente y del espíritu orientan a las personas dentro de su realidad, dando sustento al sentido que prima en su vida. Las personas poseen mecanismos de afrontamiento emocional, conductual, decir o manejar y social, pero las creencias tienen mayor influencia a través del impacto que producen sobre los sentimientos, sobre la evaluación de éstos y sobre las elecciones de vida personal. El afrontamiento a través de las creencias ayuda a las personas a orientarse en la realidad a través de conceptos y creencias sobre el mundo y sobre su realidad personal e interpersonal.

5.2 ESPIRITUALIDAD

La espiritualidad es el conocimiento, aceptación o cultivo de la esencia inmaterial de uno mismo.

Espiritualidad es una palabra que deriva del griego y que está compuesta por la voz spiritus que significa 'respiro', -alis, que se refiere a 'lo relativo a', y el sufijo -dad, que indica cualidad, por lo tanto, etimológicamente, espiritualidad es todo lo relativo a la cualidad de lo espiritual o espíritu.

La espiritualidad humana es definida como la conciencia de una parte de nosotros que no se manifiesta materialmente y que está ligada a algo superior a todos los seres vivos.

En religión, la espiritualidad es dirigir la vida y el desarrollo espiritual según las enseñanzas y normas de un dios o profeta. La espiritualidad cristiana, por ejemplo, tiene como base y fundamento las enseñanzas de Cristo y de sus discípulos.

La espiritualidad es un valor positivo y superior, ya que es una cualidad que determina, en la mayoría de los casos, un comportamiento coherente con los valores morales y éticos que ayudan al desarrollo individual.

5.3 ORIGEN DE LA ESPIRITUALIDAD

El hombre es un ser de la naturaleza pero, al mismo tiempo, la trasciende. Comparte con los demás seres naturales todo lo que se refiere a su ser material, pero se distingue de ellos porque posee unas dimensiones espirituales que le hacen ser una persona.

De acuerdo con la experiencia, la doctrina cristiana afirma que en el hombre existe una dualidad de dimensiones, las materiales y las espirituales, en una unidad de ser, porque la persona humana es un único ser compuesto de cuerpo y alma. Además, afirma que el alma espiritual no muere y que está destinada a unirse de nuevo con su cuerpo al fin de los tiempos. Esta doctrina se encuentra en la base de toda la vida cristiana, que quedaría completamente desfigurada si se negara la espiritualidad humana. El hombre es persona, no es simplemente una cosa. La persona tiene una dignidad única: nadie puede sustituirla en lo que es capaz de

hacer como persona. Y sólo entre personas puede darse la amistad y el amor. «Por haber sido hecho a imagen de Dios, el ser humano tiene la dignidad de persona; no es solamente algo, sino alguien. Es capaz de conocerse, de poseerse y de darse libremente y entrar en comunión con otras personas; y es llamado, por la gracia, a una alianza con su Creador, a ofrecerle una respuesta de fe y de amor que ningún otro ser puede dar en su lugar*».

No tendría sentido utilizar la ciencia natural para negar, en nombre del progreso científico, la diferencia esencial que existe entre el hombre y los demás seres de la naturaleza, alegando, por ejemplo, que el hombre tiene una constitución material semejante a otros seres y que las diferencias se deberían únicamente a la organización de los componentes materiales. Por el contrario, la ciencia natural proporciona una de las pruebas más convincentes acerca de las peculiaridades del hombre; en efecto, pone de manifiesto que el hombre, a diferencia de otros seres, posee unas capacidades creativas y argumentativas que resultan indispensables para plantear los problemas científicos, buscar soluciones, y poner a prueba su validez.

5.4 RELIGIÓN Y ESPIRITUALIDAD EN EL DUELO

Desde finales del siglo XIX hasta nuestros días, se ha evidenciado un boom en la búsqueda de la espiritualidad, entendiéndose esta como una experiencia esencialmente personal y subjetiva, que incluye

Espiritualidad en las Profesiones de Ayuda: Del Debate a la Integración 200 tanto elementos de la religión, como de lo mágico y lo secular o no sagrado, para lograr la armonización con uno mismo, con los demás, con la naturaleza y el cosmos, desde posiciones amplias y abiertas que respetan la autonomía individual y permiten un vasto sincretismo filosófico y teológico (Lenoir, 2005). El término espiritualidad se equipara frecuentemente con el de religiosidad, definido como el conjunto de prácticas y creencias institucionales asociadas a religiones

específicas (Richards & Bergin, 2005). Sin embargo, según los planteamientos existencialistas de Viktor Frankl y de autores posteriores, la espiritualidad permite y motiva la búsqueda personal de sentido, propósito, significado, conexión, paz, esperanza y bienestar óptimo del individuo. Al momento de las personas enfrentar los procesos de duelo surgen ciertas necesidades espirituales, tanto religiosas como no religiosas. Las necesidades espirituales religiosas están fundamentadas en la relación con lo sagrado, entiéndase Dios u otros seres de carácter divino, que facilitan la creencia de una vida después de la muerte. Para algunas personas, la religión es el principal factor de apoyo en los procesos difíciles del diario vivir el cual les permite seguir adelante a pesar de las adversidades (Koenig & Pritchett, 1998). Las necesidades espirituales no religiosas son aquellas que integran la búsqueda de sentido, significado y trascendencia en la experiencia de pérdida y dan dirección al proceso de duelo. En este sentido, la espiritualidad se convierte en una herramienta de afrontamiento que genera sentimientos de esperanza, renovación interior y significado. Es necesario señalar, una vez más, que la dimensión espiritual y la dimensión religiosa, íntimamente relacionadas e incluyentes, no necesariamente coinciden entre sí. En el siguiente caso de una persona en duelo, se puede identificar claramente una necesidad espiritual sin que llegue a convertirse en una necesidad religiosa: “Cuando el doctor me dijo que mi esposa había muerto, mi mundo se hizo pedazos, no tenía fuerzas ni para levantar la mirada. En la medida que pasaban los días, sentía el dolor y la angustia mucho más fuertes. En ocasiones me soltaba y de la nada regresaba. Aprendí a vivir con la realidad de que ella no estaba. Sin embargo, algunos días me levantaba con mucho coraje porque la vida no es justa; otros días me cuestiono: ¿por qué a mí? ¿Por qué ahora? ¿Por qué la vida me la quito? Sin embargo sé que estas preguntas me hacen daño”. Todas las preguntas y cuestionamientos que hace el esposo de nuestro caso hipotético se encuentran en el centro mismo de la dimensión espiritual de los seres humanos que buscan genuinamente encontrarle sentido y significado a las experiencias negativas y dolorosas de la

Espiritualidad en las Profesiones de Ayuda: Del Debate a la Integración 201 vida. Este es un ejemplo de una necesidad espiritual de carácter no religiosa. La espiritualidad es una de las destrezas de afrontamiento más utilizadas por las personas para trabajar el duelo y superar las secuelas negativas de la pérdida. La literatura científica ha correlacionado positivamente la espiritualidad con la resiliencia. Se entiende por resiliencia la habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa, productiva y funcional (International Catholic Child Bureau, 1994). Las creencias y prácticas espirituales, tanto religio-sas como no religiosas, favorecen la resiliencia al ofrecer un sentido tras-cendental más allá de la pérdida misma.

La mayoría de las personas encuentran fortaleza, amparo y guía ante la adversidad gracias a las conexiones que tienen con sus costumbres culturales y religiosas (Walsh, 2008). Los profesionales de ayuda deben reconocer que la muerte es más que un evento biopsicosocial que puede acarrear consecuencias psico-lógicas adversas. El duelo conlleva un proceso de búsqueda espiritual en cuanto que, el sujeto que experimenta la pérdida le otorga significado y sentido a la misma.

Para este fin, el individuo debe concentrarse en identificar, desarrollar y/o fortalecer los recursos espirituales que posee para afrontar el proceso de duelo con fe y esperanza (Corr, 1992; Walsh, 2008). A su vez, este trabajo espiritual implica un proceso de reflexión e introspección que dirige a la persona a: 1) reexaminar sus creencias personales, 2) reconciliar sus opciones de vida, 3) explorar su contribución a la sociedad, 4) examinar sus relaciones con los familiares y seres queridos, 5) explorar sus creencias sobre la vida después de la muerte, y 6) descubrir un sentido trascendental a la experiencia.

Las creencias sirven, en general, para vivir en el mundo con un sentimiento de mayor confianza y seguridad. Como bien señalan Silver y Wortman (1988), algunas personas tienen algo de antemano, ya sea una religión, una orientación

filosófica o una visión sobre la vida, que les posibilita afrontar sus experiencias de pérdida en forma casi inmediata. Por ello, es necesario que en las investigaciones se examine con claridad el rol que juegan estos recursos para los deudos como mecanismos de protección de los efectos negativos de las pérdidas. Las religiones del mundo se ocupan de las transiciones y de las crisis más importantes de la vida de los seres humanos; y todas tienen algo para decir sobre el nacimiento, el envejecimiento, la formación de familias, las enfermedades, el dolor, el sufrimiento, los accidentes, las injusticias, las pérdidas, las tragedias y la muerte.

Por ello, los distintos credos religiosos ofrecen teologías y rituales para los tipos de sucesos mencionados.

Los símbolos, los rituales y las metáforas son parte central de la vida religiosa y generan nuevas formas, debido a que las situaciones atraviesan procesos de cambio social y cultural. Las nuevas técnicas de fertilización asistida, el trasplante de órganos, las prácticas de los “cuidados paliativos” y de ayuda para el “buen morir” son, entre otros, algunos de los temas que se han planteado en las últimas décadas como interrogantes éticos y morales para las distintas religiones a partir del gran avance y desarrollo tecnológico de la ciencia médica en general.

Las creencias espirituales relacionadas con temas como la vida, la muerte, el proceso de morir, sentido de la vida, Dios, la inmortalidad y los valores significativos orientan a los hombres en la vida y en su modo de vivir. Las preguntas sobre el significado y el sentido de la vida se relacionan con el valor y el propósito de la misma, así como con preguntas acerca de por qué vivimos, cuál es el propósito de la vida humana individual, por qué existe el sufrimiento, cuál es el sentido del sufrimiento, por qué existe la muerte, por qué existen ciertos tipos de muerte presentes en el aquí y ahora, entre otras. Cuando las personas enfrentan la muerte y el duelo surgen preguntas sobre el sentido de la vida y de su existencia a posteriori de la pérdida del ser amado.

Los deudos necesitan reaprender el mundo, reinterpretarlo y moldearlo de acuerdo a sus propios valores estéticos, religiosos y éticos encarnados en su vida a posteriori de la pérdida sufrida (Attig, 2003).

Una pérdida afectiva anterior, cuyo duelo no hubiera sido resuelto, podría sensibilizar a la persona en cuanto a los efectos que podría sufrir ante una pérdida futura. Si la persona pudo aprender y desarrollar en su infancia mecanismos de afrontamiento eficaces, contará con mayores recursos que le permitirán afrontarla pérdida actual y las pérdidas futuras. Si, en cambio, la persona fue incapaz de desarrollar mecanismos de afrontamiento en una temprana edad, entonces será más proclive a manifestar reacciones depresivas ante cualquier situación de pérdida de los seres queridos en los que solía apoyarse (Parkes & Markus, 1998).

Lo central de la religión y la espiritualidad son los sentimientos y las creencias de que hay fuerzas superiores al hombre que actúan en el universo, forzando a la capacidad humana más allá de su límite de comprensión. Boisen (1955), destaca que la religión y la teología tienden a cobrar sentido en los momentos en que uno se ve enfrentado a las realidades últimas de la vida y de la muerte.

Entonces, aparecen símbolos, nuevas palabras e ideas que expresan el contacto de la persona con la realidad última a la que denomina "Dios". Tanto desde el campo de la psiquiatría como desde la teología, se señala que cuando el ser humano se ve enfrentado a situaciones límites busca otorgar sentido a algo "sagrado" en su vida, tratando de atribuir significados a la vida y a la muerte, basándose en visiones de Dios, de alguna deidad o de algún tipo de fuerza sobrenatural que lo supere y trascienda como ser humano. Spilka (2005) afirma que para muchas personas religiosas, el encuentro con situaciones de estrés como enfermedades graves, muertes de seres queridos, injusticias, etc., confrontan con el sufrimiento y las limitaciones humanas; por ello, éstas tienden a orientarse y a estar más comprometidos con lo sagrado. Para ellas, la religión les ofrece modos de afrontar y de hallar soluciones a los problemas más graves de la vida.

Quienes han adherido a un credo o a un camino espiritual contarán con creencias, valores, sentidos y prácticas religiosas que les permitirán anticipar y- tal vez- manejar situaciones críticas que se les pueden presentar a posteriori.

La religión, así como la espiritualidad de las personas creyentes y practicantes pueden preceder a situaciones de crisis y servir para estructurar los modos en que dichas personas anticipen, interpreten y manejen situaciones críticas. De todos modos, Pargament (1997) señala que las experiencias religiosas no están reservadas sólo para tiempos de crisis, y la religión no es el único modo de afrontamiento de situaciones de vida negativas.

La cuestión es ver si la religión aparece como el modo de afrontamiento principal en tiempos de crisis o en momentos menos graves de la vida. Se ha podido observar que muchas personas que no han sido religiosas se volcaron hacia la religión después de atravesar alguna situación de crisis, una enfermedad personal, la enfermedad de un familiar, la pérdida de un ser querido, una catástrofe social o natural, al haber buscado respuestas y métodos que les permitieran aliviar y mitigar su dolor y malestar.

Hay quienes, aunque habían sido creyentes y practicantes de un credo religioso, frente a alguna situación de vida negativa que consideraron difícil de superar, atravesaron momentos de desconfianza o dudas de su fe religiosa, desconfianza hacia Dios, hacia su congregación religiosa, hacia el clérigo o acerca de la eficacia de su afrontamiento religioso. Por diversos motivos, algunas personas religiosas abandonan la religión o su credo en medio de situaciones problemáticas cuando sienten que los recursos religiosos no les otorgan respuestas significativas o satisfactorias.

Otras personas, después de dudar y atravesar momentos conflictivos vuelven a confiar en su fe, en Dios, en algún poder superior o divinidad y salen más fortalecidos de su crisis religiosa, afirmándose de manera más plena en su credo y en su sentimiento religioso espiritual. Mientras que algunos, al no encontrar sentido dentro de su credo de origen, atraviesan procesos de conversión religiosa.

5.5 SIGNIFICADO Y BÚSQUEDA DEL SENTIDO

La literatura científica sugiere que las experiencias espirituales son importantes oportunidades de aprendizaje, crecimiento y significado. El término significado se refiere a la sensibilidad espiritual de otorgar sentido, propósito y dirección a la vida; es la capacidad que tiene un individuo de otorgarle valor a su propia existencia. ¿Pero en qué realidad concreta y determinada debe fundarse la actividad humana, para encontrar un auténtico sentido en su vida? Muchos teóricos de la conducta humana y grandes maestros espirituales, incluyendo Viktor Frankl, han conectado la búsqueda de sentido y significado con las contribuciones que las personas hacen al mundo y con el tener relaciones interpersonales armoniosas y cercanas. Por ejemplo, Frankl plantea en varias ocasiones que el ser humano puede encontrar sentido a la vida a través de tres caminos principales: 1) en lo que hace o crea (sus contribuciones a la sociedad por medio de su trabajo), 2) en amar o vivir para alguien, y 3) en situaciones desesperadas (como la muerte, el duelo y la enfermedad).

Espiritualidad en las Profesiones de Ayuda: Del Debate a la Integración 202 Esto quiere decir que existe todo un campo de diversas oportunidades para darle sentido a la propia existencia. No obstante, se debe re-conocer que todos estos caminos son temporales y en ciertas ocasiones efímeros. Demos un ejemplo hipotético, “lo más importante en la vida de Carmen y aquello que llena sus días de significado y valor es el amor que siente por su esposo José. Este muere repentinamente en un accidente de tránsito y de golpe aquello que daba significado a la vida de María no está”. Ante situaciones desesperadas como esta, al igual que María ante la muerte de su esposo José, el ser humano puede cuestionarse la posibilidad de que exista un significado que esté más allá del valor que nos pueden dar estos sentidos de carácter temporal; un auténtico y verdadero sentido que responda a las exigencias más profundas del ser humano. Indudablemente es el sentido que se inspira en la dimensión trascendente de la persona, que no es otro, que el sentido que se funda en lo sagrado, lo

divino y lo espiritual. Por esta razón es que Frankl afirmaba fehacientemente que preguntarse por el sentido de la vida supone ser espiritual.

En cuanto al duelo, esta búsqueda de significado se concentra en la preocupación intensa de entender, no tanto el por qué, sino el para qué de la pérdida experimentada. Autores como Walsh (1999), definen “spiri-tual distress” como la incapacidad de darle sentido, significado y propó-sito a las experiencias traumáticas y/o dolorosas de la vida, como es la pérdida de un ser querido. Estos autores conceptualizan la experiencia traumática y dolorosa como un asunto espiritual. Mahoney & Graci (1999) indican que las personas espirituales tienden a afrontar los momentos difíciles con más esperanza y otorgan significado y sentido a su vida con mayor facilidad.

5.6 LA BÚSQUEDA RELIGIOSA DEL SENTIDO Y SIGNIFICADO

La muerte siempre confronta con el misterio de la condición ha-mana, y no son pocas las personas que recurren a la religión como medio de búsqueda de un sentido de trascendencia. Por esta razón es que una de las funciones de la religión organizada es ofrecer respuestas coherentes a las preguntas existenciales de sus miembros. Estas preguntas suelen manifestarse en momentos de crisis, soledad, enfermedad crónica, pérdi-da y/o muerte de un ser querido. ¿Por qué se murió? ¿Por qué pasó? ¿Dónde está?, son algunas de las preguntas que suelen evocar las situaciones desesperadas. Las distintas religiones, en función de ofrecer res-puestas a estas preguntas, han generado todo un conjunto de creencias, prácticas y redes de apoyo social que facilitan a sus miembros poder afrontar los momentos difíciles desde una perspectiva religiosa/espiritual. Se ha evidenciado que estas creencias y prácticas pueden ayudar a quienes afrontan la pérdida de un ser querido, permitiéndole salir del

Espiritualidad en las Profesiones de Ayuda: Del Debate a la Integración 203
aislamiento y la soledad que conlleva los procesos de duelo (Stroebe & Schut, 1999). A continuación se presenta como algunas corrientes religiosas interpretan la búsqueda de sentido y el duelo en su conglomerado de creencias y prácticas:

Judaísmo.

La religión judía considera que el tiempo, los rituales, el consuelo y el acompañamiento en los procesos de duelo favorecen la aceptación de la pérdida y el aprender a vivir con las emociones que surgen de la misma. El judaísmo entiende el proceso de duelo, no solo como una reacción a la muerte, sino como una oportunidad de canalizar la pérdida y dirigir un proceso de crecimiento. Para esto, son necesarios los rituales judíos dado que, simbólicamente sirven como ritos de transición (Gerson, 1994, citado en Yoffe, 2012).

Catolicismo.

Dentro de la religión católica, el sufrimiento que genera el enfrentarnos a situaciones dolorosas, es entendido desde la vida y muerte de Jesús de Nazaret. Las fuentes principales que los católicos utilizan para comprender y encontrar las respuestas al sufrimiento de la humanidad son las Sagradas Escrituras y la Tradición de la Iglesia. Desde la perspectiva católica, el sufrimiento es una oportunidad para unirse a Cristo y cooperar en la redención del mundo. En este sentido, de nada vale el sufrimiento por sí mismo, sino la entrega amorosa que hacen de él a Dios. Es por eso que los católicos ven el sufrimiento como una gran oportunidad de crecimiento espiritual y encuentro con Dios.

Protestantismo cristiano.

El enfoque de la pastoral protestante es dirigir espiritualmente a las personas en duelo para que logren re-construir su vida lo antes posible. A diferencia de los cristianos católicos, que entienden que el sufrimiento debe ser aceptado y vivido

como una oportunidad de encuentro con Dios, los protestantes buscan la superación inmediata del mismo; siendo este un proceso centrado en la motivación. Para los cristianos protestantes en duelo, es sumamente importante poder sentir la confianza de que podrá superarla la pérdida y continuar su vida con nuevos proyectos.

Budismo.

Las distintas corrientes budistas conceptualizan la muerte como un proceso fisiológico, psicológico, mental y espiritual. Entienden la muerte como un proceso de transformación y no como un evento terminal. La meditación budista facilita el surgimiento de la compasión como alivio para el sufrimiento humano. Entrenarse en la meditación permite aprender que todos los seres son iguales y sufren de la misma manera; lo cual puede llevar a respetar a quien-Espiritualidad en las Profesiones de Ayuda: Del Debate a la Integración 204 nes sufren, buscando ayudarlos a disminuir su dolor y alcanzar su felicidad (Yoffe, 2012).

5.7 ESTILOS DE AFRONTAMIENTO RELIGIOSO ESPIRITUAL

Pargament (1997) describe tres estilos de afrontamiento religioso espiritual que las personas religiosas de distintos credos pueden utilizar: autónomo, evitativo y colaborador. Estas estrategias divergen en función del sentido de control que la persona se atribuye a sí misma y/o a la divinidad, por lo que se pueden observar las siguientes posibilidades:

- El control puede estar centrado en la persona partir de la creencia que ésta tenga sobre la disponibilidad de contar con elementos, recursos y/o herramientas propias que le permitan resolver conflictos y/o situaciones problemáticas por sí misma;

- El control puede estar centrado en Dios o en distintos tipos de divinidades a partir de lo cual, la persona podrá sentir que la responsabilidad final reside en Dios o en la divinidad. En este tipo de resolución de problemas es frecuente observar una actitud pasiva donde la persona suele dejar la situación “en manos de Dios” o en otra fuerza exterior, sin hacer nada por ella misma;
- El control puede estar centrado en los esfuerzos de la persona quien, a través de su práctica y su fe religiosa podrá pedir la guía y la intervención divina, buscando influenciar la situación de modo tal que se cumplan sus pedidos o deseos;

El control puede estar centrado en un trabajo conjunto de la persona con Dios y/o la divinidad. La persona podrá sentir que trabaja junto a Dios -u otra divinidad- para resolver las situaciones problemáticas. El sujeto religioso sentirá que no está solo ni que la divinidad actúa por sí misma, ya que confía en la posibilidad de un trabajo conjunto de colaboración entre ambos, y en la responsabilidad compartida con Dios o con otra divinidad. Para Pargament (1997), el estilo de afrontamiento religioso colaborador se asocia a un mayor nivel de competencia personal y a diversos beneficios y efectos positivos como: una menor cantidad de síntomas de enfermedad, menores niveles de ansiedad y menores sentimientos de culpa asociados a un estado de gracia y de perdón de uno mismo por los propios pecados cometidos. En cambio, el estilo de afrontamiento autónomo resultó ser más exitoso en temas asociados con la abstinencia respecto del alcohol; mientras que el estilo evitativo, en el que el individuo puede dejar la situación problemática en manos de Dios y/o de otros poderes superiores, es el más utilizado -en general- en situaciones negativas en las que las personas religiosas sienten que tienen muy poco control sobre sucesos como guerras, inundaciones, catástrofes naturales, etc.

En estudios posteriores se encontró una relación de correspondencia del estilo evitativo con sensaciones de bajo control personal sobre la situación, con sentimientos de baja autoestima, con mayores niveles de pasividad y de dependencia mayor de la persona hacia un poder exterior (Spilka, Hood, et al., 2003). En este sentido, Pargament (1997) señala el hecho de que el estilo de afrontamiento evitativo ha sido considerado como un tipo de religiosidad muy criticada por una importante cantidad de psicólogos. Aunque el autor destaca que en algunos casos, las personas religiosas utilizan el estilo de afrontamiento evitativo sin caer en sensaciones de desesperanza al mantener su confianza en Dios, en poderes superiores y/o en sí mismos, pensando que serán ayudados por la divinidad para la resolución de situaciones problemáticas. Es distinto sentirse solo en manos del destino, que confiar en Dios y/o en ciertas divinidades, invocarlos, dirigirse a éstos para pedirles ayuda y sentir que influyen de algún modo positivo en las situaciones de estrés que se está enfrentando, como también en la resolución de tales sucesos negativos y/o problemáticos.

Por esto, el estilo de afrontamiento evitativo puede ser beneficioso- siempre y cuando- la persona, a pesar de sentir que la situación escapa a su control, no pierda su fe ni su esperanza y confíe en el poder de Dios, de las divinidades o en otros poderes superiores. Esta actitud se basa en la confianza y en la fe de la persona religiosa que sabe que a través de su práctica espiritual, Dios o los seres superiores podrán guiarlo y/o ayudarlo a pensar y/o a resolver las situaciones negativas que está atravesando.

Hacer plegarias peticionales dirigidas a Dios y/o a otros poderes superiores no implica establecer una situación de dependencia hacia un poder externo, ni asumir una actitud pasiva para la resolución de problemas.

Las personas religiosas pueden asumir actitudes activas aun cuando hagan plegarias con pedidos a Dios o a otras divinidades, ya que confían en sí mismos, en su fe y en la eficacia de su práctica religiosa/ espiritual (Pargament, 1997).

