

331525



**U**NIVERSIDAD  
**I**NSURGENTES

*Plantel Xola*

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CON  
INCORPORACION A LA U.N.A.M. CLAVE 3315-25

“ PROPUESTA DE CAPACITACIÓN TANATOLOGICA  
DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO  
MEDICO NACIONAL SIGLO XXI”

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

**C. OFELIA PAZOS HERNANDEZ**

DIRECTOR: LIC. MARÍA MARTHA MONTOYA REYES

MÉXICO, D.F.

2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Olivia Pazos  
Hernandez  
FECHA: 4- Junio 2004.  
FIRMA: Olivia Pazos

## **AGRADECIMIENTOS.....**

A **Dios** por la oportunidad única de estar aquí presente .

A mis **PADRES** ....., por su apoyo incondicional, su amor , y por que gracias a ellos estoy aquí .

A ti mi **ESPOSO** ..... por tu gran amor, paciencia y dedicación

A mis **HIJOS**. .....POCHIS (YUME), TOÑO (CHECHE)

Los amo, gracias por su tiempo robado, sus horas de juego raptadas y por sus risas.

A ti mi **NENA** ... Ma. DOLORES AZUCENA, por que me haz enseñado, que no hay poder más grande que el amor de una madre, para luchar mano a mano, codo a codo y pecho a pecho, contra la muerte, alcanzado como trofeo ... un poco más de tiempo para disfrutarte.

A mis hermanos, cuñados, cuñadas y sobrinos .

A mi **asesora** de TESIS Ma. MARTHA MONTOYA REYES, por su tiempo otorgado, su amor y sobre todo su paciencia.

A mis compañeros del CMN SXXI, mis jefes, en especial a Ma. GUADALUPE ZAMORANO.

Y a todos mis pacientes que me estimularon para terminar esta tesis.

**A LOS QUE SE ME ADELANTARON .....**

LETICIA mi gran amiga.

A mi inigualable cuñado, compadre y amigo ANTONIO BALZACAR AVELINO.

Por que siempre te recordaré.

A mi suegra DOLORES AVELINO ESCAMILLA.....por que no hay palabra más grande para demostrarle mi agradecimiento.....**!! GRACIAS !!**

# INDICE

Introducción	I
--------------	---

## Capítulo 1

### LA MUERTE

1	¿Qué es la muerte?	1
1.1	Historia y representaciones de la muerte en las diferentes culturas	1
1.1.1	Budismo	2
1.1.2	Islam	5
1.1.3	Hinduismo	8
1.1.4	Judaísmo	10
1.1.5	Cristianismo	11
1.2	Historia, mito y tradición del culto a la muerte en México Prehispánicos	14
1.3	Historia, mito y tradición del culto a la muerte en México Actual	16
1.4	La muerte y el lenguaje	20

## Capítulo 2

### TANATOLOGÍA

2.1	Definición de Tanatología	22
2.2	Asociación Mexicana de Tanatología	25
2.2.1	Objetivos de la MATAC	26
2.2.2	Instituto Mexicano de Tanatología (INMEXTAC)	27

## Capítulo 3

### PRESPECTIVA PSICOLOGICA DE LA MUERTE: DUELO

3.1	Duelo	30
3.2	Tipos de duelo	33
3.2.1	Duelo anticipatorio	33
3.2.2	Duelo Normal (Cuando la muerte ya ocurrió)	35
3.2.3	Duelo Patológico	36
3.3	Etapas de Duelo de Elisabeth Kübler -Ross	37
3.3.1	Negación y Aislamiento	38
3.3.2	Ira	39
3.3.3	Negación o Regateo	39
3.3.4	Depresión	39
3.3.5	Aceptación o Adaptación	40
3.4	Mecanismos de Defensa	42
3.4.1	Negación	43
3.4.2	Proyección	43
3.4.3	Aislamiento	44
3.4.4	Formación Reactiva	44
3.4.5	Regresión	45
3.4.6	Intelectualización	45

## Capitulo 4

### PERSPECTIVA MÉDICA DE LA MUERTE

4.1	Definición Médica	47
4.1.1	Muerte Cerebral	48
4.1.2	Muerte aparente o relativa	51
4.1.3	Muerte Clínica	52
4.1.4	Muerte Absoluta	52
4.2	La Decisión de Morir	52
4.2.1	Eutanasia o Autanasia	53
4.2.2	Distanasia	54
4.2.3	Ortanasia	55
4.3	Clasificación Médica del estado de Salud del Paciente	55
4.3.1	Concepto de paciente	55
4.3.2	Enfermo en Estado Crítico o Muy Grave	55
4.3.3	Enfermo Crítico Estable	56
4.3.4	Enfermo Crítico de Alto Riesgo	56
4.3.5	Enfermo Crítico Inestable	57
4.3.6	Enfermo Crítico Agónico	57
4.4	Clasificación del Paciente desde el punto de vista de la Tanatología	58
4.4.1	Paciente Terminal	58

4.5	Estado Psicológico del Paciente Agónico	58
4.6	Investigaciones sobre la muerte	60

## Capítulo 5

### LA FUNCIÓN DE LA ENFERMERA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI DR. BERNARDO SEPÚLVEDA

5.1	Antecedentes Históricos del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI Dr. Bernardo Sepúlveda	64
5.2	Antecedentes Históricos de la Unidad de Cuidados Intensivos	68
5.3	La función de la Enfermera	71
5.4	Categorías de Enfermería	71
5.4.1	Auxiliar de Enfermera General	71
5.4.2	Enfermera General	72
5.4.3	Enfermera Especialista Intensivista	73
5.4.4	Enfermera Jefe de Piso	75
5.5	Función de la Enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos	76

### METODOLOGÍA

	Metodología	77
a)	Planteamiento del Problema	77
b)	Objetivo General	77
c)	Objetivo Especifico	77
d)	Hipótesis	78
e)	Variables	78
f)	Definición Conceptual	80
g)	Diseño Metodológico	
h)	Población	80
i)	Instrumentos	81
j)	Validez y Confiabilidad	82
k)	Procedimiento	82

	RESULTADOS	83
--	------------	----

<b>DISCUSIÓN</b>	87	
<b>CONCLUSIONES</b>	89	
<b>ALCANCES Y LIMITACIONES</b>	93	
<b>PROPUESTA DE CAPACITACIÓN TANATOLÓGICA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI</b>		
1	Introducción	2
1.1.1	Presentación	3
1.1.2	Recomendaciones	3
1.1.3	Finalidades del curso de capacitación	5
1.1.4	Procedimientos Generales	7
2	Modulo I	8
2.1	<b>Motivación</b>	8
2.2	Antecedentes	8
2.3	Teorías sobre la Motivación de logro	9
2.4	Características del Proceso Motivacional	12
2.5	Cronograma de actividades	12
3	Modulo II	13
	<b>Tanatología para enfermeras</b>	
3.1	Objetivo General	13
3.2	Objetivo Especifico	13
3.3	Generalidades y Antecedentes	13
3.4	Cronograma de actividades	19
4	Modulo III	20
	<b>Estrés</b>	20
4.1	Introducción	20
4.2	Origen de el Estrés	21
4.3	Alteraciones del Organismo cuando esta Estresado	22
4.4	La constante exposición a situaciones de Estrés muy intenso o constante	23
4.5	Formas para Autocontrolar el Estrés	24
4.6	Técnicas de Relajación de Tensión-Distensión Muscular	26
4.7	Técnicas de relajación a través de Respiración Profunda	28
4.8	Cronograma de actividades	30



5	Modulo IV	31
---	-----------	----

### **Relaciones Humanas**

5.1	Introducción	31
5.2	Objetivo del curso sobre Relaciones Humanas	33
5.3	Bases antropológicas de las Relaciones Humanas	33
5.4	Modelo Evolutivo del hombre	34
5.5	La aproximación de Abraham H. Maslow	34
5.6	La aproximación Fromiana	35
5.7	Cronograma de Actividades	36

<b>GLOSARIO DE TERMINOS</b>	38
-----------------------------	----

<b>BIBLIOGRAFÍA DE LA PROPUESTA DE CAPACITACIÓN TANATOLOGICA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI</b>	39
<b>BIBLIOGRAFÍA GENERAL</b>	40

### **ANEXOS**

- A.** Formato de la Escala del Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiría para evaluación de los miembros del equipo de salud involucrados en la atención a pacientes terminales
- B.** Guía de Observación
- C.** Exposición de técnicas empleadas

## INTRODUCCIÓN

El progreso médico que se ha logrado a través de los siglos y que hoy en día está a la vanguardia y servicio de la salud, ha hecho posible ofrecer alternativas de tratamiento para enfermedades crónico degenerativas que postraban al individuo a una larga agonía, sin posibilidad de una esperanza de supervivencia.

Los avances de la técnica y el desarrollo que hoy en día se proponen, por mencionar algunos: respiradores artificiales, marcapasos temporales y drogas vaso-activas en altas concentraciones, han permitido mantener, el corazón a marchas forzadas, todo esto con el fin de retrasar el momento de la muerte. Sin embargo como consecuencia o pago a este reto se ha ignorado la calidad de vida de los enfermos terminales a demás de la larga estancia a la que están condenados, la soledad, el sufrimiento en su cuerpo mismo y la decadencia del estado de salud y ánimo de sus familiares, y más aún , se han ignorado los sentimientos del personal que atiende al enfermo terminal.

Por lo tanto esta investigación pretende explicar el impacto que tiene la muerte en el pueblo mexicano, con la trascendencia en su vida nacional, a través de que en México se le rinde culto y se le considera mística e indeseable. Sus aportaciones, su relevancia en un pueblo creyente y respetuosos de sus orígenes, han creado un ambiente de risa, burla y culto hacia ella misma.

Pero la importancia en cuanto a su trascendencia y relevancia en el estudio de la muerte relacionada con los pacientes en fase terminal fue ocupada por varios autores entre los médicos, enfermeras, pastores protestantes y tanatólogos; pero en el caso de este trabajo se retomará el de la Dra. Elisabeth Kübler-Ross quién dedicó veinte años de su vida a la investigación y entrevista a los pacientes en desgracia, a los cuales se les había comunicado la noticia de su próximo fallecimiento y que se les nombró en esos momentos como pacientes en fase terminal.

También se hará una breve mención de las asociaciones e institutos de la tanatología en México, que tienen en propósito de dar apoyo emocional a quién lo necesita, en especial al propio paciente y familiares en fase terminal.

Que al igual que estas asociaciones el personal paramédico, vive en forma directa la agonía, la angustia de ver a un hombre postrado en una cama sin posibilidad de rehabilitación, pero sí en la lucha constante, permanente y vigilante de la sanación, pero el personal paramédico en el que en forma directa y permanente es digno de reconocer es la enfermera, la cual sufre una metamorfosis en el ámbito profesional para dar apoyo al paciente terminal, agónico o en estado grave, que por esta situación que vive requiere de un cuidado específico y especializado que sólo ella puede ofrecer.

Por lo tanto esta propuesta de educación tanatológica fue planteada desde una perspectiva psicológica, como una posibilidad para ampliar conciencia de intervención clínica, en donde la muerte no es un acontecimiento que acompaña a la vejez, sino, un evento que da fin a la vida en cualquier etapa del ciclo vital.

Parte de esta propuesta surgió de un sondeo previo, en donde se tomó como apoyo la escala del Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiría, que sirvió como base la elaboración del proyecto. La escala fue aplicada a las propias enfermeras Especialistas Intensivistas de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Por tal motivo como parte de la formación de un psicólogo que implica el desarrollo del individuo, y que difícilmente se abordan las reacciones emocionales que tiene lugar el proceso de muerte y, de las necesidades de todo tipo que surgen ante la presencia del trato constante del enfermo terminal, como en este caso son las enfermeras, el psicólogo tiene la oportunidad en el campo fértil para aplicar la teoría que aprendió en su formación, además que se podía desarrollar conocimiento mediante la investigación científica sobre el proceso de morir.

Es así que la propuesta del curso de tanatología es tratar de concientizar al personal de enfermería que trabaja en forma continua con pacientes en fase terminal, de que el proceso de muerte debe mirarse objetivamente, implementando acciones para cada caso en particular

# **CAPITULO I**

## **LA MUERTE**

¿Qué es la muerte?

Se puede responder esta pregunta de varias formas: como parte de un proceso natural, como la transición hacia una nueva vida prometida desde la fe cristiana o como parte de un misterio. Definir la muerte no es tarea fácil.

La palabra muerte (del latín, mors, mortis) significa cesación, término de la vida; pero la muerte también es un fenómeno biológico, psicológico y social de trascendental importancia en la vida del hombre y susceptible de ser considerada como el fin del proceso biológico, que promueve determinadas actitudes psíquicas y aspectos psicológicos (cogniciones, actitudes, sentimientos, emociones y comportamientos como ser biopsicosocial) en el ámbito individual y de grupo y que en el transcurso del tiempo ha ido originando ritos, prácticas y costumbres diversas. La muerte por definición es lo opuesto a la vida, es la negación a la vida. (Dorland, 1994 )

## **1.1 HISTORIA Y REPRESENTACIONES DE LA MUERTE EN DIFERENTES CULTURAS ANTIGUAS**

En el último siglo ocurrieron dramáticos cambios tanto en la sociedad como en la ciencia y la tecnología, pero gracias a las huellas de la historia que nos han marcado nuestros antepasados y a los legados que por generaciones han ido formándose a través de las experiencias del mundo social y que han pasado a ser la base del conocimiento proveniente de muchas regiones del mundo, hemos tenido la posibilidad de tener acceso a la información que nos brinda nuestra época actual.

Así, las culturas que se encuentran tan lejos de nosotros y aparentemente distantes en tiempo han roto la barrera de la comunicación, espacio y distancia, ofreciéndonos un acervo de conocimientos en donde la concepción de la vida se

presenta en un primer plano y la muerte como su desenlace final; por esta razón de manera somera se evocarán y mencionarán los conceptos que han ido construyendo la realidad de un mundo presente en donde el tema principal lo ocupará la muerte.

### 1.1.1 BUDISMO

El budismo nació en la India, se propagó a la China a través de la ruta de seda, donde penetró en el siglo I a. C., convirtiéndose en la verdadera religión popular del país y extendiéndose también en el Tíbet. (Secco, 1965.)

Sin embargo, en la China ha existido un pluralismo religioso marcado por la existencia de numerosas religiones, entre ellas se encuentra como una de las más destacadas el confucionismo, cuyas enseñanzas fueron erradicadas al darse en China, la revolución de Mao Tse Tung en el año 1949.

Confucio, (551-479 a. C.) tuvo honda influencia en las clases dominantes, pero no puso nada para los campesinos. Para él, era fundamental el amor a los antepasados. Esta idea entronca claramente con la tradición China que identifica vejez con sabiduría.

Además, existió también la religión del taoísmo, su creador fue Lao Tse (570 a. C.), sentó sus bases en el Libro del Tao y su Virtualidad. Para Lao Tse, el hombre es sólo un factor de la naturaleza y, por lo tanto, tiene que entregarse totalmente a ella (Blas, 1988.) Sin embargo, como ya se mencionó, el budismo es la verdadera religión del pueblo chino.

El concepto del budismo proviene del sánCristo "Buddh" despertar, y significa el despertar desde las tinieblas del no saber para entrar en la luz del conocimiento.

La concepción budista de la muerte se inicia con la conocida historia de la infancia y juventud de Siddharta Gautama. Se esperaba de él que al ir avanzando su vida, y al ir comprendiendo la totalidad de las cosas, iba a convertirse en el Buda (el iluminado); nació en Kapilavastu, al norte de la India. Su vida únicamente se conoce por relatos más o menos legendarios. Era un niño mimado por un padre pendiente de que sólo conociera el lado bueno de la vida, hasta que escapa de su palacio, y es terriblemente sorprendido por la enfermedad, la vejez y la muerte. (Comte, 1995.)

"Buda afirmaba que todas las miserias de la vida son provocadas por las pasiones, las que nunca pueden ser totalmente satisfechas. La fórmula de la felicidad es la renuncia a todas las ambiciones materiales de placer, de orgullo o de vanidad. Cuando un hombre logra vencer todos sus deseos, ha alcanzado su alma paz, y llega al estado de sabiduría que Buda llamaba el Nirvana" (Secco, 1965.)

Es exclusivo del hombre el conseguir que, una vez alcanzada la verdadera sabiduría, ya no deba renacer otra vez a las penosas situaciones del mundo (Hattstein, 1997). Esto se da a través de las buenas o malas obras que se lleven a cabo en vida.

Sin embargo, los seguidores de esta religión, aseguran que tras la muerte de quien no posee conocimiento y por tanto está privado de salvación, sigue de modo inexorable su reencarnación. El budismo no admite ningún sentimiento de angustia ante la muerte, ya que el final definitivo significa la entrada en el Nirvana, lo que reconocen solamente con serenidad. La doctrina budista de la reencarnación está muy próxima a la doctrina india, del Karma. Por lo tanto, aseguran que se obtendrá un nacimiento en mejores condiciones que el anterior, gracias a las buenas obras que se hayan hecho en la vida que se dejó; por el contrario, si las obras fueron negativas, si se obró de mala fe hacia los demás, la nueva vida tendrá una calidad menor que la anterior.



En la religión budista no son tan decisivos los hechos, más bien lo primordial son los motivos que los fundamentan; es decir, la actitud espiritual del actuante: lo que hacemos libres de codicia, odio u ofuscación actúa positivamente; el obrar sin propósito de perjudicar a nadie y dejándose guiar sólo por el sano juicio, favorece la salvación.

La fuerza impulsora de la reencarnación es la aidez, la "sed", que nos ata a la existencia por medio del "mío" y del "yo". Por consiguiente, la situación de salvación, es decir la entrada en el Nirvana, se configura sólo si se da en el que muere, una condición de absoluta carencia de apetencias y afanes. Por el contrario, la persona no salvada está encadenada al mundo por la ignorancia, por la falta de conocimiento de las ataduras del dolor. Así la avaricia y la ignorancia se sitúan como principales causantes asociados del dolor. (Hattstein, 1997)

En esta religión, el momento de la muerte, es extremadamente importante al igual que en el Hinduismo, ya que en ambas se asegura que en el preciso momento de dejar un moribundo su vida, a éste se le da en una visión inmediata, la forma como será su existencia futura, después de la muerte.

Buda, alcanzó el Nirvana en su iluminación, asegurando "*Mi liberación es cierta éste es mi último renacer. No habrá más nacimientos para mí*" (Hattstein, 1997) y esto lo logró en vida, sus enseñanzas iban en esta dirección, a ayudar a sus fieles a encontrar un estado de seguridad, libre de impurezas, en donde alcanzar la paz absoluta, en vida.

Los seguidores de esta religión, están totalmente convencidos de que el vivir significa sufrir, de tal manera que, para ellos, la vida es una carga de penas, por estar ésta subordinada a la enfermedad y a la vejez.

### 1.1.2 ISLAM

A principios del siglo VII a. C. la población de la península arábiga estaba compuesta por los labradores de los oasis, los comerciantes de las ciudades y los ganaderos nómadas: Había judíos y cristianos esparcidos por todo el país, pero la mayoría de los habitantes era politeísta. En la Meca, su capital, había un gran cubo de piedra, La Ka'ba, que se veneraba como piedra caída del cielo.

Mahoma nace entre el año 567 y el 573 en la familia de los hachemís, pero queda huérfano muy pronto, y se ve obligado a participar en las caravanas comerciales desde muy joven. Luego entra al servicio de una rica viuda con la que se casará a los veinticinco años. Es de carácter recto y honrado, lo llaman Al-Amin, el hombre de confianza. A los cuarenta años tiene una revelación que le transforma completamente; oye una voz que le dice: <<¡Predica!>>. Debe predicar la unidad de dios (Allah). Le escuchan los esclavos, los libertos, los rebeldes, sus clientes, pero choca con la ironía de los habitantes de la Meca. Durante diez años es el blanco de las hostilidades de los comerciantes, que no ven en sus predicaciones más que el derrumbamiento del orden establecido, (Comte, 1995) de ahí se dedicó al aislamiento, por largos períodos, así como a la meditación, en los que se esforzó por orar para hallar el Haqq, " *la verdad fundamental y subyacente de Dios*", que quedó plasmada en el Corán.(Comte, 1995).

El libro de la cultura musulmana, contiene un conjunto de dogmas y preceptos que abarcan la totalidad de la vida, sus fuentes de inspiración dogmática son principalmente hebraicas y en menor grado cristianas.

El Corán hace hincapié tanto en las características favorables de los seres humanos como en las desfavorables. Pero, según el Corán, el hombre se inclina a la infidelidad e incluso a la maldad. Por lo que ha de ser guiado constantemente en la tierra por la ley de Dios, ya que el hombre es demasiado débil para recorrer el camino del bien. A pesar de esto, Dios ha confiado la tierra a los hombres con encargos y mandatos claros.