La guía para la resolución de problemas en términos de “Dios me muestra cómo manejarme en cada situación”.

Las personas que llevaron a cabo un tipo de afrontamiento basado en lo espiritual señalaron haber tenido una mejor adaptación a las situaciones difíciles que tuvieron que enfrentar. Sin embargo, el afrontamiento basado en lo espiritual y el estilo colaborador -en el que la persona trabaja junto con la divinidad para la resolución de sus problemas- surgió como el predictor más fuerte de efectos positivos en la salud, en comparación con quienes utilizaron otra modalidad de afrontamiento.

La relación que la persona religiosa entabla con Dios o con otras divinidades en tiempos de crisis resulta beneficiosa ya que permite que éstas se sientan acompañadas simbólicamente por la presencia divina, sagrada y poderosa que no las deja solas.

5.8 EFECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE LA RELIGIÓN

Pargament, Koenig et al., (2000) distinguen 22 modos de afrontamiento religioso /espiritual dentro de los que diferencian conductas positivas y negativas. En el tipo de afrontamiento religioso positivo se incluyeron items tales como: la apreciación de Dios como benevolente, la tentativa de colaborar con Dios, la búsqueda de una relación de mayor contacto con Dios, la búsqueda de apoyo religioso espiritual de parte de la congregación religiosa y/o del representante de la misma, la confianza en Dios, el ofrecer ayuda espiritual a otras personas, la purificación religiosa por medio de plegarias, oraciones, de pedir y otorgar perdón a otros.

En el afrontamiento religioso negativo se incluyeron creencias sobre: Dios como un ser que castiga por medio de enfermedades, las fuerzas demoníacas relacionadas con una salud pobre, las experiencias de descontento emocional y la sensación de interferencias en la relación con Dios. Pargament y Brant (1988),

han sugerido realizar algún tipo de análisis que pueda determinar si la religión actúa como fuerza positiva, negativa o simplemente irrelevante cuando se considera la adaptación a sucesos de vida negativos, estresantes y/o traumáticos.

Al referirse a efectos en la salud, los autores mencionan la salud física relacionada a factores tales como: la ausencia de síntomas, la cantidad de veces en que la persona estuvo hospitalizada, las tasas de mortalidad, entre otros.

En los efectos positivos relacionados a la salud mental se refieren a la eficacia de los tipos de afrontamiento, a la satisfacción con la vida, a niveles de depresión y de ansiedad. En lo que hace a la salud religiosa y/o espiritual, incluyen cambios en el individuo, en la percepción del contacto con Dios y en el crecimiento espiritual como resultado de una modalidad eficaz del proceso de afrontamiento del suceso de vida negativo que se ha tenido que enfrentar.

Pargament (1997) se pregunta si el tipo de afrontamiento religioso espiritual tiene algún elemento único que actúe como un factor que puede contribuir a la adaptación, más allá de los métodos y actividades de afrontamiento no religiosos utilizados. Pargament, Smith y Koenig (1996) crearon una escala breve para medir el afrontamiento religioso denominada BriefRCOPE (Escala abreviada de Afrontamiento religioso), basada en dos tipos de patrones de afrontamiento religioso:

- Métodos de afrontamiento positivo: que incluyen el apoyo religioso espiritual, el estilo colaborador, el reencuadre o la re significación religiosa benevolente.
- Métodos de afrontamiento negativo: referidos al descontento con la congregación, con los pares religiosos y/o con el representante del credo y con la re significación religiosa negativa.

El Afrontamiento Religioso Positivo agrupa ítems que incluyen al apoyo espiritual, al modo del afrontamiento de estilo colaborador, al reencuadre y a la re significación religiosa positiva.

El Afrontamiento Religioso Negativo incluye el dolor espiritual, el malestar y la frustración. Una subes cala integra el descontento con la iglesia y/o con Dios, la resignificación del hecho como un tipo de castigo divino y las plegarias como modo de retribución divina. Pargament (1997) señala que lo más importante es poder observar si a través del modo de afrontamiento la persona está yendo en una dirección positiva que le permita alcanzar efectos positivos, y si está usando recursos que la ayuden afrontar la situación de estrés. El sufrimiento se hace más tolerable si la persona logra hallar explicaciones que otorguen algún sentido al momento difícil que está atravesando. Las creencias religiosas permiten reafirmar que la vida tiene algún sentido, a pesar de todo lo negativo que se deba afrontar. Las situaciones de pérdida por muerte de un ser querido pueden representar una amenaza a las creencias y al sistema de valores de cada persona, incluso para el caso de personas creyentes y practicantes de algún credo religioso; y pueden hacer que surjan preguntas y cuestionamientos sobre lo que éstos creían acerca de sí mismos, sobre el suceso en cuestión y sobre la índole de lo sagrado sobre el cual habían depositado su fe. Diversos estudios empíricos muestran cómo las personas religiosas perseveran para mantener sus creencias y prácticas religiosas en momentos de gran estrés y que, después de haber atravesado el momento crítico de su vida, mantienen su fe religiosa y la sienten más fortalecida (Pargament, 1997). La pregunta del rabino Kushner (1981) sobre el por qué le suceden cosas negativas o malas a la gente buena es un buen ejemplo de lo mencionado anteriormente.

Muchas veces, las personas religiosas, ante situaciones negativas, se vuelcan contra su credo religioso, contra su Dios o su congregación, rechazando por entero sus creencias religiosas, volviéndose ateos, agnósticos o antirreligiosos. Otras, en cambio, podrán reconstruir su sistema de creencias atravesando procesos de profunda transformación espiritual y/o de conversión religiosa hacia otro credo religioso en el que encuentran más respuestas que les brinden sentido y significación a lo vivido y a su vida en general (Pargament, 1997).

5.9 ¿QUÉ ES NECESARIO PARA EL EFECTIVO DESARROLLO DEL CUIDADO ESPIRITUAL EN EL FIN DE LA VIDA?

Aprender a enfrentar las pérdidas y las necesidades en el contexto de enfermedad terminal, se torna en un desafío tanto para el enfermo, como para familiares y profesionales de salud.

En el fin de la vida el enfermo presenta necesidades especiales que pueden ser satisfechas. ¿Qué necesidades son esas? CABODEVILLA (2001), se refiere a la necesidad de ser reconocido como persona, a la reconciliación con la propia vida, a la busca del sentido... a la transcendencia, a la esperanza. Necesidades estas satisfechas a través de los cuidados espirituales, definidos por LUNN (2003) como el encuentro con aquellos que le pueden ayudar a conectarse o reacerarse a las cosas, a las prácticas, a las ideas y principios que son la esencia de su sentido de vida, estableciéndose una conexión entre el que ayuda y el que necesita de ayuda.

Hay evidencias de que algunos enfermos, en final de vida, gustarían que los profesionales de salud estuviesen más atentos a sus necesidades espirituales (KING e BUSHWICK, 1994; CHOCHINOV *et al*, 2005). El hecho de preocuparnos de la vertiente espiritual, favorece el establecimiento de la relación de confianza, de ayuda, simultáneamente al dirigir de las intervenciones. Auxiliar a los enfermos y sus familiares, en un momento tan inquietante y angustiante, se torna preeminente, siendo prioritario ser conscientes de esas necesidades (SANCHO, 1999), lo que implica estar preparados para considerarlas en el ámbito del cuidar. Y, sin ambicionar el éxito pleno, podemos por lo menos procurar facilitar el impacto del sufrimiento generado en esta fase, si sabemos situarnos, aunque sea por breves momentos en el espacio de la fragilidad y vulnerabilidad humana del otro, esto porque se produce una lucha dolorosa para la cual nunca estamos plenamente preparados...como subraya SCHWARTZ (2006, p.19) *"no acredito que pueda quedar totalmente preparado para la disminución de nuestras capacidades*

por el hecho de anticiparnos-no hay nada tan intenso como experimentar de hecho esas pérdidas".

Al considerar la espiritualidad como parte del cuidar necesitamos ejercitarla, cuestionando y reflexionando sobre el sentido de la vida, fuerza motivadora del ser humano, lo que ayuda a mantener la salud mental positiva y la integridad, incluso aunque nos encontremos con situaciones adversas. Estas evidencias fueron encontradas por FRANKL (1985), psiquiatra que desarrolló una técnica terapéutica centrada en el sentido de la vida, a partir de su experiencia como prisionero en un campo de concentración, donde observó que los prisioneros más aptos para sobrevivir eran los que miraban al futuro, para una tarea, un objetivo a ser realizado o para un persona que lo esperaba.

CHOCHINOV *et al* (2005) desarrollaron un modelo derivado de la dignidad para el fin de la vida basado en el análisis cualitativo de la intervención terapéutica a la dignidad humana, destinada a tratar la angustia existencial entre enfermos terminales. Tras la intervención terapéutica verificaron que 91% de los participantes refirieron satisfacción con la terapia, 76% un mayor sentimiento de dignidad, 68% un mayor sentimiento de propósito, 67% un mayor sentimiento de significado, 47% un aumento de la voluntad de vivir y 81% relataron que sin la terapia no podrían ayudar a su familia. Verificaron una reducción en los síntomas depresivos, un mayor significado del sentido de la vida, acompañado de disminución del sufrimiento y aumento de la voluntad de vivir.

En este contexto del cuidado al sufrimiento espiritual del que muere, ROSSEAU (2000) propone, como orientación práctica, algunos pasos a seguir, como: el control de los síntomas físicos y la presencia para el apoyo; fomentar una revisión de vida, para así reconocer el propósito, el valor y el sentido de la vida; trabajar con la culpa, el remordimiento, el perdón y la reconciliación; facilitar la expresión religiosa; reformular metas; fomentar prácticas de meditación, con enfoque más en ayudar que en curar. Conscientes, de acuerdo con ABIVEN (2001, p.31), de que morir en primer lugar es haber de *"romper los lazos de amor, el apego a las cosas,*

a los lugares de que se gusta... es muchas veces también, cualesquiera que sean las convicciones filosóficas o religiosas que se tuvieron durante la vida, verse enfrentado con la interrogación de la pos--vida".

El ejercicio de la espiritualidad a través de la fe en la religión o a través de las experiencias, favorecerá a todos aquellos que siguen sus propias creencias, principios y convicciones. No podemos imponer, alterar o influir en estos puntos de vista, cada uno acredita en aquello que es verdad para sí, a fin de alcanzar su equilibrio, bienestar.

En la evaluación del bienestar espiritual, PUCHALSKI e ROMER (2000) recomiendan la utilización de la mnemotécnica FICA, como una forma de investigación espiritual, cuyas cuestiones específicas miden cada categoría, como: (fe) ¿Tiene algún tipo de fe? ¿Cómo es lo que le ayuda en su vida?; (importancia e influencia) ¿Qué importancia tiene la fe en su vida? Ella da sentido a su vida?; (comunidad) ¿Es miembro de alguna comunidad religiosa/espiritual? ¿De qué forma ayudan?; (orientación/dirección) ¿Quiere decirme cómo integrar estos aspectos en los cuidados que le prestamos? Cuestiones que pueden ser abordadas por el profesional, como una herramienta en la intervención multidisciplinar, a fin de aliviar el sufrimiento, a través de la abertura al diálogo, relativo a sus necesidades reales, en busca de su sentimiento, de su espiritualidad.

La mayoría de las personas expresa su espiritualidad a través de la práctica religiosa, otras a través de sus relaciones con la naturaleza, la música, las artes, o a través de un conjunto filosófico de creencias, o en las relaciones con amigos y familiares (SULMASY, 2002).

De esta manera, la existencia de protocolos son útiles como guías orientadoras en las intervenciones, tornándose valiosos modelos de evaluación espiritual. JOHNSON (2005), describe el caso de una enferma en estado crítico internada en una Unidad de Cuidados Intensivos cuya opción religiosa era el Budismo, que quería despedirse de su familia de acuerdo con sus creencias. Al detectar esta

necesidad, el equipo procuró elaborar un plan de intervención y se encontró con fuertes barreras de comunicación con la familia, por esta no hablar bien el inglés y la necesidad de un Modelo de Apoyo Espiritual. Mediante la situación presentada, fue propuesto el Modelo de Fitchett de 7 Dimensiones, que categoriza datos importantes, para la implementación de un plan de cuidado eficiente. Este modelo está compuesto por categorías como:

Creencias y Significados

Misión personal o religiosa, la justificación de los eventos o circunstancias, la percepción del significado de la vida;

Autoridad u Orientación

Individuo o grupo en que la persona o su familia deposita confianza y procura consejo, recursos (textos religiosos) a los cuales los enfermos o sus familias puedan recurrir;

Experiencias y Emociones

Percepciones del evento o de la circunstancia asociada a la enfermedad, sus consecuencias emocionales cara a la experiencia; Comunidad-grupo formal o informal que comparte creencias y rituales comunes;

Rituales y Prácticas

Actividades significativas y tradiciones específicas; Coraje y Crecimiento-dudas, los cambios ocurridos en sus vidas y los desafíos enfrentados;

Vocación y Consecuencias

Decisiones morales y éticas que manifiestan la respuesta a la llamada de sus creencias. A través de este modelo, incluso en condiciones adversas, se

identificaron las necesidades reales del enfermo y de su familia, alcanzando su objetivo principal, la despedida..., la transcendencia.

A pesar del reconocimiento creciente de los beneficios de la asistencia espiritual, indicios sugieren que la prestación de cuidados espirituales por enfermeros es inexistente, inadecuada o raramente proporcionada, identificándose algunas barreras como: la falta de conocimientos y competencias en cuanto a la asistencia espiritual; la creencia de que la espiritualidad del enfermo es privada, fuera de las competencias de enfermería; la falta de tiempo; el recelo de no ser capaz de luchar con las cuestiones planteadas; la falta de conciencia acerca de la propia espiritualidad.

Sin embargo, por la peculiaridad del trabajo de enfermería, que aborda al enfermo de forma holística, los enfermeros deben estar conscientes y cómodos en cuanto a su espiritualidad, para así ser capaces de prever las necesidades espirituales de sus enfermos (SANDERS, 2002).

La Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA, 2007) desarrolla una perspectiva para llamar la atención de los sistemas de salud y cuidadores, de la importancia de reconocer y apoyar a un enfermo terminal y a su familia en sus creencias y expresiones espirituales. Apoyo que abarca un equipo multidisciplinar y requiere una evaluación de las cuestiones espirituales/religiosas que preocupan al enfermo y a su familia.

Enfatiza que el cuidado espiritual exige del profesional tanto el valor de la presencia, como una voluntad de estar plenamente presente, y el reconocimiento de los propios límites, para así reconocer la necesidad de un acompañamiento especializado, que puede ser reforzado por el capellán.

Define que para un cuidado eficaz, se requieren algunos atributos: escuchar activamente; demostrar empatía y capacidad de acompañar al otro en su sufrimiento; reconocer y responder a su angustia y ayudarlo a descubrir su significado a través de sus experiencias de sufrimiento, dolor y pérdida; elucidar

sus preocupaciones fundamentales, incluyendo las necesidades espirituales/religiosas no satisfechas; identificar y responder a las cuestiones éticas y conflictos, y asistir y apoyar a otros miembros del grupo en la toma de decisiones, respetando los valores de cada uno; estar dispuesto a crear espacios terapéuticos y de cura, en los que el crecimiento espiritual pueda ocurrir; ofrecer recursos adicionales, si necesarios, para el apoyo al enfermo, a través de otros proveedores de cuidados espirituales.

En esta fase, como profesional, se entra en la cuestión del *saber-ser* y no del *saber-hacer*. No somos peritos en la identificación del sufrimiento espiritual, sin embargo, algunos estudiosos identificaron métodos susceptibles de ser aplicados en lo que concierne a la identificación de las necesidades espirituales, así podemos utilizarlos en la evaluación del sufrimiento espiritual y en la detección de sus necesidades espirituales.

6. DUELO ANTICIPADO

6.1 CONCEPTO

Duelo anticipado puede afectar tanto a la persona que está muriendo como a los familiares que tienen conocimiento de esta triste noticia.

El duelo anticipado se refiere a la reacción que se produce luego de la noticia de la pérdida inminente de un familiar debido a una enfermedad terminal. Esto no significa que no debas realizar el proceso de duelo posterior a su muerte ni que acortes su tiempo de elaboración sino que se trata de un período de aceptación de esta muerte que permite cerrar la relación con el ser querido y decir adiós sin rencores ni culpas. Es un momento propicio para dar y recibir perdón llegando a una conciliación en la relación.

Este proceso incluye la aceptación de diversos cambios en el contexto familiar, económico y social como la incertidumbre financiera, los cambios de roles familiares, la pérdida de los proyectos en común, etc.

El duelo anticipado es una reacción psíquica de la persona que sabe cercana e inevitable la muerte de un ser querido. Sus manifestaciones pueden ser igual de intensas que el duelo después de la muerte, aunque menos predecibles.

La muerte es una presencia con la que todos tenemos que lidiar. Al principio (cuando somos niños) puede tratarse simplemente de una noción vaga, casi poética.

Con el paso del tiempo, la abstracción comenzará a concretarse en el dolor que sentimos cuando ha muerto un abuelo, un amigo, cuando mueren nuestros padres o pareja, cuando la muerte propia comienza a adivinarse a la vuelta de la esquina.

Como muchos otros aspectos controvertidos de la vida, lidiar con la muerte es un reto y los psicólogos saben que lo mejor que podemos hacer con los retos es enfrentarlos.

La anticipación de la muerte de un objeto sustituto y el duelo acompañante son operaciones defensivas contra el miedo a perder un objeto más significativo. Esta variedad de defensa contra una pérdida puede tomar parte en la resolución del complejo de Edipo durante la fase fálica. Esto fué demostrado en un paciente que, durante su análisis, tuvo un sueño premonitor de la muerte de su padre. Esto representaba una defensa contra el miedo de perder a la madre.

Una de las reacciones típicas a la muerte es el duelo, pero este no solo aparece después del deceso, sino que existe el llamado duelo anticipado. El concepto de duelo anticipado comenzó durante la Segunda

Guerra Mundial, cuando el Dr. Lindemann llevó a cabo un estudio en donde analizaba las reacciones de las mujeres que esperaban a sus maridos que habían partido a la guerra. Ellas se sentían tan preocupadas por la posible muerte de sus

esposos que, comenzaban a experimentar mucho dolor y pena. Las reacciones se manifestaban con depresión, preocupación excesiva, imaginando la muerte del marido y los cambios que iban a suceder en su vida si esto pasaba (8).

El duelo anticipado comienza en el instante en el que se da un diagnóstico y pronóstico irreversible de las expectativas de vida de un paciente, lo cual culmina en la sentencia de una muerte próxima.

En la última década se ha estado prestando mucha mayor atención a este tipo de duelo debido a que, hay un índice cada vez más elevado de enfermedades crónico-degenerativas y terminales en la población mundial, como el cáncer, el sida y las demencias, por mencionar algunas. Por lo que no sólo el enfermo se ve afectado ante esta situación, sino que la enfermedad trastoca a la familia de manera irremediable, sobre todo al cuidador primario.

Hacemos un duelo cuando estamos conscientes de la inminente pérdida (real o en nuestra fantasía). Cuando la pérdida es inminente pero el sujeto no lo reconoce, no hay duelo. Encontramos mecanismos de defensa que impiden ver la realidad e iniciar su concomitante elaboración.

Los familiares, con el duelo anticipatorio, enfrentan y elaboran no sólo la muerte, sino cada una de las pérdidas relacionadas con la enfermedad y deterioro gradual del ser amado, y con la pérdida de lo que el otro significa para uno (Compañía, Amor, Protección). La sintomatología del duelo sin anticipación persiste mucho más tiempo del usual, no porque este no se asuma, sino porque la capacidad para enfrentarlo no es la misma.

A los familiares que enfrentan la próxima muerte de un ser querido y que viven esta situación, se les puede ayudar a expresar sus emociones para superar cada una de estas etapas, proporcionándoles compañía y comprensión, lo que permitirá superar el trance con mayor rapidez y menor dolor.

En el duelo anticipado, la familia está próxima a perder a un ser querido y se le puede ayudar a vencer esos miedos y dificultades.

La familia tiene derecho a saber qué es lo que está pasando; si no existe una preparación, será mucho más difícil afrontar la muerte. Los duelos mal elaborados o reprimidos, generalmente traen problemas psicológicos.

Por miedo o desconocimiento evitamos hablar de la muerte cuando ya es inminente. Aislamos a la persona enferma cuando más necesita hablar, quejarse de sus dolores físicos o saldar cuentas emocionales. En este momento es necesario apoyar y animar a la familia como parte esencial de ayuda al enfermo para dejarlo ir y que lo haga apaciblemente.

El duelo anticipado, evita un duelo patológico, acelera la aceptación de la muerte y la reintegración de la familia a la vida cotidiana sin que ésta pierda su sentido.

Evitar el reconocimiento de la muerte, tiene su origen generalmente en que los familiares consideran la muerte como negativo y trágico, o bien, por el temor a experimentar la tristeza que sentirán al afrontar la verdad.

A veces tratamos de esconder la pena al evitar hablar sobre la muerte cercana. Algunos cambios físicos mayores (pérdida de un órgano o de una parte estética del cuerpo o modificación del aspecto externo) también, dan lugar a un duelo anticipatorio que incluye elementos de despersonalización.

La idea de amenaza de muerte es fundamental en el diagnóstico del duelo anticipatorio. Bacque, (1988), dice que ésta no desencadena la sintomatología clásica del trabajo de duelo, sino más bien un desapego, una anestesia emocional, una indiferencia total hacia la persona enferma, sin embargo antes amada.

La familia va siendo testigo del debilitamiento progresivo que hace al enfermo cada vez más dependiente, con menos control sobre su propio cuerpo, y con una mente cada día más confusa todo se le va de las manos.

Siente angustia, miedo, rabia, tristeza, culpas, cansancio, depresión, temor por su identidad social y familiar que va a cambiar y por la incertidumbre económica. Todas estas son pérdidas. Y forman parte del sufrimiento que implica el proceso de morir.

Garleín, nos dice: “Al tiempo que la persona se apega al enfermo y desea retenerlo, debe ir desprendiéndose paulatinamente de él; debe ir retirando la energía psicológica e ir haciendo un distanciamiento emocional...debe ir planeando su futuro en ausencia del ser querido y debe prever las acciones que va a desarrollar cuando éste fallezca” Este desprendimiento es algo normal, pues aún cuando va preparando a la familia para la separación definitiva, produce, generalmente, culpas y rabia.

El cansancio físico y emocional provoca que los familiares, agotados, y que además ven el sufrimiento de su enfermo, lleguen a desear su muerte.

Estos deseos son normales, válidos, y no serán, nunca, la causa de la muerte. Si la muerte no ocurre en el tiempo previsto, o si se presenta alguna mejoría seguida de recaídas, la familia o los miembros del equipo de salud, involucrados, pueden sentir emociones encontradas: alegría y alivio porque el enfermo no se ha muerto, junto con culpas por haberlo “Matado antes de Tiempo”, también puede presentar rabia hacia el enfermo porque no murió “Cuando se Esperaba”.

El duelo anticipatorio es un fenómeno multidimensional, abarca varios procesos, interactuar, afrontar, planear, para reorganizarse psicosocial y económicamente hablando.

El enfermo también está sufriendo, se ésta enfrentando a varios cambios y pérdidas. Él está viviendo una depresión anticipatoria.

El sufrimiento que experimenta el paciente que está enfrentando su propia muerte en un plazo más o menos breve, no es eliminable y corresponde a su propia sensación de duelo interior por la inminente pérdida de la vida, con sus proyectos, sus afectos y cada uno de los seres a quien ama.

Dejar de ser, dejar de existir es su realidad incambiable y genera ansiedad, dolor y muchas veces rabia. Sin embargo, cuando encuentra un ser humano que es capaz de compartir y ofrecer su compañía, es susceptible de aliviarse, permitiendo así una mejor aceptación ante la muerte.

Es por eso la importancia de que esté una persona debidamente entrenada en el equipo de salud que pueda asistir a un paciente que se enfrenta a su propia muerte.

Además, son muchos los casos en que es palpable el crecimiento personal de un ser humano en su etapa pre-muerte, ligado a un sufrimiento inevitable pero sano y enriquecedoramente vivido.

Enfrentar a diario las micro-pérdidas que preceden a la muerte final, esto es, ir haciendo un duelo anticipado por la vida que se va, planteando muchas incógnitas sobre el futuro, así como sensaciones de tristeza al verse forzado a admitir su dependencia, su fragilidad y su deterioro, y el miedo a las condiciones en que se dará su muerte..., el miedo a una muerte que sobreviene estando solo, o con dolores insoportables, o en condiciones indignas o poco decorosas es para muchos una preocupación recurrente, que en la mayoría de los casos no sale a la luz porque no encuentra un interlocutor abierto y receptivo.

La concepción de un Dios castigador, otros temores religiosos y el morir sin asistencia espiritual cuando ésta se desea, generan también angustia en el paciente.