"La ley es tenida en el Corán como una luz que hace a los hombres atentos y razonables y les permite formarse un juicio correcto. El Corán constituye una legislación paralela para los musulmanes tal como la Tora lo es para los judíos, y el Evangelio, para los cristianos. La ley debe ser un vínculo que da fundamento a la unidad de los musulmanes y lo garantiza." (Hattstein, 1997).

Para los seguidores de esta religión, Dios no ha procreado hijo alguno y no existe ningún otro dios a su lado. Así la idea de otro Dios o de otra persona divina representa para el Islam la claudicación de la fe en la omnipotencia y soberanía de Dios (Hattstein, 1997).

Para los musulmanes la religión lo es todo y regula todas las actividades de la persona; los principales preceptos del Islam son las profecías de fe, no se puede hacer más nada contra lo que Alá ha determinado: el ayuno anual durante el mes de Ramadán, la peregrinación a la Meca, la limosna y la oración cinco veces al día. Para orar no es necesario acudir a la mezquita, basta con extender una alfombrilla y realizar los ritos pertinentes en la dirección a la Meca. Sí, en cambio, es obligatorio ir a la mezquita los viernes al mediodía ( Blas, 1988).

La concepción islámica de la muerte está determinada en el Corán de la siguiente manera: "Lo que pertenece a la voluntad de Dios, no puede producirse jamás sin su consentimiento. Así que un alma no puede fallecer, si no es con el permiso de Dios, y en un plazo que consta ya por escrito ", ya está determinada con anticipación por Él.

El musulmán, siente una gran resignación ante la muerte. Desde el primer día de vida sabe que va a morir y es consciente de ello. Antiguamente viajaba, incluso, con el sudario en su equipaje. La espera de la muerte los acompaña en sus viajes.

La muerte en el Corán se remonta a las ofensas que Adán y Eva inflingieron a Dios, desobedeciéndolo al sucumbir a las tentaciones del demonio. Y como resultado de esto, dijo Dios: "En la tierra habréis de vivir y en ella habréis de morir y de ella seréis sacados". (El Corán XXVII,60-61).

Para ellos la muerte no es en sí misma un castigo; solamente pone fin a una etapa determinada dentro de un proceso mucho más largo que culmina el día de la resurrección y del juicio final. " Al morir, el cuerpo y el alma se separan y ésta última se reunirá con el cuerpo en el Día de la Resurrección, para hacer acto de presencia ante Dios el Día del juicio final; así el alma asume la forma de un ave que descansa en un árbol en el cielo, allí es interrogada por los ángeles para recibir su destino provisional, hasta llegado el Día del Juicio Final, este día saldrán a la luz los libros y se abrirán por todas sus páginas. Allí se encontrará expuesto todo lo que se haya hecho de bien o mal y el señor no será injusto con nadie " (Hattstein 1997).

Por otro lado, los musulmanes recomiendan que los familiares que sobreviven al muerto no lo lloren, esto altera su descanso; el Corán prohíbe el llanto excesivo, ya que contradice la aceptación de la voluntad divina.

Para los seguidores de esta religión, el llanto refleja en cierta forma un no estar conforme con los designios preestablecidos de Dios, es el revelarse al plan que él ya tiene establecido con anticipación para cada uno de sus creyentes. (Blas, 1988).

### 1.1.3 HINDUISMO

No existe una ruptura clara entre el budismo y el hinduismo. Hubo más bien una especie de evolución de uno a otro.

La reacción contra el ritualismo meticuloso, el misticismo intelectual y el poder absoluto de los brahmanes, así como el deseo popular de tener una relación personal con la divinidad, fueron de vital importancia para esa evolución. De este modo, la atención se centra en los dioses védicos y la limitación de la soberanía de Brama que asociado con Visnu y Rudra forman la trinidad india o timurti y constituyen el mapa que indica cómo vivir apropiadamente; este tema aparece en el Bhagavad Gita, o Canción del Señor, que es el texto sagrado de mayor importancia para la mayor parte de los hindúes: lo ven como su libro sagrado y aseguran que quien lo lea, y quien pueda entenderlo, encontrará la respuesta a todas sus preguntas. La cuestión fundamental de que se trata el Gita, está centrada en la muerte (Bowker,1991).

Sus dogmas están contenidos en los Purannas y Tantras, libros sagrados relativamente modernos.

El que renuncia a todos los objetos y deseo, y alcanza la serenidad en la última hora, alcanzará el Nirvana, que es el estado que se experimenta en la liberación tanto en vida como después de la muerte, en donde se conserva la conciencia de este estado. No es un cese de la actividad, sino se trata del estado en el que el yo liberado ha de habitar eternamente.

El Nirvana es el estado de paz y felicidad que vive quién está eternamente con Krishna, esto es para el yo liberado, pero para quien permanece apegado a la apariencia y las posesiones, el yo sigue siendo inmutable, no asciende, pero renace repetidas veces, hasta que halla, por su propia vía, la liberación.

Así, para los creyentes de esta religión, la meta de cada vida humana es la garantía de una buena reencarnación por medio de los actos buenos.

El Ganges es el río sagrado que atraviesa el norte de la India. Los hindúes ortodoxos están convencidos de la pureza divina de sus aguas; los hindúes más piadosos se dan allí cada mañana amplios lavatorios acompañados de plegarias y muchos llenan además vasijas y cubos para llevarse a casa el agua sagrada. La inmersión en el Ganges, los lavatorios y la bebida del agua, están guiados por la esperanza de liberarse del círculo de reencarnación y obtener directamente la salvación por efecto de la pureza. Banarés es la ciudad que se encuentra a las orillas del río, este lugar se ha convertido en el centro de las cremaciones hinduistas de cadáveres cuyas cenizas se lanzan al Ganges. (Hattstein, 1997).

La muerte en el hinduismo no es una cuestión de gran trascendencia, ya que ésta se da en múltiples ocasiones, para poder así renacer, por lo que no persisten en el luto o en la pena; la forma en que ayudan a las almas, es por medio de oraciones, y ya que éstas se van, no las molestan con llantos.

Los seguidores de esta religión creen que el alma interior o atman, nunca muere, y dan un ejemplo, haciendo una comparación entre cuerpo y ropa vieja: la ropa que ya no se puede usar por inservible, es substituida por nueva. Eso mismo ocurre con el atman: cambia de cuerpo, pasa de una persona a otra persona. El concepto anterior, corresponde a la creencia de la reencarnación, en donde una misma alma vuelve a nacer en diferentes cuerpos, hasta que logra despojarse de su egoísmo para poder así descansar eternamente.

Algunos grupos religiosos creen que la salvación sólo es posible a partir de la muerte, y otras creen en la posibilidad de una salvación que se da en la existencia terrenal mediante la meditación.

#### 1.1.4 JUDAÍSMO

En la religión del judaísmo, dentro de los capítulos iniciales del Génesis, se describe una creación original, en donde prevalece la armonía por encima de todo. (Newman,1983)

El Génesis forma parte de lo que los judíos llaman *Tora* escrita, y que es el Antiguo Testamento para los cristianos. Los diferentes matices que hay entre una y otro son más bien una cuestión de especialistas que de simples fieles. Las grandes diferencias se encuentran, por un lado en la *Tora* oral y por el otro en el Nuevo Testamento, es decir, en la otra parte de sus Escrituras.

En los orígenes del judaísmo se encuentra un pueblo, "el pueblo elegido" y sobre él un legislador: Moisés. La elección no se puede adscribir a ningún mérito innato del pueblo de Israel, sino únicamente a la voluntad de Dios. Los escritos posteriores y la tradición le atribuyen lo esencial, el núcleo, el fundamento de la religión.

Sus prácticas religiosas, en torno a la muerte están basadas en dos principios básicos: respetar al cuerpo sin vida, y la preocupación y auxilio por los dolientes.

El entierro debe realizarse lo más pronto posible después de acaecida la muerte, está prohibido efectuar la autopsia en el difunto, a menos que lo exija la ley. Desgarrar una prenda que los deudos están vistiendo es una manera religiosa apropiada de expresar la pena por el muerto seguida por el recitado de la bendición: *Bendito sea el verdadero Juez*; esta prenda, debe seguir usándose durante la semana de duelo, excepto en Shabat. (Sirve para recibir el séptimo día de descanso, el que inicia el viernes al anochecer y termina el sábado al atardecer).

Así mismo existen cuatro fases distintas de duelo:

- a) Aninut, que corresponde desde el momento de la muerte hasta el funeral, esto es cuando el doliente está exento de realizar los preceptos cotidianos y debe preocuparse únicamente de los arreglos del funeral.
- b) Shivá, esta etapa corresponde a siete días de duelo después del entierro, durante el cual los familiares del fallecido permanecen en el hogar y está limitado por las restricciones tradicionales de estar sentado.
- c) Sheloshim, este lapso corresponde a treinta días de duelo desde el momento del entierro, y en el curso del cual se aplican todavía varias restricciones.
- d) Primer año, observado durante doce meses después de la muerte, por aquellos que están de duelo por sus padres (Newman,1983). Durante este tiempo se ofrecen en el templo oraciones diarias, por el alma del fallecido.

Si la noticia de la muerte de un pariente cercano (inclusive la de los padres) llega con un retraso de más de treinta días, se suspende la Shivá y los Sheloshim, pero se observa en el hogar una hora de duelo completo. Durante el período normal del Shivá las personas de duelo se sientan descalzos -o por lo menos no usan zapatos de cuero- en bancos bajos; se abstienen de relaciones maritales; no se afeitan y cortan el cabello durante la shivá y los sheloshim. (Newman,1983)

### **1.1.5 CRISTIANISMO**

"En las bases del concepto de Dios, sobre todo de la persona del Padre, el cristianismo muestra marcados rasgos comunes con el judaísmo, y con el Islam, lo cual viene condicionado por la adopción del Antiguo Testamento" (Hattstein,1997). El cristianismo obliga a una capacidad de amor universal entre los hombres como camino hacia el perfeccionamiento del individuo.



La raíz y el fundamento de la concepción cristiana de la muerte se da en cada individuo cristiano, al incorporarse a la muerte de Cristo, por medio del bautismo, y a través del agua que purifica quedar libres del pecado y de la muerte. De la nueva cuenta se renueva en la Eucaristía, y es Dios a través de la muerte de Jesús quien libera a los cristianos de su propio final, ya que así afronta el hecho del pecado, cuyo merecido castigo (según la historia de Adán), es la muerte. (BowKer, 1991). El hijo de Dios debió ofrendar su vida para redimir a la humanidad del pecado original.

Así, el cristiano introducido por el bautismo en el misterio pascual, participa de la muerte y resurrección de Cristo, y nace a una nueva vida, en la que debe actuar y vivir según el hijo de Dios, e interesarse por las cosas de Cristo resucitado.

Después de morir Cristo, y al resucitar, asciende victorioso del abismo, rompiendo las cadenas de la muerte, y así paga por el hombre a Dios Padre, la deuda de Adán y borra con su sangre inmaculada, la cadena del antiguo pecado, lavándolo de toda culpa: Cristo no muere en vano. La muerte no tiene poder sobre él, lo mataron pero Dios lo resucitó. Como se puede observar, muerte y resurrección constituyen el núcleo central del mensaje cristiano.

Así la muerte de Jesús, dará nueva vida a todo cristiano, trayendo como consecuencia su resurrección; y la muerte del creyente en el bautismo, trae la resurrección del creyente en el paraíso. "Tanto amó Dios al Mundo, que le dio a su único hijo, para que todo el que crea en Él no muera, sino que tenga vida eterna." (San Juan 3,16).

La muerte en el Nuevo Testamento, aparece como derrota, se habla de una muerte abolida, así Jesucristo el Salvador, abolió la muerte: En la religión cristiana, el que escucha la palabra de Dios y cree en ella, tiene la vida eterna, por lo tanto no muere, y el día de su deceso, revivirá en la casa de Dios. Así, la

concepción cristiana de la muerte, como en casi todas las religiones, tiene del lado de la ofensa de Dios, el infierno, como lugar de indescritibles castigos, por no reconocer como su único creador a Dios. Y por otro lado en la muerte del justo se encuentra la entrada a la vida eterna.

En los escritos del Nuevo Testamento, se observa que Jesús habla muy poco de la vida después de la muerte, en sus parábolas, más bien explica la existencia de una vida eterna, pero no en términos de ser una vida futura, sino de una vida que hay que vivir desde el momento presente, así quien cree y consagra su vida en Él, obtiene la vida eterna y jamás verá la muerte: El vivir bajo los preceptos que rigen la fe cristiana, permite vivir dentro del reino de Dios, o en su defecto estar fuera.

"Por otro lado, San Juan de la Cruz dice: *Al fin de nuestra vida seremos juzgados sobre el amor*, es decir, sobre la sinceridad de nuestro amor para con Dios, de nuestro amor a la salvación del alma, de nuestro amor al prójimo". (Garrigou-Lagrange, 1960).

## 1.2 MITO Y TRADICIÓN DEL CULTO A LA MUERTE EN EL MÉXICO PREHISPÁNICO

Wertheim, (1988) menciona que los ritos funerarios en la época prehispánica tenían gran relevancia para entender el significado de la muerte en México, gran parte de estos ritos se encuentran plasmados en estelas y diversos monumentos prehispánicos en donde esculpían su historia nuestros antepasados, en donde el universo era uno y sus elementos estaban perfectamente fundidos, mezclados y homogeneizados en todos los ámbitos de la realidad, desde el levantar una piedra hasta el ofrendar a Huitzilopochtli. Todo, absolutamente todo, poseía un significado religioso, muchos de ellos descifrados y plasmados por los primeros frailes evangelizadores a la llegada de los españoles en maravillosos códices.

Dentro de estos códices, el código florentino, hace mención de los lugares existentes en el inframundo o mundo de las sombras, como el Mictlán o lugar de los muertos, cuya deidad principal era Mictlantecuhtli, señor de la muerte y a donde se dirigían aquellos que morían de muerte natural, pero el México antiguo temblaba ante Tezcatlipocatl portador de la desdicha, que tenía preparados para el hombre siete formas de infortunio. Dice Sahagún (1986) "Temían que cuando andaba en la tierra, movía guerras, enemistades y discordias, de donde resultaban muchas fatigas y desasosiegos. Decían que él mismo incitaba a unos cuantos otros para que tuvieran guerras y por eso lo llamaban Nécoc Yáotl, que quiere decir sembrador de discordias de ambas partes". Un malvado profesional, forjador de desdichas, que destruye sin motivo, sin motivación ética, como el jaguar en que encarna.

Pero uno de los conceptos clave en el pensamiento prehispánico es el de la indestructibilidad de la fuerza vital, que subsistía más allá de la muerte; en donde todo el universo está en un proceso constante de transformación y la transformación es eterna.

Hacia el Tlalocán, en donde la deidad máxima era Tláloc, se dirigían aquellos que perecían por alteraciones hídricas como enfermedad o los que morían ahogados. Era un lugar donde abundaba el agua, que era considerada como generadora de vida.

En Tonatiuhuincán, a donde se dirigían aquellos que morían en encuentros bélicos o los que morían en sacrificios y las mujeres que morían en el momento del parto, su deidad era Huitzilopochtli, dios de la guerra. Ahí se enterraban a los recién nacidos que morían y una de las características era que se enterraban delante de un granero donde se apilaban las mazorcas de maíz o tanocayo que significaba la propia carne. También se dirigían ahí los que se suicidaban.

Los pueblos prehispánicos vinculaban de manera conjunta el sol, la luz o la vida con la oscuridad, la noche, la tierra, la muerte. Hacían una analogía con los puntos cardinales o círculo solar en donde el Norte era el nadir y a donde llegaba todo lo que moría, su Este es nuestro Oeste y donde se dejaban las sombras o la madre tierra para vivir y era el nacimiento del hombre, continúa hacia el cenit que era el Sur en donde el hombre evolucionaba, su Oeste, nuestro Este, era el punto donde se sucumbía a la luz para dar paso a la sombra, donde se reúne de nuevo la luz o la vida con la madre tierra, la involución del hombre, en donde muere para la existencia, pero nace a la esencia. (Gortari, 1992).

Es importante mencionar que dentro del inframundo no existía distinción de clases de nivel social. A dónde se dirigía cada hombre, dependía de la modalidad de la muerte, más no el comportamiento llevado en vida. Como podemos darnos cuenta, existía una relación muy estrecha en ese binomio inseparable que es la vida y la muerte. (Apuntes de clase . Diplomado de Tanatología, CMN S. XXI, 2000).

Los mayas consideraban los templos como lugares de descanso eterno. Al morir un gobernante era enterrado en compañía de tres individuos sacrificados para

este fin, y de ofrendas como víveres, bebidas, metales; también adornaban el cadáver con perlas, tejidos. etc. Creían que el alma debería ser nutrida en la otra vida.

Los toltecas realizaban sacrificios humanos; arrojaban hombres vivos al cenote sagrado. Para los mayas, toltecas y aztecas, morir era algo misterioso y sagrado; los muertos merecían templos, altares, ritos y sacerdotes. La muerte no era el fin, había continuidad de vida.

### **1.3 MITO Y TRADICIÓN DEL CULTO A LOS MUERTOS EN EL MEXICO ACTUAL**

En la celebración del día de los muertos de Mixquic se presenta una rica gama de actividades, ritos, costumbres y creencias que se practicaban en torno de las deliciosas ofrendas. Se sabe que el origen de las ofrendas está en el culto que nuestra raza autóctona rendía a los muertos, que en el templo ofrecían mazorcas, flores, etc. y encendían copal para aromatizar el ambiente y así agradar a los dioses.

Este rito presenta un gran acontecimiento solemne para los habitantes. En el seno de las familias dos o tres meses antes, las mujeres empiezan a bordar servilletas y manteles, compran tapetes y utensilios dedicados especialmente a sus muertos que serán guardados y utilizados hasta los días 31 de Octubre y el primero y dos de Noviembre. Una semana antes del culto se lavan los muebles por respeto a los parientes difuntos. Dos días antes se colocan en un lugar alto del portal de la casa, la estrella o calavera de las ánimas que es una especie de farol que los propios habitantes confeccionan, con ella se indica a las almas que en esa casa sí se cree en ellas, se les está esperando y pueden pasar aunque no sean de la familia.

La ceremonia se inicia desde el día 29 de Octubre, fecha que, se dice, les permite a las almas de las personas que mueren en accidentes o bien que murieron antes del nacimiento o durante el trayecto hacia un hospital bajar a despedirse los que murieron ese año y los de años anteriores y a convivir con sus seres vivos. Uno de los personajes más importantes dentro del rito: El Campanero, que es el encargado de iniciar con el doblar de las campanas, los instantes místicos y solemnes del culto, las doce horas del día 31 de Octubre anuncian que las ánimas de los niños vienen llegando y así sus familiares se disponen a recibirlos. Lo primero que hacen es arreglar el altar con una mesita pequeña y trastes diminutos sobre ella se colocan un platito con sal y un vasito con agua, flores blancas que significan la pureza del alma, se encienden velas y se impregna la casa de incienso y copal para recibir a los niños y adultos no bautizados, que vienen sonrientes entre las chinampas. También se les pone un petate sobre el piso para que ahí se sienten, descansen y jueguen los angelitos. A las tres de la tarde repican las campanas que anuncian el momento de oración; una vez realizada, se coloca la ofrenda. El día primero de Noviembre a las 12 Hrs. se despide a los niños con incienso y se coloca el itacate (ración de comida para su regreso). A las tres de la tarde se recibe a las almas de las personas adultas en una forma similar a los niños solo que a ellos se les ofrece la flor de cempoaxochitl; por la noche se tiene la tradición del Campanero que consiste en que un grupo de personas van de casa en casa ofreciendo plegarias a los difuntos y al terminar las mismas se les da el convite de los muertos a los vivos. Esto se realiza durante toda la noche. El día dos de Noviembre a las tres de la tarde se despide a los difuntos mediante copal e incienso y también se coloca el itacate. Una hora más tarde suena la campana del convento Agustino la gente sale silenciosa de sus moradas y parte al camposanto llevando racimos de flores velas y veladoras. Hombres, mujeres y niños barren y lavan sus tumbas y las cubren con pétalos de flores, encienden ceras queman copal e incienso y musitan oraciones. Ya de noche el cementerio se puebla de cientos de flamas parpadeantes que iluminan entre los humos aromáticos los rostros de los

dolientes. Un murmullo de rezos y sollozos preside la comunicación de los vivos con los muertos, como despidiéndose (Gortari, 1992)

Un rito parecido se celebra en muchos de los hogares mexicanos, en donde se coloca una ofrenda de comida, bebida, veladoras y flores para las almas de los niños y adultos difuntos. También los cementerios se cubren de viandas, música y deudos que hacen de los días uno y dos de Noviembre una ceremonia festiva más que luctuosa. Acorde con esto, cada vez más se va sustituyendo esta tradición por la entrada de costumbres estadounidenses como la “noche de brujas”.

Octavio Paz (2000) menciona que en nuestro país recelamos de la muerte, le tememos, la huimos, nos reímos de ella, la afrontamos, la evitamos, jugamos con ella, la respetamos o la despreciamos, según sea el grado de identificación que profesamos hacia alguna de las diferentes culturas madre, que como mexicanos tenemos.