Asistir a un paciente que enfrenta la muerte nos compromete éticamente a conocer y a responder a su complejo universo de necesidades, no solo al dolor físico, y exige de nosotros (Equipo de Salud) la conciencia de la responsabilidad que contraemos, así como preparación y capacitación profesional, para poder conseguir la optimización de los recursos que conducen a una muerte digna. Siempre debe empezar a conducirse a un paciente desde un punto de vista Tanatológico con el mayor tiempo posible.

Es claro que si se tiene algún tiempo previo para trabajar con él y sus familiares se tendrán mayores posibilidades y eficiencia en la ayuda, que si se hace solo hasta el momento de encontrarlo moribundo y a un paso de la muerte.

La ayuda Tanatológica en el proceso de morir, cualquiera que sea el momento en el cual se empiece a intervenir, implica desde la participación médica con algún psicofármaco en el caso de ser necesario y estar indicado, además de procesos de apoyo emocional, espiritual, religioso, de orientación legal, etc. De tal manera que lleva, algún tiempo en consolidarse el mayor beneficio del paciente y sus familiares.

6.2 FUNCIONES DEL DUELO ANTICIPADO

- El duelo anticipado brinda la oportunidad de aceptar la realidad de la muerte (aumenta la conciencia del proceso de muerte).
- Disminuye la posibilidad de que se presente un duelo patológico.
- Se tiene aún tiempo para que haya diálogo entre el paciente y la familia.
- Hay oportunidad de cerrar ciclos.
- Hay oportunidad de tener una separación emocional gradual.
- El paciente puede despedirse no sólo de la familia sino de personas allegadas y significativas.

- Atender los aspectos espirituales y religiosos que muchas veces ayudan al paciente a “prepararse” y/o reflexionar sobre su propia trascendencia.
- Hay tiempo para resolver trámites (seguros, herencias y otros papeleos).
- Se va adquiriendo fortaleza.
- Acelera la reintegración de la familia a la vida cotidiana sin que ésta pierda su sentido.

6.3 ETAPAS DE ADAPTACIÓN DEL PROCESO

Así como el duelo normal se divide en diversas etapas, lo mismo sucede con el duelo anticipado. Kübler-Ross en su libro “Del duelo y el dolor” menciona «Cuando un ser querido tiene que realizar un duelo anticipatorio para disponerse a separarse definitivamente de este mundo, también tenemos que realizarlo nosotros. Pensamos en las cinco etapas del duelo como en etapas que atraviesa la persona moribunda, pero muchas veces quienes la quieren también las atraviesan antes de que ella muera. (p.18)» En el transcurso de un duelo anticipado destacan tres etapas principales:

- Fase de embotamiento de la sensibilidad.

Tras el diagnóstico la noticia no es asimilada desde el principio y se necesitan días para comprender el diagnóstico y sus consecuencias. Asimismo, los sentimientos quedan en el aire, no se externalizan pues en realidad, ante el desconcierto, se establece una barrera emocional, aunque también pudieran surgir sentimientos de ira y enojo contra el médico que proporcionó el diagnóstico.

- Fase de incredulidad.

Durante esta etapa pueden presentarse diferentes situaciones que sirven como mecanismos de defensa. La negación es uno de ellos y ayuda al sujeto en el sentido de que le permite “controlar la situación”.

Se pretende alargar, aplazar o muchas veces ignorar la verdad y tener falsas esperanzas. Es complicado porque la persona que va a fallecer aún se encuentra viva, no es que se quiera aceptar la muerte sino que se debe aceptar lo que ha dicho el médico.

De igual forma, se puede presentar angustia que en ocasiones se refleja como una búsqueda desesperada de información acerca de la enfermedad, sus posibles curas y otras opiniones médicas o, por otra parte, en el cuidado compulsivo del enfermo.

Como en la etapa anterior, en ocasiones se presentan episodios de cólera y agresividad, principalmente contra el cuerpo médico.

Tanto el paciente como los familiares suelen sentirse frustrados ante la situación y posiblemente esto desemboque en una sensación de impotencia y depresión.

- Fase de reorganización

A medida que la enfermedad avanza, los familiares van adaptándose a los cambios en su vida, a tener sucesivas pérdidas (de tiempo personal, económicas, en los cambios que va presentando el enfermo, ya sea mentales o físicos, etc.) que los van encaminando hacia una aceptación de su realidad.

El familiar comienza a ver cómo serán las cosas cuando su ser querido fallezca y asumir que deberá enfrentar la soledad. De manera similar, el paciente va transitando por estas etapas. Inicialmente puede negar la situación más, a medida que pasa el tiempo y ya no es posible continuar en esa postura, la actitud es reemplazada por la rabia contra Dios, sus familiares o personas a su alrededor. Es una reacción normal y no debe tomarse como algo personal.

Posteriormente pueden llegar a sentirse muy deprimidos por los cambios que están experimentando.

En todas estas etapas hay que dar oportunidad al enfermo de que exprese su rabia, llore, se lamente y hable de sus miedos, invitarlo a finalizar asuntos pendientes, despedirse si lo desea, brindarle apoyo religioso (que muchas veces trae consuelo y paz) pues tarde o temprano desaparece la lucha ante lo inevitable y llega la aceptación.

«El lidiar con la muerte de un ser querido es una experiencia dolorosa muy profunda y personal. Sirve de mucha ayuda el poder hablar con otros sobre nuestro dolor pero tenemos que entender que este es un proceso que no se debe resistir, es necesario recorrer su camino para poder sanar»

Es necesario remarcar que no todos los individuos transitan por todas las fases descritas, y no todos los duelos anticipados se dan de la misma manera.

Las emociones son sentidas a la vez y no una por una, y se pueden avanzar y retroceder a lo largo de todo el afrontamiento del duelo.

No es posible trazar una comparación lineal entre una persona que padece Alzheimer a un pequeño que se le diagnostica un cáncer fulminante.

La fase previa al fallecimiento de un ser querido deja una honda huella en el recuerdo de toda la familia, por eso es importante que el duelo anticipado se maneje de la mejor manera posible siendo lo ideal, que el enfermo tenga oportunidad de despedirse tanto de su familia como de las personas allegadas y significativas.

Como hemos mencionado, los duelos anticipados, al igual que el duelo normal, no siguen reglas y cada uno es diferente, sin embargo, se puede decir que en este tipo de duelo existen puntos en común en situaciones particulares de enfermedad.

6.4 SÍNTOMAS DEL DUELO ANTICIPADO

Si bien los síntomas del duelo anticipado pueden ser similares a los del duelo que se inicia luego de la muerte de un ser querido, la intensidad de sus emociones resulta mucho más inestable.

Ser testigo de la lucha de un ser querido con la muerte te hace vivir en un estado de emergencia constante con un gran sentimiento de angustia que parece durar para siempre.

Algunos días puedes sentir un dolor profundo que no te deja siquiera concebir esta muerte mientras que otros días puede que no sientas tristeza en absoluto. Se trata de una montaña rusa de emociones que incluye momentos de adormecimiento del dolor para así protegerse y luego enfrentar una nueva ola de sentimientos. A continuación te mencionamos los síntomas más comunes en el duelo anticipado:

- Tristeza y llanto

Debido a la pérdida próxima del ser querido. Esta tristeza implica miedo no sólo a la muerte sino también a los cambios que esta pérdida traerá en la familia. Los familiares reflexionan sobre cómo será la vida luego de que su ser querido ya no esté con ellos: proyectos en común, futuro financiero, roles familiares, etc.

- Intensa soledad y aislamiento

Debido a la falta de aceptación social para expresar sus emociones durante el duelo anticipatorio. Sienten un gran deseo de que alguien los escuche sin juzgarlos.

Se experimenta una mayor ansiedad que puede causar síntomas físicos como temblores, falta de memoria, trastornos en el sueño y en el apetito.

- Sentimientos ambivalentes

Que llevan a hacerte sentir culpa. Por un lado, quieres que tu ser querido siga viviendo mientras que, por otro lado, deseas que no siga sufriendo. También puedes sentir culpa por haber sobrevivido y seguir con tus proyectos mientras que tu familiar ya no podrá hacerlo.

- Intensa ira e irritabilidad

Debido a esta pérdida inevitable y la impotencia de no poder hacer nada para evitarlo. El enojo puede extenderse a los profesionales de la salud que intervienen en el tratamiento de su ser querido.

6.5 ¿CÓMO AFRONTAR EL DUELO ANTICIPADO?

Es bueno que saber que el duelo anticipado es una reacción normal aunque pueda interferir en su bienestar cotidiano.

No debe tratar de evadir este dolor, su mente necesita prepararse para la pérdida y el duelo es ese proceso de adaptación. Sin embargo, vivir tu dolor no implica cruzarse de brazos, veamos algunas cosas que puedes poner en práctica.

Trata de encontrar una forma de no guardarte todo el dolor para ti. Puedes confesárselo a otro miembro de tu familia, un amigo de confianza o la persona con que mejor te sientas. También puedes hacer un diario o escribir una carta. La forma no es importante, lo que cuenta es que dejes salir lo que estás sintiendo.

No desestimes la salud física y emocional, trata de dormir lo suficiente, practicar ejercicios y tener una dieta saludable, no se trata de que maltrates tu cuerpo, ya tienes bastante con el dolor emocional para agregar dolor físico. Si practicas alguna religión es bueno que busques algo de consuelo en ella, tu lado espiritual

(todos lo tenemos, hasta los más materialistas) lo necesita. Tal vez no vayas a una iglesia, pero practicas meditación o yoga. Esto también podrá ser de utilidad.

Trata de pasar tiempo junto a la persona que quieres y está a punto de irse. Si hay algo que debes perdonar es el momento de hacerlo, si quieres contarle con lujo de detalles lo mucho que lo quieres, también ahora tienes una oportunidad para ello.

Consulta libros de autoayuda destinados a las personas que están en tu caso, contienen un montón de estrategias de afrontamiento que puedes poner en práctica.

Esta imposibilidad de expresar las emociones sólo trae un mayor aislamiento social y sensación de incompreensión en momentos en los que el doliente requiere ser escuchado. Aceptar esta muerte no implica olvidarse de tu ser querido sino conectarse en un nivel emocional distinto y disfrutar de los últimos momentos significativos con él. Por lo tanto, es primordial permitirse experimentar esta angustia ya que la negación de estos sentimientos sólo hará prolongar el dolor. Habla con un amigo para compartir libremente estos sentimientos de profunda tristeza e impotencia sin que él trate de brindarle soluciones o consejos. En estos momentos más que palabras de aliento, necesitas de un abrazo acogedor. También puedes volcar tus emociones en cartas que te permitan registrar pensamientos y emociones íntimas entorno a esta pérdida. Inclusive puedes escribir una carta a tu ser querido en donde le expresas todo lo que sientes por él brindando una oportunidad de cierre de la relación.

Durante este proceso, las familias suelen encontrar menos apoyo y acompañamiento que durante el duelo normal. Si sientes que no puedes lidiar solo con este duelo anticipado, te sugerimos que recurras a asistencia profesional para así encontrar un espacio de escucha y contención donde enfrentar las dificultades y emociones que implica la muerte inevitable de un ser querido.

Un individuo normalmente necesita de un guía durante un periodo de aflicción. El acompañamiento es una excelente herramienta para ayudar a una persona que ha sufrido una pérdida. Un acompañamiento mal llevado puede ocasionar problemas

en el doliente para que éste procese de manera adecuada su duelo, por lo que es importante que la persona que acompañe considere las siguientes recomendaciones:

- Demuestra interés sincero.
- Permíteles sacar todo el pesar que sienten.
- No cambies el tema.
- Pregúntales qué necesitan.
- Escucha, sé buen oyente.
- Ten detalles.
- Permíteles que hablen del ser amado tanto y con tanta frecuencia como deseen.
- Platica con ellos sobre los recuerdos especiales, las anécdotas, las cualidades del que falleció. No quieras resolver el duelo del otro

6.6 ETAPAS DEL DUELO ANTICIPATORIO

Se trata de una Depresión silenciosa. Nace cuando el Enfermo sabe, y lo sabe con certeza, que va a morir, y muy pronto: el cuerpo sabe mejor que el mejor médico cómo se siente. Cuando el Enfermo vive la Depresión Anticipatoria, necesita encerrarse en lo más oculto, en lo más profundo de su Yo, para despedirse, para decir “adiós” a todos los que ama y a todo lo que ama. Al hablar de un duelo anticipatorio en la familia es porque existe un diagnóstico de enfermedad, terminal o crónico-degenerativa. El término crónico-degenerativa, se refiere a que estas enfermedades van avanzando progresivamente hasta que terminan con al vida de la persona propiciando a su paso cambios en la funcionalidad de órganos y sistemas secundariamente y que son enfermedades esencialmente irreversibles. La enfermedad crónica se caracteriza por ser de larga duración, con curso estable o con frecuentes descompensaciones; muchas de

estas enfermedades son invalidantes, con reducción o pérdida de las capacidades para la movilización o el cuidado personal. El paciente con una enfermedad crónico-degenerativa siempre va a estar condicionado a padecer un estado de pérdida (de la salud). En éste caso se va a ver envuelto en trastornos emotivos que lo afectarán en sus cuatro esferas integrativas: Bio-psico-social-espiritual. Cuando un individuo se ve amenazado por una enfermedad o incapacidad importantes, responde iniciando su proceso de afrontamiento, el cual se manifiesta en una serie de etapas sucesivas.(Carolina Azuaje- Fundación Neo-humanista Barcelona, España)

La familia es una parte esencial en el proceso que van a vivir al lado del paciente. Contribuye a los cuidados del enfermo y tiene que recibir la atención e instrucción necesarias por parte del equipo de cuidados para no influir negativamente en la evolución del paciente. La enfermedad terminal separa al paciente y a su familia solo en el cuerpo de quien la sufre, pues los sueños, las emociones y la dinámica familiar se altera por igual en todos, por lo que en el manejo debe incluirse a cada uno de los miembros. En una situación límite como la enfermedad maligna terminal, los conflictos familiares afloran y pueden influir negativamente sobre la persona afectada. La familia puede colaborar eficaz y activamente en el cuidado del enfermo si se le instruye de una forma adecuada en el control de los síntomas, los cambios posturales y la higiene personal. Necesita de una información veraz y continuada, un apoyo constante, la seguridad de una asistencia completa durante todo el proceso, descargar tensiones generales y la disponibilidad permanente del equipo de cuidados. La visión de la interdependencia de los miembros de la familia en salud y enfermedades basada en relaciones estrechas de amor es simple e incompleta dentro de la dinámica de las complejas relaciones del grupo familiar. La enfermedad termina altera la unidad social, los familiares y los amigos, afloran los conflictos internos preexistentes. La información inadecuada, los mitos, la presencia más o menos explícita de la muerte y la idea de un sufrimiento inevitable, crean una intensa atmósfera de angustia. Dificultades intra familiares ante la enfermedad terminal.

6.7 FAMILIA TERMINAL

Por familia no debe solo pensarse en seres unidos por vínculos consanguíneos, la definición debe abarcar a todos aquellos significativos afectivamente y que participan, en la vida familiar. La familia debe asumirse en su totalidad como un organismo vivo, y cualquier alteración en la estructura o función de alguno de sus integrantes, influirá en todos y cada uno de los demás miembros.

La familia es una parte esencial en el proceso que van a vivir al lado del paciente. Contribuye a los cuidados del enfermo y tiene que recibir la atención e instrucción necesarias por parte del equipo de cuidados para no influir negativamente en la evolución del paciente. La enfermedad terminal separa al paciente y a su familia solo en el cuerpo de quien la sufre, pues los sueños, las emociones y la dinámica familiar se altera por igual en todos, por lo que en el manejo debe incluirse a cada uno de los miembros. En una situación límite como la enfermedad maligna terminal, los conflictos familiares afloran y pueden influir negativamente sobre la persona afectada.

La familia puede colaborar eficaz y activamente en el cuidado del enfermo si se le instruye de una forma adecuada en el control de los síntomas, los cambios posturales y la higiene personal. Necesita de una información veraz y continuada, un apoyo constante, la seguridad de una asistencia completa durante todo el proceso, descargar tensiones generales y la disponibilidad permanente del equipo de cuidados.

La visión de la interdependencia de los miembros de la familia en salud y enfermedades basada en relaciones estrechas de amor es simple e incompleta dentro de la dinámica de las complejas relaciones del grupo familiar. La enfermedad termina altera la unidad social, los familiares y los amigos, afloran los conflictos internos preexistentes. La información inadecuada, los mitos, la presencia más o menos explícita de la muerte y la idea de un sufrimiento inevitable, crean una intensa atmósfera de angustia. Dificultades intra familiares ante la enfermedad terminal.

6.8 DIFICULTADES INTRA FAMILIARES ANTE LA ENFERMEDAD TERMINAL

Ninguna familia que haya tenido que convivir con una enfermedad fatal sale ilesa de esa experiencia, pues debe enfrentarse permanentemente a situaciones desgastantes, exigencias y cambios, el último es la muerte del ser querido y cuando esto ocurre cada miembro es diferente de lo que era cuando aquél gozaba de salud.

Básicamente la familia se ve sometida a cuatro tipos de problemas:

- Desorganización:

la enfermedad quebranta los recursos adaptativos para afrontar situaciones difíciles que antes habían sido exitosos.

- Ansiedad:

Conductas hiperactivas, irritabilidad, intolerancia entre unos y otros.

- Labilidad emocional:

Reacción oscilante y superficial cuando la capacidad de contener, frenar y organizar las respuestas afectivas se muestra insuficiente.

- Tendencia a la introversión:

La enfermedad y la muerte son poderosas fuerzas centrípetas que ejercen un efecto de muralla en la familia, la cual para defenderse del desorden implanta nuevas normas. Todos estos factores, sumados a una grave y larga enfermedad cambia a todos los que conviven con quien la sufre en aspectos como:

- Preocupación insistente por las consecuencias futuras (soledad-economía familiar- educación de los hijos-etc.)
- Sentimientos de culpa originados en el ir muriéndose.
- Emociones y reacciones contradictorias derivadas del agotamiento físico y emocional

- Colapso de la red de comunicación intra familiar
- Aislamiento de los miembros
- Redistribución de los roles
- Confusión personal
- Sumado a estos factores, el estrés psicológico cambia la dinámica familiar, dentro de la cual se desarrollan nuevos patrones de afrontamiento y convivencia:
- Constantes visitas al hospital
- Acompañamiento a consultas
- Análisis y tratamientos
- Largas noches de acompañamiento

Todas estas actividades deben combinarse con las de la vida diaria, las que también cambian:

- Alimentación irregular
- Disminución e incluso desaparición de momentos de descanso
- Periodos de ocio y placer que son utilizados para recuperar tareas domésticas, vigilancia y crianza de los hijos (tareas de por sí agotadoras)

6.9 CRISIS DE CLAUDICACIÓN FAMILIAR

La crisis de claudicación familiar puede definirse como: "La incapacidad de los miembros de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente" Es un reflejo del abandono asistencial a paciente y familia. También puede producirse en otras situaciones como: ruina económica, comisión de delitos graves, separación afectiva, pérdida del puesto de trabajo. La diferencia de estas crisis con las de claudicación familiar ante una

enfermedad terminal es que las otras pueden superarse con el tiempo, en el caso de la muerte más cercana, supone un cambio radical y no hay tiempo suficiente para la vuelta a la normalidad.

Esta crisis se refleja en la dificultad de mantener una comunicación positiva con el paciente, entre los miembros y el equipo de salud. No todos claudican a la vez, pero cuando en conjunto son incapaces de dar una respuesta adecuada, estamos ante una "crisis de claudicación familiar, en donde la última etapa de la vida se convierte en un drama para todos y se traduce en abandono para el paciente. La crisis de claudicación familiar se convierte en el único medio de expresión de malestar y miedo ante la situación que se vive.

- Claudicación grupal:

Ocurre en familias extensas, los miembros se dividen ante criterios determinados, al final, se abandona el objetivo principal: el paciente. Claudicación global (catastrófica) La claudicación global afecta a la familia y se extiende al equipo terapéutico. La falta de consenso en los objetivos y la incomunicación con los miembros del equipo hacen imposible mantener unos cuidados de calidad y de forma continua. Se denomina catastrófica por la situación de caos que vive el paciente.

- Factores desencadenantes de claudicación familiar.

Son muchos los factores que pueden propiciar la crisis:

- Discontinuidad de los cuidados ofrecidos al paciente
- Mala relación con el equipo de salud
- Indefensión social (carencia de recursos y aislamiento)
- Encarnizamiento terapéutico
- Abandono por profesionales con técnicas curativas
- Inundación informativa: malas noticias sin digerir, información brutal
- Sobre identificación del equipo de salud
- Cambio del equipo de salud

- Información contradictoria.
- Conspiración del silencio
- Mal control de síntomas
- Enfermedades oportunistas
- Accidentes.
- Morbilidad de los cuidadores
- Muerte de algún miembro de la familia (diferente al paciente)
- Ruina económica
- Abusos realizados por personas inescrupulosas que prometen curaciones
- Prevención de la crisis de claudicación familiar.

- Con relación al paciente:
- Información y comunicación franca y honesta con el equipo
- Escucha atenta de sus preocupaciones y prioridades
- Relación de ayuda eficaz
- Seguridad de continuidad de los cuidados
- Implementación y mantenimiento del rol familiar y social
- Mantener, dentro de lo posible, un ritmo tolerable de deterioro Psico-físico
- Adaptación paulatina a las limitaciones producidas por la enfermedad
- Apoyo Psico emocional
- Participación en la planificación y evaluación de cuidados terapias
- Espacio y tiempo para la expresión de emociones y sentimientos de duelo anticipado
- Seguridad y protección física
- Adecuado control de síntomas
- Con relación a los miembros del grupo familiar:
- Inclusión de la familia dentro de la unidad a tratar
- Escucha atenta de demandas y sugerencias
- Darles tiempo para que asuman la situación

- Información puntual, adecuada, honesta, comprensible y continua sobre la evolución
- Entrenamiento y participación en las tareas del cuidado
- Implicación del mayor número de miembros posible
- Facilitar el descanso en caso de agotamiento de cuidador principal único, en unidad de corta estancia
- Entrenamiento en técnicas de control de síntomas
- Información sobre recursos disponibles en la comunidad
- Fijar objetivos plausibles a corto y mediano plazo
- Vivir y cuidar el día a día
- Reducir los efectos negativos de la conspiración del silencio estimulando la comunicación entre los miembros de la familia y el paciente.
- Soporte y apoyo Psico-emocional individual y grupal
- Facilitar la aclaración y resolución de conflictos en el seno familiar
- Detectar patologías en otros miembros de la familia y recomendar la ayuda de otros profesionales
- Ayudar a la familia a utilizar sus propios recursos en la solución de sus problemas
- Corrección y respeto en el trato
- Amor

Siempre debe tenerse en cuenta que la adaptación perfecta de todos los familiares a la enfermedad y muerte de un ser querido no existe. Cuando se trabaja con familias con problemas, el Tanatólogo debe ante todo establecer un marco de referencia y un sentido de control, debe separar en partes el conjunto de problemas aparentemente inseparables antes de emprender cualquier trabajo constructivo, implicando siempre a la familia en la toma de decisiones.

El soporte que el Tanatólogo y el equipo de salud suministran a la familia implica

El conocimiento e identificación de las múltiples necesidades que ésta puede tener a lo largo del proceso.

- De información clara, concisa y realista.
- De saber que se está haciendo algo por el paciente, que no se le ha abandonado médicamente y que se procurará su alivio.
- De contar con la disponibilidad, comprensión y apoyo del equipo de cuidados establecidos bajo un marco de continuidad
- De la responsabilidad compartida en la toma de decisiones
- De tiempo para permanecer con el enfermo.
- De privacidad e intimidad para el contacto físico y emocional.
- De participar en los cuidados.
- De comunicar los sentimientos y reparar la relación, de poder explicarse y perdonarse.
- De compañía y apoyo emocional.
- De expresar las emociones, de expresar la tristeza, el desconsuelo, la rabia y los temores.
- De conservar la esperanza.
- De apoyo espiritual.

Tener en cuenta que la base de toda terapia de familia debe ser una adecuada comunicación, tanto del equipo de apoyo con la familia, como entre los mismos familiares.

Evaluar únicamente los problemas que se expresan abiertamente puede ser insuficiente debido a que estos son alimentados por una más profunda dinámica familiar. Ya sea que las tensiones se manejen o no lo más importante es que la familia cuente con la oportunidad de discutir y aclarar la naturaleza de la enfermedad y el curso que seguirá dentro de lo posible.

Se pretende entonces alcanzar la salud emocional tanto del paciente como de sus familiares, para lo cual se plantean las siguientes estrategias.

- El apoyo entre familiares permitirá una liberación de tensiones.

Problemática:

Familiares inhibidos para expresar sus sentimientos por el temor de no tener derecho a hacerlo y de angustiar más a sí mismo y a otros, incluido al enfermo (no se tiene derecho por estar "sano")

Estrategias:

Estimular la expresión de sentimientos entre los miembros del grupo.

- Legitimizar, si está indicado, la presencia de emociones como enojo, tristeza, impotencia, incertidumbre y el deseo de querer acabar pronto.
- Si lo implícito se vuelve explícito, se proporciona una mejoría inmediata de la tensión interna y los miembros descubren que los trastornos y las ambivalencias son comunes a todos y que tienen derecho a afligirse, como individuos y como familia.

Elaboración de un sistema ampliado de soporte:

Las familias deben ayudarse a sí mismas desde el punto de vista emocional y práctico, para este tipo de ayuda existen 4 importantes áreas de intervención:

- Educación práctica en cuidados sanitarios mínimos.
- Suavizar la interfase equipo de apoyo - familia.
- Motivación y suministro de ayuda social
- Restablecimiento de la comunicación familiar.

Tratar con patrones disfuncionales:

Los patrones disfuncionales son aspectos del funcionamiento familiar no adaptativos llevados por su estructura y que son motivo de conflictos actuales, ya sea por dificultades pre-existentes o por la crisis de la enfermedad. Estos patrones pueden estar recién formados o ser captados de manera tardía; mientras más rápido se capte el "punto de acceso" a ellos, sería posible alterarlos de manera constructiva y madurativa sin necesidad de técnicas especiales de terapia familiar. Devolver el sentido de control y dominio (confianza) a los miembros de la familia

para la búsqueda de una solución apropiada a sus problemas, manteniendo el problema dentro de un trabajo manejable, considerando las posibles alternativas de intervención contando siempre con la participación de los miembros de la familia y realizando una estratificación de prioridades.

7. LA MUERTE Y LA SOCIEDAD

7.1 LA MUERTE EN EL MÉXICO PREHISPÁNICO

Para los antiguos nahuas la muerte significaba la desagregación y la dispersión de los componentes del cuerpo humano. Una locución de la lengua náhuatl, consignada por Fray Alonso de Molina, resume esta idea. Cuando el franciscano, se refiere a la muerte, transcribe: Onacico in nacyan, in nopoliuhya, in noxamanca, in nopoztequia, lo que significa “alcancé mi alcanzadero, mi destrucción, mi ruptura, mi fragmentación”. El hombre era para ellos, un ser complejo: formado por la materia pesada de su cuerpo y que además contaba con varias entidades anímicas invisibles y ligeras, estas últimas le otorgaban su naturaleza humana, individualidad, facultades sensoriales y de movilidad, sentimientos, impulsos, capacidad intelectual, y lo vinculaban con una divinidad protectora. Sus principales entidades anímicas eran el Teyolía, el Tonalli, y el Ihíyotl.

El primero, ubicado en el corazón, donde radicaba su esencia humana, su vida, lo más importante de sus facultades mentales y su pertenencia a un grupo de parentesco; al morir el individuo, el Teyolía viajaba a uno de los lugares destinados a los muertos. El Tonalli, ligado a la individualidad y al destino personal, reposaba sobre la tierra tras la muerte, y generalmente era guardado por los familiares del difunto en una Raúl Chavarría Salas, Gabriel García Colorado, María de Lourde s Pe rus quia, Mariana García Ituarte 12 caja que contenía sus cenizas y dos mechones de cabellos. Por último el Ihíyotl, motor de las pasiones, se dispersaba en la superficie terrestre y podía convertirse en seres fantasmales o enfermedades (Yohual echencatl o “viento nocturno”)

Se hablaba, en el México prehispánico, de cuatro lugares de destino: El Mictlan (“lugar de los muertos”), situado en las profundidades de la tierra, al que se dirigían quienes habían fallecido de muerte común; El Ichan Tonatiuh Ilhuícatl (el cielo que es la morada del sol), reservado a los caídos en combate, los ofrecidos en sacrificio al sol, las mujeres muertas en su primer parto y los comerciantes que habían perecido en las expediciones mercantiles; el Tlalocan (lugar de Tláloc), paraíso de la vegetación, que reunía a los golpeados por un rayo, a los ahogados y a los que habían fenecido a consecuencia de una enfermedad “acuática”, y finalmente el Chichihualcuauhco (lugar del árbol nodriza), sitio en el que, los niños muertos durante la lactancia esperaban una segunda oportunidad de vida.

La muerte era una terrible y postrera toma de posesión, de un dios, quien invadía el cuerpo del ser humano, para llevarlo a sus dominios. Cada dios elegía a sus súbditos y los mataba con sus poderes específicos. El sol y la diosa Tonan Quilaztli usaban respectivamente la muerte en la guerra y el primer parto para tener servidores, ambos en la casa del sol. Tláloc y Chalahiuhtlicue se valían de sus poderes acuáticos para contar con auxiliares en el Tlalocan. Algunas fuentes mencionan las creencias en otros dioses que mataban a los elegidos y los llevaban a sus propios reinos. Por ejemplo, la muerte en estado de ebriedad era señal de que Ometochtli (el principal de los dioses del pulque), había escogido a la víctima y que el destino del muerto era el paraíso de los borrachos. Otro caso interesante era la de Tlazoltéotl, diosa que inspiraba el adulterio y se llevaba a quienes morían ajusticiados Bioética y tanatología 13 por dicho delito. En las exequias, los muertos lucían la indumentaria particular de sus nuevos amos divinos. La forma de morir estaba condicionada, en mayor o en menor grado, por la conducta observada en vida: ser casto hacía que un joven guerrero resultara apetitoso al Sol, mientras que el devoto a Tláloc caía en los dominios acuáticos del Tlalocan.

No toda elección derivaba de la buena conducta de la víctima: quien atesoraba Chalchihuites (las joyas de Tláloc) enfurecía al Dios por su atrevimiento, y en castigo era muerto por un rayo o moría ahogado, por lo que iba al Tlalocan.

Mictlan, significa “en la región o lugar de los muertos”, este sitio mitológico consistía de nueve planos extendidos bajo la tierra y orientado hacia el norte; allí iban todos los que fallecían de muerte natural, quien moría tenía que cumplir con toda una serie de pruebas, en compañía de un perro, que era incinerado junto con el cadáver de su amo. Entre otras, las pruebas consistían en pasar por entre dos montes que chocaban uno con otro, atravesar un camino donde estaba una culebra, dejar atrás ocho páramos (lugares fríos y solitarios) y ocho callados (colinas o cerros) y desafiar un “fuerte” viento. Transcurridos cuatro años de estos cuatro “caminos”, la “vida” errante de los difuntos había terminado y podía atravesar un ancho y caudaloso río montado en su perro. Este animal que acompañaba al difunto tenía que ser bermejo, y una vez terminado el viaje, el muerto podía presentarse ante Mictlantecutli (Señor de la muerte) y Mictecacihuatl (señora de la muerte). Estos dioses del Mictlan compartían la función de regir y administrar a los que habían muerto.

El México antiguo no temblaba ante Mictlantecutli; lo hacía ante esa incertidumbre en la vida del hombre, llamado Tezcatlipoca (dios que representaba básicamente la maldad) y por tanto, era una de las deidades más temidas. Los Aztecas o Mexicas consideraban que el universo estaba integrado por dos planos, uno vertical y otro horizontal, en el Raúl Chavarría Salas, Gabriel García Colorado, María de Lourdes Perusquia, Mariana García Ituarte 14 punto donde se cruzaban estaba el centro u “ombligo” del mundo, y es ahí donde se encuentra localizado el Templo Mayor de los Aztecas (zócalo de la ciudad de México). Por eso este lugar se considera sagrado; el Mexica era el pueblo elegido, el centro del universo; consideraban arriba como el nivel celeste y abajo el inframundo.

En el primero hay trece cielos, empezando donde están la luna y las nubes; en el segundo las estrellas, el tercero es el camino que sigue el sol diariamente; en el cuarto está venus; por el quinto pasan los cometas; los siguientes tres se representan en colores; en el octavo se forman las tempestades; a partir del noveno se encuentran los dioses.

En el nivel inferior o inframundo, tiene nueve pasos antes de llegar al Mictlán. Dentro de las costumbres funerarias de los aztecas, al morir una persona se le doblaban las piernas en actitud de estar sentado, amarraban sus brazos y piernas al cuerpo, para depositarlos después en un lienzo acabado de tejer, le colocaban una piedra verde en la boca, que simbolizaba el corazón del difunto mismo, el cual tenía que ser entregado a los dioses durante su camino al Mictlán, posteriormente cosían el lienzo con el cadáver dentro y ataban a él un petate. Consideraban que después de transcurrir cuatro años, el muerto llegaba a su destino final, ocupando su lugar en el noveno inframundo donde reposaría eternamente. En la plaza conocida como Tzompantli se colocaban pilas de cráneos ya descarnados. Este lugar estaba consagrado única y exclusivamente a los muertos. Hoy en día, se pueden apreciar los Tzompantlis en Tula, Teotihuacán y el Templo Mayor, decorados generalmente con cráneos de piedra en sus paredes laterales.

7.2 IMÁGENES DE LA MUERTE EN EL MÉXICO ACTUAL

El arte popular se apropia, difunde y confunde rituales cristianos y paganos de toda índole, para llevar a cabo velorios, entierros y tratos diversos con los difuntos (novenas, prácticas para encaminar al finado, “recogida” de la cruz, donde estuvo tendido el cadáver y Bioética y tanatología 15 altares de muertos) es entonces cuando, el arte y la muerte se funden y se ponen al servicio del difunto, a quien se extraña, se agasaja y se recuerda.

En el folklore, abundan en todo el país, los cuentos populares en los que se intenta y a veces hasta se logra, engañar a la muerte; o bien ésta apadrina y protege a algún mortal, hace pactos, apuestas y competencias con toda suerte de personajes. Son estos, el lado chusco de los relatos sobre los aparecidos, almas en pena, fantasmas y difuntos que retornan con encargos, reclamos y avisos. La herencia mexicana prehispánica y la tradición medieval europea, se unen para

hacer de la imagen de la muerte, no una figura amenazante, sino otra, en la cual los mexicanos se permiten familiaridades que no han dejado de asombrar a los extranjeros.

Aquí la muerte es, tanto lóbrega como carnavalesca; las antiguas formas europeas de relacionarse con la muerte subsisten, se conservan y se incorporan en las tradiciones locales. En las representaciones medievales de las danzas macabras, la muerte es realmente amenazadora con su reloj de arena, su guadaña, su carreta. Las escenas de *Ars Moriendi*, donde el diablo y los ángeles pelean por las almas de los moribundos, fueron rápidamente incorporadas a la iconografía evangelizadora. Pero con el tiempo, y aún antes de que se decretara el carácter metafórico de las llamas del infierno, esa muerte sentenciosa y lúgubre se volvió chocarrera, juguetona y festiva. Pero la lucha también tiene un matiz de mera rebatinga.

Las “calaveras” (caricatura y verso sarcástico) están llenas de crítica e ironía; dan por muertos a políticos y hombres públicos con el mayor desenfado, desenterrando carroña y mencionando podredumbre. Las representaciones teatrales típicas del día de muertos son los tenorios. Los osarios, las calaveras y los amores de ultratumba de los románticos que se desposan con el ánima en pena, son ahora un regalo de dulce, con el nombre del des- Raúl Chavarría Salas, Gabriel García Colorado, María de Lourde s Pe rus quia, Mariana García Ituarte 16 tinatario en la frente o huesos de masa dulce sobre la parte superior de los panes de muerto. Tenemos calacas de alambre, de cartón y papel, con mecanismos articulados que las hacen bailar y temblar; ataúdes que se abren con un hilo para dejar que la huesuda muestre el letrero que lleva en las manos extendidas “me quité de sufrir” y procesiones de acólitos con cabeza de garbanzo que caminan con el vestido de cartoncillo.

El duelo y el recuerdo, se empatan con el festín, la preparación de altares, las visitas de panteón, la música, la bebida las frutas y los juguetes en los primeros días de noviembre. Los muertos regresan para acompañar a los vivos, no para espantarlos, ni para acicatearlos. La muerte pasea engalanada de torero o en

bicicleta, como en las estampas de José Guadalupe Posada o Manuel Manilla. La muerte lleva la vida más normal que se pueda imaginar (por paradójico que suene) nace, crece, llora sus penas, contrae nupcias y hasta muere. Las calacas pueden vender, coser y tortear; se descoyuntan de risa con los dientes pelones; bañan a sus hijos o juegan fútbol, como en los dibujos de Francisco Toledo, y predicán moralidad como en la portentosa vida de la muerte de Fray Joaquín Bolaños.

La muerte en México, como fenómeno social, ha generado diversas ideologías a su alrededor que nos han llevado desde la sátira, el refrán y el dicho popular hasta las frases célebres.

La cultura de la muerte tiene para el mexicano un enorme arraigo y creatividad. Es bien sabido que los antiguos pobladores de México, comparaban la muerte con la noche, tomando a ambas como un hecho natural. Entonces, ¿cómo es que hoy, todos tenemos problemas emocionales y temores ante la muerte? ¿Cómo es la muerte? Tal interrogante solo puede resolverla el que ha muerto, el que ha llegado a la experiencia del saber al fin en que consiste la cesación de la vida; pero éste ser, que deja de ser persona para convertirse en cadáver, ya no puede y Bioética y tanatología 17 tal vez ni le interesaría si pudiera, hacer la narrativa de tales acontecimientos.

Desde hace unos años se ha logrado que el momento de la muerte, se posponga cada vez más, generando nuevos y angustiantes problemas, que han de enfrentar diferentes personas del entorno social. Existen dramáticas situaciones en que el trabajo del médico resulta impotente y sólo queda el compromiso de cuidar al ser humano hasta el postrer instante de su vida.

Los miembros del equipo de salud, forman parte de un sistema que entra en el mundo de la persona moribunda y al hacerlo confrontan su inminente destino, que es el de fallecer ellos mismos algún día. En el gran escenario de la vida, todos somos actores que afrontamos el dilema de saber que no estaremos vivos por siempre, que llegaremos al último acto, donde nuestro fin invariable, será morir.

Para muchas personas esta es una experiencia, que por desagradable, les lleva a la negación de estar en contacto con pacientes moribundos.

La muerte es una de las muchas realidades que arrostra el ser humano y a nadie escapa, que constituye un suceso que suele cargarse de un significado específico teleológico que va más allá de lo material.

El resultado está constituido por consideraciones filosóficas y culturales muy variadas respecto de la muerte y el morir, ellas van desde el más puro romanticismo, hasta las más frías concepciones basadas en las leyes físicas.

La historia del ser humano sobre la tierra data de varios millones de años, en ese lapso hemos visto nacer y morir a nuestros congéneres, así como a otros seres vivos; de esta manera, siempre se ha sabido que la muerte es el final de una vida, sin embargo, el significado de esta experiencia ha variado en concordancia con distintos factores y culturas. En el mundo de la medicina, se ha discutido mucho respecto a ¿qué aspecto es el más trascendente en torno a la muerte- Raúl Chavarría Salas, Gabriel García Colorado, María de Lourdes Perusia, Mariana García Ituarte 18 te?; si corregir las alteraciones fisiológicas o atender las connotaciones psicológicas, o bien dirigir la atención a las voluntades sociales.

Las opiniones al respecto son muy diversas, dependiendo del espacio académico o filosófico en que se ubique el opinante. En la actualidad es muy frecuente que una persona muera en un hospital, rodeado de personas con preparación, pero sin relación alguna con el paciente, con mentalidades o concepciones diferentes y variadas ante la muerte.

Por lo mismo le dan un significado diferente, esto supone un cierto grado de dificultad para abordar los temas relacionados con el morir y la lucha precedente que es la agonía.

7.3 LA MUERTE: UN TABÚ EN EDUCACIÓN

La Muerte es el tema constantemente vetado: es negativo, de mal gusto; a pesar de ser tan antiguo como el ser humano, de que aparezca a diario en los medios de comunicación social, de que jamás haya habido tanta apertura y flexibilidad educativas como en la actualidad, a pesar de la creciente tendencia al desarrollo de la escuela hacia y desde lo cotidiano y de conocer la convivencia de la prevención, todavía nadie nos enseña a encontrar un sentido aséptico, es decir, no parcial hacia la Muerte y mucho menos a morirnos; creemos que, si desde las aulas no se incluye la Educación para la Muerte como un contenido global y ordinario, no se nos enseñará a vivir completamente.

El fondo del asunto no es más que un mal aprendizaje de miedo, angustia, terror, sufrimiento sin sentido, entre otros sentimientos, lo cual es transmitido de generación en generación como arquetipo, (C. G. Jung) y alimentado continuamente desde el ego humano y la resistencia al des empeoramiento, sin embargo, muchos maestros del bien común han propuesto, una y otra vez, soluciones convergentes como respuesta a ese condicionamiento aversivo; Queremos indagar con actitud alternativa, sobre esta asignatura pendiente, que no es troncal, sino radical, prestarle atención preferente, como cualquier dolor requiere de una solución con prioridad a otras necesidades superiores o mas placenteras.

Por ello proponemos abordar la Muerte como un contenido de importancia máxima para la vida, en tanto que orientadora de ella, consciente o inconscientemente, como meditaba Robert Musil, el autor de "El hombre sin atributos". Deber esperar la Muerte para poder vivir, he aquí una proeza antológica y paradójica, se insiste de entrada en esto, 48 La Tanatología, una Ciencia con nivel Profesional. Comprendiendo significativamente de forma adecuada, funcional y autónomamente el sentido de la Muerte, se vive mejor y se deja automáticamente de hacer una buena cantidad de vilezas.

7.4 IMPORTANCIA DE UNA EDUCACION FORMAL E INFORMAL ANTE LA MUERTE

La educación es un factor de suma importancia para la vida del ser humano, e incluso es imprescindible para el desarrollo de nuestra sociedad, aportando numerosos elementos para el avance de nuestra era. Esto se ha visto a lo largo de la historia y por ese motivo se llevan a cabo investigaciones, con la finalidad de no estancarse en el avance de la misma. Uno de los puntos importantes para llevar a cabo este trabajo de investigación es definir qué es la Educación: para Javier Serrano (2007), es considerada como un factor estratégico de desarrollo, que hace posible a la persona asumir modos de vida superiores, permitiendo aprovechar las oportunidades de la ciencia, la tecnología y la cultura de nuestro contexto. Por lo tanto, la educación es un proceso dinámico que se ha ido construyendo a partir de una educación tanto formal como informal, entendiéndose como educación formal a la impartición de conocimientos dentro de una institución - escuela, bajo un carácter intencional, planificado y regulado, esto es, una escolarización que cuenta con una organización curricular sistematizada, la escuela ha sido y sigue siendo una parte fundamental del sistema de socialización esencial para la comprensión del desarrollo y la dinámica de una sociedad, permitiendo la identificación de estrategias e investigaciones necesarias para el logro de las metas que la sociedad defina como deseables.

La Tanatología, una Ciencia con nivel Profesional. Mientras que la educación informal, se refiere a la acción difusa y sin planear, ejercida por las influencias ambientales, y la cual no ocupa un ámbito curricular dentro de la Institución Educativa, se trata más bien de una acción educativa no organizada, individual, provocada a menudo por la información recibida por los medios de comunicación, caracterizada por ser del tipo de educación que se recibe en lugares de vivencia y de relaciones sociales, de tal modo que el sujeto es parte activa tanto de su educación como de la de los demás, por lo cual es una educación formativa pero desorganizada, carente de objetivos educativos, pero con una visión amplia en cuanto al desarrollo y a la productividad tanto a nivel personal como del grupo

social en común (Jiménez, 1984), por ello la educación informal es aquella donde existe un aprendizaje por medio de situaciones cotidianas, esto es, son experiencias que se van acumulando a través del tiempo. De igual forma Jiménez comenta que la educación es un proceso bidireccional por medio del cual se transfiere un conjunto de saberes, valores, hábitos y maneras de desarrollarse en el entorno mediato, Educar implica desde un proceso de asimilación de información, englobando todas las experiencias intrínsecas a las que nos vemos expuestos. Afirmando nuevamente que una educación tiene que ver tanto en lo formal como en lo informal. Por otra parte es necesario hacer hincapié que la Muerte es un acontecimiento Universal, así como Salud y Enfermedad, los cuales son aspectos indisociables al ser humano (Flores 2004), sin embargo los diversos autores señalan una diferencia en cuanto a la concepción de la Muerte con respecto al género; para Hernández, 2002, las mujeres se manifiestan más abiertamente, ellas marcan la importancia de la familia con respecto a la vida, en contraposición con los hombres, que se refieren a los aspectos consecuentes y favorables, mencionando que es una etapa de duración biológica y es por ello que las actitudes individuales hacia la Muerte y los aspectos asociados a ésta, como dolor, pena o sufrimiento, pueden ocasionar, en cierto modo, una atención inadecuada. 23 La Tanatología, una Ciencia con nivel Profesional. Por ejemplo actitudes de rechazo, huida o inseguridad, al afrontar sus propios miedos ante la Muerte (Colell, Limonero y Otero, 2003), estos autores, entre otros, afirman acertadamente que para hablar de Muerte se necesita una preparación de la misma, ya que las actitudes, creencias y emociones ante un enfermo en situación terminal pueden incidir en el actuar. Es justamente dentro de una educación para el bien morir (tanatología), donde está el poder para fomentar la valía de la vida misma, así; la eros tanatología tiene su definición en Tánatos, que es la pulsión de muerte, la cual se opone a Eros, la pulsión de vida.

Los conceptos de Eros más thánatos, explica Miguel Flores (1977), son un campo fértil para la creación, considerándolos como conceptos contrapuestos que llegarán a necesitarse el uno del otro, teniendo como denominador común el sufrimiento y el temor a lo desconocido. Los paradigmas educativos con respecto

al tema de la Muerte, han traído consecuencias, creencias y actitudes que van emergiendo dentro de las diferentes sociedades y comunidades, en la época actual, la educación ha rebasado un conocimiento meramente científico y tecnológico, encontrándonos en una etapa compleja en la que existe una diversificación de las fuentes de acceso al conocimiento. Por lo que sería primordial tomar en cuenta la necesidad de desarrollar importantes modificaciones a dichos paradigmas, no sólo educativos, sino también dentro de las ciencias sociales, sin dejar de ver lo concerniente a temas del bien morir, lo que significaría tener una educación en tanatología, con base en un sustento teórico y epistemológico, ya que en estos tiempos la temática de la Muerte ha tenido sus diferentes interpretaciones a partir de los viejos paradigmas, como el positivista, el cual se limita a lo cuantitativo, a lo objetivo, a lo que se puede medir y palpar, olvidándose de lo humanista, de la riqueza de contar con valores que van determinando nuestro propio crecimiento personal y social, el olvido de los sentidos para actuar.

. Kuhn (citado en Echeverría, 1989), nos comenta que la aceptación de un nuevo paradigma por parte de la comunidad científica, frecuentemente modifica el concepto mismo de la ciencia correspondiente y lo que es más, cuando cambian los paradigmas, el mundo mismo cambia con ellos, así la decisión de rechazar un paradigma se da al mismo tiempo con la decisión de aceptar otro y el juicio que conduce a esta decisión involucra la comparación de ambos paradigmas con la naturaleza y la comparación entre ellos.

De acuerdo a Kuhn, un paradigma constituye un modelo, una disciplina, una forma de ver, de conocer, de diferenciar otras concepciones que nos permiten resolver problemas ante la necesidad de algo, a partir de lo que son aceptados, pero cuando hay problemas que no se pueden resolver, surgen un paradigma alternativo y/o emergente. Desde la misma línea de los paradigmas, comenta Méndez (2000), se puede ir observando que existen cambios dentro de la misma sociedad, en la cual se tiene que reconocer que presenta a nivel epistemológico una ruptura con la modernidad al admitir una realidad compleja, cambiante,

incierto y turbulento, que dentro de los paradigmas educativos se cree que el bajo rendimiento se ataca mejorando los métodos didácticos o enseñándoles a los alumnos métodos de cómo aprender a aprender, que no son malos, todo lo contrario, pero dejan de lado, la totalidad que representa el sistema educativo y su entorno y con respecto a la Muerte, señala que es necesaria una formación acerca de la misma, ya que se requiere de conocimientos en tanatología para disminuir temores o ansiedad y así fortalecer su propia salud, por lo que la realidad educativa es compleja, dinámica, contradictoria y paradójica, es por ello que se aborda desde el principio de la totalidad, comprendiendo, acordando, interviniendo, hasta que emerja una nueva realidad educativa que responda a las necesidades de la sociedad y esto implica ver a la Muerte desde lo holístico, lo humano y lo complejo.