En nuestra cultura, la expresión simbólica de la muerte se puede aprender en dos planos: en el del simbolismo representado, y en el del simbolismo figurado. El primero es representado por la calavera con las tibias cruzadas, representando un símbolo universal de peligro, el cráneo representación simbólica fría e impersonal, que también toma de la fantasía popular o de lo mitológico sus significantes personales y que casi sin sentirlo pasa del símbolo al signo puramente informativo. La muerte se representa por una tumba o por un esqueleto con guadaña o una cruz. El segundo es la representación de la muerte (o del muerto) que se descubre en distintas manifestaciones, por ejemplo, en nuestro país en las costumbres del duelo, los velos y ropajes negros; en Japón en las vestimentas blancas; en la religión cristiana en el color morado y en los cementerios; en la costumbre judía los espejos de los deudos son puestos de cara a la pared, los cuales son grandes concentraciones de símbolos. Sin embargo, hay que darse cuenta de que esta pluralidad degenera a menudo en simples signos el valor informativo, sin ningún rasgo de afectividad. (Noelle, 1987).

Sin embargo la simbólica de la muerte no se agota en las representaciones de imágenes, en las actitudes y comportamientos, en las conductas y vestimentas, ni en los símbolos de la necrópolis; sino que se establece un vínculo en el plano más personal de las elecciones inconscientes del que sufre la presencia de la muerte y que hace presente a través de los ritos en los que el doliente se suprime, debe ocultar su pena, retirarse a su soledad y soportar los comportamientos de rituales, como son las visitas obligadas de condolencia, las cartas de consuelo, las esquelas en los diarios (si fue una persona conocida). (Noella, 1987).

Ante la muerte también existen diferencias sociales, por ejemplo: entierros que son sólo a base de una caja de madera reciclada, o repintada porque el presupuesto no alcanzó para más y el rito religioso se efectúa en la casa del que ya "descansa", o bien el entierro lujoso con ataúd de lámina a prueba de filtraciones, con chapa de oro y con lienzos de seda, o las incineraciones que hoy en día son una propuesta alternativa.



#### 1.4 LA MUERTE Y EL LENGUAJE

Al hablar del lenguaje referente a la muerte, lo primero que resalta es su significado universal, tan lleno de significaciones; el conjunto de signos culturo-clínicos en que se expresa su presencia (fallecimiento), es también lo inevitable de las conductas funerarias y que nos mete de lleno a la especificidad de cada cultura, ya sea africana, sajona, oriental, latina etc, y que todo pluralismo étnico, percibe a la muerte a través de sus esquemas de pensamiento y de sus valores propios (ritos, melodías, tumbas, condolencias, varían según sus patrones socioculturales y las épocas) (Thomas, 1996).

Las desigualdades de los papeles y de los estatus se ven fácilmente en los discursos rituales o litúrgicos y en la evocación de la palabra muerte; cada quién habla según el rol y estatuto que se tenga, además según las propias dimensiones caracterológicas (indiferencia, alivio, trabajo de duelo, respeto a las reglas del grupo al que pertenezca, silencios, diálogo con el muerto, neurosis, psicosis, etc.).

Octavio Paz (2000) refiere que en México el uso de la palabra muerte ha sufrido una catarsis en donde en el lenguaje coloquial encontramos algunos términos que suplen su función como es "se petateó", "estiró la pata", " se enfrió" " colgó los tenis" o "se fue con la más fea", y aunque estos términos no se inscriben en ninguna lápida o perspectiva ritual, son considerados en ciertos estratos sociales normales en el lenguaje cotidiano, coloquial y de empleo estrictamente individual.

El lenguaje ha tratado de traducir la negación tanática, lo que ocurre con frecuencia a través de chistes, bromas o cuentos con tinte de albur, pero también con el empleo de frases tranquilizadoras "descanse en paz"; reconfortantes " Dios lo llamó", " sólo se nos adelantó"; simplemente anunciadoras " nos ha dejado" o " el cielo requería un angelito", en el caso de los niños.

Si la muerte se hace amenazante o inevitable, se habla de "tragedia", "drama" o "representación". En algunas ocasiones se evita hablar del cadáver, a pesar de que es la única manifestación real de la presencia-ausencia de un ser querido o estimado, entonces la traducción de la ausencia del muerto se manifiesta como "los despojos mortales", "muerto", "cuerpo", u otro adjetivo que trate de sustituir el dolor.

De cualquier modo, la omnipotencia del verbo, las actitudes y el comportamiento que se manifiesta para domesticar a la muerte o la precaución que se utilice para evocarla, implica silencios, encantamientos, evasiones, gestos y mímicas que hacen un sistema socio-cultural, ya sea oral o escrito, gesticular o actitudinal, universal.(Gortari, 1992)

La muerte se ha estudiado desde diversos enfoques, uno de ellos es la tanatología que como se verá en el capítulo siguiente busca proporcionar ayuda emocional, entre otros aspectos, al paciente terminal y las personas ligadas a él.

# **CAPITULO 2**

# **TANATOLOGÍA**

## 2.1 DEFINICIÓN DE TANATOLOGÍA

Desde finales del siglo XX se dieron cambios en la sociedad, en la medicina y sanidad los cuales han contribuido a crear una expectativa mayor de vida, la gente rara vez tiene que enfrentar la inminencia de la muerte en la edad temprana y es por ello que cuando se alcanza un tiempo mayor de vida, la muerte se hace una presencia constante, como es el caso de enfermos con diagnóstico por cáncer, SIDA, u otras nuevas enfermedades degenerativas que surgen cada día y que el hombre no se encuentra preparado para aceptar.

El número de personas con un diagnóstico de enfermedad incurable va en aumento, no así el de profesionales en el área de la salud que les provean del soporte necesario para aceptar su enfermedad y le posibiliten con la expresión de sus emociones, librar los miedos en torno al evento, que a fin de cuentas es el más natural de la vida después del nacimiento, proporcionándoles calidad de vida, y a sus familiares apoyo durante el proceso de duelo.

Aunque la muerte es un proceso normal e inherente a todo ser humano y es parte de su ciclo de desarrollo, se observa un tabú a su alrededor, producto del requerimiento social de una medicina que asegure el pleno bienestar físico, psíquico y social y la exclusión del dolor, "la muerte se ha convertido en algo innombrable y, como en otros tiempos del sexo, no se puede hablar de ella en público" (Sgreccia, 1986) La gente rara vez habla directamente de la muerte y en lugar de esto usa eufemismos como "fallecimiento" o "ir al encuentro con el creador", entre otros (Papalia, 1992) Los jóvenes y las personas de mediana edad rara vez enfrentan la muerte cara a cara e, incluso, pueden pasar gran parte de su vida sin pensar seriamente en su propia muerte. En nuestros días el cuidado del enfermo terminal ya no queda en manos de los familiares, sino del personal médico dentro de los hospitales.

Recientemente en torno a la muerte, se ha comenzado a explorar el ámbito moral y emocional y a tratar de hacer este final inevitable de la vida del ser humano lo más positivo posible. La Tanatología o estudio de la muerte y la agonía, está surgiendo como un punto de interés ya que se comienza a reconocer la importancia de integrar la muerte dentro de la vida. Actualmente en México la Tanatología ha dirigido su atención hacia el paciente terminal y su familia por lo que se está convirtiendo en un campo indispensable en el ámbito de la salud, y en particular de la Psicología.

La Tanatología como palabra es difícil de encontrar en los múltiples diccionarios, pero no obstante su antecedente en Estados Unidos y en otros países de Europa cuenta con más de treinta años, un ejemplo de ello es Inglaterra, donde en 1935, se fundó la Asociación Británica pro Eutanasia Voluntaria. En 1979 cambia de nombre a EXIT; y tres años más tarde vuelve al nombre original. En 1938 se funda la Asociación Pro Eutanasia de los Estados Unidos. En 1973 se funda en Holanda la Sociedad para la Eutanasia Voluntaria y en 1980 se funda la Federación Mundial de Asociaciones del Derecho a Morir.

Desde 1981, la Sociedad Alemana pro Muerte Humanizada publica la revista *Humanes Leben- Humanes Sterben*. Una de las asociaciones más recientes en Europa es la española, fundada oficialmente a finales de 1984.

En México hay que esperar al año 1988 para ver nacer a la Asociación Mexicana de Tanatología. Cabe destacar que en nuestro país la Tanatología no simpatiza con la eutanasia activa; tendencia dominante es la ayuda espiritual para lograr la aceptación y un clima de paz. En México no se ha realizado una adecuada difusión y no se le ha otorgado la importancia que merece, pues la sensibilización con respecto a la muerte daría como resultado la promoción hacia la salud mental y favorecería un ámbito de prevención primaria; como consecuencia, la aparición de trastornos como la depresión producto de la imposibilidad de elaborar adecuadamente la pérdida del ser querido sería resuelta de una forma más favorable (Rodríguez E, 1996)

De acuerdo con Bravo (1994) la tanatología es una verdadera ciencia, pues por definición, ciencia es el conocimiento de las cosas por sus causas y porque tiene un objeto formal que es el enfermo terminal. Se considera una ciencia humanista y no una ciencia exacta.

Ferrater (1980), menciona que antiguamente la tanatología era considerada como un conjunto de reglas y técnicas destinadas a producir la muerte, sobre todo la muerte en masas, la que se daba en las guerras; sin embargo conforme fue pasando el tiempo la concepción fue cambiando hacia un rumbo diferente hasta nuestros días en donde es concebida como la atención y cuidado que deben ser proporcionados no sólo a los pacientes diagnosticados con una enfermedad terminal, sino a la familia y amigos que conviven con ellos. De ahí que la Tanatología se ocupe de la situación del moribundo frente a otras personas y a la sociedad en que vive; de su atención médica, psicológica y psiquiátrica; de la relación entre la estructura social y los modos como es concebida la muerte; del problema de la muerte voluntaria o suicidio y su aceptación o no (todo esto dependerá desde su perspectiva como persona, valores, normas y reglas sociales y religiosas)

Actualmente en nuestro país existen dos organismos: la Asociación Mexicana de Tanatología AC. y el Instituto Mexicano de Tanatología A. C., que fue el primero que logra tener un reconocimiento en el ámbito internacional.

## 2.2 ASOCIACIÓN MEXICANA DE TANATOLOGIA A.C (AMTAC)

En México la Tanatología es introducida por la AMTAC la cual de acuerdo con Reyes Zubiría (1990), "nació para llenar un vacío existente y existencial en todo México", es una asociación civil no lucrativa, multidisciplinaria e interdisciplinaria; fue fundada el 18 de noviembre de 1988 por el Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiría, cuyos principios de sus ideológicos son:

- ❖ La muerte y el miedo a la muerte son fuente de muchos de los problemas humanos, por lo que al lograr eliminar estos miedos se logra vivir a plenitud.(Manual de consejería tanatologica (1997)
- ❖ El suicidio es un mal que se puede prevenir; en la mayoría de los casos se ve que quienes tienen ideación suicida, más que fabricar su propia muerte, prefieren recibir la ayuda adecuada y oportuna.
- ❖ Siguiendo las enseñanzas de la Dra. Kübler-Ross. Hay que considerar al amor incondicional como un ideal asequible y en la medida en que las personas acepten la responsabilidad en cuando a sus sentimientos, pensamientos, acciones, elecciones se lograrán deshacer de las emociones negativas que han sido reprimidas para poder vivir en una forma adecuada.(Manual de consejería tanatologica, 1999)

### **2.2.1 OBJETIVOS DE LA MATAAC**

(Manual de consejería tanatológica, 1997)

El primer objetivo de la AMTAC es hacer un estudio serio, profundo científico, sobre lo que es morir, la muerte y la existencia después de esta vida.

Ayudarlos a que persistan en la calidad de vida personal y en la calidad de las relaciones interfamiliares y prepararlos para la muerte del ser querido.

Ayudar a los que están sufriendo por la muerte de un ser querido a que lleguen a la real aceptación con el menor dolor y post-intervención adecuadas.

Ayudar a quienes tienen ideación, conductas o acto suicida, lo mismo que a sus familiares, por medio de la prevención, intervención y post-intervención adecuadas.

Ayudar a todos los que forman parte de un equipo de salud, ante las emociones que surgen por la muerte del paciente, tal como rabia, culpa y frustración.

La AMTAC organiza congresos nacionales e internacionales; también imparte diplomados y cursos en la UNAM, el INSEN, la Secretaría de Salud y en Asociaciones Médicas. Sin embargo la difusión es escasa, de ahí que el público no participante desconozca la existencia de la Asociación.



### 2.2.3 INSTITUTO MEXICANO DE TANATOLOGÍA, A.C (INMEXTAC)

El instituto Mexicano de Tanatología A: C es una asociación no lucrativa, no gubernamental, ni religiosa, que se mantiene sobre la base de donativos y cuotas de recuperación. Actualmente en México hay grandes carencias de formación tanatológica en las personas que se dedican a dar atención que requieren tanto el enfermo terminal como el crónico y sus familiares, por ello el INMEXTAC propone hacer énfasis en la necesidad de aceptar la muerte como un fenómeno natural y, por tanto, la importancia de prepararse para morir.

Lo anterior engloba las razones para la creación del INMEXTAC, cuyo propósito es evitar que las personas al padecer una enfermedad terminal, que necesariamente los va a llevar a la muerte, se sientan desesperadas, infelices y con una enorme angustia. También se contempla la ayuda a la familia, que comúnmente, se siente frustrada e impotente ante la enfermedad o ante la muerte inesperada de un ser querido; uno de los dolores más fuertes y profundos del ser humano es enfrentarse con su propia muerte y la de los seres que ama.

En México, como en otros países, aún no se prepara a la persona para enfrentar de una manera positiva la muerte propia y la de sus seres queridos, es por ello que los fundadores del Instituto así como los colaboradores del mismo, consideran una obligación moral ayudar a aceptar conscientemente este suceso inevitable y natural en la vida de todo ser humano, ayudar al enfermo a bien morir, es decir, a morir con dignidad, a aceptar la muerte como una culminación de la vida y de este modo aprovechar al máximo el tiempo que le queda sin darse por vencido ante un deterioro biológico, sino considerando que psicológica, social y espiritualmente todavía le queda mucho por hacer.

Para el adecuado desarrollo de las actividades, el Instituto cuenta con un comité técnico encargado de la determinación y aprobación de las acciones factibles de

ejecución así como la coordinación, elaboración, seguimiento y evaluación de resultados de los programas anuales.

El Instituto Mexicano de Tanatología considera a la persona como una unidad bio-psicosocial que requiere ayuda y apoyo al enfrentar su propia muerte y la de sus seres queridos; la labor del instituto así como sus objetivos es prestar un servicio personal e interdisciplinario, eficaz y eficiente, considerando al ser humano integralmente mediante una actitud de respeto hacia su libertad, autonomía y dignidad en el proceso de muerte y duelo.

Reyes Zubiría (1999) en el pasado Congreso de Tanatología y Suicidio mencionó que como responsables de muchos diplomados se han escogido a profesores, médicos reconocidos y psicólogos de renombre pero que no tienen la formación Tanatológica, por lo que su enseñanza se basa en los conocimientos propios de sus respectivas disciplinas científicas.

Algunos ejercen la tanatología por intuición, es decir, su experiencia en centros hospitalarios les ha permitido adquirir sensibilidad en cuanto a la intervención que requieren los pacientes terminales, aunque nunca hayan estudiado formalmente la Tanatología. El resultado de toda esta efervescencia es considerar a la Tanatología, al menos en México, como un auténtico voluntariado al que no se le concede seriedad profesional.

El hecho de que al psicólogo se le mencione poco o se omita su profesión al hablar de Tanatología, obedece a una falta de actuación e interés en promover el trabajo que lleva a cabo de manera intuitiva en los hospitales con los pacientes en fase terminal, intervención que existe pero que no se le ha otorgado del todo el valor que merece y, por lo tanto, se ha favorecido la afluencia del voluntariado, cuyos representantes pertenecen a oficios diversos y carecen en muchas ocasiones de un sentido de responsabilidad y compromiso real con el enfermo.

En ambas asociaciones, la meta de la tanatología es dar prevención, intervención y postvención en casos de suicidio, muerte inesperada o por accidentes y muerte por crimen, al enfermo o a sus familiares hacia la aceptación de su realidad ya que ésta pudiera ser traducida en esperanza que posibilita una mejor calidad de vida o una muerte digna y en paz.

La mente aun antes de presentarse provoca una respuesta emocional intensa denominada duelo ante la perdida inevitable de los seres significativos.

# **CAPITULO 3**

## **PERPECTIVA**

### **PSICOLÓGICA DE LA**

### **MUERTE: EL DUELO**

### 3.1 Duelo

Al morir una persona sus familiares comunican a los demás familiares y amigos el deceso. Diferentes sentimientos de reacción se manifiestan; algunos dicen sentir aflicción, otros se visten de un color específico manifestando así que se encuentran de luto y otros empiezan un proceso de duelo.

Ante estas circunstancias se definirán los conceptos de: aflicción, luto y duelo, bajo la perspectiva teórica del humanismo.

La aflicción según Papalia (1992), es el hecho objetivo de la pérdida: el cambio en el estatus del sobreviviente.

El luto se refiere a la conducta del doliente y de la comunidad después de una muerte. (Papalia, 1992)

La muerte de un ser querido significa uno de los más grandes sufrimientos de la vida; provoca reacciones complejas: físicas, psicológicas, socioeconómicas y culturales. Es una reacción natural, personal, única ante la pérdida y esto es lo que se conoce como duelo. (Papalia, 1992)

El duelo es una respuesta emocional del doliente, un sentimiento que hace sufrir. En el lenguaje común llamamos "sentimiento " a una experiencia subjetiva e íntima. Cuando estas sensaciones alcanzan un nivel de percepción, es porque se tiene un reconocimiento subjetivo del estado físico y porque se refleja un aspecto de realidad, es entonces cuando se habla de experiencias cognitivas, las cuales siempre tendrán un valor simbólico; es decir: unas cosas representan o recuerdan a otras; formándose así una cadena potencialmente infinita, entre una de las experiencias cognitivas se encuentra el dolor. Huimos o tratamos de huir de él. (Papalia, 1992)

Freud postula en su obra titulada Duelo y melancolía (1917, pag. 214) :

“..... el duelo es, por lo general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como patria, la libertad, un ideal, etc.”

Y en la melancolía la pérdida no necesariamente es externa y real sino que el disparador surge del mundo interno. La pérdida, diría Freud, ha tenido efecto en el yo del melancólico y surge en él los autorreproches los cuales encubren las demandas de antaño hechas al objeto perdido real o psíquicamente.

Reyes Zubiría (1996) refiere que algunos autores definen el duelo como : "Un mecanismo intrapsíquico, mediante el cual, el objeto perdido pasa a formar parte del Yo, incorporándose al Yo Ideal, o al Superyo: Esto explica que todo el duelo sea un proceso homeostático, que tiene como finalidad el que el sobreviviente adaptándose a la pérdida, pueda continuar con su vida, viviéndola en plenitud.

Este proceso de crisis pasa por determinadas etapas en donde se cubren ciertas emociones y sentimientos que desencadena un evento de esta índole. Durante años, varios autores ( ver cuadro 1) se han dado a la tarea de hacer sus propias descripciones y análisis de las diferentes etapas de duelo, ofreciéndonos un sin número de denominaciones partiendo como base desde su profesión, religión área de especialidad.

Como se podrá observar a continuación el número de etapas de duelo oscila entre 3 y 6, en los procesos encaminados a la recuperación emocional ante al impacto generado por la pérdida ( Reyes Zubiría, 1996), La mayoría de los autores coinciden en sus conceptos aunque con distintos nombres, pero al final se puede observar que llegan a la aceptación como tal.

NOMBRE	ESPECIALIDAD	ETAPAS
GLORIA M. FRANCIS	ENFERMERA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. NEGACIÓN</li> <li>2. ANSIEDAD</li> <li>3. REGRESIÓN</li> <li>4. DEPRESIÓN</li> <li>5. ACEPTACIÓN REALISTA</li> </ol>
ROBERT E. NEALE	MISTICO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CONOCIMIENTO DE LA MUERTE (NEGACIÓN Y MIEDO)</li> <li>2. GESTACIÓN (DOLOR Y CREENCIA)</li> <li>3. RENACIMIENTO (CREENCIA Y MARTIRIO)</li> </ol>
CARL A. NIGSHWONGER	PASTOR PROTESTANTE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SHOCK</li> <li>2. EMOCIÓN</li> <li>3. NEGOCIACIÓN</li> <li>4. CONOCIMIENTO</li> <li>5. COMPROMISOS</li> <li>6. CUMPLIMIENTO</li> </ol>
GEORGE ENGEL	MEDICO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CONMOCION E INCREUDULIDAD</li> <li>2. DESARROLLO DEL CONOCIMIENTO</li> <li>3. RESTITUCIÓN Y RECUPERACION</li> </ol>
A.D WEISSMAN	TANATOLOGO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. APURO EXISTENCIAL</li> <li>2. ACOMODO</li> <li>3. DETERIORO</li> <li>4. MOMENTO TERMINAL</li> </ol>
ELISABETH KUBLER-ROSS	PSIQUIATRA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. NEGACIÓN</li> <li>2. IRA</li> <li>3. NEGOCIACIÓN</li> <li>4. DEPRESIÓN</li> </ol>
LUIS ALFONSO REYES ZUBURÍA	MEDICO TANATOLOGO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ANGUSTIA</li> <li>2. FRUSTACIÓN</li> <li>3. CULPABILIDAD</li> <li>4. DEPRESIÓN</li> <li>5. ACEPTACIÓN</li> </ol>
SALITA	PSICOANALISTA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IDENTIFICACIÓN TOTAL CON L A PERSONA AMADA</li> <li>2. ESCISIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN</li> <li>3. RECONSIDERACIÓN MINUCIOSA DEL YO</li> </ol>
IGOR CARUSO	PSICOANALISTA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CATASTROFE DEL YO</li> <li>2. AGRESIÓN</li> <li>3. BÚSQUEDA DE INDIFERENCIA</li> <li>4. HUIDA HACIA DELANTE</li> <li>5. IDEOLOGIZACIÓN</li> <li>6. ACEPTACIÓN</li> </ol>
THERESA BENECEK	PSICOANALISTA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. NEGACIÓN</li> <li>2. DEPRESIÓN</li> <li>3. SEPARACIÓN E INDIVIDUALIZACIÓN</li> <li>4. IRA</li> <li>5. RESTABLECIMIENTO</li> </ol>
ISA DE JARAMILLO	MEDICO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. EVITACIÓN</li> <li>2. CONFRONTACIÓN</li> <li>3. RESTABLECIMIENTO</li> </ol>

Cuadro 1. Referencias de Reyes Zubiría (1996)

## 3.2 TIPOS DE DUELO

Algunas personas empiezan a sufrir con anticipación, la muerte de un ser querido, ante días prolongados de agonía en una Unidad de Cuidados Intensivos los reportes del médico de que en cualquier momento puede fallecer, o cuando por algún accidente cae en estado de coma y se encuentra dependiente de un ventilador, o por causas diferentes se separa la persona y no se sabe nada de ella, la fantasía empieza a volverse realidad.

Después de la muerte, el dolor puede tomar una de muchas formas o combinaciones.

### 3.2.1 DUELO ANTICIPATORIO.

Se trata de una respuesta normal ante la posibilidad y proximidad de la muerte de quien se ama, e implica, en quien lo sufre, un reconocimiento intelectual y emocional de esa realidad; al mismo tiempo moviliza mecanismos psicológicos que sirven para alcanzar la adaptación por la próxima o futura pérdida. En un principio se presentan toda serie de emociones, en un sentido estricto correspondería a la depresión anticipatoria. (Kübler- Ross,2000).

No se trata, tampoco, del duelo del Enfermo en Fase terminal, sino del duelo de la familia, de los amigos, de los miembros del equipo de salud involucrados, Muchas personas, incluso médicos y enfermeras, lo confunden con el dolor nacido ante el anuncio del diagnóstico, principio de la toma de conciencia de lo grave de la enfermedad. Pero la diferencia es que el equipo de salud, por experiencia propia y continua, visualiza de manera rápida el proceso del paciente antes del desenlace fatal.

Gerlein, citado por Reyes (1996) refiere que " Al tiempo que la persona se apega al enfermo y desea retenerlo, debe ir desprendiéndolo 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. Sin embargo, aunque se prepare a la familia para la separación definitiva, produce, generalmente, muchas culpas y mucha rabia y en algunas ocasiones impotencia tal vez por no saber como conducirse ante la situación. El cansancio físico y emocional a que se enfrentan los familiares día a día en las salas de espera o con sus familiares en sus camas provoca que lleguen a desear su muerte. (Depresión Ansiosa). Muchos creen que el deseo es malo, experimentan culpa, pero los deseos son normales, válidos, buenos y no serán nunca, la causa de la muerte. Cuando el familiar no muere dentro del tiempo previsto o, cuando presenta períodos de mejoría seguidos de recaídas, la familia o los miembros del equipo de salud involucrados, pueden sentir emociones opuestas: alegría y alivio porque el paciente no ha muerto, junto con culpas por haberlo " matado antes de tiempo" y al mismo tiempo rabia hacia el enfermo, porque no murió " cuando se esperaba" , "por tener una agonía prolongada" " por el manejo prolongado de la reanimación cardiorespiratoria" y " por el deterioro físico prolongado del paciente expuesto a los procedimientos invasivos que al final terminaron con su vida".(Kübler-Ross,2000)

Estas son las causas por las que una familia no puede aceptar la muerte de un ser querido. Gerlein citado por Reyes (1996) observa en el trato continuo con los pacientes y familiares, que se presentan mayores dificultades cuando la familia se encuentra desunida y algunos miembros se mantienen alejados y distantes del paciente, cuando las relaciones con él son ambivalentes y difíciles o cargadas de hostilidad, generan culpas no reparadas; cuando la familia tiene una marcada dependencia emocional o económica respecto a la persona enferma; cuando la familia tiene conflictos sin resolver, verdades que revelar, decisiones importantes por tomar, etc. La familia no puede resignarse a perderlo en ese momento, porque

lo que necesita es tiempo para poder reparar sus relaciones y concluir sus asuntos pendientes.

Por lo dicho podemos afirmar que el duelo Anticipatorio es un fenómeno multidimensional que abarca muchos procesos: interactuar, afrontar, planear para reorganizarse psicosocial y económicamente hablando.

### **3.2.2 DUELO NORMAL ( Cuando la muerte ya ocurrió).**

No siempre se está preparado para la muerte de un ser querido, por más larga y/o muy dolorosa que haya sido su agonía, y aunque el duelo anticipatorio se haya hecho presente desde el inicio de la enfermedad, el deceso final llega.

La pérdida entonces, se vuelve desgarradora, traumática y sumamente dolorosa se presenta como asesina, como ladrón que no avisa y deja una tragedia imborrable y siempre encontrará a la familia desprevenida.

Cuando la muerte se hace presente se sufre un dolor profundo llamado Duelo. Elaborarlo, llegar a la aceptación, requerirá de tiempo. Se tratará pues, de un proceso. El proceso del Duelo.

La culpa siempre precede a la muerte. Está basada en ideas, miedos y temores absurdos que si no se logran superar se convertirá en la más fiel y dolorosa compañía de la muerte (Kúbler-Ross.2000)

### 3.2.3 DUELO PATOLÓGICO. (ANORMAL)

Un Duelo normal tiene una duración promedio de entre uno y dos años. Menos tiempo, o más manifestará algo de patología que puede ser de diversa índole. El sufrimiento no siempre se va a manifestar de igual manera, poco a poco perderá su intensidad. Al principio, el sobreviviente vivirá como entre las nubes: No creerá que lo sucedido haya sido cierto. Espera que lo que está viviendo sea una pesadilla de la que pronto va a liberarse, en especial se dan estos casos cuando la muerte es por un crimen, cuando la muerte es provocada por el hombre, es súbita, no esperada o cuando la muerte es provocada por causas por padecimientos súbitos; como podría ser un infarto agudo al miocardio o la ruptura de un aneurisma cerebral (Kübler-Ross,2000)

Según Bradford (1988) (citado por Reyes, 1996) refiere que los sobrevivientes de algún tipo de muerte antes referida se encuentran expuestos a serios problemas tanto psicológicos como emocionales, los cuales se manifiestan generalmente, por :

- Incapacidad para manejar sentimientos internos, tensión crónica, confusión y agotamiento.
- Pesadillas y/o insomnio.
- Problemas para tener buenas relaciones interpersonales.
- Deficiente capacidad laboral con un aumento de " accidentes".

En algunas ocasiones el doliente se atora en alguna etapa del proceso de Duelo entonces se le llamara: Duelo atorado. El cual también provocará desórdenes afectivos y/o psicossomáticos como los antes mencionados.

### 3.3 ETAPAS DE DUELO DE ELISABETH KÜBLER-ROSS.

Psiquiatra Suiza a quien se le consideró la madre de la psicología de la pérdida y muerte (Lorraine Sherr,1989); realizó trabajos a finales de los 60 con pacientes terminales, despertando en ella un interés por la psicología de la muerte y la agonía, tema del cual se conocía poco y no tenía hasta entonces mucha difusión.

Ella encontró en su estudio que la mayoría de los pacientes agradecen tener oportunidad para hablar abiertamente de su condición y que la mayoría está consciente de estar próximo a morir, incluso aunque no se les haya informado del nivel de gravedad de su enfermedad.

Después de hablar con casi 500 pacientes terminales, ( Papalia, 1992) en el período comprendido entre 1969 y 1970. la Dra. Kübler- Ross focalizó su interés en la atención sistemática de enfermos terminales en Estados Unidos proponiendo modos de aproximación a sus ansiedades bajo un enfoque humanista a través del cual, describe cinco estadios patológicos que finalizan con la muerte y en los que predominan sucesivamente diferentes emociones, estos son: a) negación y aislamiento, b) ira, c)negociación, d) depresión y e) aceptación.

### 3.3.1 FASE 1. NEGACIÓN Y AISLAMIENTO.

La primera reacción tanto de pacientes terminales como de personas que sufren la pérdida de un ser querido o aquellos a quienes se les ocultó la verdad, es la negación. No pueden aceptar que esto les está pasando u ocurriendo a ellos, por lo general creen que quien les informa de su enfermedad, está en un error.

Mecanismo de defensa en el cual la resistencia cognitiva les evita enfrentarse de forma realista con la proximidad de su muerte (Kúbler-Ross, 2000)

La negación puede generar que el sujeto bloquee la información a la que no puede enfrentarse con buenos resultados y comience a ocuparse de la realidad en segmentos más pequeños y de los cuales se puede ocupar mejor.

Algunos enfermos hacen uso de la negación con algunos miembros del equipo de salud o incluso con algunos de los familiares, escogen a gente con la que pueden hablar de su enfermedad y muerte y fingen mejoría con los que parece que no pueden tolerar la idea del deceso.

La necesidad va y viene, y el oyente sensible y perceptivo reconocerá esto y respetará las defensas del paciente sin tratar de hacerlo conciente de sus contradicciones.

La primera reacción del paciente puede ser un estado de conmoción temporal del cual se recuperará gradualmente. Cuando la sensación inicial de estupor empiece a desaparecer y consiga recuperarse, su respuesta habitual será, " no, no puedo ser yo, no es verdad " . Como en el inconsciente el hombre es inmortal, es inconcebible reconocer que hay que afrontar la muerte.

Tiempo después aparecerá el Aislamiento: hablará de su salud y de su enfermedad, de su muerte y de su vida, como situaciones gemelas que pueden vivir paralelamente: afronta la muerte pero persiste la esperanza.

### **3.3.2 FASE 2. IRA.**

Esta fase se inicia cuando el paciente empieza a comprender y darse cuenta -¡Oh, si ! Soy yo, no ha sido un error. Entonces los sentimientos de rabia, envidia y resentimiento se hacen presentes y su pregunta lógica es: ¿ Por qué yo? ¿Por qué a mí? , la ira se proyecta contra todo y contra todos. Las visitas serán motivo de enojo y mal trato, y cuando se vayan sentirá dolor, culpabilidad y vergüenza.

### **3.3.3 FASE 3. NEGOCIACIÓN O REGATEO.**

Fase que dura breves períodos, en donde el paciente afronta su triste realidad y actúa en consecuencia pactando, buscando alternativas de salida con el Ser Supremo, toma actitudes de " sí, me está ocurriendo a mi, pero...", ese pero, es un intento por negociar o regatear el tiempo, generalmente el paciente pone como límite una fecha importante para él, pretende ganar tiempo diciendo que si Dios le concede este deseo ya no pedirá más. Esta fase evoca sentimientos de culpabilidad, que van ocultos en las promesas.

### **3.3.4 FASE 4 DEPRESIÓN.**

Cuando el paciente ya no puede seguir negando su enfermedad y sostener la rabia que siente hacia ésta, empieza a tener la sensación de una pérdida ante el enfrentamiento a que está expuesto como es el de múltiples estudios y cirugías en donde parte de su cuerpo sufre mutilaciones, los síntomas se exageran, el cuerpo se debilita y se adelgaza, el tiempo deja estragos que muy difícilmente logrará reponer. Su inestabilidad o insensibilidad que demostraba hasta entonces, al igual que la ira y rabia serán sustituidas por una gran sensación de pérdida.

El periodo de depresión al que se expone el paciente y los familiares se fundamenta en una causa, ya conocida, el sentimiento de culpa y vergüenza se hacen presentes, este periodo trae consigo tristeza, desinterés, incapacidad de amar e inhibición psicomotriz.

Es entonces cuando se corre el riesgo de caer en la melancolía.

En la depresión el elemento "pérdida" es de importancia capital; la pérdida puede ser reciente y real, haberse presentado en el pasado, ser de algo intangible como podría ser el afecto o la autoestima; o ser inminente o amenazadora, como la propia vida que se va. La resistencia personal a la pérdida es variable; hay personas que son extraordinariamente sensibles a ella, y otras que la soportan sin inmutarse.

### **3.3.5 FASE 5 ACEPTACION O ADAPTACIÓN.**

Cuando se logra vencer la angustia ante la muerte, se llega a la última etapa: la aceptación, es entonces que el paciente puede reconocer "mi tiempo está muy cercano ahora, y está bien". No es necesariamente una época feliz pero la gente que trabajó con su cólera hacia la muerte y logró resolver asuntos incompletos, que no lo dejaban descansar en paz con él mismo y con el mundo. Podrá vivir sin ira, ni depresión lo que le resta de su trayecto hacia el final.

Aunque el modelo de esta autora ha tenido gran difusión, es importante aclarar que las etapas no son secuenciales ni invariablemente se presentan todas. Como explica Shneidman (1973, citado por Mc Van 1987), en los pacientes terminales se puede observar un complejo reagrupamiento de estados intelectuales y afectivos (a veces efímeros) cuya duración puede variar desde un instante, un día, una semana, y sobrevienen en el momento propicio para luchar contra el derrumbamiento de toda la personalidad del individuo y de su filosofía de la vida, en la que quizá imperen un profundo optimismo y gratitud hacia la vida o bien un pesimismo penetrante y una desconfianza respecto a la misma. (González Núñez 2001.) Estas etapas tampoco se deben de considerar como un "evangelio" a seguir por los profesionales que intentan aliviar la pena e intervenir en los momentos de crisis del paciente y los familiares con un modelo teórico; las reacciones alternas de negación-aceptación son variantes que son afectadas por la edad, el sexo, el grupo étnico, la posición social y la personalidad.

En el área de la Tanatología hablar de la muerte resulta ser un tema todavía, controversial, aunque en el ámbito hospitalario la muerte juega un papel importante e irrelevante, por los médicos parecen temer a la muerte. Motivados a invertir sus vidas en controlarla y prevenirla, su meta oculta parece ser eliminarla. Para las enfermeras, sus primeros encuentros con la muerte y la agonía constituyen algo similar a un baño de agua helada, a diferencia del médico de guardia la enfermera no puede escapar tan fácilmente. Sin saber qué hacer, pero sabiendo que debe hacer algo, la enfermeras puede dedicarse a realizar alguna labor innecesaria e ignorar el significado de lo que está sucediendo y las necesidades emocionales del paciente, de la familia y de ellas mismas. Dado que esta solución parece funcionar a largo plazo, tiende a ser adoptada.

Ante estas situaciones la psique reacciona de diferentes maneras una de ellas es la utilización de los mecanismos de defensa ante algo amenazante o agradable .



### **3.4 Mecanismos de defensa.**

El término "mecanismo" fue utilizado desde el principio por Freud para indicar el hecho de que los fenómenos psíquicos muestran una disposición susceptible de observación y de análisis científico.

Existen diferentes tipos de operaciones en las cuales puede especificarse la defensa. Los mecanismos preponderantes varían según el tipo de afección que se considere, según la etapa genética, según el grado de elaboración del conflicto defensivo, etc.

Existe acuerdo en afirmar que los mecanismos de defensa son utilizados por el yo, pero permanece sin resolver el problema teórico de saber si su puesta en marcha presupone siempre la existencia de un yo organizado que sea el soporte de los mismos.

Anna Freud en 1936, describe la variedad, complejidad y extensión de los mecanismos de defensa, mostrando en especial cómo el fin defensivo puede utilizar las más variadas actividades( fantasías, actividad intelectual), y cómo la defensa puede afectar no sólo a las exigencias pulsionales, sino también a todo aquello que puede suscitar un desarrollo de angustia: emociones, situaciones, exigencias del superyo.

### 3.4.1 Negación

La negación como mecanismo de defensa es una tendencia a negar la sensaciones y hechos dolorosos es tan antigua como el mismo sentimiento de dolor.

También es considerado el procedimiento en virtud del cual el sujeto, a pesar de formular uno de sus deseos, pensamientos o sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue defendiéndose negando que le pertenezca.

Freud en 1925, dio una explicación metapsicológica muy precisa que desarrolla tres afirmaciones estrechamente solidarias entre sí:

- 1) la negación constituye un medio de adquirido conocimiento de lo reprimido
- 2) lo que se elimina es sólo una de las consecuencias del proceso de represión, a saber, el hecho de que el contenido representativo no llegue a la conciencia. Como resultado, tiene lugar una especie de aceptación intelectual de los reprimido, mientras que persiste lo fundamental de la represión;
- 3) mediante el símbolo de la negación, el pensamiento se libera de las limitaciones de la represión

### 3.4.2 Proyección

La proyección en el sentido propiamente psicoanalítico es la operación por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en el otro ( persona o cosa) cualidades, sentimientos, deseos, incluso <<objetos>> que no reconoce o que rechaza en sí mismo. Se trata de una defensa de origen muy arcaico que se ve actuar particularmente en la paranoia, pero también en algunas formas de pensamiento <<normales>>, como la superstición.

### **3.4.3 Aislamiento**

El aislamiento es el mecanismo de defensa típico sobre todo de la neurosis obsesiva, y que consiste en aislar un pensamiento o un comportamiento de tal forma que se rompan sus conexiones con otros pensamientos o con el resto de la existencia del sujeto: Entre los procedimientos de aislamiento se citan las pausas en el curso del pensamiento, fórmulas, rituales y, de un modo general, todas las medidas que permiten establecer un abertura en la sucesión temporal del pensamiento o del acto.

También se habla en ocasiones de aislamiento del síntoma en el caso de sujetos que experimentan y presentan sus síntomas como fuera de todo contexto y ajenos a sí mismos.

### **3.4.4 Formación Reactiva**

La formación reactiva es la actitud o hábito psicológico de sentido opuesto a un deseo reprimido y que se ha constituido como reacción contra éste ( por ejemplo , pudor que se opone a tendencias, exhibicionistas).

En términos económicos, la formación reactiva es una contracatexis de un elemento consciente, de fuerza igual y dirección opuesta a la catexis inconsciente. Las formaciones reactivas pueden ser muy localizadas y manifestarse por un comportamiento particular, generalizadas hasta constituir rasgos de carácter más o menos integrados en el conjunto de la personalidad.

Desde un punto de vista clínico la transformaciones reactivas pueden adquirir valor de síntoma por lo que representan de rígido, de forzado, de compulsivo, por sus fracasos accidentales, y por el hecho de que a veces conducen directamente a un resultado opuesto al que conscientemente se busca.

### **3.4.5 Regresión**

Dentro de un proceso psíquico que comporta una trayectoria o un desarrollo, se designa por regresión un retorno en sentido inverso, a partir de un punto ya alcanzado, hasta otro situado anteriormente

Considerada en sentido tóxico, la regresión se efectúa, según Freud, a lo largo de una sucesión de sistemas psíquicos que la excitación recorre normalmente según una dirección determinada.

En sentido temporal, la regresión supone una sucesión genética y designa el retorno del sujeto a etapas superadas de su desarrollo (fases libidinales, relaciones de objeto, identificaciones, etc.)

En sentido formal, la regresión designa el paso a modos de expresión y de comportamiento de un nivel inferior, desde el punto de vista de la complejidad, de la estructuración y de la diferenciación.

### **3.4.6 Intelectualización**

Proceso en virtud del cual el sujeto intenta dar una formulación discursiva a sus conflictos y a sus emociones, con el fin de controlarlos.

La mayoría de las veces, el término se toma en sentido peyorativo : especialmente durante la cura, el predominio otorgado al pensamiento abstracto sobre la emergencia y el reconocimiento de los afectos y de los fantasmas

La ira, la negación, la aceptación, la negociación y la depresión son emociones o actitudes que se manifiestan frecuentemente entre el personal que trabaja de forma cercana con la muerte: el personal médico que desde su perspectiva se enfrenta y lucha con ella.