Dentro del paradigma positivista, en lo concerniente a la salud, existen diferentes modelos, como el biopsicista, el bio - médico, el salud - enfermedad y el bio - psico - social, entre otros; como se sabe, en el modelo bio - médico se le da la credibilidad al médico, a la farmacología, a la tecnología, a la misma enfermedad, sin ver que los sentidos también existen, así como la humanización, los valores, las emociones y los sentimientos, entre otros aspectos relacionados con la vida emocional del mismo sujeto, aquí la Muerte existe porque falla la ciencia, porque el médico dio lo que tenía que dar, sin haber consciencia real de la Muerte, al grado de que ésta se va ignorando, permitiendo que los hospitales o instituciones de la salud tomen las decisiones de los últimos días de vida del paciente, creando así una sociedad que no entiende la Muerte, por otro lado la familia no sabe qué hacer, actuando algunos con indiferencia, otros con sobreprotección y lo más trágico aún, es no darle la oportunidad al mismo moribundo que tome la decisión de su propia Muerte. A partir de esto y dada la evidente limitación y obsolescencia del paradigma tradicional, emerge un nuevo paradigma que viene a generar una nueva visión de lo social, de manera conveniente, se posibilita ver el problema de la Muerte con el cambio del modelo epistemológico, esto es, en lugar de sujeto - objeto, se cambia a sujeto - co sujeto, es decir que las diferencias en la vivencia del manejo de la Muerte en cada cultura, están impuestas por el muy personal

concepto de Muerte que cada individuo haya construido y proyectado a través de su historia (nuevo paradigma), así como por el contexto social donde crezca y se desarrolle, pese a las similitudes de los procesos expresados en diferentes culturas, la Muerte es el inexorable destino de todo ser, una realidad desconocida a la que cada una de las civilizaciones se ha enfrentado, inventando formas felices, tristes o indiferentes de coronar sus vidas.

Se ha señalado que los paradigmas cambian para dar respuesta a las problemáticas de una sociedad, hablar de Muerte no es cosa sencilla, el ser humano adquiere a través de 26 La Tanatología, una Ciencia con nivel Profesional. sus vivencias una educación para enfrentar la muerte, ya sea de algún familiar, amigo, vecino o su propio deceso, cada quien puede interpretar su modo o forma de mirarla, para algunos es un respeto, para otros una pérdida y algunos más comentan que es dolor y sufrimiento, (Isla, 2008).

7.5 EL ASPECTO HUMANISTA ANTE EL PROCESO DE MUERTE

La formación humanista va muy de la mano con la reflexión sobre el sentido de la vida, el amor y el odio, donde imperan las ideas de vida y de Muerte; así como con la difusión de ideas propias, de acciones realizadas, de formas de trabajo, encaminado a tomar en cuenta las preocupaciones de las personas, es decir, hacia la sensibilidad humana, la comprensión y solidaridad con el otro, el compromiso social y ético, además de la responsabilidad de desarrollar habilidades del pensamiento, la crítica, la argumentación. Las ciencias humanistas cultivan las disciplinas intelectuales con el fin de preparar al sujeto para enfrentar los retos de la vida contemporánea, al tocar este tema se hace referencia a todas aquellas disciplinas que estudian el comportamiento, la condición y el desempeño del ser humano; es de gran importancia seguir teniendo una preparación escolar de este tipo, ya que en la actualidad es innegable la existencia de un déficit de

humanidades en contraste con un exceso de especialización científica. En este sentido (Vázquez, 2008) afirma, que toda gran cultura es ante todo una cultura de la Muerte, cada cultura se caracteriza por su manera de aprehender y tratar el fenómeno de la Muerte; sus propios ritos fúnebres, sus prácticas de duelo y sepultura, su propia valoración de la existencia, de la vida colectiva o de la vida individual, no hay cultura sin culto a los antepasados, sin ritualización del suelo, sin lugares y modos institucionales de sepultura.

La Muerte como fenómeno biológico, social, legal, cultural y psicológico, se estudia también a la luz de principios éticos; el hombre, a pesar de saber que en su existencia está implícita la Muerte, experimenta temor de enfrentarla, al desconocer, entre otras, la esencia en la transición vida – muerte. 27 La Tanatología, una Ciencia con nivel Profesional.

Enfrentar la Muerte, en una cultura como la nuestra en donde se juega con ella y a la vez se le niega y teme, nos lleva a buscar una comprensión, más allá del ritual y la creencia. En México todo funciona como si la Muerte no existiera, para el mexicano, las ceremonias acerca de la Muerte le dan la ocasión de divertirse y dialogar con la divinidad, la patria, los amigos y los parientes, así, la vida encuentra en la Muerte un fin, es entonces que la Muerte adopta una connotación que va más allá de la concepción biológica, implica una ideología propia que modula la perspectiva que se adopta ante cualquier situación que implique morir. El manejo ético que se tenga en relación a la Muerte, dependerá pues, de las características culturales de cada pueblo y a su vez de las relaciones que en éste prevalezcan, pero también de la concepción individual que cada sujeto tenga en relación con este fenómeno. Cuando hablamos de enfermos terminales debemos considerar que éstos se encuentran en todas las edades y todos los estratos sociales, pero no es lo mismo hablar de un enfermo terminal en Europa, o en países de origen anglosajón, que en países como el nuestro, que se caracteriza, como ya se ha señalado, por concepciones propias de la Muerte, del cual resulta el comportamiento que se tiene hacia ella; si consideramos que la Muerte es un

fenómeno cultural complejo, en el que se encuentran inmersos elementos como las emociones, es conveniente reflexionar, cómo el mexicano en particular, maneja sus emociones ante este fenómeno; esto es importante porque de ahí se desprende el entendimiento del porqué, en otros países, se han aceptado alternativas sociales para la definición de hasta cuando prolongar la vida a los enfermos terminales, tales como la voluntad anticipada e incluso la eutanasia; hablar hoy en día, de las anteriores opciones en nuestro país, implica comprender la religión, la idiosincrasia y la ideología que rodea nuestra forma de ser y particularmente la perspectiva que prevalece con relación a los principios bioéticos que rigen a la praxis médica en nuestro medio, de ahí que las condiciones éticas en México, sean distintas a las encontradas en otras regiones del mundo, no obstante que los principios de la bioética sean uniformes, e incluso que existan

La Tanatología, una Ciencia con nivel Profesional. algunos que resulten universales; esta característica sui generis de la "bioética mexicana", surge porque han predominado los principios de cuidado de la vida, sobre los de libertad, aunque hoy en día, la libertad y autonomía de los pacientes han sobrepasado a dicho principio; la libertad personal de elegir, puede considerar, por un lado a la "vida" cómo lo esencial a conservar, o bien la "no vida", para evitar el sufrimiento o el ensañamiento terapéutico, en el caso de un enfermo que está a punto de morir. Lo importante es garantizar que las decisiones sean las más adecuadas a todos los integrantes de la relación participante, pero especialmente acordes a los valores del propio paciente, quien al final tiene la opción de decidir por sí mismo. Debido al desarrollo tecnológico muchas familias desean que sus pacientes sean asistidos en los hospitales con la finalidad de conservar la esperanza de poder lograr algo por ellos, especialmente en el ámbito público, porque consideran obligación del Estado y del sector salud hacerlo, así como el brindarles todo tipo de apoyo; en el mismo sentido, también es indispensable aliviar las necesidades emocionales, de ahí que se considere necesario establecer en el cuidado del paciente terminal tres tipos: el Cuidado Espiritual, es donde se indaga acerca de

las convicciones religiosas y se le ofrece el acceso a la ayuda del espíritu que corresponda; el Cuidado Psicológico, el cual es considerado esencial, ya que el ser humano toma consciencia de su Muerte, reflexiona sobre ella, lo cual puede generar cambios emocionales importantes en esta última etapa de la vida; y los Cuidados Prácticos, donde la asistencia médica debe trascender a la enfermedad y abarcar el hecho de morir. Por lo que se tiene que considerar que una buena asistencia a estos pacientes, una adecuada comunicación con el enfermo y sus familiares y establecer rutas de acción que permitan encontrar el tratamiento ideal a las condiciones del paciente, es decir, hay que asistir correctamente a las personas que están viviendo su propia Muerte, al mismo tiempo que se esfuerzan por encontrar un sentido a ese morir, lo cual implica emplear desde elementos, técnicos, tecnológicos o médicos, además de lograr la satisfacción de las necesidades más básicas, como escucharlo, comunicarle la verdad, no dar falsas esperanzas, estimularlo para que replantee sus propias decisiones, no reprimirle reacciones de ira y cólera, así con la aplicación de todos estos elementos es cuando la medicina paliativa adquiere toda su relevancia. A manera de conclusiones podemos decir que el papel de la bioética en el manejo de los enfermos terminales implica primeramente un amplio conocimiento histórico del surgimiento de la bioética, ya que de ello depende comprender la existencia de dos perspectivas que delimitan el trato que se da a los enfermos terminales; en estos pacientes hablar de bioética cobra esencial importancia porque implica el manejo del fenómeno de la Muerte; proceso que en nuestro país adopta una idea de temor y miedo, se le omite y evade por ser desconocido, por lo que se aceptan intervenciones como la eutanasia.

En nuestro país, todas estas ideas acerca de la Muerte, implican un cambio interno en la cosmovisión que se tiene acerca de la vida y de la Muerte; es decir, cada país determina la manera óptima de atender a los moribundos, según la cultura a la que pertenezca y los recursos de que disponga (Abiven).

En la actualidad, el aspecto humanista esta dado a partir del principio de autonomía que destaca sobre los otros, lo cual implica por una parte que el

paciente se ha responsabilizado de su salud y enfermedad, pero por la otra implica que el médico deba asumir la importancia del respetar la libertad que tiene el paciente de preservar su vida o no, de cuidarla o no, de protegerla o no, de mantener como valor primordial la capacidad que todo individuo tiene de elegir sus propias decisiones de acuerdo con lo que más le convenga, independientemente que estemos o no de acuerdo con ello y siempre y cuando no ocasionemos problemas a otros; también es importante señalar que el médico como ser humano es portador de determinados valores que deben ser respetados, por lo que al tener que efectuar algún procedimiento que no sea acorde con sus principios tiene el 30 La Tanatología, una Ciencia con nivel Profesional. mismo derecho que el paciente a elegir, teniendo como apoyo jurídico, la objeción de conciencia, a la que tiene derecho. Cuando el médico toma decisiones está involucrando no únicamente los valores propios, sino sus emociones y los valores de la sociedad en la que está inmerso, así mismo, tanto el médico como el paciente tienen el derecho a ser libres en su elección; la ética razonable defiende la obligación de proteger la vida humana, pero no a cualquier precio, los límites de esta intervención se han tratado de establecer con los conceptos de medios ordinarios y extraordinarios, hoy en día hay acciones destinadas a lograr prolongar una vida digna para el paciente, no a una agonía dolorosa o a satisfacer un deseo de los familiares a costa del sufrimiento innecesario del enfermo; aquí es importante que la sociedad conozca que el hecho de no reanimar, le da valor y tranquilidad al mismo moribundo, así como a la familia cercana que es la que tiene la obligación de comprender y respetar el porqué de tal decisión. Y lo cual requiere una participación especial del profesional encargado de los procesos legales de nuestro país, quien en última instancia delimita las acciones a seguir ante situaciones de esta naturaleza. Por todo lo anterior consideramos necesario informar a la población en general acerca de la importancia de estos temas, sobre todo a la que está en contacto con este tipo de problemas y que en muchas ocasiones no cuenta con la información e interés que le permitan adoptar una postura específica; por lo que el Sistema Educativo no puede permanecer estático y mucho menos del conocimiento que la comunidad tengan de ella, de tal forma que estudiar desde edades tempranas el

tema de la Muerte y sus implicaciones permitirá que favorezcan el juicio para la toma de decisiones en tiempo y lugar, sin descuidar los aspectos culturales, el género, las creencias y la religión de los enfermos, sus familiares y el grupo social al que pertenecen, se trata de abordar la problemática desde una educación temprana atendiendo a normas y criterios que garanticen los derechos y la dignidad de las personas, en función de las circunstancias y de las distintas culturas, debiendo también considerar que ayudando a bien se puede enseñar a vivir, para nuestra sociedad es importante aprender a identificar con claridad los valores implicados en el manejo del proceso de Muerte, esto hará que las personas logren integrar las acciones que les permitan encontrar soluciones adecuadas a cada paciente, pudiendo identificar y valorar la relevancia de informar y transmitir este conocimiento a los sujetos desde los primeros años de su educación.

De tal forma se pretende que la Tanatología sea concebida como disciplina profesional, que integra a la persona como un ser biológico, psicológico, social y espiritual para vivir en plenitud, que proporciona ayuda profesional al enfermo terminal y a sus familiares, siendo una alternativa para revalorar la vida, lo cual descansa en la condición mortal de cualquier individuo; el cómo ayudar a las personas a resolver la Muerte constituye una tarea ardua y más aún donde la sociedad interfiere, siendo necesario y de primordial importancia iniciar la educación desde la infancia, ayudando a los niños a disminuir su ansiedad hacia la Muerte y continuar con los jóvenes, adultos e incluso las mismas personas de la tercera edad; D'Hyver y Kraus, afirman que la ideología de esta disciplina versa sobre los siguientes puntos? la Muerte y el miedo a la misma son fuente de muchos de los problemas humanos, eliminar estos miedos es dar vida, vida a plenitud, llena de calidad; el suicidio es un mal que se puede prevenir; y de acuerdo a Kübler Ross, el amor incondicional es un ideal asequible.

7.6 EDUCACIÓN ANTE LA MUERTE

En efecto, todos opinamos sobre quién o quiénes educan: los padres, los maestros, los medios de comunicación, el grupo de iguales, todos estos agentes forman parte del proceso educativo. Pero actualmente muy pocos se paran a pensar y analizar sobre cómo educar, sobre qué hacerlo, dónde sentar las bases de la educación que queremos para nuestros hijos, hermanos, amigos o sobrinos. Arnaiz (2003a; 2003b) reflexiona sobre la importancia de que en la escuela se deje de educar como si fuéramos inmortales y, más bien, se conciba una educación que tenga en cuenta la muerte, de manera que esta oriente los valores en la vida. Día a día, escuchamos a ministros, profesionales de la educación, psicólogos, pedagogos, sociólogos y otros hablar sobre las carencias que tienen los jóvenes e infantes en estos momentos. Estas apreciaciones nos mentalizan y nos informan sobre la inmadurez que estos presentan, nos ofrecen miles y miles de recursos y apoyos para dar una respuesta a dichas necesidades, y si no funcionan, cambiamos las leyes de educación.

Si pensáramos fríamente sobre este tema y el significado que esconde en sí la educación, quizás no ofertaríamos una gama tan amplia de recursos para dar respuesta a esos alumnos a los que encasillamos, etiquetamos o pensamos que son víctimas del fracaso escolar, pero sí podríamos cubrir otras carencias que nos plantea el sistema educativo actual, planteando una respuesta sobre lo que significa educar para la vida. En tal sentido, Verdú (2002) afirma que “una enseñanza sin muerte es la muerte absoluta de la enseñanza, porque no tratar de lo que más importa descalifica a cualquier institución sobre el saber” y, por eso, consideramos que abordar la muerte como tema educativo en todos los niveles de formación nos ayudará a entender y comprender que debemos aceptar la muerte para disfrutar verdaderamente de la vida.

Nuestros adultos han sido educados en la cultura de esfuerzo, han sido educados para vivir y conseguir los medios necesarios para ello. Pero nadie les enseñó o los

preparó para morir, a pesar de que, como reconoce Osho (2004), nuestra cultura necesita tanto de una educación para la muerte como para la vida .

Esta situación hace de la muerte un tema invisible, el cual es mejor no tocar. Pero en la actual Ley de Educación española sí que se hace referencia a la transversalidad y, con ello, a temas como la educación para la paz, la educación sexual, la educación medioambiental o la educación en valores, entre otros; sin embargo, una vez más, volvemos a olvidarnos de ese lema de “Aprender a vivir”, y ¿cómo aprender a vivir si no sabemos que podemos morir? “La educación para la muerte como ámbito formativo: más allá del duelo”. Esto es una apertura para la formación que se apoya y construye desde la muerte como un ámbito de extraordinario potencial formativo. Es un camino para conectar la educación ordinaria con educación para la conciencia, una rama de este árbol mayor. Desde ella se intentan dar pistas para replantear el sentido de lo que hacemos, tanto en la comunicación didáctica cotidiana como en los momentos que debemos asumir una muerte cercana. Por lo tanto, y siguiendo a Herrán (2011), hemos de entender la educación para la muerte como un conjunto de acciones formativas adecuadas, encaminadas a favorecer en los profesores un mayor conocimiento, de manera que repercuta en un cambio conceptual o en una modificación importante de los esquemas afectivos y cognoscitivos asociados a la educatividad sobre la muerte . Es necesario educar para la muerte y esta idea debe reflejarse en todos los proyectos curriculares, adaptaciones, unidades didácticas, proyectos de centro y en las programaciones de nuestro currículo oficial, en los cuales destacamos que se han de ofrecer conocimientos que ayuden a definir una propuesta educativa que atienda a la formación humana. Como explican Cruz y García, en su libro, SOS... Dejadme morir: Es necesario poder hablar con normalidad de la muerte. Es importante reflexionar sobre la muerte, ya que nos hace ver lo relativo de las cosas, incluso de las que más nos interesan, influyendo de forma activa en nuestro comportamiento y en nuestros esquemas de valores, y al mismo tiempo nos prepara para una serena aceptación del momento en que, de forma irremediable nos deja la vida, es decir, del momento en que seamos cada uno el otro que muere.

7.7 BENEFICIOS DE LA EDUCACIÓN PARA LA MUERTE

A estas alturas, no es una novedad que la educación para la muerte no está contemplada como área, pero sí consideramos la necesidad de incluirla como tema transversal. Sus objetivos y contenidos deben estar distribuidos entre las áreas en todo el currículo académico, y debe programarse con todos sus elementos para que no se convierta en algo ajeno al currículo general.

Al aprender contenidos relativos a la educación para la muerte se produce un complejo conjunto de aprendizajes, conscientes o inconscientes, de tipo intelectual o cognitivo y afectivo emocional que pueden contribuir a responder de una u otra forma ante las distintas situaciones que la muerte nos puede plantear. Así, educar para la muerte es educar para la paz, educar en valores, educar para vivir, aprender a ser y a convivir, y consideramos que estos aprendizajes son primordiales, porque la vida es algo único, básico y de máximo valor.

Cuando educamos para la muerte, educamos para una educación más abierta, orientada hacia el progreso y desarrollo humano. El desarrollo integral de nuestros alumnos y alumnas demanda cada vez más de una atención al desarrollo psico-evolutivo y moral. Pretendemos formar ciudadanos que sean capaces de desarrollar un sentido crítico para comprender y actuar ante los problemas que se plantean permanentemente en el mundo actual.

Además, la educación para la muerte nos ayuda a trabajar la independencia, la creatividad, el desarrollo de la inteligencia y, por supuesto, a profundizar en el ámbito de la inteligencia emocional.

Necesitamos de un acompañamiento educativo en el duelo, que, como expresa Herrán y Cortina (2008c) podría constituir un ámbito de especial interés y relevancia dentro de la formación del profesor-tutor. No es fácil conseguirlo: se requiere una formación que incluya la transformación interior y la mejora personal.

Consideramos que trabajar la educación para la muerte desde el aula supone un amplio abanico de beneficios que van a repercutir en las distintas actividades,

áreas y ámbitos dentro del centro. Apostamos por un trabajo cooperativo, un aprendizaje basado en el diálogo intergeneracional, además de completar dicha formación desde la educación no formal.

Siguiendo con nuestra argumentación respecto a los beneficios que supone educar para la muerte, concluimos que son múltiples, y a distintos niveles y agentes, lo que supone una mayor implicación de los padres en las actividades a realizar, y una comunicación más explícita entre abuelos y nietos, padres y profesores y viceversa. Supone prepararnos para afrontar el duelo en forma menos traumática y patológica, así como la capacidad de superar miedos y ansiedades al saber de qué hablamos y a qué nos enfrentamos. Además de asentar las bases de una realidad cambiante, que constantemente nos invita a valorar en exceso la juventud, desvalorizando a nuestros mayores.

De acuerdo con la investigación realizada, algunos de los beneficios más destacados de la educación para la muerte son:

- Mejora de la comunicación.
- Respeto de los derechos.
- Educa en valores.
- Respeta la diversidad.
- Trabaja la inclusión.
- Fomento de la participación y el diálogo.
- Solidifica el trabajo en equipo.
- Propicia la innovación y creatividad.
- Procura una intervención realista, interactiva y solidaria.
- Impulsa el desarrollo de valores y actitudes positivas.
- Desarrollo de la empatía.
- Favorece las habilidades sociales.
- Posibilita la toma de decisiones.
- Crea ciudadanos capaces de adaptarse.
- Promueve la formación continua de los profesionales

7.8 LA EDUCACIÓN PARA LA MUERTE, CONSIDERACIONES PARA EL INICIO DE UNA EDUCACION EN LA INFANCIA

La etapa infantil: El tramo más adecuado para una respuesta curricular. En un Congreso Internacional de Educación Infantil celebrado en Granada, se manifestaba: El maestro de los niveles primeros representa el centro de la escuela, por antonomasia, socialmente, se piensa que la escuela es tanto más escuela, cuanto más se desciende en los niveles de edad; puede que esta creencia sea más profunda de lo que parece, el doblete Educación Primaria – Educación Infantil es, de hecho, el epicentro de una escuela mayor, didácticamente empobrecida, mientras se aleja de estas primeras etapas; si la Educación Infantil es la etapa más creativa y rica, en cuanto a realizaciones educativas, no nos parece descabellado, en modo alguno, que pueda servir de referencia a las demás (A. De la Herrán Gascón, S. Bravo García, M. V. Freire López y M. Ramos Prieto, 1998).

En sí, se cree que, por razones epistemológicas y profesionales, el diseño y desarrollo de esta importantísima área de experiencia, debería comenzar en la etapa infantil, tomando en cuenta las relaciones evidentes entre Muerte y ciclos biológicos, la educación para la paz, para el consumo, para el progreso social, para la salud, para la igualdad de oportunidades, o la educación ambiental, sexual, vial, entre otros. (A. De Herrán Gascón, 1997). Siguiendo una línea de evolución hacia la tolerancia y la humanización del conocimiento, adelantamos hoy que la educación para la Muerte es una de esas áreas de experiencia y conocimiento pendientes, cuya normalización en la enseñanza, es tan sólo una cuestión de unos cuantos vaivenes y un poco más de tiempo. 49 La Tanatología, una Ciencia con nivel Profesional.

- Paralelismo:

Educación Sexual – Educación para la Muerte. Análogamente, aunque pueda parecer distinto, algo semejante ocurría hace unos años con la educación sexual, cuya polémica, y sorprendentemente para algunas personas, sigue siendo, objeto

de escándalos en las escuelas y colegios, y de artículos y debates cruentos en los medios de comunicación social; la diferencia básica entre la polémica entre la Educación Sexual y una hipotética Educación para la Muerte, es que la primera es sonora, porque versa sobre cuestiones constantemente tratadas y manoseada por la imaginación y la falta de imaginación del ser humano. Por lo tanto, es táctica o expresamente popular a priori; en cambio, la Muerte es, por un lado, un tema asociado al dolor y al sufrimiento y por tanto, poco deseado y oscurecido por multitud de creencias y ritos sin fundamento que casi siempre generan un vacío que sólo ellas aseguran poder volver a llenar; y por otro, un núcleo de contenidos de dudosa pertinencia educativa, por parecer que se trata de un tema de otros sitios, religión, medicina, psicología paliativa, filosofía, familia, individualidad.

Las mayores resistencias al tema de la Muerte, se refieren a que a pesar de que la tendencia a continuar en el mismo estado, es un comportamiento normal de las comunidades científicas y profesionales más organizadas e institucionalizadas, las mayores resistencias provienen de la exacerbación del efecto negación, concretamente de la actitud negativa hacia las propuestas: Históricas, por intentarse abordar en otros periodos o etapas; y Ajenas, por pretenderse solucionar desde otros ámbitos del conocimiento y la cultura, sobre todo si estas conclusiones están tradicionalmente arraigadas.

Pues bien, el caso de la Muerte se ajusta, desde el punto de vista de su Educabilidad, a un contenido de máxima resistencia, en efecto se trata, Históricamente, por cuanto es tan antigua como la conciencia humana; y Ajena, ya que tradicionalmente ha sido atendida y satisfecha por ámbitos tan distintos como la familia, las religiones, las filosofías, las tradiciones culturales, los ritos, la propia mismidad y además, esa correspondencia se pierde en el tiempo. Con todo lo anterior, ninguna de esas fuentes ha satisfecho fiablemente el enigma del morir y del morirse; concretando señalamos cuatro Vías básicas para el posible conocimiento de la Muerte:

- Positiva.

La cual hace hincapié en la importancia de profundizar en lo que es la Muerte, desde lo que se cree que la Muerte es y tomando en cuenta las siguientes premisas: Ø La premisa (prejuicio) de poderse dar una respuesta simultáneamente parcial y válida a esta cuestión ha conducido a la formación de abanicos de respuesta doctrinaria variadísimos y no – universales, que han desarrollado sus actitudes sobre los criterios antes dichos. Ø Muchísimos han desarrollado ritualizaciones y mitificaciones cada vez más exclusivas, progresivamente más distanciadas de las soluciones ofrecidas por comunidades o plataformas semejantes; desde el punto de vista de una eventual solución objetiva y generalizable, las propuestas se han traducido en el vacío más frustrante, en la imposición o en la voluntad de fagocitar sistemas de doctrina menos pudientes. Ø Todo ello ha llevado a que aquello que se tienen por Muerte sea tan diverso como ilusorio y sin un fundamento riguroso.