Para las enfermeras, sus primeros encuentros con la muerte la agonía constituyen algo similar como a un baño de agua helada, pero que estando en

servicio o en guardia, no se pueden escapar tan fácilmente como los médicos. Sin saber qué hacer, pero sabiendo que deben hacer algo, pueden dedicarse a realizar alguna labor innecesaria e ignorar el significado de los que está sucediendo y las necesidades emocionales del paciente y de ella misma. Ante este evento el yo adaptativo echará mano de los mecanismos de defensa más eficientes, siendo en su primer momento el uso de la negación, en donde el inconsciente borra literalmente de la conciencia una realidad desagradable o que provoca ansiedad. Otro de los mecanismos empleados será es la formación reactiva en donde dirige un impulso inaceptable o doloroso a un opuesto.

Pero de alguna forma buscará, intentara expresar y explicar ante los familiares ( y tal vez ante ella misma) el evento sucedido, causas, proceso de la enfermedad y consecuencias como otorgándole una aceptación a la conducta con el fin de enmascarar el motivo o impulso inaceptable a través de la racionalización.

Las enfermeras en algunos casos son incapaces de abordar su propio conflicto independencia/ dependencia, adoptando actitudes de ellos (allá, enfermos) y nosotras (aquí), proyectando sus impulsos o afectos inaceptable que le provoca ansiedad trasladándolo a otro sujeto, percibiéndolo, como "ajenos" " o de lejos se ve mejor" " o el que esta en aquella cama" , suprimiendo con la represión el material inconsciente desagradable.

# **CAPITULO 4**

## **PERSPECTIVA MÉDICA DE LA MUERTE**

## 4.1 DEFINICIÓN MÉDICA

El Diccionario de Medicina Dorland en su 26ª edición (1994) define a la muerte como: "Cesación de la vida. Suspensión permanente de todas las funciones corporales vitales... cesación irreversible de los siguientes datos: función cerebral total, función espontánea del aparato respiratorio, función espontánea del aparato circulatorio ", lo que hace que la definición del concepto de muerte esté elaborada en función de elementos físico-anatómicos, a partir de "signos " y "criterios" médicos.

Hipócrates, en su obra "De Morbis", (Citado por el Dr. Reyes, 1996) habla de los signos inequívocos de la muerte: "Frente arrugada y áspera, ojos hundidos, nariz puntiaguda rodeada de una coloración negruzca; sienes hundidas, huecas y arrugadas; las orejas rígidas y hacia arriba; los labios colgantes; las mejillas hundidas; el mentón arrugado y contraído; la piel seca, lívida y plomiza; pelo de las ventanas de la nariz y pestañas salpicado de una especie de polvo blanco opaco; rostro fuerte, contracturado, no reconocible".

El diagnóstico de muerte ha cambiado como consecuencia del desarrollo de las ciencias biológicas, en particular de las técnicas de resucitación y de sostén de las funciones vitales. Durante muchos años se diagnosticaba cuando no había actividad cardíaca alguna ni tampoco función respiratoria. Pero hoy en día el paro cardíaco puede ser reversible si el corazón no está dañado irremediablemente. Gracias a la ventilación mecánica prolongada que impide la falla de la respiración y la mantiene como soporte, el corazón que tiene automatismo propio no dependiente del SNC, continúa funcionando por periodos variables, aunque exista autólisis como representación de la desintegración espontánea de los tejidos o células por acción de sus propias enzimas autógenas como las que se producen después de la muerte.

#### 4.1.1 MUERTE CEREBRAL

Durante las últimas décadas la tecnificación ha fomentado que las enfermedades hayan disminuido, los grandes progresos logrados en la reanimación, el apoyo vital y el empleo de antibióticos han permitido que funcionen bien el corazón, los pulmones, los riñones y otros órganos, pero respecto al cerebro la lesión sufrida en el paciente deja daños irreversibles por la interrupción de la irrigación sanguínea.

Dignos de considerarse son los criterios clínicos de muerte cerebral del Dr. Moses (1999).

- a) Ausencia de función del tallo cerebral.
  - ✓ Pupilas fijas y dilatadas
  - ✓ No se produce reacción oculovestibular a la instalación de 100 ml de agua helada (prueba acalórica con agua helada.)
  - ✓ Ausencia de reflejos corneal y faríngeo
  - ✓ Apnea
- b) Ausencia de función cerebral.
  - ✓ No hay reacción de conducta refleja a los estímulos nocivos que impliquen función cerebral.
  - ✓ Electroencefalograma isoelectrico durante 30 min. a sensibilidades elevadas. El estudio lo efectúa un electroencefalografista calificado, bajo la dirección del director del laboratorio de electroencefalografía, con la técnica aceptada por la Organización Mundial de la Salud.

Según el Dr., Skurovich, actualmente se toman en cuenta los siguientes criterios entre otros, para determinar la muerte cerebral (Apuntes del curso "La muerte del paciente" 1998, en la conferencia magistral "Diagnóstico Neurofisiológico" dictada por el Dr. Mario Skurovich, catedrático de la Facultad de Medicina de la UNAM y Médico del Hospital ABC).



Coma con apnea.

- ✓ Ausencia de función del tallo cerebral.
- ✓ Flacidez y ausencia de movimientos espontáneos (excluyendo reflejos y mioclonias medulares).
- ✓ Los hallazgos pueden permanecer constantes
- ✓ Evaluación neurofisiológica (EEG plano, sin actividad cerebral).

Se incluye en el diagnóstico la Escala de Glasgow, que resumidamente se basa en la siguiente tabla:

CLASIFICACIÓN	APERTURA OCULAR	RESPUESTA VERBAL	RESPUESTA MOTORA
6			Obedece órdenes
5		Orientado	Localizada
4	Espontánea	Confusa	Retira
3	Al habla	Incomprensible	Flexión
2	Al dolor	Incomprensible	Extensión
1	Nula	Nula	Nula

Ultima fila(1) Muerte Cerebral

Tabla 1. ESCALA DE GLASGOW. Muestra las características para determinar muerte cerebral.

Reyes (1996), menciona que la muerte del cuerpo es el anuncio de un cadáver en donde existen signos precoces que señalan la ruptura Vida-Muerte: Inmovilidad, hipotonía, falta de reflejos y de respuestas, el cuerpo totalmente inerte, los miembros ligeramente flexionados, la cabeza ladeada, la punta de los pies inclinada algo hacia afuera, la mandíbula caída, la boca abierta, los ojos entreabiertos con los globos hacia arriba, con una "mirada" apagada y vacía y los

esfínteres sin tonicidad. Sin embargo, durante algún tiempo, el cadáver, puede presentar ciertos movimientos internos y algunas reacciones a ciertos estímulos externos: por ejemplo, los movimientos peristálticos del intestino pueden provocar expulsión de gases; los de útero, favorecen un parto post-mortem y los de los cremados, provienen de la desecación brusca del cuerpo.

Los signos semitardíos son el enfriamiento del cuerpo a temperatura ambiente, que baja a un promedio de un grado centígrado por hora. El calor se mantiene unas veinte horas, como promedio.

Otro signo es la rigidez cadavérica que se produce luego de una flacidez inicial; se generaliza alrededor de las doce horas, manifestándose primero en la cara, y siguiendo por la nuca, el tronco y los diversos miembros, desaparece entre las 24 y 72 horas.

Como promedio el cadáver pierde un kilo de peso diariamente debido a la deshidratación; los labios presentan un color pardo-rojizo; la córnea se nubla y parece tener un velo gelatinoso; la pupila se vuelve ovalada y se agudiza la hipotonía de los globos oculares. La lividez aparece más o menos a las tres horas del deceso, y debido a que la sangre obedece a la ley de gravedad, se acumula en las partes del cuerpo con más declive presentando manchas circulares de color rosa azulado, o rojo claro, azul oscuro o negruzco, en muchas ocasiones el color de estas manchas determina para el forense la causa de muerte.

En cuanto a la putrefacción, es un signo tardío y absoluto de la muerte y es la fase más dramática del proceso tanático. Es peligrosa, puesto que produce gases tóxicos que pueden ser mortales a quienes los perciben.

Reyes (1996) menciona que probablemente no hay nada peor que mirar un cadáver putrefacto. Normalmente comienza a manifestarse a las 24 horas del deceso (aunque dependerá del clima y de la enfermedad que causó la muerte)

Todo lo anterior, desde el momento de la muerte, corresponde al proceso de la tanatomorfosis, es decir, el proceso por medio del cual se llevan a cabo las transformaciones de los organismos a partir de la muerte.

La mineralización es la fase final de la tanatomorfosis, es decir es la fase en donde quedan los "restos": huesos, dientes, cabellos. En la mayoría de los casos se trata de un proceso más o menos lento que sigue a la putrefacción total.

El proceso fisiológico de la muerte es un elemento que forma parte de la concepción médica, la información que contiene puede resultar un tanto cruda para el lector de este trabajo, sin embargo es necesario conocerla. Se consideran dos razones importantes para hacerlo: la primera, porque la muerte es una realidad que no puede evadirse y tarde o temprano llegará. La segunda razón es de orden práctico: sucederá que alguna vez un doliente recurra a los profesionistas de la salud física y emocional, para solicitar que se le acompañe al reconocimiento del cadáver de un ser querido, muerto días antes, y si no se está preparado para verlo, es factible que la ayuda que se le brinde no sea la adecuada, o bien en el caso de presenciar una muerte, no estar preparado par un evento como este.

#### **4.1.2 MUERTE APARENTE O RELATIVA**

Especie de síncope prolongado con insensibilidad, desaparición del tono muscular, paro respiratorio y debilitamiento de la actividad cardiaca circulatoria. El sujeto puede volver a la vida y recuperar la conciencia de modo espontáneo, voluntario y controlado o bien como consecuencia de técnicas de reanimación. (Reyes Zubiría, 1996)

### **4.1.3 MUERTE CLÍNICA.**

Cesa la actividad cardíaca y respiratoria. Los reflejos, la conciencia y la vida de relación, sin embargo las reacciones metabólicas en los tejidos subsisten en ciertas condiciones y el retorno a la vida es posible. (Thomas, 1996)

### **4.1.4 MUERTE ABSOLUTA.**

Acumulación irreversible de las muertes funcionales y orgánicas parciales que, de acuerdo con los organismos internacionales se ha definido como muerte cerebral. (Thomas, 1996)

## **4.2 LA DECISIÓN DE MORIR.**

Rodríguez Zubiría (1996) menciona que los extremos de la vida son puestos en contradicción en nuestra sociedad. La finalidad de la vida misma es nacer bajo cualquier condición, vivir bajo un régimen guiado, en primera instancia por los padres, hacia un modelo determinado. Posteriormente la sociedad muestra otros modelos en los que el hombre se desarrolla y mantiene hasta que la muerte se haga presente. Este es el fin de la naturaleza propia.

A través de la vida, la muerte se muestra amenazante, se mantiene interiorizante en cada persona, contradiciéndose con diversos consensos que ponen en duda la calidad de vida y/o muerte que se desea.

El derecho a morir en paz y con dignidad empieza desde el momento en que se nace. El sufrir una larga y desesperada agonía hace del moribundo una carga para las personas que lo rodean y para la sociedad que le mantiene, situación que se agrava si se nace bajo alguna condición deficiente.

#### 4.2.1 EUTANASIA

La eutanasia desde tiempos antiguos llamó la atención de algunos filósofos que coincidían o no en su aplicación ya que unos opinaban que una enfermedad dolorosa era razón suficiente para decidir dejar de vivir; mientras que en contradicción, otros argumentaban que no todo proceso patológico conduciría a la muerte misma del individuo (Rodríguez E., 1996)

Es a partir de la Segunda Guerra Mundial que la palabra eutanasia tomó una connotación desagradable de abusos y de homicidios, perdiendo así su valor inicial que pertenece desde sus raíces etimológicas a eu = bueno, bonito; thánatos = muerte; y autos = sí mismo.

En Inglaterra, en 1935, se fundó la Asociación Británica pro- Eutanasia Voluntaria. En 1988 nace en México la Asociación Mexicana de Tanatología, la cual propone dos objetivos: Primero, tratar de modificar la mentalidad acerca de la muerte; segundo, cambiar la legislación hacia la muerte digna sin dolor.

Frecuentemente la finalidad de la vida y la muerte se ponen en duda, así como el sentido del dolor, de autonomía y de libertad. Matar por piedad puede parecer matar, sin piedad. Lo que se ofrece como una muerte apacible, se convertiría para algunos en homicidio. Actualmente la eutanasia se toma como el acto de matar, el asesinato por compasión, cuyo objetivo es actuar sobre la muerte antes que dejarla actuar.

Bajo diversas formas creadas por las culturas e ideología de los pueblos, la eutanasia activa o pasiva voluntaria o involuntaria, ha existido. Para Rodríguez Estrada (1996) la eutanasia pasiva, consiste en prescindir de tratamientos que prolonguen artificialmente la vida y los sufrimientos, en tanto que la eutanasia

activa es cortar misericordiosamente la vida del enfermo grave. Sin embargo los conceptos antes mencionados dejan mucho que desear ya que pueden incluirse en ellos como claros ejemplos, desde los exterminios nazis, hasta la aplicación de una inyección letal a un presidiario o a un enfermo que vegeta.

La eutanasia o autanasia, no se trata del suicidio que nace del miedo a la vida y que se traduce en desesperación, no es decidir la muerte misma, sino el cómo una muerte ya anunciada en un proceso ya implacable, buscará su fin.

#### **4.2.2 DISTANASIA**

La distanasia caracteriza la muerte dolorosa y la agonía prolongada. La muerte difícil, en medio de sufrimientos físicos y morales, a través de una práctica que tiende a alejar la muerte a toda costa del enfermo, desahuciado o terminal y sin esperanza de recuperación, utilizando medios que mantienen la vida y que fueron concebidos al principio para paliar los efectos de una patología y comprar tiempo mientras se aplicaba una intervención terapéutica reparadora; medios ordinarios y extraordinarios, costosos y traumáticos no solo para el enfermo, sino para sus allegados, "encarnizamiento terapéutico", en el cual el enfermo es intubado y conectado a una máquina, de la que se convertirá en un apéndice, para luego seccionarlo en aparatos y sistemas en los cuales se introduzcan medicamentos nuevos que actúen para restablecer su función y de no ser así comprobar que el medicamento no fue el ideal para él, hasta convertirlo en un destajo de fallas.

La Organización Panamericana de la Salud (1996) refiere que la distanasia es proporcionar al enfermo los medios que prolonguen su vida y que retrasen la inminente muerte. Sería similar a la eutanasia pasiva, cuando el organismo del paciente ha dejado de responder a terapéuticas invasivas, provocando autólisis.

### **4.2.3 ORTOTANASIA**

El concepto de ortotanasia tiende a respetar y conocer el momento natural de la muerte de cada ser humano y sus circunstancias, sin tener que prolongar la vida o adelantar la muerte. Concepto idóneo para asignar que alguien murió de muerte natural sin la intervención de la mano del hombre para su oposición (Organización Panamericana de la Salud, 1996)

## **4.3 CLASIFICACIÓN MÉDICA DEL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE**

### **4.3.1 CONCEPTO DE PACIENTE**

Verne (1992) refiere que la palabra paciente viene del vocablo paciencia, que significa "esperar" y paciente es toda persona que se halla enferma y requiere cuidados, en la actualidad las relaciones terapéuticas no suelen ser prolongadas, terminan cuando el objetivo ha sido alcanzado.

### **4.3.2 ENFERMO EN ESTADO CRÍTICO O MUY GRAVE**

El Dr. León, médico de base de la Unidad de Cuidados Intensivos señala que el enfermo en estado crítico "es aquel que presenta alteraciones vitales o más, que ponen en peligro su vida y que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos para ser objeto de monitoreo, reanimación, mantenimiento de constantes vitales y su terapia definitiva" (Díaz de León, 2000)

Velez (1993) menciona que el paciente críticamente enfermo, es aquel que se encuentra inestable, necesita soporte ventilatorio o infusión de medicamentos vasoactivos; estos pacientes no tienen límite de tiempo para su recuperación.

Agrega también que existen pacientes no críticos pero que requieren monitorización continua.

Es también el paciente críticamente inestable cuyos antecedentes o enfermedad de base ponen en duda su recuperación. (Velez, 1993)

Ejemplos de paciente en estado crítico son aquellos con metástasis complicados, diabetes, sépticos, con taponamiento pericárdico u obstrucción de vías aéreas.

#### **4.3.3 ENFERMO CRÍTICO ESTABLE**

Es aquel que tiene un síndrome agudo sin alteraciones y que no amerita cuidados intensivos sino especiales que pueden ser dados en hospitalización por el médico especialista en su patología. (Díaz de León, 2000.

#### **4.3.4 ENFERMO CRÍTICO DE ALTO RIESGO**

Es el paciente que tiene una alteración aguda descompensada pero que no amerita ayuda mecánica o eléctrica, o bien que es sometido a un procedimiento quirúrgico o padece un padecimiento que puede desarrollar una insuficiencia aguda, por lo que requiere de vigilancia y manejo en la Unidad de Cuidados Intermedios. (Díaz de León, 2000)



#### **4.3.5 ENFERMO CRÍTICO INESTABLE**

Tiene un síndrome agudo descompensado y necesita apoyo mecánico o eléctrico. Este tipo de enfermo es el candidato a ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos. (Díaz de León, 2000)

#### **4.3.6 ENFERMO CRÍTICO AGÓNICO.**

La constituyen pacientes en quienes se ha integrado el diagnóstico de muerte cerebral y todo procedimiento de apoyo órgano-funcional puede discontinuarse a menos que ese admita para apoyo hemodinámico con fines de transplante. (Díaz de León, 2000)

## **4.4 CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA TANATOLOGIA**

### **4.4.1 PACIENTE TERMINAL**

Es el paciente que tiene un padecimiento crónico o agudo sin posibilidades de recuperación, y del que se está seguro que va a fallecer en un lapso corto, que podría suceder de 3 a 6 meses (García, 2002).

Así mismo, Gutiérrez L (1996) cuando habla del estado terminal se refiere al hecho de que se ha determinado médicamente que la enfermedad de un paciente no es reversible y que existe una elevada probabilidad de cursar su muerte en un corto tiempo.

El mismo Verne (1992) describe a la etapa terminal como aquella en donde las posibilidades de recuperación de la persona enferma se encuentran más allá de los límites de lo considerado como razonable.

## **4.5 ESTADO PSICOLÓGICO DEL PACIENTE AGONICO**

Freud y Kierkegaard (en Buendía, 1991) señalan que una de las emociones referidas con más frecuencia es la ansiedad ante la muerte. En el ámbito fenomenológico se ha precisado que el miedo es "temor algo", en tanto que la ansiedad es "temor sin saber a qué". En el miedo se reconoce al objeto, mientras que en la ansiedad no; por eso se caracteriza la ansiedad como un estado emocional negativo que carece del objeto específico o como la experiencia de una amenaza carente de causa definida. El miedo, en cambio tiene un objeto específico y la conducta con respecto a él es direccional y se encuentra organizada.

Babb (1994) comenta que nadie reacciona de igual manera al morir ni ante la muerte, sin embargo, muchos de los eventos psicológicos del morir y del duelo se suscitan en fases características y siempre cargadas de ansiedad.

Para entrar en el mundo de la persona moribunda, hay que diferenciar entre el proceso de agonía y el acto de morir. Como subrayaron los psiquiatras Weisman y Hackett, en 1980, "El temor a la muerte es una actitud específica hacia el proceso de agonía y no está relacionado con el hecho de morir" (Doyma M. 1995)

La agonía es el camino por el que se viaja hacia el no ser, hacia la aniquilación física. La agonía abarca un periodo que puede estar cargado de dolor, deterioro corporal y angustia mental. La muerte es el estado físico del no ser.

Los pacientes agónicos tienen una serie de temores, dolor a la soledad, a la sensación de falta de sentido de su vida, a la pérdida de identidad del autocontrol y del propio cuerpo y que se consideran válidos dado que una enfermedad grave los acosa.

## 4.6 INVESTIGACIONES SOBRE LA MUERTE

Pareciera que en torno a la muerte hay un silencio público. En términos generales este silencio ha empezado a romperse, (como también el que ha rodeado al sexo) tanto psicólogos como servidores de la salud, han empezado a revisar esta cuestión desde un punto de vista del hombre que está a punto de morir, y no solamente desde el ángulo de aquellos que permanecen vivos. Sin embargo el fenómeno de la muerte ha recibido más atención en términos sociales, antropológicos y religiosos que en los psicológicos. Ha sido fácil aparentemente superar el hecho de la muerte como un factor social o antropológico aplicado a la humanidad en general que el efecto psicológico que la muerte provoca.

Muy frecuentemente en los intentos por mejorar el cuidado de los pacientes con riesgo de morir, o sea los pacientes graves, se han negado y descuidado las dificultades experimentadas por el personal que trabaja con estos. De acuerdo con Vachon (1978) "son los pacientes los que están enfermos y necesitan ayuda, el personal esta sano y bien integrado y puede manejar con alegría la exposición diaria con la enfermedad, el deterioro físico y la muerte, en efecto el simple hecho de haber elegido una profesión, nos muestra lo sano y lo competente que somos".