- Negativa

En la que se sigue el camino del conocimiento pero en negativo y tomando en cuenta lo siguiente: Ø Se trata de profundizar en lo que, esencialmente, la Muerte no es, para, desde esta relativa seguridad excluyente, acabar por inferir lo que posiblemente es, se trataría de una propuesta parecida al "vichara" que R. Maharsi (1986) enseñaba para el conocimiento de uno mismo. 51 La Tanatología, una Ciencia con nivel Profesional. Ø Es muy difícil que la Muerte sea conceptuada por los vivos de un modo válido, porque, refiriéndose a otro estado del ser, se desarrolla desde el ego vivo, es decir, desde el apego, la dependencia, la identificación, la parcialidad; pero sí parece más probable, en consecuencia, deducir de ella lo que puede llegar a ser una representación mental menos inválida. Ø Por ejemplo, con escasa probabilidad de error podemos conceptuar la Muerte desde lo que esencialmente no es, por ser producto de ego: - No es el rito o la parafernalia (excesivo lujo) que, según la región o la cultura, rodean al cadáver o al alma del finado. - No es siquiera el resto del no – vivo, sea físico,

cadáver, féretro, esqueleto; o psíquico, alma, fantasma, espíritu. - No es aquello que del fallecido, sus vivos, recuerdas o el sentimiento que en ellos queda, como el dolor, el sufrimiento, la indiferencia, el alivio. - No es la estela del recuerdo, como la fama, el honor, el poder, los legados, la inmortalidad, la leyenda. - No es el miedo a la Muerte, más basado como decía Epicteto (filósofo griego, "Temes nombrar la Muerte, cual si sólo su nombre fuese cosa de augurio funesto, sin embargo, mal puede haber augurio funesto en lo que no hace más que expresar un acto de la naturaleza") en la creencia sobre la Muerte que en la Muerte misma.

- Fenomenica

El cual mantiene el camino de la observación, tal y como las cosas aparecen, sin entrar en valoraciones subjetivas o inter subjetivas, tomando en cuenta lo siguiente: Ø Creemos que de este modo el error al conceptualizar la Muerte es así mismo mínimo. Ø Por ejemplo, si afirmamos que muy probablemente la Muerte pueda ser el cambio de un estado de una consciencia de ego a otro de no – ego, de un tránsito a otra forma del ser, de la parcialidad al estado de no – parcialidad, del estar al no – estar, de un estado de pensamiento a otro de no – pensamiento, entre otros. Ø Entrarían aquí propuestas como la de A. Maurois, cuando sostenía que: "La Muerte no puede ser pensada porque es ausencia de pensamiento, por lo tanto, hay que vivir como si fuésemos eternos".

- Experimental

Ø Aparentemente directa: percibida por quienes han padecido de Muerte Clínica, concepto evidentemente determinado por la tecnología médica actual y que probablemente varíe posteriormente. Incluiríamos aquí las experiencias testimoniales como las revisadas por investigadores como E. Kübler Ross, R. Moody, Scott Rogo, entre otros. Ø Indirecta: percibida por quienes han trascendido su consciencia ordinaria, por diversas vías; buen uso de la razón, meditación,

cultivo místico, experiencias extraordinarias, estados de consciencia muy superiores al normal, entre otras. En tales casos, lo que proviene de estas personas suele ser de verdadera utilidad, un testimonio clásico del Maestro Dogen, autor del clásico "Shobogenzo", "La leña no puede ver sus cenizas, las cenizas no pueden ver la leña".

7.9 PRINCIPAL CONSECUENCIA ÉTICA Y DIDÁCTICA

Los profesionales de la Educación son muy conscientes de que el respeto didáctico ha de ser uno de los principales de objetos de intervención educativa y el más importante, sobre todo en la etapa infantil, en la que los niños y niñas son más absorbentes. Respeto didáctico equivale a favorecer el principio de actividad, del que se habla en las orientaciones psicopedagógicas del modelo curricular establecido, desde sus primeros diseños; y Respeto didáctico es sinónimo, en nuestro contexto, de no – adoctrinamiento.. Adoctrinar es instruir a una doctrina, o sea, según un programa mental predeterminado o institucionalizado, aprendible por recepción o mediante un descubrimiento unívoco (pseuo descubrimiento), jamás equivalente al descubrimiento natural y autógeno del propio desarrollo. Multitud de madres y padres se levantarían y protestarían porque a sus hijos les inculcaran contenidos falsos o intolerantes en cualquier sentido; racistas, sexistas, fundamentalistas, y otros. Ya hemos demostrado que todos los ismos o significados, obedecen a un mismo "síndrome egótico" o trastorno de personalidad narcisista (A. De la Herrán Gascón, 1997); por lo tanto, el apego y la dependencia inducida son idénticos, formalmente; tan sólo variarán en cuanto a contenido e intensidad de las identificaciones asociadas. Deducimos, por lo tanto, que cometeremos menos errores al enseñar contenidos relativos a la Muerte, si los contenidos, aquello sobre lo que versa la enseñanza, no proviene de ninguna vía positiva, según la clasificación anterior. O sea que si queremos promover una educación activa y respetuosa con nuestros niños, los contenidos de enseñanza

no deberían provenir de ningún ismo, es decir de ningún taller de doctrina, donde se confeccionan, se adornan y recargan disfraces para la angustia y la razón; o sea, de ninguna propuesta parcial.

El niño como Maestro de Maestros.

Primera fuente de aprendizaje: la sinceridad infantil.- si preguntamos a un niño de 3 o 4 años, como hemos hecho en nuestras inquisiciones; ¿Qué es morirse?, ¿Qué le ha pasado? (a la mamá de Bambi), ¿Se muere igual un hombre que una flor?. Nos encontramos frecuentemente con la misma respuesta: "No sé". . En cambio, cuando el mismo niño pregunta a un adulto "¿Por qué se ha muerto mi abuelita?", las respuestas suelen ser de contenido distinto, oscilando desde la evasión de la respuesta hasta la hipótesis del tierra – juicio – cielo – purgatorio – infierno – limbo, entre otras instancias; son muy escasas las respuestas "a lo niño", como hace N. Guillén, 1958: "¿Qué sabéis de la Muerte?, NADA, ni siquiera sé si existe". Si lo más frecuentes son las transmisiones de seguridades, sus consecuencias didácticas son los enjambres de hipótesis entrelazadas propias de los niños 6 y 8 años, que dan lugar a explicaciones pseudo – lógicas y patéticas, cuyo significado es nulo para el niño, más allá o más acá de ellas. Tan poco esclarecedoras como aparentemente inofensivas, se convertirán de adultos en el asiento seguro de una importante Angustia de Muerte, aprendida tan significativamente, que sobre todo se expresará, en la ancianidad, como notoria ausencia de madurez. ¿Cuál es la diferencia entre la respuesta del niño y la del adulto normal?; la principal, a nuestro juicio, es que el niño responde desde su conocimiento, y lo que conoce, como buen razonador, aún no egotizado, es que no sabe, como dijo Sócrates; en consecuencia, afirma: "no sé" o "no sabo "; y si se le insiste en la pregunta, se querrá ir, deseará que lo dejemos en paz, porque no tendrá más que decir. En cambio, el adulto, maestro, educador, padre, o cualquier otro, tenderá contestar desde su ismo, o sea, desde su sistema de identificaciones y dará respuestas estándar, previsibles, idénticas a las que ofrecerá otro adulto que comparta sus mismas premisas, más vinculadas a la creencia en que se sabe

o al apego al propio programa mental compartido, que al solo y honesto conocer, o a cualquier clase de conceptualización por descubrimiento.

En consecuencia, si el niño de segundo ciclo de Educación Infantil es evidentemente más lábil que el adulto, éste habrá de tenerse como casi crédulo, por definición; y en esa credulidad se dan cita, paradójicamente, la experiencia y la ingenuidad más sorprendentes.

Segunda fuente de aprendizaje: los infantilismos, fuente de formación para el Educador.- nuestra educación no garantiza –lo hemos dicho más veces- madurez o evolución interior; de hecho, los mayores defectos y errores humanos podrían identificarse como problemas educativos y más concretamente como problemas de madurez; la mayoría de ellos se centran en el ego, podrían considerarse infantilismos. Comentemos dos de ellos, al hilo de la Muerte: a) el primero son los ritos, normales y necesarios, sobre todo para el desarrollo del niño de primer ciclo (de 0 a 3 años) y que podrían definirse como; la repetición de las características de las situaciones, para saber lo que una situación significa, por ejemplo, la hora de la comida, es necesario que ésta se produzca de la misma manera, que se repitan las mismas señales, que el niño pueda reconocerla con facilidad (E. Lobo, 1996). ¿Acaso no son idénticos los ritos funerarios o de cualquier otra clase, hasta el punto de ser una de las características definitorias de las sociedades primitivas? (J. G. Frazer, 1997); b) el segundo es el de las propias metafísicas sobre la Muerte: desde las creencias sobre la Muerte empiezan a cuajar, con toda certidumbre se falsean a sí mismas; hemos visto que es tan sólo al principio, antes de que aflore la necesidad de interpretación, posterior al breve período del "no sé", cuando pueden considerarse extraordinariamente rigurosas; un rigor que normalmente después se difumina, a no ser que se pretenda volver a pensar desde uno mismo.

Lo normal es que apunte a la invención elemental o al desuso de la razón de los adultos, como: fe, tradiciones, metáforas, supersticiones, obsesiones, entre otros, unas más deterioradas y deteriorantes que otras; pareciera, en efecto, como si, por haber cedido a esta debilidad inevitable, a partir de ahora el adulto comenzará

a ser definitivamente pueril. Dicho de otro modo: cuando el adulto comienza a teorizar más allá de su embotado sentido trascendente, se encuentra con el niño; con este segundo niño al que cuesta tanto introducirse en los disparates y las historias sociales del adulto, que quizá algún día podría utilizar como escalón sobre el que erigir su crítica y subir más alto. Por lo tanto, aunque deducida desde otros contextos, convergemos con L. Wittgenstein, 1996, en que: "Todas las teorías pueriles, o sea, infantiles, las encontramos de nuevo, en la filosofía actual, sólo que les falta el aspecto infantil"; de tal forma que mantenemos la hipótesis de que multitud de sistemas de creencias, filosóficas, religiosas, u otras, sobre la Muerte no son más que "aprendizajes significativos" de nuestros Maestros, los niños. De donde se deduce espontáneamente que todo adulto consciente y más si trabaja en la Educación Infantil, debería pretender superarlos, o por lo menos conocerlos. VI. 6. Propuesta Didáctica. ¿Dónde queda aquel punto de partida de los 2 o 3 años, el "no sé", a que hacíamos alusión; magnífico o bien orientado, por no haber sido contaminado con nada radicalmente incierto todavía? La propuesta que hacemos desde aquí con relación a la enseñanza y aprendizaje de la Muerte se asienta en tres vértices funcionales:

Un es la evitación del aprendizaje significativo de contenidos no ciertos o de naturaleza doctrinaria – parcial, que posteriormente se va a traducir en un trabajo cognitivo considerable, encaminado, desde la consciencia, al des aprendizaje significativo de lo que probablemente, de adulto, no le sirva para nada.

Otro es la conveniencia de enseñar a dudar desde muy pequeños y tanto más en temas sobre los que casi nadie tiene nada que asegurar, como es el que tratamos; la propuesta se orienta a transformar la duda en uno de los soportes más fiables del saber y en la garantía de realización de aprendizajes significativos por descubrimiento por sí mismo; o sea, un medio para hacer realidad uno de aquellos "Principios de intervención educativa".

El tercero es la sinceridad, entendida como esfuerzo por el menor error y el mayor respeto didáctico, del que ya hemos hablado, para que el niño pueda ir construyendo sus esquemas de conocimiento desde su propia experiencia. Y es

que los niños saben de la Muerte, lo saben desde casi el principio de sus vidas, desde que notan que hay cosas que están y que después ya no están más, desde que ven a la madre separarse de su lado, desde que se dan cuenta de que no siempre pueden disfrutar del placer que desearían; los niños saben de la Muerte y lo que nos piden es, sencillamente un poco de información, una explicación concreta de lo que pensamos y sabemos, en una palabra nos piden claridad (M. C. Díez Navarro, 1995). Por lo tanto, por lo menos, no les demos sombras, confiemos en su capacidad, porque quizá sean ellos los que acierten, lo que cada vez está menos oscuro que el "eslabón perdido" existe: somos nosotros.

La actitud investigadora que pudiera desarrollar el Maestro, debiera ser su primordial fuente de innovación y cambio, el motor de su autonomía profesional, siendo de esta forma una disposición emotivo – cognitiva o profesional no obligatoria, ni exigible, pero si deseable. Sería importante lograr encuadrar desde la experiencia un marco teórico y práctico en que situar las necesidades del niño, tanto afectivas, como emocionales, lingüísticas, de representación, motrices, de relación inter personal, de inserción social, entre otras, todo ello confrontado ante la Muerte – Vida, lo que ayudaría al diseño y realización de propuestas metodológicas, como talleres de juego dramático y manualidades que tengan como objetivo el entendimiento y la enseñanza de este tema.

8. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN TANATOLOGÍA

8.1 BASES DE RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE

. Observación de su comportamiento para reconocer el verdadero significado de las actuaciones y necesidades del paciente.

La comunicación con el paciente y su familia para llegar a conocerla y comprenderla Alertar al paciente en la participación de su propia supervisión del

proceso de atención a su enfermedad, cuyo fin es aumentar el dominio del paciente sobre su vida.

- Interpretar el dolor y elegir las medidas adecuadas para cuidar y consolar el sufrimiento.
- 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 sobre todo de amor.
- Facilitar el apoyo moral e informativo a la familia del paciente. Debemos de tener en cuenta las necesidades del paciente, pero también de una manera especial, la familia.
- Orientar al paciente en el curso de su enfermedad acerca de las fluctuaciones emocionales y orgánicas que irá presentando.
- 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.
- Crear y mantener un equipo terapéutico en donde se puedan expresar los sentimientos, experiencias y dudas con el fin de sobrellevar la carga emocional que implica el trabajo de ser enfermera

8.2 FUNCIONES DE ENFERMERÍA

- Función de ayuda al enfermo.
- Función docente y tutelar.
- Función diagnóstica y de vigilancia del paciente.
- Acción eficaz de situaciones que cambian rápidamente.
- Administración y supervisión de intervenciones y tratamientos terapéuticos.
- Supervisión y garantía en la actividad de asistencia.
- Coordinación en la organización del equipo interdisciplinario.

Función de ayuda al enfermo Se puede desglosar en:

Relación terapéutica. Se debe de crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermera paciente; lo cual permite conocer al enfermo como un SER INTEGRAL. Tanto la enfermera como el paciente deben tener una idea aceptable de la enfermedad, dolor, miedo, angustia y cualquier emoción intensa o compulsiva; brindando al paciente apoyo: asistencial, social, emocional y espiritual.

- 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 al paciente como a sus seres queridos.
- Permanecer al lado del paciente logrando mantener un contacto estrecho, lo que permite expresar sus emociones, aunque no sea necesario pronunciar ni una sola palabra.
- Alertar al paciente en la participación de su propia supervisión del proceso de atención a su enfermedad, cuyo fin es aumentar el dominio del paciente sobre su vida.
- Interpretar el dolor y elegir las medidas adecuadas para cuidar y consolar el sufrimiento.
- 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 sobre todo de amor.
- Facilitar el apoyo moral e informativo a la familia del paciente. Debemos de tener en cuenta las necesidades del paciente, pero también de una manera especial, la familia.
- Orientar al paciente en el curso de su enfermedad acerca de las fluctuaciones emocionales y orgánicas que irá presentando.

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

Función docente

Esta función no sólo debe ser con el paciente sino también con el familiar y el equipo de salud.

Evaluar la disposición del paciente para recibir explicaciones.

Ayudar al paciente para que integre su enfermedad en su diario vivir.

Descubrir y entender la interpretación que hace el paciente de su propia enfermedad.

Explicar cada uno de los tratamientos y procedimientos que se va a realizar.

Función diagnóstica y de supervisión

La enfermera es la que pasa el mayor tiempo con el paciente, por lo que es capaz de realizar un diagnóstico y ejecutar un plan de cuidados ajustado a las necesidades de cada paciente, por lo que debemos de tener en cuenta:

- Apreciación y documentación de cambios significativos en el estado del paciente, .Prevenir las crisis y/o empeoramiento antes de que sea una situación grave. Maqueo VMP: El papel de la enfermera en la tanatología
- Evitar las complicaciones.
- Anticipación de las necesidades asistenciales del enfermo.

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

Acción eficaz de situaciones que cambian radicalmente.

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

Administración y supervisión de las intervenciones y tratamientos terapéuticos Estas actividades pueden ayudar a:

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

Supervisión y garantía en cuanto a la calidad de la asistencia

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

Nosotras como enfermeras debemos coordinar, ordenar y satisfacer las necesidades y exigencias de nuestros pacientes, por lo que debemos:

- Establecer y mantener un espíritu de equipo, ser solidarios con nuestro gremio y los demás integrantes del equipo de salud.
- Ser respetuosas con nuestros pacientes.
- Tener una actitud flexible con el enfermo, familia y equipo de salud. Debemos comprender las necesidades de nuestros pacientes, conocer sus capacidades y sus limitaciones.

8.3 LA PREPARACIÓN DEL ENFERMERO EN SU PROCESO DE FORMACIÓN ANTE LA TEMÁTICA MUERTE Y EL MORIR

Problematizan la falta de preparación de los profesionales enfermeros frente a la muerte de pacientes críticos a sus cuidados, con todo, sin emitir una solución plausible para el cambio de este contexto. En lo que atañe a la formación académica, se infiere que la muerte, por ser uno de los fenómenos más intrigantes del ser humano, por despertar generalmente aprensión y miedo, una vez que delimita la fase terminal humana, necesita una preparación previa y específica de los profesionales para trabajar con este evento en su cotidiano de trabajo, el desafío a los docentes en trabajar contenidos que reporten a esta temática en Enfermería, se debe al hecho de que los mismos no recibieron formación/cualificación necesaria para hablar sobre la muerte en sala el aula o también se sienten aprensivos. Esto puede limitar su actuación, dificultar el proceso de enseñanza y descalificar la formación de nuevos profesionales. De este modo, en ausencia de discusión de la temática, siempre se tuvo interpretaciones diferenciadas y hasta incluso erradas.

En cuanto a la problemática de la falta de preparación del profesor respecto a metodologías de enseñanza de la temática en foco, se identificaron los discursos

contenidos en algunos artículos, de que el desarrollo del tema “muerte y morir” a su vez no fue trabajado en momento alguno durante la formación académica de los participantes de los estudios. Algunos relatan que el tema apenas fue pasado de forma rápida y objetiva, quedando desvalorizado. Lo que sustenta la mayoría de las veces el argumento de dejar de trabajar la muerte es el hecho de que la mayoría de los cursos tienen en los currículos de las disciplinas el foco de trabajo solo en la vida, en el curar y bienestar del paciente. Así se percibe una brecha enorme dentro de las matrices curriculares de los cursos de graduación. El reflejo de esto es la formación de profesionales sin la total preparación para lidiar con la muerte durante su práctica profesional.

Cabe resaltar que los currículos más actuales insertos dentro de una perspectiva antropológica y psicológica valoran disciplinas y momentos en que el estudiante, con sus cuestiones personales, pueda tener espacio para manifestar sus principios a fin de madurar la visión de la realidad. Sin embargo, a pesar de esta configuración expresada en los documentos que dirigen la praxis pedagógica, actualmente, aún se percibe que los profesionales que trabajan en la práctica como no tuvieron esta visión y este fundamento, tienen una laguna desproporcionada en el trabajo cotidiano, establecer situaciones que ayuden a los profesionales de enfermería a utilizar mecanismos de enfrentamiento satisfactorios ante la muerte es de extrema importancia para la preparación de un profesional apto y pronto para luchar con cualquier tipo de situación, siendo una estrategia impactante para ese tipo de vivencia que les espera. A partir de esta lógica, es necesario la construcción de una atención de calidad, tanto para el paciente como para el enfermero que la presta, oportunizando un ambiente que vislumbre el diálogo abierto para expresar sus angustias, recelos, miedos, entre otros sentimientos que exacerban en sus vidas, no solo los profesionales como personas, de forma a ayudarlos a desarrollar el arte de convivir con la muerte y el morir que atravesará en su vida profesional constantemente. A partir de estas consideraciones, se percibe que la muerte es un punto crucial en la vida

profesional del enfermero, y por eso, debe debatirse en los cursos . Esta es una laguna considerada para debate en la formulación de los planes de enseñanza, en la lógica de formar enfermeros críticos, reflexivos y generalistas, capaces de actuar en los escenarios más variados de salud que impregnan tanto la vida como la muerte. La muerte siempre estará presente en el cotidiano del profesional enfermero, de ahí una preparación académica dirigida al entendimiento de esta temática como algo natural e inherente a todo ser humano.

8.4 ATENCION TANATOLÓGICA EN ENFERMERÍA

Atención tanatológica en enfermería, la atención médica y de enfermería es, sin lugar a duda, la forma más eficaz de aminorar preocupaciones en torno al bienestar del paciente, pero esto, por desgracia suele confundirse con el exagerado uso de recursos técnicos y científicos, que pueden conducir a la paradójica situación de prolongarle la vida a un paciente que puede estar deseando morir. Por otra parte, ese cuidado técnicamente perfecto, puede desarticularse tanto en los aspectos humanos, que el personal puede llegar a enajenarlos al no concederle ni importancia, ni tiempo. Para aminorar los dolores corporales, el personal médico y de enfermería cuenta con eficaces medicamentos, uno de los aforismos de Hipócrates señala que, aliviar el dolor es obra divina, la gran verdad que encierra esta frase es mayormente cierta cuando el hombre se encuentra en el trance de morir, que será más soportable, si se elimina o por lo menos se modera los sufrimientos del cuerpo. El contacto efectivo con el enfermo sólo se logra dialogando con él, escuchándolo con sincero interés y tocándolo para comunicarle solidaridad humana. Es imprescindible que esta relación sea de persona a persona, que se fundamente en un auténtico y, por tanto, honesto amor filial para el que no existen fórmulas concretas o preestablecidas.

Las formas de expresión provienen de la sensibilidad de quien está dispuesto a no transferir a otro la responsabilidad, a la vez que el privilegio de acompañar al paciente en su muerte, esto significa de algún modo, movilizar afectos, sucede, dice Soerken, que muchas enfermeras temen también, no ser capaces de encontrar las palabras apropiadas en el momento oportuno, y no dominar sus propios sentimientos, sobre todo porque con frecuencia ellas mismas no han integrado a su propia vida, la realidad de la muerte o tiene a su vez miedo a ella.

En ese caso, como en otros, se aprende actuando. La eficacia de la comunicación con el moribundo abre la oportunidad de aplicar la ortonasia, significando un apoyo en lo que a los sufrimientos espirituales se refiere, resulta muy importante identificar los puntos de sostén que el enfermo ha utilizado durante su vida y puede desear en la agonía y la muerte, que quizá sean la religión o una persona muy importante para él. En este sentido considero necesario que las enfermeras y enfermeros, tengamos presente la conceptualización que de la enfermería hace Virginia Henderson, quien señala lo siguiente; “la fundación singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de actividades que contribuyan a la conservación de la salud o la recuperación de ésta, o en su caso a una muerte tranquila”. Razón por la que los profesionales de la enfermería requieren de estar capacitados y dispuestos a afrontar la responsabilidad que entraña las palabras de Henderson. Los objetivos de la atención de enfermería deben estar formulados de acuerdo con la complejidad de la fase terminal, en la condición de persona, grado de dependencia, peticiones y deseos en la satisfacción de las necesidades somáticas, psicológicas, socioculturales y espirituales. Esto requiere aplicar un enfoque organizado con base en las situaciones y problemas que se le presentan al enfermo. Los objetivos pueden ser los siguientes: Evitar la distansia, o muerte con sufrimiento. Proporcionar y mantener (en lo posible) bienestar físico, psicológico, social y espiritual. Mantener la esperanza. Enfrentar la realidad. Ejercer el derecho a morir en paz. Buscar un significado y sentido a su vida. La enfermera, al proporcionar atención integral al enfermo terminal, debe aplicar en conjunto habilidades cognoscitivas, Interpersonales y psicomotoras; como condición básica en la práctica profesional.

8.5 ACCIONES PARA BRINDAR CONTENCIÓN EMOCIONAL

CONTENER sería tener una cosa dentro de sí misma de sus límites. Se relaciona con el término COMPRENDER que se define como abarcar, incluir. “Tener una cosa dentro de sí y/o algo que se está integrado en otra cosa y forma parte de ella”.

COMPRESION entre otras acepciones, se aplica a la actitud mantenida hacia los actos comportamientos o sentimientos de los otros.

Cuando hablamos de CONTENCION PSICOLOGICA O EMOCIONAL recogemos el significado común y nos referimos a “La acción de contener o moderar los propios impulsos, instintos, pasiones, etc”. Cuando el profesional es capaz de contenerse favorece las condiciones que permiten la contención del consultante y la creación de un espacio para que pueda “elaborar”, es decir desarrollar capacidad de mentalización, de desarrollar las capacidades mentales que permiten identificar los propios sentimientos, emociones e impulsos y contrastarlos con la realidad, evitando respuestas automáticas y no reflexivas. De este modo se propicia su expresión de una forma no destructiva sino positiva para el protagonista y los que se relacionan con él.