Una experiencia considerable con aquellos que trabajan con pacientes moribundos o en fase terminal en varios contextos, ha hecho que de alguna manera me cuestione seriamente qué tan sano resulta el laborar con pacientes en riesgo de morir.

Entre los estudios realizados con gente que trabaja con pacientes en fase terminal, se encuentra a Jacques y Mensiez con su libro " Los sistemas sociales como defensa contra las ansiedades" (1970) donde habla de las instituciones y, como estas son utilizadas por sus miembros individualmente para reforzar sus mecanismos de defensa contra la ansiedad. En sus hipótesis planteadas parten de

que las enfermeras intensivistas - dada la naturaleza de su profesión- corren grave sentimiento de ansiedad, sin embargo, agrega, que por sí solo ese factor no explica el nivel de ansiedad tan elevado que observaron por lo que fue necesario saber cuál fue la técnica que utilizaron para contener y modificar su ansiedad, en sus hallazgos señalan defensas como: la disociación, distancia y negación de los sentimientos, así como evasión de la responsabilidad.

Otro trabajo que estudia la motivación del personal que labora con los pacientes moribundos y el efecto que la tensión de trabajo puede desarrollar en ellos es el de Vachon (1978) , Describe como la relación con las necesidades de los pacientes que van a morir a menudo llevan a los miembros del personal a negar sus propias necesidades, él sugiere que es frecuente que el personal elija el trabajar con moribundos por una de la siguientes razones:

- a) Accidente o conveniencia
- b) Un deseo de aparecer como líder carismático
- c) Un deseo más de controlar el dolor y la muerte.
- d) Un deseo de ser "buscado"
- e) Una experiencia previa
- f) Una suspicacia o presentimiento de que algún día desarrollará la enfermedad.

Sus investigaciones demuestran que los factores conscientes e inconscientes que motivan a los individuos a trabajar con pacientes de alto riesgo de morir, pueden conducir a un estrés inesperado, esta presión puede significar problemas considerables para los pacientes y otros miembros del personal, la presión en el trabajo puede repercutir en la vida personal causando problemas individuales y probablemente familiares.

Otras de sus observaciones, hacen referencia cómo puede derivarse del trabajo con pacientes terminales un cierto sentimiento de omnipotencia al transitar en la muerte, debiendo darse por hecho que, el que trabaja con pacientes en riesgo de

morir puede a la larga llegar a sentirse rodeado por la muerte y sucumbir a la depresión y a la actitud de impotencia y desesperanza. Otra respuesta a la presencia de la muerte es exagerar las conductas con los miembros del personal, casi como una afirmación de vida (tomando excesivamente, conduciendo a alta velocidad, exagerando la conducta sexual). Entre sus conclusiones aparece el hecho de que la exposición constante con el paciente en fase terminal de alguna manera afecta la vida propia, la relación con la familia y los amigos.

A través de la investigación de Price (1997) se intentó entender el camino por el cual las enfermeras adscritas a la Unidad de Cuidados Intensivos pueden estar sujetas a estrés alrededor del problema del establecimiento de una relación significativa con la muerte, el objetivo central de ésta giró en torno del estrés experimentado por las enfermeras en la responsabilidad para controlar la enfermedad y la muerte. Price explica que hay una confusión inconsciente entre el sentimiento de ser responsable por el cuidado de la enfermedad o muerte del paciente y el sentimiento de ser responsable porque este hecho ocurra.

Otro trabajo en torno al tema fue el efectuado por Gross (1997) uno de sus propósitos era explorar los sentimientos de las enfermeras acerca de su trabajo con pacientes moribundos, el estudio que realizó incluía a 30 enfermeras que fueron encargadas de un paciente en fase terminal por 6 meses; en cuanto al método desarrollado se describe la autoselección, los instrumentos utilizados fueron: una entrevista y la aplicación de un cuestionario, el cuestionario de diseño para especificar respuestas generales a las experiencias de las participantes alrededor de la muerte y morirse, la entrevista seguía a la administración del cuestionario y sugería a las participantes que describieran los sentimientos que habían experimentado cuando atendían un paciente cuya muerte era inminente. Los datos obtenidos en las entrevistas se agruparon en estadios de sentimientos como: miedo, tristeza, necesidad de ayuda, enojo, aceptación, sentimientos de culpa.

En nuestra sociedad actual una gran parte del paciente agónico es atendido ya no por sus familiares, como antaño se hacía, sino por el personal especializado, en lugares especializados: enfermeras y hospitales

# **CAPITULO 5**

**LA FUNCIÓN DE LA ENFERMERA  
EN EL HOSPITAL DE  
ESPECIALIDADES DEL CENTRO  
MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
DR. BERNARDO SEPULVEDA**



## 5.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI " Dr. BERNARDO SEPÚLVEDA"

Es de suma trascendencia y de valor histórico el enunciar la forma en que se han ido desarrollando los hospitales en México por los grandes beneficios que han aportado y seguirán dejando en sus largos pasillos de la consulta externa, salas de quirófanos, salas de urgencias, terapia intensiva y hospitalización. , aunque la alegría de la esperanza de la vida los mantiene y están contruidos para preservarla a cualquier ser humano, sin importar sexo, raza ó religión, confrontando cada día los nuevos retos de la metamorfosis de los virus, bacterias, hongos que se alían con el tiempo formando así la carrera en contra con la muerte, pareciera este ser su objetivo de los hospitales pero estos edificios tienen más de que hablar.

A partir de la expedición de la carta de cabildo expedida en Abril de 1524, en la que se hizo notar el funcionamiento del Hospital de Jesús, el cual fue mandado construir por Hernán Cortés y conocido originalmente como la Purísima ó Nuestra Señora de la Concepción, en donde únicamente se cuidaban enfermos, lo que no sé hacia en otras épocas anteriores. ( Olvera, 1987)

El hospital general más importante del siglo pasado fue el de San Andrés, él cual funciono como hospital Municipal en la invasión norteamericana, posteriormente fue habilitado como " Hospital Provisional de Sangre " en agosto de 1847, hoy desaparecido, se encontraba situado enfrente del Palacio de Minería contaba con valiosos médicos como el Dr. Vértiz, Alvarado, Dr. Lucio, Dr. Río de la Loza, Dr. Barreda, Dr. Carpio, Dr. Miguel F. Jiménez y otros notables facultativos.

Posteriormente paso a ser el Hospital de San Pablo el cual se encontraba a cargo de las hermanas de la Caridad encabezadas por Sor Micaela Ayanz: , las cuales fueron exceptuadas de las leyes de extinción promulgadas por el Lic. Benito Juárez.

Al día siguiente de la muerte del Benemérito de las Américas, en Julio de 1827, el Hospital de San Pablo cambió de nombre por el de Hospital Juárez. (Olvera, 1987 )

En 1095 el Consejo Superior de Salubridad hizo el resurgimiento del medio hospitalario con la fundación del Hospital General de la Ciudad de México, que tenía como funciones principales: la buena asistencia, la enseñanza de la medicina y la educación higiénica de los enfermos,

Por ese tiempo, el 1º de Septiembre de 1910, iniciaron sus funciones el manicomio de la Castañeda y otros hospitales en los estados.

Otro cambio importante y de suma trascendencia se realizó en la administración del Presidente Gral. Manuel Ávila Camacho en los años de 1940 denominada " Plan de Hospitales " en donde el binomio médico-arquitecto jugó un papel importante para la creación de los nuevos centros hospitalarios. Entre los participantes de este grupo lo conformaron los siguientes arquitectos Raúl Cacho, Antonio Pastrana, Alonso Mariscal, Mario Pani, entre muchos más, por parte de los médicos por nombrar algunos y de suma trascendencia fueron Alejandro Aguirre, Esteban Domínguez, Jesús Lozoya Y Bernardo Sepúlveda Gutiérrez.

En 1943 y 1944 fueron construidos, equipados y puestos en servicio los siguientes nosocomios, el Hospital Infantil, el Instituto Nacional de Cardiología y el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, que junto con la Maternidad del altruista Arturo Mundet constituían instalaciones importantes en el área vecina donde sería proyectada la creación del Centro Médico al quedar estructuradas, las bases para la planeación y el proyecto inicial para dicho hospital, los terrenos fueron adquiridos el 22 de junio de 1945 y fue el día 3 de Septiembre de ese mismo año cuando se expidió la ley que creaba el Comité de Proyección y construcción del Centro Médico. ( Olvera, 1987)

El primer hospital que construiría el Instituto Mexicano del Seguro Social fue: el de " La Raza ", y el 30 de Enero de 1961 cuando en el diario Oficial de la Federación publicó el decreto por el cual entonces Presidente de la República, Lic. Adolfo López Mateos, el traspaso del Centro Médico al Instituto Mexicano del Seguro Social, y así el 15 de Marzo de 1963 se inauguró el Hospital de Especialidades Medico-Quirúrgicas designación original del Hospital General, que posteriormente paso a ser Hospital de Especialidades, fungiendo como Director General del Instituto Lic. Benito Coquet Lagunes y como primer director de este nosocomio al Dr. Manuel Quijano Narezo ( Olvera, 1987)

El 10 de Abril de 1985 el H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano de Seguro Social consideró conveniente y de mutuo acuerdo asignarle el nombre de doctor Luis Méndez al Hospital de Cardiología del Centro Médico.

De igual forma en el departamento de Planeación Técnica de los Servicios Médicos el Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, compañero de generación del Dr. Luis Méndez desarrolló una destacada y notable labor desde Diciembre de 1958 hasta el 31 de Enero de 1965, tiempo en el cual asumió sus deberes en la reestructuración, revisión y modificación que implementó el Departamento de Planeación Técnica que con digno orgullo supo orientar el maestro Sepúlveda. Hombre que nunca abandonó su interés por el bienestar de sus pacientes mostró interés por los problemas de nutrición, los de orden económico y social desde su tesis profesional " Dietética en la Tuberculosis". Después de varios años de servicio mostró un gran interés en el Cuadro Básico de Medicamentos al lograr la aplicación de nombres genéricos y, más tarde su implantación en todo el Sector Salud, por tal motivo el Hospital General actualmente Hospital de Especialidades lleva su nombre como parte de un reconocimiento a su entrañable labor. ( Olvera, 1987)

El Centro Médico Nacional representó en 1961 la cúspide de los servicios científicos y médicos que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ofrecía a

sus enfermos derechohabientes, constituyo un centro de adiestramiento superior para todos el personal médico y de enfermería que posteriormente emigrarian o regresarian a otros centros de trabajos a cumplir con funciones especializadas.

El Hospital General constituyo la mayor construcción del Centro Médico Nacional, su superficie construida era de 35,595 metros cuadrados, y que comprendía tres cuerpos de edificio dispuestos en forma de T unidos por puentes, sótanos, planta baja y diez pisos de los cuales siete estaban destinados para hospitalización uno para quirófanos y central de equipos, uno para laboratorios y uno para las oficinas y servicios generales. Los servicios estaban organizados por especialidades, que correspondían a cada uno de los niveles de construcción, lográndose así una unidad arquitectónica funcional, ya que cada especialidad tenía su cuerpo de hospitalización y consulta externa en el mismo nivel. ( Olvera, 1987 )

El hospital General vivió poco ya que los sismos del 19 y 20 de Septiembre de 1985, terminaron con su existencia

El 19 de Septiembre de 1985 ocurrió algo grave en la República Mexicana, pero en especial al Distrito Federal, marcaba el reloj las 7:19 horas cuando un movimiento telúrico conmovió a todo el país, un sismo que destruyó grandes edificios de la Ciudad de México, entre ellos el Hospital General del Centro Médico Nacional, con esto se cerraba una pagina más en la historia de tan valioso nosocomio, se hablaba de perdidas humanas tanto del personal médico y para médico, pacientes, hombres trabajando para salvar vidas, ignorando ser ellos los que minutos más tardes se volverían pacientes.

El personal que logro sobrevivir, fue reubicado en diferentes hospitales para seguir con su labor, para reincorporarse en 1992 a lo que sería el nuevo Hospital de Especialidades " Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" y hasta la fecha seguir con su misión, visión y objetivos planteados, para los cuales fue destinado.

## 5.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Al inaugurarse el Hospital de Traumatología, el Hospital de Ginecología y el Hospital General en el conjunto del Centro Médico Nacional en el año de 1963, se asignó a cada uno de ellos un área destinada para la atención al paciente crítico, llamándose "Unidad de Terapia Intensiva".

La del Hospital General se ubicó en el sexto piso, teniendo como Jefe al doctor Álvarez Cordero, así como en el Hospital General de la Raza, que se encontraba fungiendo en ese tiempo como Jefe el doctor Daniel Hernández López, se iniciaron labores en dichas Unidades con el personal de enfermería con categoría de Enfermeras Generales. En el Hospital esta labor fue desempeñada por las siguientes enfermeras: Aurora Ramírez, Alicia Flores (+), Lucía de la Rosa, Ma. Esther Abarca Buis, Ivhy Juárez Medina, Lily del Carmen Centeno, Lucrecia León Gómez (+), Rebeca Medina, Bernardina Herrera, Herlinda Pérez, Ma. Teresa Martínez entre otras. ( Balderas T 1999. )

Asimismo se implementaron Unidades de Cuidados Intensivos por cada piso de acuerdo a la Especialidad, como la del quinto piso de Terapia de Choque para el servicio de Gastrocirugía, o de Medicina Interna y Neurología.

El trabajo de estas Unidades desde su creación contaba solo con 2 camas y material de utilería, formó parte de una labor única en la historia de la Medicina Mexicana dentro de la Institución, realizada por todos y cada uno de los médicos, enfermeras y personal del Hospital General del CMN., aquel Hospital que fue abierto en 1963, transformó al IMSS, en un organismo respetado, admirado por su calidad médica y por el más grande y auténtico humanismo.

En 1971 se instrumenta el primer curso de Capacitación para el personal de enfermería que labora en esas áreas con una duración de tres meses, posteriormente en 1974, los jefes de las Unidades de Cuidados Intensivos ( U.C.I) solicitan a la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, que el personal de enfermería que se encontraba laborando en estas áreas debería ser especializado con reconocimiento sindical e institucional. Se convocó al personal que se encontraba asignado a estas áreas a un examen de conocimiento en 1975, para el cual se presentan más de 80 enfermeras, y en 1976, se les otorga su nombramiento como enfermeras Especialistas Intensivistas. ( Díaz de León, 1999)

Este programa piloto da inicio a la impartición formal del Curso de Atención al Paciente en Estado crítico ( paciente en peligro inminente de perder la vida por alteraciones de una o varias de sus funciones vitales) (Díaz de León, 1999) el 1 de Febrero de 1976, curso que se inició desde esta fecha hasta nuestros días siendo una de las múltiples sedes y contando con la participación del personal médico y de enfermería de diferentes unidades como compromiso de actualización y capacitación continua del personal interesado.

En 1975, se crea la Unidad de Cuidados Intensivos cuyo jefe fue el Dr. Héctor Aguirre Gas, funcionando hasta 1977, tiempo en el cual se construyó una sala en el primer piso del antiguo hospital, frente al comedor, la cual constaba de 14 camas de las cuales 8 eran de Cuidados Intensivos y 6 de Cuidados Intermedios.

En diciembre del mismo año, se efectuó el curso de oposición para la obtención de las Jefaturas del Hospital General del Centro Médico Nacional, del Hospital de la Raza y del Centro Médico de Occidente, obteniendo la Jefatura del Hospital General del Centro Médico Nacional (Hospital de Especialidades C.M.N Siglo XXI " Dr. Bernardo Sepúlveda") el Dr. Díaz de León, quien también fue fundador de la cátedra de Nefrología dentro de la Medicina Crítica, cargo que ocupó con excelente desempeño profesional hasta 1988.

En 1976, los Drs. Carlos Gaos Schmidh, Álvarez Cordero, DÍa de León, Daniel Hernández López y Eduardo J. Ortiz elaboraron las primeras normas de funcionamiento para las Unidades de Cuidados Intensivos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Lo referido anteriormente fueron antecedentes que dieron nacimiento a la moderna U.C.I., y que en ella naciera el concepto actual de la Medicina Crítica que está dirigida el enfermo grave y que exige por parte del personal médico y de enfermería, gran capacidad de decisión y de ser un vigilante: preciso, oportuno, reflexivo, juiciosos, analítico, eficiente y humano.

Sin embargo, después de los lamentables sucesos acaecidos en Septiembre de 1985, la U.C.I. se trasladó al 4º. Piso del edificio Pérez Ríos. Y es el 27 de Abril de 1992, cuando se inaugura el importante edificio de lo que hoy es el Hospital de Especialidades " Dr. Bernardo Sepúlveda G ", que da albergue a la nueva U.C.I., la cual se localiza en el primer piso, con una capacidad de 20 camas, diez de ellas, destinadas a la atención del paciente con Terapia Intensiva y las diez restantes con Terapia Intermedia, estas últimas entraron en funcionamiento en junio de 1994, pero en Noviembre del 2001 se incorporan estas ultimas como Terapia Intensiva siendo equipadas previamente con tecnología a la vanguardia y servicio del derecho habiente.

Asimismo, a la par de su apertura se crearon plazas para enfermeras Jefes de Piso para el turno matutino, vespertino y nocturno, las cuales trabajan activamente para proporcionar una continuidad en la atención al paciente en estado crítico

Pero en Diciembre del 2000 se incorporan las camas antes asignadas de terapia intermedias a terapia intensiva, por el abastecimiento de aparatos electromédicos la cual la hacen ser una Unidad vanguardista con sus sofisticados equipos,

personal especializado y actualizado para la atención al enfermo en condiciones críticas.

Desde 1990 a la fecha está a cargo el Dr. Jorge A. Castañón González con una destacada labor asistencial y académica.

### **5.3 LA FUNCIÓN DE LA ENFERMERA**

Virginia Henderson (1961) refiere que "enfermería es asistir al individuo sano ó enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud, a su recuperación o a su muerte pacífica, actividades que el mismo paciente podría ejecutar por sí mismo si tuviera la voluntad o los conocimientos necesarios para ello... hacer todo esto de tal manera que ayude a la persona a alcanzar su independencia tan rápido como sea posible."(Velez, 1993)

La American Nurse Association (ANA) 1980 ( Verne Lu, 1992), señala que la enfermera tiene un área específica en donde aplicar sus métodos y conocimientos, y define la práctica de la enfermería de la siguiente forma: "La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las manifestaciones humanas ante los problemas reales ó potenciales de la salud".

### **5.4 CATEGORÍAS DE ENFERMERÍA**

#### **5.4.1 AUXILIAR DE ENFERMERA GENERAL.**

La auxiliar de enfermería colabora en la planificación, desarrollo, ejecución y evaluación de los cuidados y acciones de enfermería, realizando actividades para las que tiene capacidad legal, conocimientos y habilidades específicas. ( Pérez,



1993. Es una persona que realiza funciones auxiliares en el campo de la atención sanitaria, tanto del sector público como privado.

Con base en el Real Decreto 137, 1984 ( Balderas M, 1995) sobre la estructura básica de la salud, artículo 3o. (que contempla al personal de enfermería como miembro de pleno derecho en los equipos de atención primaria) y sobre todo en los artículos cuarto y quinto (donde se definen las funciones de los equipos) el INSALUD, propone a las auxiliares de enfermería como profesionales integrados en los equipos de salud y bajo la dirección de una enfermera responsable.

#### **5.4.2 ENFERMERA GENERAL**

Es aquella persona que realiza una actividad humana con un campo definido de acción, un reglamento y un código de ética elaborado por sus miembros, que desarrollan después de obtener un título, el cual promueve un conjunto de conocimientos y acciones necesarias para prestar atención de enfermería a las personas que lo requieran, en actividades de promoción de salud, diagnóstico de enfermería, tratamiento y rehabilitación. Esto supone atención directa, investigación, docencia y administración como funciones de generales. (Pérez, 1989.

La enfermera general se sitúa en un medio ambiente inmediato, de espacio y realidad temporal con el paciente, en el cual ambos establecen una relación para enfrentarse a diferentes estados de salud y ajustarse a actividades diarias y a las demandas de adaptación que requiera la situación. Utiliza los medios necesarios para alcanzar objetivos que gracias a su capacitación puede realizar en forma oportuna y relevante, marcando así la diferencia con la auxiliar de enfermería. (Imogene, 1992.

### 5.4.3 ENFERMERA ESPECIALISTA INTENSIVISTA

La enfermera intensivista es un elemento de gran importancia dentro de las unidades de Cuidados Intensivos, es ella quien está pendiente del paciente, durante las 24 horas del día, por lo tanto se le exigen cualidades y habilidades especiales que correspondan a la responsabilidad que la Institución y la sociedad le han confiado.

En la selección de una enfermera para la Unidad de Cuidados Intensivos deben tenerse en cuenta algunos criterios de gran valor, diferentes a los que enfrenta el demás personal. (Doyma, 1995.