La idea de la contención emocional se ha utilizado especialmente en aquellas ocasiones en las que la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional, que incluso puede derivar en conductas perturbadoras, en esas circunstancias la contención emocional se refieren a todas las acciones que tienen como objetivo tranquilizar y estimular la confianza del afectado.

De este modo la contención psicológica consiste en la creación de las condiciones y el espacio que facilite la elaboración, el desarrollo de las capacidades mentales, para que los impulsos, instintos o pasiones, sean contrastados con la realidad y puestos en acción de una forma saludable. Estas definiciones se ajustan a lo que han descrito autores como Balint, Bion, y Winnicott entre otros.

La CONTENCION Y COMPRESION, que forman un binomio, son elementos básicos de la tarea asistencial y forman parte del proceso que comienza con percibir y empatizar con el sufrimiento, conflicto y ansiedades del paciente, contenerlas para en el momento apropiado devolver al paciente un mensaje suficientemente elaborado o mentalizado que le permita a su vez la contención de su conflicto, sufrimiento, ansiedad, etc. dentro de su propio espacio mental, ajustarlo a su realidad y, de este modo, facilitar el progreso y desarrollo de su salud psíquica.

La estrategia relacional para potenciar la contención requiere en primer lugar capacidad de identificar los propios sentimientos y emociones y de empatizar, entendida esta acción como la capacidad de conectar con las emociones y sentimientos de la persona atendida pero sin ser desbordado por ellos. En el encuentro clínico hay que enfocarse más en los afectos desplegados por el paciente que en el contenido y se debe posibilitar la ventilación emocional y buscar la validación de su experiencia emocional para avanzar a través de respuestas reflexivas de la persona que realiza la tarea de contener.

Acciones a realizar:

- Establece contacto contigo mismo, identifica como te sientes, respeta tus emociones, para que así puedas respetar las emociones del doliente.
- Si te sientes indispuerto, o sientes que no puedes apoyar a otra persona, es mejor un retiro temporal, recuerda que no es vergonzoso pedir ayuda o apoyo.
- Se honesto, resuelve tus duelos y así estarás en condición para ayudar a otros
- Se tú mismo, muestra tu propio interés natural, en forma personal, con tus propias palabras.

- Evita las frases trilladas o las palabras fáciles (queda prohibido, -Dios lo quiere, échale ganas-) es mejor un sencillo “lo siento mucho”, así también en ese momento, puede que los mensajes espirituales causen enojo para algunas personas a menos que el doliente comparta la fe y esté dispuesto a apoyarse en ella.
- En ningún momento intentes minimizar la pérdida.
- Respeta siempre los deseos y disposición del paciente (en la medida de lo posible)
- Acepta el silencio. Si el paciente no desea hablar, no impongas la conversación y mucho menos la dirijas. El silencio es mejor, que una plática sin sentido o forzada. Se debe permitir que el paciente manifieste de manera libre, sus deseos y sentimientos.
- Aprende a escuchar, recuerda que cuando la persona manifiesta su sufrimiento y lo expresa en palabras, lo que necesita es sólo la aceptación; acepta cualquier sentimiento que exprese, llanto, enojo, confusión, no reproches, no cambies el tema, se tan comprensivo como te sea posible.
- Evita en todo momento alguna manifestación de lástima de tu parte, esta destruye la autoestima del paciente.
- Vigila el progreso del duelo, si la persona manifiesta incapacidad para resolver su enojo o sus culpas, puedes sugerir que acuda a ayuda profesional.

8.6 CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ENFERMO TERMINAL Y EN FASE TERMINAL HOSPITALIZADO

Los cuidados de enfermería, deben realizarse con un enfoque holístico e individualizado, esto por el hecho de que, cada enfermo en su vida incluye un complejo particular de factores físicos, emocionales, socioculturales y espirituales.

Las acciones de enfermería deben estar planificadas específicamente para la satisfacción de sus necesidades, problemas y circunstancias.

El propósito del plan de atención debe estar dirigido a promover y mantener un cierto grado de calidad de vida por el tiempo que le queda. La valoración del estado, condiciones y etapas de la vida, nivel de conciencia de los signos y síntomas del enfermo, se obtienen al realizar la entrevista, la observación y el examen físico, determinado las alteraciones presentes o potenciales, de esta forma se proporciona alivio a los problemas físicos del paciente.

- Valoración del dolor.
- Identificación de los factores que disminuyen la tolerancia al dolor (fatiga, miedo, estimulación.)
- Movilización corporal.
- Protección de zonas dolorosas.
- Administración de analgésicos.
- Acondicionar el ambiente físico (ventilación, luz, flores permitir algunos apegos como fotos)
- Alteración en la nutrición relacionada con anorexia progresiva, distensión abdominal, náuseas o vómitos.
- Selección de los alimentos de su preferencia.
- Preparación de los alimentos en poca cantidad, de fácil masticación y bien presentados.
- Ayudarlo en la ingestión de los alimentos.
- Acondicionamiento del ambiente físico (luz-flores.)
- Colocarlo en posición semisentada.
- Dificultad respiratoria relacionada con la acumulación de secreciones traqueo-bronquiales, náuseas o vómitos.
- Mantenerlo en posición semi-flower o decúbito lateral.
- Aspiración de secreciones cada hora si lo requiere.
- Ayudarlo a toser.
- Puño, percusión torácica cada 3 horas.

- Riesgo de afectación del tejido corneal relacionado con la disminución de la secreción lagrimal.
- Limpieza de los ojos con soluciones salinas cada 4 horas.
- Aplicación de pomada oftálmica (orden médica).
- Aplicación de compresas húmedas de acuerdo con la resequedad.
- Aplicación de lágrimas artificiales en gotas.
- Alteraciones de los patrones de eliminación urinaria y fecal relacionados con la pérdida del tono muscular y de los esfínteres
- Colocación de sonda vesical permanente (foley) por orden médica.
- Colocación de pañales protectores.
- Revisión sistemática de micciones o evacuaciones.
- Cambios de sábanas o centros de camas.
- Administración de laxantes en caso de estreñimiento.
- Riesgos de afectaciones de la integridad de la piel relacionado con la inmovilidad física.
- Higiene corporal (baño parcial o general).
- Cambio de posición cada tres horas.
- Masaje en la espalda y glúteos.
- Protección de las extremidades inferiores y zonas depresión.
- Revisión diaria de la piel.
- Aplicación de lubricantes y humectantes adecuados.
- Alteración de patrón del sueño, relacionado con el dolor físico, incomodidad física y emocional.
- Permitirle la expresión de sus sentimientos y preocupaciones.
- Acondicionamiento de la habitación o ambiente: poca luz, evitar ruidos.
- Ayudarle en la posición más cómoda.
- Evitar las interrupciones durante el sueño.
- Alteraciones en la percepción sensorial relacionada con la degeneración irreversible del funcionamiento biológico.
- Reducción de los estímulos fuertes.

- Explicación en forma pausada de los procedimientos y actividades.
- Orientación y ubicación en la realidad.
- Proveerlos de los objetos familiares (ropa, fotografías).
- Colocación de reloj y calendario a la vista.
- Ofrecerle la posibilidad de escuchar música de su preferencia.

8.7 CUIDADOS AL ASPECTO PSICOLÓGICO

El enfermo terminal es una persona y como tal debe ser tratado, porque él, su familia y quienes lo acompañan, reaccionan de manera individual ante la proximidad de la muerte. El enfermo necesita mantener su identidad, tomar decisiones y estar informado. Las respuestas emocionales y las situaciones que presenta, varían de acuerdo con las influencias socioculturales, por lo que se precisa del apoyo del personal de salud, especialmente de la enfermera, quien permanece el mayor tiempo con él, de su familia y del ministro de su religión. El plan de atención, incluye el cuidado de las alteraciones del bienestar emocional relacionados con la pérdida real o percibida ante la proximidad de la muerte.

- Acondicionar el ambiente íntimo.
- Facilitar y ayudarlo a expresar sentimientos: ira, tristeza, pérdida.
- Establecer una comunicación abierta y sincera.
- Compartir y respetar su silencio.
- Acompañarlo sistemáticamente.
- Respetar sus sentimientos, emociones y manifestaciones de duelo.
- Valorar sus circunstancias, peticiones y deseos.
- Ayudarlo en la pérdida y el duelo.
- Manifestar comprensión y empatía por sus sentimientos.
- Ayudarlo en el significado y valor de su vida.

- Brindarle contacto físico.

Lo fundamental en los cuidados de los aspectos socioculturales, es que cada sociedad tiene su propia manera de tratarla muerte de acuerdo con su cultura. La valoración de los datos y la información se obtendrá a través de la entrevista, observación y aporte de otros profesionales de la salud y de los familiares.

Estos datos están relacionados con las costumbres y rituales como ordenar sus asuntos personales, de trabajo, bienes y su futuro.

Las creencias y prácticas espirituales son los recursos valiosos que le permiten al paciente terminal adquirir fuerza y valor suficientes para enfrentar la muerte sin temor a la separación y le facilitan encontrar el significado a su vida aún dentro de la etapa de sufrimiento.

Las escalas de valores de los enfermos habitualmente incluyen representaciones de las expresiones elevadas del espíritu, pudiendo ser estas religiosas o no, pero en todo caso son respetables, y así él debe sentirlo, de las personas que lo rodean, en particular de los que conforman el equipo de salud

8.8 INTERVENCIONES ENFERMERAS AL CUIDADO DE LA FAMILIA

. Intervenciones enfermeras en el cuidado a la familia Según Holloway et al³⁰, en su estudio de Palliative and End-of life Care in Stroke, se ponen de manifiesto ciertos aspectos importantes relacionados con los cuidados paliativos a tener en cuenta ante la familia, desde el rol enfermero, como son, en primer lugar, el proceso emocional y la dificultad en la toma de decisiones tan complejas a las que se ven sometidos. Por otro lado, la comunicación, el manejo del dolor y el confort son elementos indispensables para la familia en el sentido de saber qué hacer en cada etapa del proceso final de su ser querido, plantea la posibilidad del ser querido a morir en casa, así como cuales deberían ser los aspectos a tener en

cuenta para poder llevar este fenómeno a la realidad; una valoración inicial imprescindible para saber en qué punto del proceso se encuentra la familia, qué necesidades tiene, y cómo prepararla, tanto a nivel de cuidados hacia el ser querido, como psicológico para, llegado el momento, realizar un duelo correcto. También hace especial énfasis en el hecho de enseñar a decir adiós desde el apoyo familiar hacia el enfermo, considerándolo como un factor básico para el afrontamiento de la muerte del ser querido.

El acto de comunicación entre profesional, paciente y familia es fundamental y existe una gran diferencia en el posterior proceso de duelo de la familia, ya que permite, tanto al paciente como a la familia, elaborar estrategias de duelo anticipado y contribuye a afianzar la sensación de auto-control. En caso de desconocimiento de dicho diagnóstico se traduce en un esfuerzo infructuoso por la alternativa curativa. En este caso, los cuidados paliativos demuestran que cuando las necesidades físicas y emocionales del proceso son tenidas en cuenta, disminuye la frustración en el paciente y la familia, de acuerdo

Una herramienta de valoración inicial estructurada como intervención principal para, primero, guiar al profesional en las prioridades y decisiones a tomar con la familia, y segundo, para poder facilitar y establecer una comunicación con los cuidadores e identificar sus necesidades principales, para así poder actuar correctamente. Según este estudio, este sistema reduce el nivel de estrés y ansiedad en la familia y paciente, ayudándoles a tomar parte activa en todo el proceso en cuanto cuidados paliativos domiciliarios.

El derecho a morir con dignidad en un hospital de agudos, apunta a que el hecho de contar con herramientas que puedan disminuir la incertidumbre pronóstica y apuntar a la posibilidad de acercamiento a la trayectoria final de la vida es de enorme utilidad para la planificación, siendo esto como un principal campo de mejora. Aunque los países occidentales, el proceso de comunicación está dominado por la toma de decisiones compartidas y la autonomía del paciente, la literatura describe los problemas que encuentran los profesionales sanitarios en la atención a pacientes y sus familias, asociados a la falta de liderazgo en el manejo

de situaciones, comunicación de malas noticias, el papel crucial de las familias y problemas derivados de trabajar con personas cuya muerte se prevé a corto plazo. Se recomienda una planificación reiterada y mantenida con el paciente y familia durante todo el proceso de la enfermedad. Por otro lado, plantea que la prestación de la asistencia espiritual es infrecuente por el colectivo profesional y que no es un rol establecido por la disciplina.

Finalmente, como en la mayoría de artículos seleccionados, esta autora afirma que existe evidencia de mejorar el proceso de comunicación con el paciente y su familia y favorece la toma de decisiones compartidas, establecer medidas que clarifiquen el tratamiento paliativo, como es la sedación paliativa, y la limitación del esfuerzo terapéutico ., en su estudio Sedación paliativa: situación actual y áreas de mejora, habla de la situación del paciente y su familia frente la enfermedad avanzada y del uso de la sedación paliativa en según qué sintomatología presenta el enfermo. Al igual que Sepúlveda y los autores anteriores, coincide en que la información a la familia es un deber indispensable para así poder constatar sus demandas y permitirles el abordaje de asuntos pendientes y despedirse antes de que la muerte suceda.

También remarca la importancia de dar soporte a la familia durante el proceso de la enfermedad desde su diagnóstico, así como acompañarla e informar de las posibles consecuencias.

La toma de decisiones, la proximidad de la muerte y la ausencia de control sintomático. En cuanto a la sedación paliativa, manifiesta la complejidad de planificar de forma anticipada los cuidados cuando el facultativo, paciente y familia mantienen expectativas poco ajustadas a la realidad, a lo que deberíamos valorar a cada enfermo globalmente y pensar en términos de calidad de vida, por lo que, según sus resultados, consideran que este aspecto era claramente mejorable. Según Gómez-Batiste , en su trabajo Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia, considera que, al igual que Holloway,Schmith los objetivos fundamentales de los cuidados paliativos consisten en el alivio del padecimiento evitable y en la

adaptación al mismo, y mejorar la experiencia de la enfermedad progresiva mediante la garantía de atención, la promoción de la calidad de vida, la dignidad, la autonomía y el bienestar de enfermos y familias, así como de promover la adaptación emocional a la situación y a las pérdidas.

Como instrumentos fundamentales, se referencia el control de síntomas, la comunicación, la ética clínica y el cambio de la organización, orientada a la necesidades y a las demandas de pacientes y familias.

Cabe destacar de este estudio que coincide con los artículos anteriores en que las intervenciones enfermeras a tener en cuenta hacia la familia son manejo de la enfermedad, control de síntomas físicos y psíquicos, factores sociales y espirituales, conocimiento y enseñanza de las prácticas diarias del cuidados hacia el ser querido enfermo y aceptación progresiva de la muerte próxima, elaborando estrategias que permitan ayudar a un correcto afrontamiento de la pérdida.

Por otro lado, el artículo menciona que los criterios de intervención de los equipos específicos en cuidados paliativos ha evolucionado, de un modelo basado fundamentalmente en el pronóstico de semanas y en la intervención de carácter disociado y rígido, hacia otro basado en las necesidades y complejidad de pacientes y familias, caracterizado por ser flexible y cooperativo, con intervenciones compartidas, en el que el pronóstico de vida más largo o la indicación de tratamiento específico no son barreras para la intervención.

En este caso, el programa Saiatu colabora en rellenar el tiempo de espera. Afirma, como los autores anteriores, que es fundamental el apoyo al cuidador principal, puesto que aportan apoyo, información, disposición y ofrecen la posibilidad de un respiro que les permita continuar en su labor de cuidado.

8.9 EXPERIENCIAS DE LOS FAMILIARES DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL

Según Kaasalainen et al y Jack et al en sus estudios *Role of the nurse practitioner in providing palliative care in long-term care homes*, y *Supporting family carers providing end-of-life home care: a qualitative study on the impact of a hospice at home service*, correlativamente, explican que, según los resultados de las entrevistas mantenidas con familiares y profesionales sanitarios, el rol enfermero en el ámbito de cuidados paliativos recobra un papel fundamental en lo referido a cuidados a largo plazo conjuntamente con la familia.

Este rol pasa por diferentes niveles, incluyendo el manejo del cuidado del día a día para los pacientes y sus familias para así trabajar y mejorar el acceso al sistema sanitario y facilitar una “buena muerte”.

Para las familias, es de suma importancia y valoran el hecho de establecer actividad de promoción óptima de cuidados paliativos para sus seres queridos, como son el manejo del dolor y medicación, apoyo en la toma de decisiones en el cuidados de final de vida, resolución de problemas, la disponibilidad y accesibilidad al servicio de atención telefónica hospitalaria. Ambos estudios fueron basados en las experiencias de las familias mediante entrevistas, y afirman que todos los participantes en el estudio reportaron un impacto positivo a nivel personal del servicio domiciliarios, ya que los cuidadores familiares comentaron que el servicio proveyó de una presencia valiosa y que sintieron encontrarse en buenas manos, siendo el servicio de gran ayuda para llevar una vida “normal”. mediante entrevistas a familiares después de la muerte de su ser querido, coinciden en que la continuidad del cuidado, el manejo de los síntomas y la equipación, así como la información, la preparación, la competencia y compasión de los profesionales y el soporte espiritual en su práctica de cuidados son fundamentales para ofrecer una muerte digna.

Por último, algunos trabajos identificaron 3 dimensiones del entorno físico; arquitectónica, como el espacio de la habitación y tener o no ventana, diseño

interior, considerado no tan importante, y el ambiente, como los ruidos, olores y temperatura.

El manejo de los síntomas en el paciente y la accesibilidad a medios de comunicación dentro del hospital tienen un papel importante, si más no, facilita la estancia de las familias durante el proceso.

Las necesidades de las familias, tras sus experiencias durante el proceso de muerte de sus seres queridos son tales como la necesidad de privacidad, considerada como una deficiencia en el entorno hospitalario.

Otra necesidad es la de permanecer al lado de su ser querido en un sillón durante la noche, pero que en algunos hospitales, esto no era posible. Otro dato fue cuando el ser querido ya había fallecido, estos manifestaban la necesidad de tener habilitada una sala donde poder despedirse de forma digna.

Otros factores relacionados con el entorno hospitalario considerados como deficientes fueron la acústica, como el ruido de televisores, timbres, el personal hablando, demás familias hablando, pacientes gritando. La limitación al acceso telefónico también fue considerada problemático.

A pesar de estos factores, las familias y cuidadores manifestaron que el entorno hospitalario era menos importante que el confort y los cuidados profesionales. Por otro lado, la monitorización, en algunos casos causaba estrés en la familia y otros les proveía de confort al saber que estaban controlados. Cejudo, en su artículo El pacto de silencio desde la perspectiva de las personas cuidadoras de pacientes paliativos, muestra las razones por las cuales se produce este pacto entre familiares y enfermos. El estudio también fue realizado mediante entrevistas a familiares y cuidadores principales.

El autor principalmente menciona la importancia de los cuidados paliativos en cuanto a la información, la preparación a la muerte por parte de la familia, el apoyo psicoemocional y la atención individualizada en cada caso, coincidiendo así con Lees Kaasalainen et al y Jack et al. Sostiene que en la atención diaria a los

pacientes en situación terminal y sus familias es fundamenta una buena comunicación y apoyo emocional, ya que así mejora el afrontamiento individual y familiar, favoreciendo un adecuado apoyo en la toma de decisiones.

Por otro lado refiere que la formación de los profesionales sanitarios en este ámbito es deficitaria en cuanto a la comunicación, por lo que pueden existir miedos e inquietudes que vayan en detrimento de un buen proceso comunicativo.

Sin embargo, en España la opinión de la familia es contraria a informar al paciente en más de la mitad de los casos, siendo esta la receptora del diagnóstico y pronóstico e impidiendo esta información a su familiar enfermo.

Las causas que motivan este hecho son tales como: la relación paternalista familia enfermo, negación de las malas noticias, y la protección emocional del ser querido. Ciertamente es que, algunos pacientes, vuelcan esta responsabilidad de conocimiento a las familias porque ellos mismo nos quieren tomar parte activa del proceso en caso de no haber una curación.

Finalmente, concluye en que el mantenimiento del pacto de silencio influye en el afrontamiento de la muerte, en la calidad de vida de los últimos días y en el duelo tras el fallecimiento.

9. CONCLUSIÓN

Concluyo, la muerte no es solamente un proceso personal, sino también social, el hospital es una institución social, destacando que la muerte contradice su finalidad primordial; curar al enfermo, mantener con vida el paciente moribundo supone, entonces, un fracaso tanto para el hospital como institución, como para el personal de salud que trabaje en él. Aparte del rechazo institucional a los muertos, el hospital y el personal de salud imponen al moribundo, sepa o no que va a morir, no debe demostrarlo, debe controlar su miedo, su dolor, su aflicción y su pena; debe confiar en su médico, creer en su diagnóstico, seguir sus instrucciones, debe aceptar los cuidados de las enfermeras, mostrarse esperanzado, ser buen compañero, en definitiva molestar lo menos posible y no dar lugar a escenas que puedan perturbar la serenidad del hospital.

El hospital y todos los que en el trabajan, deben trascender la enfermedad y abarcar el proceso de morir. Por lo tanto, nuestro objetivo no es solo hacer todo lo posible para que el enfermo viva y evitar que sufra, si no también ayudarle a morir con dignidad de persona.

Los profesionales de la salud, antes que nada, somos seres humanos con las mismas características fundamentales que el que yace, esperando nuestro cuidado, somos de la misma perecedera materia que el resto de los individuos.

Al igual que ellos nuestra propia historia personal, nos provoca ansiedades y temores, sobre todo en este ámbito donde debemos sensibilizarnos aún más, a las necesidades del otro, e intentar ponernos en su lugar, para compensarlos y satisfacer sus necesidades de manera eficaz.

Profesionales de la salud y profanos, parecen confabulados en las últimas decenas de años, en alimentar la ilusión de que todo mal puede curarse. Pero bajo esta ilusión aparece el carácter inevitable de la muerte.

Las enfermeras no sienten satisfacción de la atención proporcionada al Paciente moribundo, por lo que reafirmamos que la muerte continua siendo difícil de abordar y de tratar.

Existe una necesidad explícita de capacitación específica para atender al paciente en proceso de muerte desde el enfoque holístico.

No obstante, en las entrevistas realizadas, los resultados mostraron una clara necesidad de mejorar todos estos aspectos por parte de los profesionales, así

como la necesidad de crear nuevas líneas y estrategias para abordar de forma más efectiva el proceso de la muerte.

Hoy en la actualidad se debe de pensar en grande en el área de la Salud con el fin de proporcionar una atención de calidad desde el inicio de la vida hasta el final de ella terminando en la muerte como lo es, generar en los hospitales programas de capacitación al equipo de salud sobre tanatología, donde los profesionales reflexionen sobre la muerte desde la vida y conozcan su propio sentir ante la muerte propia y de sus pacientes. Crear espacios en los hospitales para que los profesionales compartan sus experiencias y sentimientos al atender a pacientes moribundos ya que esto disminuiría la tensión que se genera en el personal en la atención de estos pacientes.

La Tanatología ayuda tanto a los pacientes terminales como a los familiares y allegados desde que el familiar es diagnosticado, durante el proceso y posterior a la muerte para la elaboración del duelo. Elizabeth Kubler-Ross, en su libro "Sobre la Muerte y los Moribundos" dice: "Hay muchas razones por las que no se afronta la muerte con tranquilidad, ya que morir se ha convertido en algo solitario e impersonal, porque a menudo las personas enfermas son arrebatados de su ambiente familiar y llevado a un hospital donde se les trata como a seres sin derecho de opinar, tomando otros las decisiones por ellos, olvidándonos que estas tienen sentimiento, deseos, opiniones y sobre todo el derecho a ser escuchadas y a tomar la decisión de si quieren o no estar en ese lugar.

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.

Para las enfermeras sus primeros encuentros con la muerte y la agonía constituyen unas de las experiencias más fuertes, ellas no pueden escaparse tan

fácilmente del conflicto, al que se enfrentan sin saber qué hacer, pero sabiendo en el interior que deben hacer algo.

La enfermera ante todo es un Ser Humano que debe aceptarse, conocerse y amarse. Como persona tenemos que estar en equilibrio en nuestro aspecto: intelectual, espiritual, social y físico; logrando a través de esto la salud.

Es importante que la enfermera tenga nociones de la tanatología para pasar del curar al aliviar.

Permitir que nuestros enfermos mueran rodeados de sus seres queridos cuando sea posible; para que el ambiente que lo rodea sea de calidez y familiar.

Debemos tener presente siempre: Curar algunas veces, aliviar con frecuencia y consolar siempre.

Cada caso al igual que cada ser es diferente y que la vida como la muerte pertenecen a todos y son inevitables.

Que la muerte es natural, cotidiana, universal, radical, única, indeterminable y es un proceso totalmente garantizado.

Todo paciente tiene derecho a su autonomía y a morir con dignidad. En tu forma de vivir estará tu forma de morir.

El impacto psicosocial en las enfermeras que brindan cuidados paliativos a pacientes en la etapa terminal de la vida, está íntimamente vinculado a un imaginario sociocultural y profesionalmente construido de la muerte y la Enfermería., El significado de este impacto psicosocial, se plantea un dilema que polariza el sentir frente al no sentir, el ser enfermera o ser persona; pero resulta importante traer a estas conclusiones la afirmación de una de ellas, que en parte resuelve este dilema:

“Las enfermeras somos personas atendiendo personas” lo que parece una afirmación obvia, pero que no lo es en los contenidos y principios académicos de la formación escolarizada a la que ellas hacen referencia y que trasciende a su

decisión de ser o no congruentes con su definición de sí mismas, su ideología y compromiso vocacional, tal como lo señalaron: “es que antes de ser enfermera, soy persona”

La enfermera tiene una sólida formación, basada en conocimientos técnicos, científicos, humanísticos y éticos que en conjunto con nuestra disposición y calidez hacia el paciente hacen que se sienta aliviado y confortado, aun y cuando junto a nosotros esté el cotidiano luchar entre la vida y la muerte

La vida cobra sentido en cuanto se ve como un camino: morir es cambiar de estado, y el bien morir puede ser entendido en términos de desprenderse finalmente de todo lo material que nos confina a este mundo para facilitarnos el paso a la eternidad, el bien morir es estar dispuesto con humildad a despedirse de la vida, entregar la existencia que nos fue dada, sin rencores, ni arrepentimiento, sin culpa y sin dolor ¿Porque vivir si sabemos que vamos a morir? porque en la vida encontramos el significado de la existencia y en la muerte hallamos el sentido de la existencia, el convencimiento de nuestra muerte nos impulsa a trabajar, a hacer, producir, amar, sin posponer nuestro destino. La presencia de la muerte nos pone frente a nuestra responsabilidad que es la de hacer de la vida el sentido mismo de la existencia, vivir una vida intensa y plena de sentido nos llena de Satisfacción, y nos ayuda a enfrentar el misterio de lo desconocido con fortaleza y sabiduría, con la convicción de que la muerte es por fin el descanso merecido.

El amor es el sentimiento que mayores recompensas y satisfacciones puede brindarnos. Es por medio del amor que logramos, vivir en nosotros la aceptación lleva a la sanación del sufrimiento y a la posibilidad de seguir creciendo como ser humano.

“Si no utilizas, además de la cabeza, tu corazón y tu alma, no ayudarás nunca a nadie” ELISABETH KÜBLER ROSS”

10. BIBLIOGRAFÍA

10.1 ELECTRONICA

- <https://conceptodefinicion.de/metodo/>
- https://www.ecured.cu/M%C3%A9todo_May%C3%A9utica
- [:https://concepto.de/variable/#ixzz65foqU6lY](https://concepto.de/variable/#ixzz65foqU6lY)
- http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/hernandez_f_ma/capitulo3.pdf
- <http://tanatologia.org.mx/que-es-tanatologia/>
- <http://psicologiaparaninos.com/2017/08/que-nos-referimos-cuando-hablamos-de-contencion-emocional/>
- <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/37%20Terminos%20basicos%20de%20la%20Tanatologia.pdf>
- https://www.researchgate.net/publication/311677585_La_Espiritualidad_en_los_Procesos_de_Duelo
- http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_2/L.Yoffe.pdf
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200019
- <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/144%20Duelo.pdf>
- <https://www.monografias.com/docs/Tanatologia-Y-Enfermeria-FKZTEUNJBY>
- <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/03%20Duelo%20anticipatorio.pdf>
- <http://eprints.uanl.mx/5345/1/1020149133.PDF>
- <https://www.greenfacts.org/es/glosario/abc/apoplejia.htm>
- http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/hernandez_f_ma/capitulo3.pdf
- <http://www.aacic.org/es/editorials/que-es-la-bioetica-2/>

- <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/ gm-2001/gm013m.pdf>
- <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/364>
- [Accessed 15 Jan. 2016].
- <https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases/cinahlcomplete> [Accessed 27 Jan. 2016].
- https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2001-137-3-269-276.pdf
- <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/publicaciones/memorias/muertedigna.pdf>
- [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/670/Actitud del enfermero frente a la muerte de un paciente en el servicio de emergencia de un hospital de Lima abril 2016 - marzo 2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/670/Actitud%20del%20enfermero%20frente%20a%20la%20muerte%20de%20un%20paciente%20en%20el%20servicio%20de%20emergencia%20de%20un%20hospital%20de%20Lima%20abril%202016%20-%20marzo%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/ago_art62.pdf
- <https://es.slideshare.net/meorada/papel-de-la-enfermera-en-la-tanatologia>
- <http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/156%20Testamento.pdf>
- http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lri/huerta_m_de/capitulo0.pdf
- <http://www.psicomundo.com/tiempo/monografias/duelo.htm>

10.2 BÁSICA LIBROS

- Aries, Phillipe. El hombre ante la muerte. Madrid: Taurus Ediciones, 2017.
- Behar, Daniel. Un buen morir. México: Editorial Pax, 2016
- Commelin, P. Nueva mitología griega y romana. México: Ed. Divulgación, 2015.
- Kübler-Ross, Elisabeth. La rueda de la vida. Bilbao: Grafo Ediciones, 2015.
- Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Editorial Grijalbo, 2016

- Thomas, Louis-Vincent. Antropología de la muerte. México: Fondo de Cultura Económica, 2016
- Kübler-Ross E. La Rueda de la Vida. Grupo Zeta, Ediciones. Barcelona, España 2015, Quinta Edición.
- Fonnegra JI. De Cara a la Muerte. Intermedio Editores. Santa Fe de Bogotá, Colombia 2017.
- Bejarano PF, Fonnegra JI. Morir con Dignidad. Fundación Omega. Santa Fe de Bogotá, Colombia 2016.
- Rebolledo MF. Fundamentos de Tanatología Médica. Taller de Imprefin. México, Tercera Edición.
- Reyes ZLA. Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Terminal y a su Familia. México, Primera Edición.
- Almanza, M. (2018, septiembre) La incorporación de la espiritualidad en el cuidado de los enfermos y sus familias. Rey Sanidad Milit Méx. 53, 336-344. tile: //A:l enterminal.htm.
- Alspach Jo Ann (2015) Cuidados Intensivos en el Adulto 4ta. Ed. Interamericana pp 768-771.
- Alvarez, S. (2017, enero) Conocimiento y cumplimiento de los derechos del paciente moribundo en un hospital de seguridad social. Respyn,
- Chacón, M. , Grau, J. (2018, marzo-abril) Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. Revista Cubana Oncología 13 ,118-125.
- Elias N. (2017) La soledad de los moribundos: 2ª ed.,México, Fondo de Cultura Económica.
- Ellershaw, J., Ward, C. (2016, enero) Care of dyngin patient: the last hours or days of life BMJ. 326 , 30-34.
- Fernández, V. (2017, julio-sept). Bioética y Cancer Anales Médicos .43 . 121-125.
- Ferrell, R., Coyne, P., Uman, G. (2001, febrero) Nursing 19. 20-
- Bowlby-West L. (2016). The impact of death on the

- family system. *Journal of Family Therapy*, 5:279- 294.
- Centeno, C. (2015). *Principios de Medicina Paliativa*. En: *Manual de Oncología*. Editado por López L. F. González C, Santos J.A. Valladolid. Universidad de Valladolid. Pág. 181-191.
- Dans EP, Kerr RM. (2016). *Gerontology and Geriatrics in medical education*. *New Engl.Journal Med*. 300:228.
- Di Caprio L, Di Palma A. (2015). *La medicina y la muerte*. *Medicina y Ética*. 10:283
- Gutiérrez Samperio César. (2015). *La bioética ante la muerte*. En Itassen, K. y Thompson, R.A. (2017). *Psicología del desarrollo. Adultez y Vejez*. Editorial Médica Panamericana, Madrid España.
- Kubler Ross Elizabeth. (2015). *On Death and Dying*. Collier Books, Macmillan Publishing.
- Nueva York. Potter PA, Griffin Perry A, Stockert PA, Hall AM. Capítulo 36. *La experiencia de la pérdida, la muerte y el duelo*. *Fundamentos de enfermería*. Octava edición. Barcelona: Elsevier España,S.A.; 2015. p. 701-722.
- Kaakinen, J, Coehlo, D, Steele, R, Tabacco, A, Hanson, S. (n.d.). Capítulo *Foundation in family Health care nursing*. *Family health care nursing*. Quinta edición. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2017. P.20-22.
- Gallego Henao, A. (2017). *Recuperación crítica de los conceptos defamilia, dinámica familiar y sus características*.
- *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, [online] 1(35), pp.326-345. Available at:
 - <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/364>
 - [Accessed 15 Jan. 2016].
- Bernalte A, Miret MT, *Manual de enfermería comunitaria*, Madrid: Libros en red, 2017, pág. 290-291.
- Freud S, *Mourning and melancholia*. The standard edition of the complete works of Sigmund Freud, vol. 14, Londres, Hogarth, 2017.

- Kübler-Ross E, Sobre la muerte y los moribundos, Buenos Aires, Paidós,2015.
- Rifkin J. La civilización empática. Barcelona: Paidós. 2016.
- Loitegui A. Duelo anticipado: Sobre el desarrollo del concepto y la importancia de su estudio y abordaje. Belgrano: Universidad de Belgrano;2015. N° 250.
- Martínez Fuentes PL. Duelo anticipado. Tanatología. Asociación Mexicana de Tanatología; 2018. N°144.
- .Urra ME, Jana A, García VM. (2017). ALGUNOS ASPECTOS ESENCIALES DEL PENSAMIENTO DE JEAN WATSON Y SU TEORÍA DE CUIDADOS TRANSPERSONALES. Cienc. enferm., 17(3), pp.11-22.
- .Rogers ME. An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia: Saunders; 2017.
- .Leininger MM. Caring: an essential human need. Detroit: Slack; 2016. Pág. 31
- Parse RR. Man-living-health: a theory of nursing. New York: Wiley; 2015.
- .Pender N. Health promotion in nursing practice. New York: AppletonCentury Crofts; 2015
- Newman MA. Health as expending consciousness. St. Louis: Mosby;2016
- Alligood M. (n.d.). Nursing theorists and their work. Capítulo 5. Teorías en enfermería de importancia histórica. St. Louis: Mosby; Editorial Elsevier; 2015. P. 43-46.
- .Muñoz Tapia A. ¿Qué elementos debemos incluir en el proceso de muerte digna visualizados en el estudio de un caso clínico en una residencia de mayores?. Rev.Paraninfo Digital, 2015; 22. Available at: <http://www.indexf.com/para/n22/528.php/> [Accessed el 12 Feb. 2016].
- .Núñez Olarte J. (2017). Información al paciente en situación terminal: diferencias entre las publicaciones anglosajonas y la experiencia diaria en España. Medicina Paliativa, 21(3), pp.113-120.
- Lindskog M, Tavelin B, Lundström S. (2015). Old age as risk indicator for poor end-of-life care quality – A population-based study of cancer

deaths from the Swedish Register of Palliative Care. *European Journal of Cancer*, 51(10), pp.1331-1339.

- .Vaquero Cruzado J, Centeno Cortés C. (2015). Panorama actual de la enseñanza de medicina paliativa en la universidad española. *Medicina Paliativa*, 21(1), pp.3-8.
- .Vinalo CM. Cáncer y cuidados paliativos. Trabajos de posgrado. Universidad de La Laguna. Guía de Cuidados Paliativos. La Laguna;2017.
- Tanoue L. (2017). Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–
- Small-Cell Lung Cancer. *Yearbook of Pulmonary Disease*, 2017, pp.89-91.
- Smith T, Temin S, Alesi E, Abernethy A, Balboni T, Basch E, Ferrell B, Loscalzo M, Meier D, Paice J, Peppercorn J, Somerfield M, Stovall E, Von Roenn J. (2017). American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care. *Journal of Clinical Oncology*, 30(8), pp.880-887
- Gázquez Linares JJ, Pérez-Fuentes MC, Molero Jurado MM, Mercader
- Rubio I, Barragán Martín AB, Investigación en Salud y Envejecimiento.
- Volumen II. ASUNIVEP; 2015.
- Waldow V. (2015). Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index de Enfermería*, 23(4), pp.234-238.
- Palacios e a D. and Salvadores uentes, P. 2 2 . *Enfermería social. La familia como constructo social*. adrid Síntesis, p.48.
- Ncbi.nlm.nih.gov, (2016). Home - PubMed - NCBI. [online] Available at:
- Scopus.com, (2016). Scopus - Welcome to Scopus. [online] Available at:
- Ebscohost.com, (2016). CINAHL Complete | Full-Text Nursing Journals EBSCO. [online] Available at:
- .Holloway R, Arnold R, Creutzfeldt C, Lewis E, Lutz B, McCann R, Rabinstein A, Saposnik G, Sheth K, Zahuranec D, Zipfel G, Zorowitz R.(2014). Palliative and End-of-Life Care in Stroke: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45(6), pp.1887-1916.

- Hirano Y, Yamamoto-Mitani N, Ueno M, Takemori S, Kashiwagi M, Sato I, Miyata N, Kimata M, Fukahori H, Yamada M. (2010). Home Care Nurses' Provision of Support to Families of the Elderly at the End of Life. *Qualitative Health Research*, 21(2), pp.199-213.
- Schmidt J, Montoya R, García-Caro M, Cruz F. (2015). Dos procesos de fin de vida: Cuando la intervención de los profesionales marca la diferencia. *Index de Enfermería*, 17(4)

10.3 COMPLEMENTARIA

- <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/embalsamador>
- https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2001-137-3-269-276.pdf
- <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/publicaciones/memorias/muertedignapdf>
- <https://www.educaweb.com/profesion/tanatopractor-92/>
- <https://definicion.de/funebre/>
- <https://www.abrisa.es/columbario/>
- <https://diccionarioactual.com/paralelismo/>
- <https://definicion.de/feretro/>
- <https://dle.rae.es/egotismo>
- <https://es.aleteia.org/2017/03/13/que-es-la-distanasia/>
- <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/eutanasiaOrtotanasiaDistanasia.html>
- <https://educalingo.com/es/dic-es/claudicacion>
- <https://definicion.de/alteracion/>
- <https://es.thefreedictionary.com/confinar>
- <https://concepto.de/familia/#ixzz6KqJorvou>

- <http://tanatologia.org.mx/que-es-tanatologia/>
- <https://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol22num2/articulos/tanatologia/>
- <https://definicion.de/filial/>
- www.funeuskadi.com
- www.tanatologia-amtac.com
- <http://www.anmm.org.mx/PESP/archivo/INCMNSZ/tanatologia.pdf>
- tanatologia.org.mx
- <file:///C:/Users/karla/Downloads/DialnetLaTanatologiaYSusCamposDeAplicacion-5305266.pdf>
- <https://www.ecofuneral.es/para-reflexionar/libro/por-una-muerte-apropiada>
- <https://lastresyuncuarto.wordpress.com/tag/muerte-apropiada/>
- <Downloads/DialnetReflexionesEnTornoALaMuerteEnLaActualidadUnProblema-6143738.pdf>
- <http://eprints.uanl.mx/5345/1/1020149133.PDF>
- www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx

11. GLOSARIO

A

Alteración: Este verbo indica un cambio en la forma de algo, una perturbación.

Apoplejía: es la muerte súbita e instantánea de células cerebrales tras una interrupción de la circulación de la sangre en el cerebro.

B

Bienestar: Se conoce como bienestar al estado de la persona humana en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica.

C

Calidad: un término que deriva del latín *qualitas*, puede referirse a las propiedades y características que son inherentes a algo. Vida, por su parte, alude a la existencia, por lo general de un ser vivo. Estas ideas nos permiten comprender la expresión calidad de vida, que se utiliza para nombrar a las condiciones que determinan

Calvinismo: Doctrina religiosa protestante que tuvo su origen en las ideas del teólogo francés Juan Calvino (1509-1564); se caracteriza por negar la presencia real de Cristo en la Eucaristía, por creer en la importancia esencial de la fe de los hombres frente a las obras y en la predestinación.

Claudicación: En medicina es un síntoma de la semiología. Claudicación viene de claudicar, que también significa detener o suspender. La claudicación es la detención de la marcha por dolor muscular debido a que no llega la energía suficiente para que el miocito funcione en los músculos de los miembros inferiores. Cuando un paciente tiene claudicación siente dolor durante la marcha, al detenerse, el dolor desaparece y puede entonces reanudar la marcha.

Columbario: Cuando hablamos de columbario estamos haciendo referencia a un tipo de nicho que tiene la particularidad de estar dividido en diversos

compartimentos más pequeños. Estos espacios sirven para poder colocar las urnas de las cenizas de las personas que han fallecido y posteriormente han sido incineradas.

Confina: Tener un lugar límite común con otro

Contención: Se denomina contención al acto y el resultado de contenerse o de contener. Este verbo, a su vez, puede aludir a encerrar o albergar dentro de sí o a reprimir algo

Chusco: Que tiene gracia, donaire y picardía.

D

Distanasia: La persona se encuentra ya en una fase terminal o en agonía. Los tratamientos alargan el proceso de morir. Los tratamientos se invierten en curar, en un caso incurable.

Dolor: Dolor es un término que procede del latín y que señala una sensación molesta, aflictiva y por lo general desagradable en el cuerpo o el espíritu. Puede tratarse, por lo tanto, de una experiencia sensorial y objetiva (el dolor físico) o emocional y subjetiva (el dolor anímico).

E

Egotismo: Sentimiento exagerado de la propia personalidad.

Enfermedad: Denomina enfermedad al proceso y a la fase que atraviesan los seres vivos cuando padecen una afección que atenta contra su bienestar al modificar su condición ontológica de salud. Esta situación puede desencadenarse por múltiples razones, ya sean de carácter intrínseco o extrínseco al organismo con evidencias de enfermedad.

Embalsamador: Persona que trata los cadáveres con líquido embalsamante (un producto químico como el formaldehído) para impedir que se deterioren.

Emociones: Las emociones son estados afectivos que experimentamos. Reacciones subjetivas al ambiente que vienen acompañadas de cambios orgánicos -fisiológicos y endocrinos- de origen innato.

Estrategia: Una estrategia es un plan que especifica una serie de pasos o de conceptos nucleares que tienen como fin la consecución de un determinado objetivo.

Evade Evitar un peligro. Escaparse, fugarse.

Exacerbación: . Acción y resultado de irritar a una persona o de hacer más fuerte un sentimiento la exacerbación de los ánimos

F

Familia: La familia es un grupo de personas unidas por el parentesco, es la organización más importante de las que puede pertenecer el hombre. Esta unión se puede conformar por vínculos consanguíneos o por un vínculo constituido y reconocido legal y socialmente, como es el matrimonio o la adopción.

Féretro: El féretro es un concepto que alude a la cajón donde se deposita un cadáver para trasladarlo hacia el lugar del entierro.

Filial: aquel organismo o institución que depende de otro principal.

Folklore: El término hace referencia al conjunto de las creencias, prácticas y costumbres que son tradicionales de un pueblo o cultura. Se conoce como folklore, además, a la disciplina que estudia estas materias.

El folklore incluye los bailes, la música, las leyendas, los cuentos, las artesanías y las supersticiones de la cultura local, entre otros factores. Se trata de tradiciones compartidas por la población y que suelen transmitirse, con el paso del tiempo, de generación en generación.

Fúnebre: El vocablo latino funēbris llegó a nuestra lengua como fúnebre. Se trata de un adjetivo que se utiliza para aludir a aquello vinculado a los muertos.

H

Holístico: Holístico es un adjetivo que indica que algo es relativo o pertenece al holismo. Se forma a partir del término griego ὅλος (hólos, que en español significa 'total', 'todo', 'entero').

Hospital: Un hospital o nosocomio es un establecimiento destinado para la atención y asistencia a enfermos por medio de personal médico, enfermería, personal auxiliar y de servicios técnicos durante 24 horas, 365 días del año y disponiendo de tecnología, aparatología, instrumental y farmacología adecuadas.

I

Iconografía: La iconografía es una disciplina, desprendida de la Historia del Arte, que se encarga del estudio, la descripción, el análisis y la clasificación de las imágenes sobre personajes, temas o tradiciones contenidas en retratos, cuadros, retablos, estatuas y monumentos, así como de su simbología y atributos.

Indumentaria: hace referencia a aquello vinculado al vestido, entendiendo este concepto como las prendas exteriores que se utilizan para cubrir el cuerpo. Por extensión, se llama indumentaria a la ropa.

Ineludible: Este adjetivo se emplea para hacer referencia a aquello que resulta inevitable o inexcusable.

Inmersa: cuando alguien se encuentra concentrado en alguna cuestión o problema a destrabar se suele emplear el término inmerso para dar cuenta de ello. Asimismo es común que se diga que alguien está muy metido en una cuestión.

M

Moribundo: Adjetivo. Esta palabra se dice especialmente de una persona que está muriendo o que está cercano a morir por alguna causa en especial puede ser de

alguna enfermedad, asesinato o cualquier circunstancia en particular. Esta expresión se puede usar como sustantivo.

O

Ortotanasia: se refiere a permitir que la muerte ocurra “en su tiempo cierto”, “cuando deba de ocurrir”, por lo tanto los profesionales de la salud están capacitados para otorgar al paciente todos los cuidados y tratamientos para disminuir el sufrimiento, pero sin alterar el curso de la enfermedad y por lo tanto el curso de la muerte.

Osario: El término suele aludir específicamente al lugar o el recipiente que, en un cementerio o en una iglesia, alberga los huesos que se extraen de una sepultura. El osario, en este sentido, es un espacio que sirve para guardar piezas óseas.

P

Paciente:

Del latín *pañens* (“padecer”, “sufrir”), paciente es un adjetivo que hace referencia a quien tiene paciencia (la capacidad de soportar o padecer algo, de hacer cosas minuciosas o de saber esperar).

El término suele utilizarse para nombrar a la persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica

Paliativo es un adjetivo que se emplea para nombrar a aquello que aminora, alivia o amortigua los efectos de algo. Al apelar a un paliativo, la persona busca suavizar o mitigar una consecuencia de algo que, por uno u otro motivo, no se puede eliminar.

Paradoja: una paradoja, del latín *paradoxus* (que, a su vez, tiene su origen en la lengua griega), es una figura retórica que consiste en la utilización de expresiones que envuelven una contradicción.

Paralelismo: En la Filosofía es la doctrina que sostiene el desarrollo paralelo entre la materia y el espíritu, no interrelacionándolos causalmente.

Perecedera: es un adjetivo que señala aquello poco durable y que, por lo tanto, ha de perecer (dejar de ser, acabar).

Psicología: es la disciplina que investiga sobre los procesos mentales de personas y animales. La palabra proviene del griego: psico- (actividad mental o alma) y -logía (estudio). Esta disciplina analiza las tres dimensiones de los mencionados procesos: cognitiva, afectiva y conductual. La psicología moderna se ha encargado de recopilar hechos sobre las conductas y [...]

Proceso: Un proceso es una secuencia de pasos dispuesta con algún tipo de lógica que se enfoca en lograr algún resultado específico.

Pronostico: es un término que procede del latín prognosticum, aunque su origen más remoto se encuentra en la lengua griega. El concepto hace referencia a la acción y efecto de pronosticar (conocer lo futuro a través de ciertos indicios).

Postrera: último, postrer, posterior, retrasado, terminal, extremo, final.

R

Relega: apartar o no hacer caso a una persona o una cosa.

S

Sentimiento: Se define sentimiento como el estado afectivo del ánimo que es provocado por una emoción hacia una persona, animal, objeto o situación.

Signo: Un signo es una señal que puede ser vista por otra persona, como tal vez un ser querido, un doctor, enfermera u otro profesional de atención médica.

Síntoma: un síntoma es una señal que la persona que lo experimenta siente o nota, aunque puede que otras personas no la noten fácilmente.

T

Tanatología: Tanatología es el nombre que recibe una disciplina vinculada a los efectos que provoca la muerte en el organismo. Se trata de una serie de conocimientos de la medicina y de otras ciencias que analizan diversos aspectos del fallecimiento.

Tabú es un concepto usado para referirse a todo aquello que, según las convenciones sociales, las creencias religiosas o la mera superstición, se considera prohibido. Como tal, la palabra proviene del polinesio “tabú”, que significa ‘lo prohibido’.

Tanatopractor: Los tanatopractores utilizan sustancias químicas e instrumentos médicos para preparar los cuerpos de personas fallecidas antes de su funeral, ya sea para un entierro o una cremación. El embalsamamiento se realiza con tres fines: la conservación, la presentación y un servicio de saneamiento.

V

Vital: vital es aquello perteneciente o relativo a la vida o, en otras palabras, a la existencia o la capacidad de nacer, crecer, reproducirse y morir de los seres orgánicos. También puede tratarse de una fuerza interna que permite obrar a aquel que la posee.