Criterios de selección para ser Enfermera Especialista intensivista

a) Experiencia previa en la asistencia del paciente.

Se refiere al adecuado conocimiento en el manejo del paciente crítico, del proceso salud-enfermedad y de la familia del paciente. Con esta base, la enfermera será capaz de reconocer los signos y síntomas de complicaciones en una falla orgánica.

b) Estabilidad emocional.

Los pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos están críticamente enfermos y por consiguiente la tasa de mortalidad en estos servicios es muy alta; esto crea una atmósfera potencialmente deprimente por las sobrecargas físicas y psíquicas que se imponen al personal.

La enfermera debe afrontar situaciones de emergencia en forma objetiva, inherentes a la naturaleza de su trabajo. Es altamente gratificante para el personal de la Unidad el ver que por la habilidad y objetividad de las enfermeras se han salvado vidas que se creían perdidas.

c) Iniciativa y Creatividad

En la medicina intensiva no se concibe la imagen de una enfermera que sólo se limita al control de signos vitales y a transcribir y cumplir estrictamente las órdenes médicas. Debe ser una persona crítica, observadora, analítica y de gran iniciativa. Bajo ciertas circunstancias tendrá que efectuar medidas para salvar por sí misma la vida del paciente y que mediante su entrenamiento sea capaz por sí misma, de iniciar medidas de inmediata corrección que fuera de la Unidad recaerían en el médico.

d) Nivel de conocimientos.

Los nuevos conocimientos y la nueva tecnología exigen que la enfermera conozca el manejo de emergencia y sea competente en el uso de los equipos de reanimación, la interrelación entre los sistemas corporales y la naturaleza dinámica del proceso vital, además de que asuma la responsabilidad en la toma de decisiones y adquiera habilidad en el manejo de los equipos utilizados en su trabajo.

e) Confianza

Es absolutamente indispensable que la enfermera de Cuidados Intensivos sea capaz de valorar e interpretar en lo posible, los signos y síntomas que se presentan en el paciente. Así mismo, debe tener gran entereza y ética para informar oportuna y rápidamente procedimientos, omisiones, olvidos, descuidos que haya podido tener voluntaria o involuntariamente.

#### **5.4.4 ENFERMERA JEFE DE PISO**

Para el funcionamiento eficaz del departamento de la Unidad de Cuidados Intensivos es necesaria la enfermera jefe ó supervisora de las enfermeras, que sea responsable de la coordinación de las actividades y de la utilización de todo el personal paramédico y de enfermería. Deberá ver por todas las situaciones del departamento de enfermería y estar familiarizada con todos los aspectos de la asistencia medica de urgencias. (Lawin, P. 1979).

## 5.5 FUNCIÓN DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Sierra (1996) menciona que la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos usa el proceso de enfermería como marco para la práctica. Al cuidar al paciente en estado crítico, allega información, identifica y determina la prioridad de los problemas y necesidades del paciente, elabora un plan según la prioridad de los problemas y necesidades que se han identificado y evalúa el proceso y el resultado de los cuidados.

El proceso comienza con la valoración del paciente; reúne datos subjetivos y objetivos gracias a la entrevista y a la observación del paciente, los que usa para establecer un diagnóstico de enfermería y elaborar así un plan de Cuidados.

Para la planeación coordina la información que proviene del campo de enfermería y de otras disciplinas que atañen al paciente durante la hospitalización y después de darlo de alta; o sea que estos cuidados se prevén tanto a corto como a largo plazo. La realización del plan es la forma como la enfermera se ocupa del problema, la observación continua, la interpretación de datos, la adquisición de nueva información y conocimientos.

La evaluación que es el último paso, se modificará o ajustará según sea necesario con base en el estado del paciente.

# **METODOLOGÍA**

## **METODOLOGÍA**

Propuesta de Capacitación Tanatológica dirigida al personal de enfermería del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

### **a) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles deberán ser los contenidos de una propuesta de capacitación Tanatológica que pretenda ayudar a la enfermera del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI Dr. Bernardo Sepúlveda, a disminuir sus niveles de ansiedad, culpa, depresión y duelo, ante el manejo continuo de pacientes en estado crítico, desde un punto de vista psicológico. ?

### **b) OBJETIVO GENERAL**

Elaborar una propuesta de capacitación Tanatológica dirigida a las enfermeras de la Unidad de cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, a partir de la evaluación de los niveles de ansiedad, culpa depresión y duelo, que arroje la Escala del Dr. Reyes Zubiría para la evaluación de los miembros del equipo de salud involucrados en la atención a pacientes terminales.

### **c) OBJETIVO ESPECIFICO**

Identificar los estados de alteración emocional en las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI Dr. Bernardo Sepúlveda mediante la aplicación de la Escala del Dr. Reyes Zubiría para la evaluación de los miembros del equipo de salud involucrados en la atención a pacientes terminales.

Analizar los contenidos necesarios para la elaboración de un programa de intervención tanatológica dirigida a las enfermeras, desde un punto de vista psicológico.

#### **d) HIPÓTESIS**

H1

Existen niveles leve y moderado de alteración emocional en las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI Dr. Bernardo Sepúlveda.

H2

Es necesario la implementación de un programa de capacitación tanatológica en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI Dr. Bernardo Sepúlveda.

#### **e) VARIABLES**

Variable Independiente.

Capacitación Tanatológica

Variable Dependiente

Alteración Emocional.



## f) DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Capacitación Tanatológica.

Se basa en el adiestramiento para desarrollar, construir y orientar actitudes, para el personal que tratar directamente con una persona que está agonizando o se encuentra en situaciones de crisis.

En donde la capacitación efectiva debe dirigirse, primero a saber por qué es necesaria. Ante esto Dr. Reyes Zubiría puntualiza los siguiente.

- × La capacitación permite el aprendizaje trabajando con un mínimo de sufrimiento para una persona ansiosa.
- × Los asistentes de salud o personal para-médico necesitan entender y anticipar reacciones. Deben estar preparados para satisfacer una amplia gamma de necesidades emocionales y físicas. Entender las reacciones significa que pueden hacerse cargo, no de interpretar las reacciones de una manera personal, sino de establecer una empatía con los sentimientos de la persona.
- × La capacitación debe de preverlos de la habilidad para aprender de sus experiencias de una manera activa más allá de jugar papeles pasivos.
- × La capacitación puede ayudarlos a lograr la introspección de las angustias, frustraciones y obstáculos que puedan enfrentar así como proporcionarles las técnicas para resolver los problemas relativos a cómo hacerle frente a todo esto. Esto puede permitirles ser más competentes.
- × La capacitación puede sensibilizarlos ante las necesidades de otros. Esto permitirá una amplia gamma de vías de capacitación y asegurará que los próximos trabajadores también sean educados.(Reyes Zubiría, 1996)

Alteración Emocional.

Una alteración emocional mantiene componentes subjetivos, conductuales y fisiológicos de las emociones los cuales se encuentran entrelazados e interactuantes. Los pensamientos, los sentimientos, las expresiones faciales, las acciones y la fisiología se fluyen entre sí de manera continua a los cual ante cualquier estímulo negativo existirá una alteración. (Papalia 1992)

#### **g) DISEÑO METODOLOGICO**

Tipo de estudio transversal - descriptivo .

Tipo de investigación Documental y de campo

Observación directa

#### **h) POBLACIÓN**

Criterios de Inclusión

Enfermeras especialistas en Cuidados Intensivos que trabajan en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI adscritas a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Criterios de Exclusión

Auxiliares de enfermería y Jefes de piso adscritas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades " Dr. Bernardo Sepúlveda " IMSS.

Personal de enfermería que se encuentra constantemente de incapacidad, personal rotativo de otras áreas críticas y personal que se encuentra laborando

## i) INSTRUMENTOS

Escala del Dr. Reyes Zubiría para la evaluación de los miembros del equipo de salud involucrados en la atención a pacientes terminales el cual se aplicará a las enfermeras, de la unidad de cuidados Intensivos, la escala consto de seis escalas, a calificar por los servidores de la salud con puntuaciones de 1= leve, 2= moderado,3= fuerte; 4= urgente, 0= no hay.

En donde la primera escala a evaluar fue la Angustia, constituida por 18 aseveraciones, la segunda escala fue la frustración constituida por 20 aseveraciones, la tercera fue la culpa constituida por 11 aseveraciones, la cuarta de depresión dividida en tres partes la primera en reactiva constituida por 10 aseveraciones, la segunda la ansiosa por 8 aseveraciones y una respuesta abierta, la tercera el duelo durante la estancia del paciente en la terapia o próximo a morir con 9 aseveraciones.

La quinta escala fue la aceptación con 8 aseveraciones y por último la sexta escala que fue la de Duelo a calificar a partir del momento en que murió el paciente, constituido por 10 aseveraciones, todas la escalas fueron calificadas por la puntuación sugerida con anterioridad.

El tiempo propuesto de aplicación fue de diez a quince minutos, y fue aplicado a las Enfermeras Especialistas Intensivistas que aleatoriamente fueron elegidas, de los tres turnos.

Se realizo a la par una guía observacional, registrándose conductas mostradas por las participantes

## **j) VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

La confiabilidad de la escala es obtenida con el coeficiente Cronbach arrojando un valor de .80 es decir, la escala posee congruencia interior entre los reactivos.

Esta escala posee validez de criterio, de constructo ya que se obtuvo a través de análisis factorial cuyo método fue de componentes de interacción (RA2), con rotación Varimax que confirmó la existencia de seis escalas que en total sumaron 85 reactivos. Estos reactivos cubren las exigencias psicométricas compartiendo buena comunidad y buena varianza con cargas mayores a .40

## **k) PROCEDIMIENTO**

El tema de una propuesta de capacitación tanatológica, se empezó desde la búsqueda bibliográfica en varios centros de documentación como es la biblioteca central de la UNAM, de la facultad de psicología de la UNAM; y de Universidad Intercontinental, en el Instituto Mexicano de Tanatología y la Asociación Mexicana de Tanatología, al poderse encontrar con apoyo documental, se eligió el campo de trabajo la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades " Dr. Bernardo Sepúlveda " IMSS, por contar con acceso a al personal y solicitando apoyo al Jefe de Servicio el Dr. Jorge Castañón y autorizando el proyecto así como sus instalaciones.

Posteriormente se hace se elige aleatoriamente al personal de los tres turnos de enfermería, tomando en cuenta los criterios de exclusión planteados con anterioridad, y se procede a hacer la invitación, a

participar en la solución de la Escala del Dr. Reyes Zubiría para la evaluación de los miembros del equipo de salud involucrados en la atención a pacientes terminales, siendo anónimo y confidencial, el cual tuvo como objetivo planear una propuesta de capacitación tanatológica basándose en los resultados. En la primera hoja se presentó la escuela de procedencia del encuestador, la carrera que cursa, una breve instrucción y la escala de puntuación.

El segundo paso fue la elección del escenario el cual fue sugerido por la Jefe en turno la sala de juntas de enfermería que se encuentra ubicada dentro del área de terapia intensiva, ya que esta área consta de una mesa rectangular con diez sillas, un pizarrón al frente, una gaveta para guardar documentos relacionados con el área y manejado exclusivamente por las jefes del servicio, esta área se encuentra iluminada por una lámpara de techo de luz neón blanca, el escenario contó también con aire acondicionado, no así ventanas y con solo una puerta de acceso.

Los materiales empleados para contestar el cuestionario fueron tres hojas previamente impresas con la Escala del Dr. Reyes Zubiría para la evaluación de los miembros del equipo de salud involucrados en la atención a pacientes terminales, engrapadas, lápices con punta, pluma de cualquier color, goma y sacapuntas.

Como tercer paso se calificó la escala de evaluación del Dr. Reyes Zubiría con sus parámetros establecidos, encontrando que veinte de las treinta participantes se encuentran en el nivel leve de atención para apoyo tanatológico, a lo cual se procede a desarrollar un programa de capacitación para las Enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades " Dr. Bernardo Sepúlveda ", constituida por módulos de motivación, de tanatología, Estrés y Relaciones Humanas.

# RESULTADOS

## DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE REYES ZUBIRÍA PARA EVALUACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD INVOLUCRADOS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES

### OBJETIVO.

A través de los resultados obtenidos en esta escala del Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiría, se justificará la propuesta de educación tanatológica, para las enfermeras que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Nacional.

Escala de Calificación propuesta por Reyes Zubiría

1= Leve, 2= Moderado 3= Fuerte 4= Urgente Atención 0= NO hay

1= De acuerdo con los resultados arrojados en la escala, 20 personas de 30 que fueron participes de la aplicación de la escala del Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiría, alcanzaron un promedio de resultado de uno, a lo cual la atención que requieren las enfermeras de apoyo tanatológico es leve, en donde se propondría una sesión anual o semestral, del programa de educación tanatológico.

2.- La escala del Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiría aplicada a treinta enfermeras que trabajan en la unidad de Cuidados Intensivos del CMN S XXI, arrojo como promedio que nueve enfermeras, requieren de un programa moderado de atención tanatológico, el cual consistiría en implementación de un programa semestral o cuatrimestral, de apoyo de educación tanatológico.

3.- En la misma escala aplicada con anterioridad, solo una de treinta enfermeras, arrojo datos de atención fuerte y reforzamiento en programas de apoyo tanatológico, así como tener en alto grado de culpa en cuanto el manejo de paciente en fase terminal, para ello se propondría un programa de educación continua de tanatología, un reforzamiento individualizado de apoyo psicológico para poder manejar la culpa, la angustia, la depresión y la ansiedad ante el manejo de pacientes en fase terminal.

4.- En la aplicación de la Escala del Dr. Reyes Zubiría a las enfermeras de los tres turnos arrojo como resultado que nadie requiere una atención urgente de apoyo tanatológico, de lo cual se sugeriría que en caso de que por lo menos una persona hubiera calificado en el promedio alto, se propondría a los Jefes de Servicio un programa de implementación continuo y permanente, adaptado a los tiempos donde exista menos trabajo o tiempos en los que se pueda suplantar el personal uno por otro, evitando cargas de trabajo o confrontamientos de trabajo.

0.- La escala del Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiría de aplicación aleatoria, a enfermeras especialistas Intensivistas del Hospital de Especialidades de los tres turnos del CMN S. XXI, no arrojó ningún resultado equivalente en su totalidad a cero, por lo cual no sería necesario un programa de educación tanatológica, ya que bastaría simplemente con los conocimientos adquiridos durante su formación del Curso post-técnico, esperando que fueran los necesarios para cubrir sus necesidades.

## Conclusiones

Cabe señalar que en la aplicación y observación directa de la aplicación de la escala del Dr. Reyes Zubiría se mostraron signos de ansiedad, como es la risa, la broma entre ellas, justificación en el momento de contestar al decir, que ellas no le entendieron a las preguntas, por lo tanto se omitieron las respuestas por parte de las encuestadas. Pero en las pocas que llegaron a contestar se encontró que predomina la angustia, por lo tanto se duda de la imparcialidad de las respuestas otorgadas a esta escala.

A lo cual se concluirá que estadísticamente los resultados se llevarían a la escala siguiente a su resultado,



## REGISTRO OBSERVACIONAL

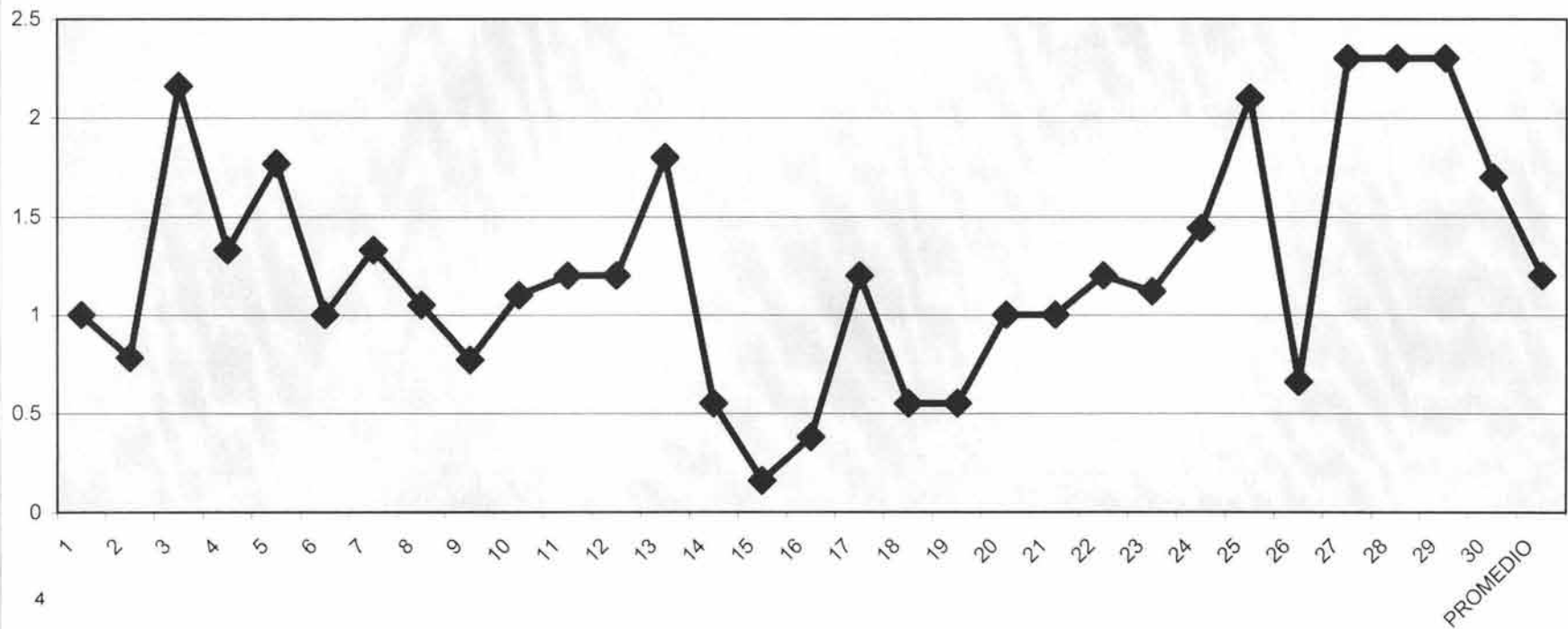
Enfermera	Conductas Observadas en la Enfermeras en forma directa
1	Risa, Aislamiento, Incomprensión a las preguntas.
2	Risa, Aislamiento, Molesta
3	Aislamiento, Incomprensión a las preguntas
4	Preguntas referente a quién planteo las preguntas, Risa
5	Gesticulaciones faciales durante la contestación del cuestionario
6	Incomprensión a las preguntas planteadas
7	Aislamiento, bostezos, Voz quebrantada al retirarse
8	Risa, contó un chiste al terminar el cuestionario
9	Gesticulaciones faciales durante la contestación del cuestionario
10	Molestias por lo referente a ¿ por que la muerte? ¿Qué no hay otro tema?
11	Risa, Incomprensión a las preguntas
12	Voz quebrantada al momento de entregar el cuestionario
13	Gesticulaciones faciales durante la contestación del cuestionario
14	Refirió tener prisa, al contestarlo, Enojada
15	Incomprensión a las preguntas
16	Muestras de tristeza, cara y voz débil
17	Interés por saber los resultados, Risa
18	Risa, bostezos,
19	Desinterés por el cuestionario, enojada
20	Incomprensión a las preguntas
21	Aislamiento, Voz débil al momento de entregar el cuestionario.
22	Gesticulaciones faciales durante la contestación del cuestionario
23	Incomprensión a las preguntas
24	Risa, Voz enojada al momento de entregar el cuestionario
25	Bromea sobre la forma de planteamiento de las repuestas
26	Entrega rápido de cuestionario por tener que ir al baño
27	Risa, broma
28	Gesticulaciones faciales durante la contestación del cuestionario
29	Interés por los resultados y bromea al respecto
30	Incomprensión a las preguntas

ENFERMERA	ANGUSTIA	FRUSTACCION	CULPAS	DEPRESION	ANSIOSA	DUELO ANT	ACEPTACION	DUELO POS		PROMEDIO
1	1	1.3	1.8	2	1.25	1.33	1.62	1.1	11.4	2
2	0.78	0.65	1.4	1.2	1.12	1.44	1.375	0.6	8.567	2
3	2.16	0.45	0	1	0.25	0.77	1	0.33	6	1
4	1.33	1	1.6	0.6	0.6	0.9	1.125	0	7.155	1
5	1.77	0.65	0.2	0.4	0.625	1	0.8	0.5	5.945	1
6	1	0.7	0.3	0.3	1.125	0.55	1.75	0.7	6.425	1
7	1.33	0.85	1.4	1.3	1.125	1.66	1.125	0.6	9.39	2
8	1.05	0.7	1.5	1.2	1.375	0.77	1.37	0.6	8.565	2
9	0.77	0.35	0	0.5	0.375	0.33	1.125	0.9	4.35	1
10	1.1	0.45	0.2	0.3	0.375	0.4	1.125	0.2	4.15	1
11	1.2	0.7	1.4	1.2	1.125	0.69	1.375	0.6	8.29	1
12	1.2	0.7	1.4	1.2	1.125	1.44	1.375	0.6	9.04	2
13	1.8	1.25	1	1.7	0.8	1.3	1.5	0.2	9.55	2
14	0.55	0	0	0.5	0.55	0.25	0.5	0	2.35	1
15	0.16	0	0	0	0.62	0	0.37	0	1.15	1
16	0.38	0.1	0	0.5	0.77	0	0	0	1.75	1
17	1.2	0.7	1.4	1.12	1.125	0.69	0.72	0.6	7.555	1
18	0.55	0.15	0	0	0.5	0	1	0	2.2	1
19	0.55	0.2	0.3	0	0.5	0.55	0.75	0	2.85	1
20	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
21	1	0.5	0	0	0	0	0.75	0	2.25	1
22	1.2	0.1	0	0	0.5	0.44	0.875	0.2	3.315	1
23	1.12	0.15	0	0	0.5	0.4	1	0.3	3.47	1
24	1.44	0.1	0.1	0.3	0.375	0.22	0.375	0.1	3.01	1
25	2.1	0.6	0.4	0.8	0.75	0.3	1	0.6	6.55	1
26	0.66	0.15	0.2	0.5	1	1.25	0	0.1	2.735	1
27	2.3	1.549	1.8	2.3	2	1.6	2.3	1.9	15.75	2
28	2.3	1.7	1.8	2.3	2	1.8	2	2.3	16.2	2
29	2.3	2.85	3.2	2.5	2.6	2.6	3.5	1.8	21.35	3
30	1.7	2.2	1.4	1.3	2.2	2.3	2.3	1.7	15.1	2
PROMEDIO	1.2	0.79	0.81	0.83	0.93	0.8	1.2	1.1		

## Resultados de la aplicación de la Escala del Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiria

Es el intento de resolver la angustia que resulta de la amenaza inminente de peligro, surge la negación que es producto de una profunda convicción en la propia inmortalidad.

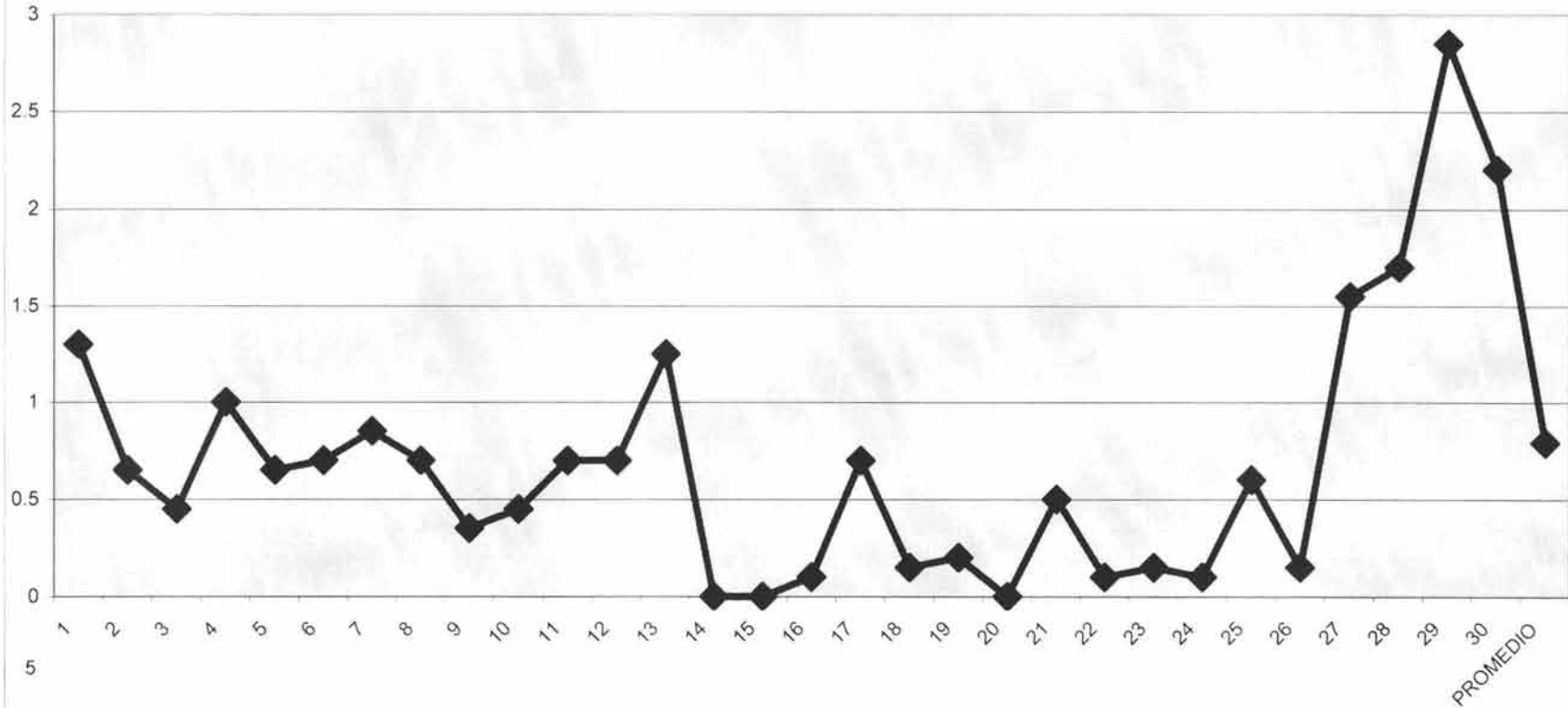
◆ ANGUSTIA



## Resultados de la aplicación de la Escala del Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiria

La frustración como parte del proceso de regateo en la etapa de duelo se hace presente, ante la insistencia a la negación, la suplica de ayuda más allá de lo humano y no encontrarla hacen que el paciente sienta miedo, insertidumbre por lo que vendrá, como pasará y como terminará

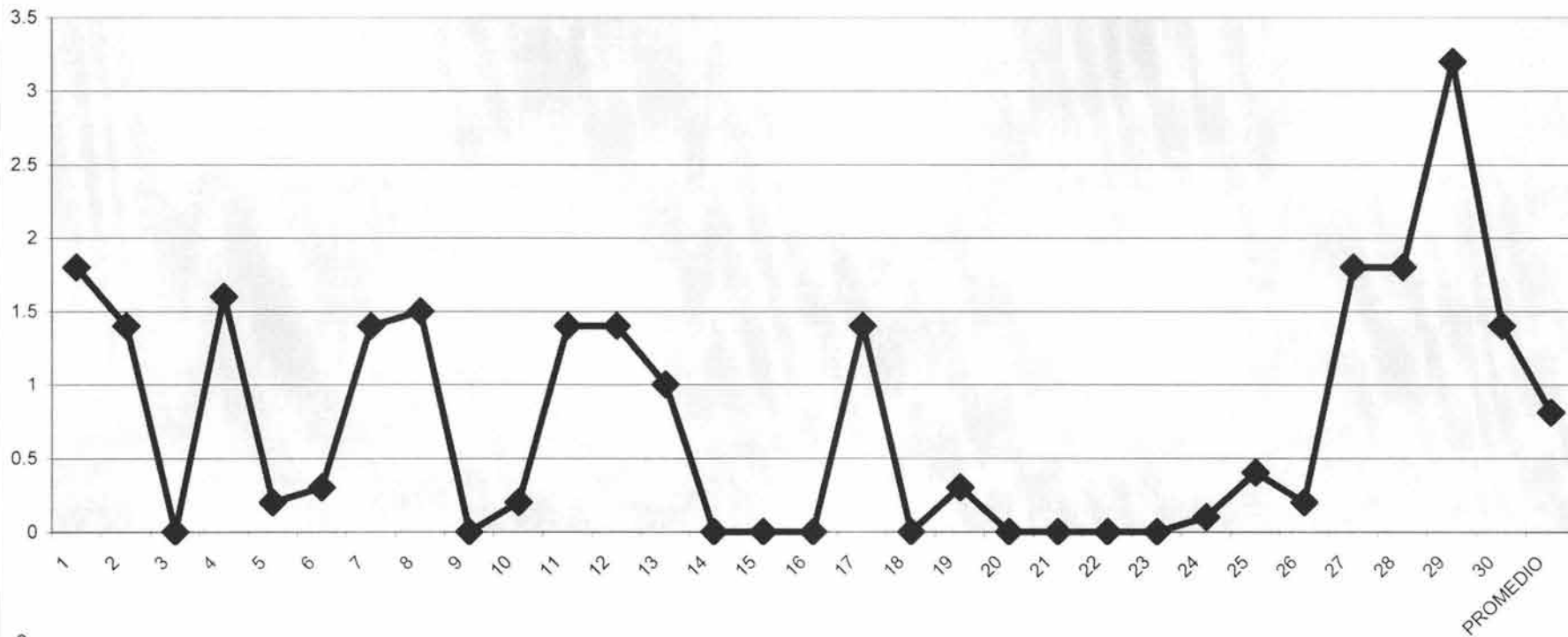
◆ FRUSTRACIÓN



## Resultados de la aplicación de la Escala del Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiria

En el periodo de depresión al que se expone el paciente y los familiares después de ser notificados por un fatal diagnostico o despues de la muerte de su ser querido, surge el sentimiento de culpa y vergüenza , este periodo trae consigo tristeza, desinterés, incapacidad de amar e inhibición psicomotriz.

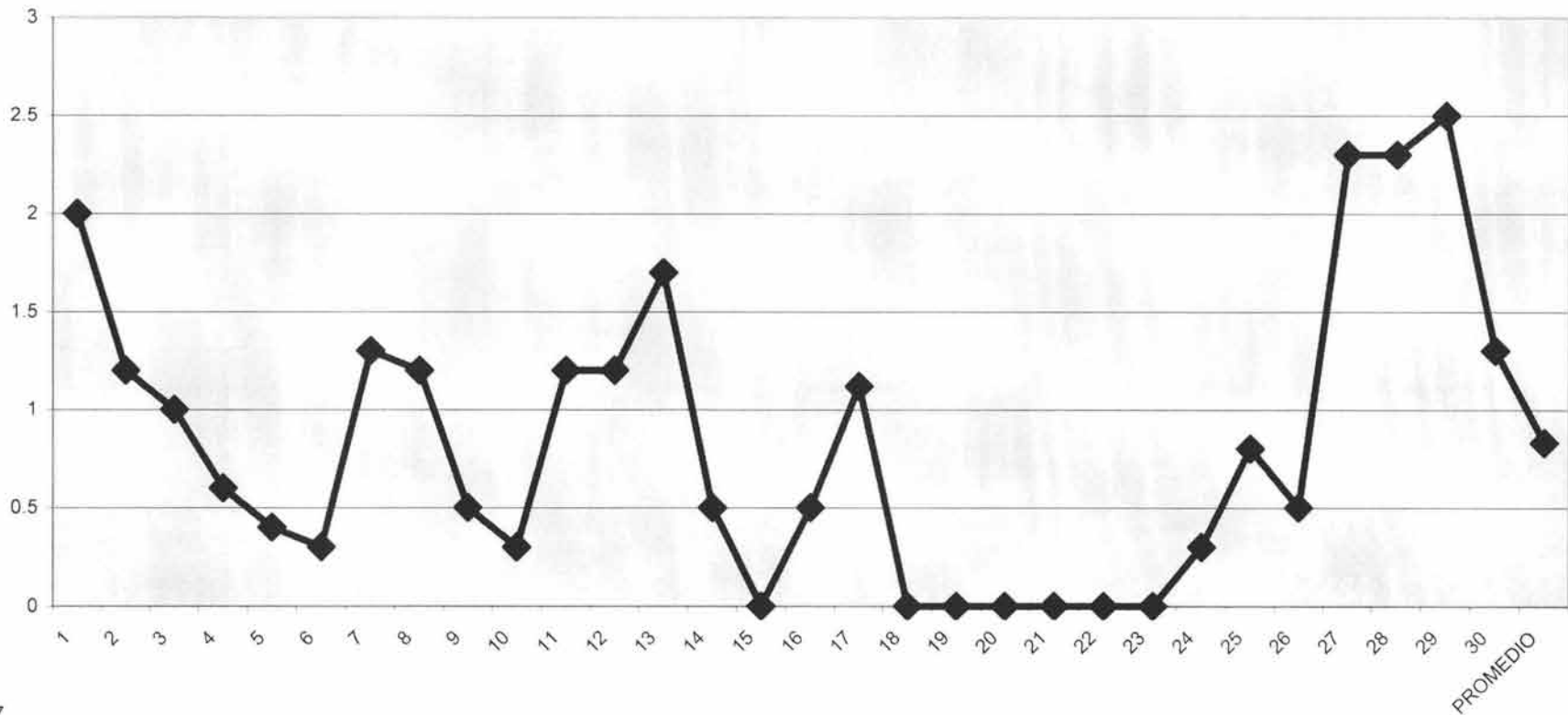
◆ CULPAS



## Resultados de la aplicación de la Escala del Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiria

A continuación se presentan los resultados de la aplicación de la escala del Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiria, en donde el promedio mayor representativo fue la ansiedad en la cual como señal de peligro, sentido y personalidad; producida por una amenaza interna, con o sin estimulación de las situaciones externas, es un estado emocional desagradable en el cual existen sentimientos de peligro y caracterizado por la intranquilidad, tensión o aprensión

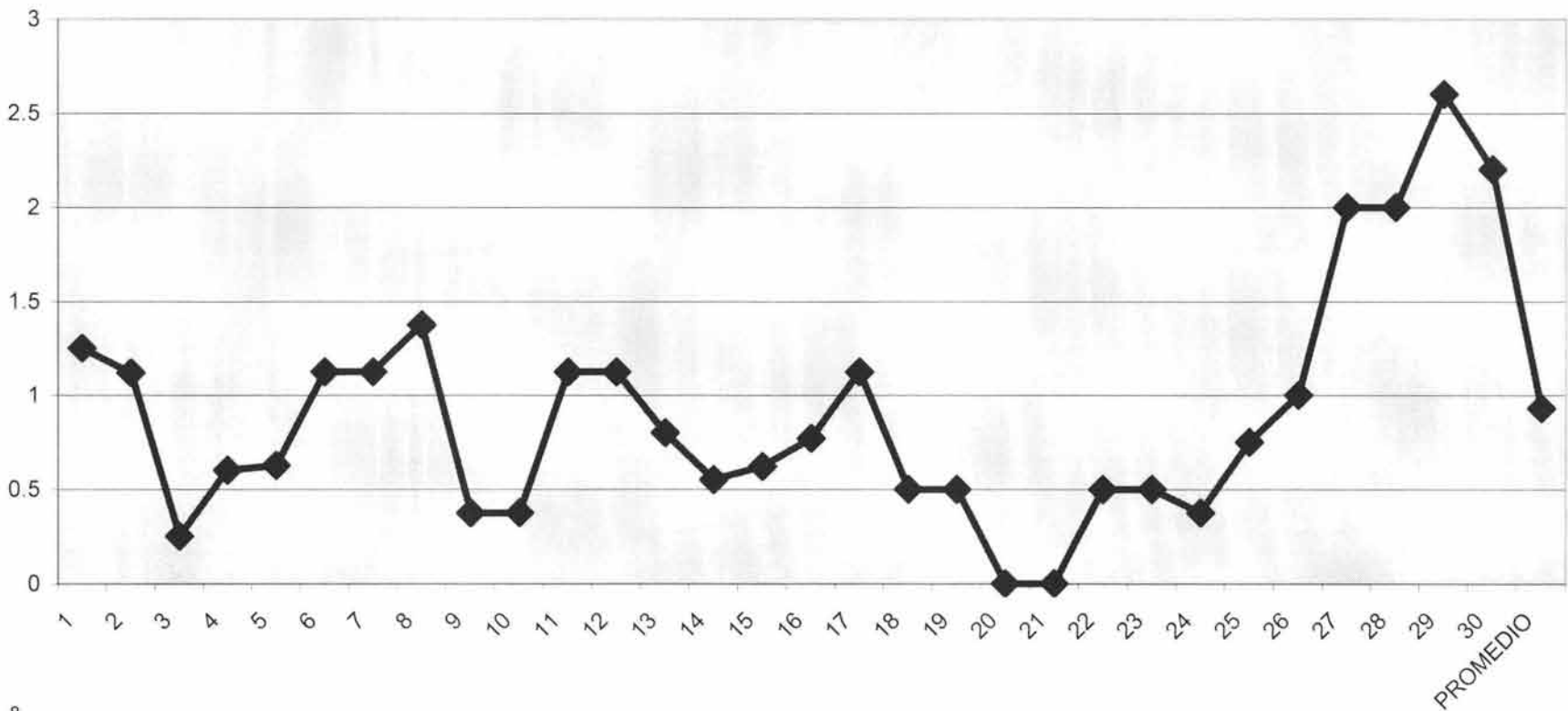
◆ **DEPRESIÓN**



## Resultados de la aplicación de la Escala del Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiria

La ansiedad como señal de peligro, sentido y percibido por la parte consciente de la personalidad; producida por una amenaza interna, con o sin estimulación de las situaciones externas, es un estado emocional desagradable en el cual existen sentimientos de peligro, caracterizado por la intranquilidad, tensión o aprehensión.

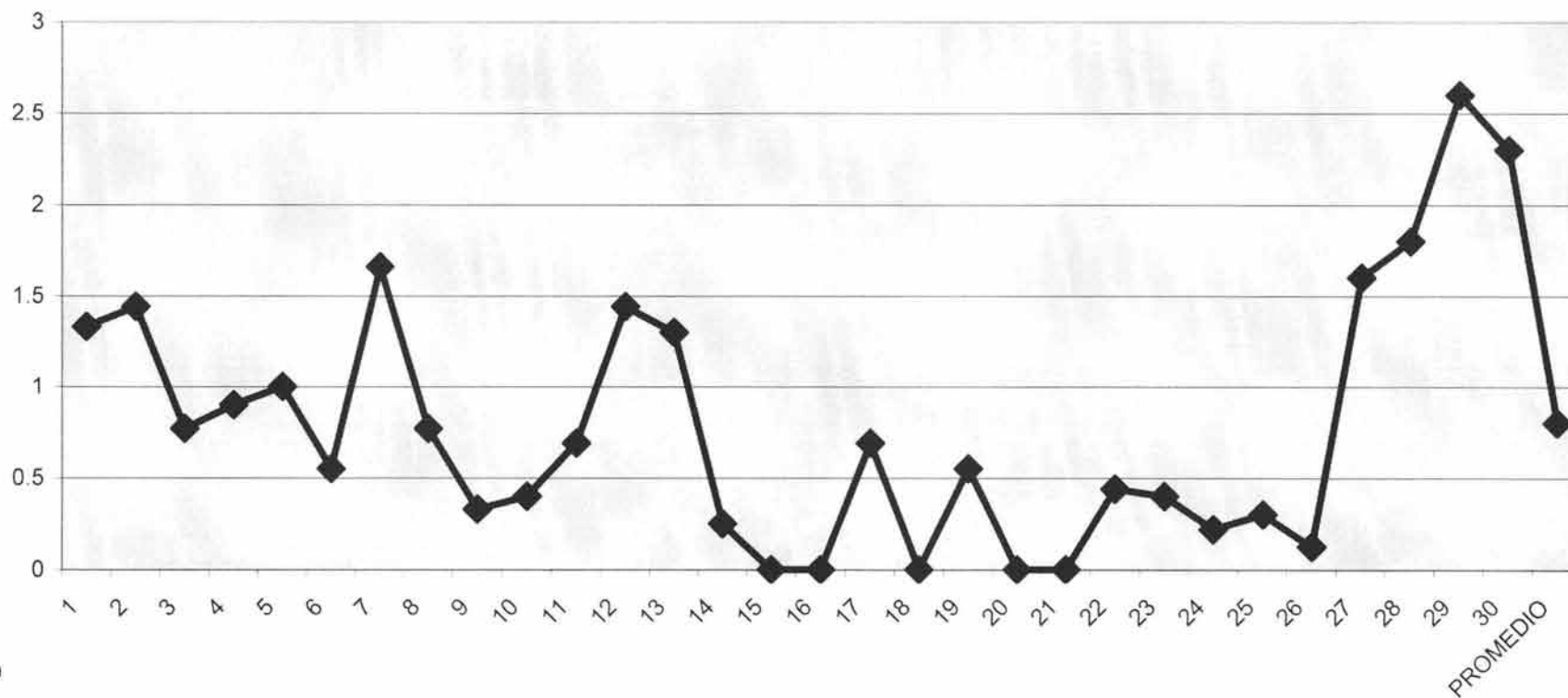
—◆— ANSIOSA



## Resultados de la aplicación de la Escala del Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiria

En la definición que Freud (1917) da de duelo, queda implícito que debiera haber existido antecedentes emocionales significativos del doliente con respecto al objeto de amor que pudiera dejar elementos suficientes para dar lugar al duelo

◆ DUELO ANTICIPATORIO

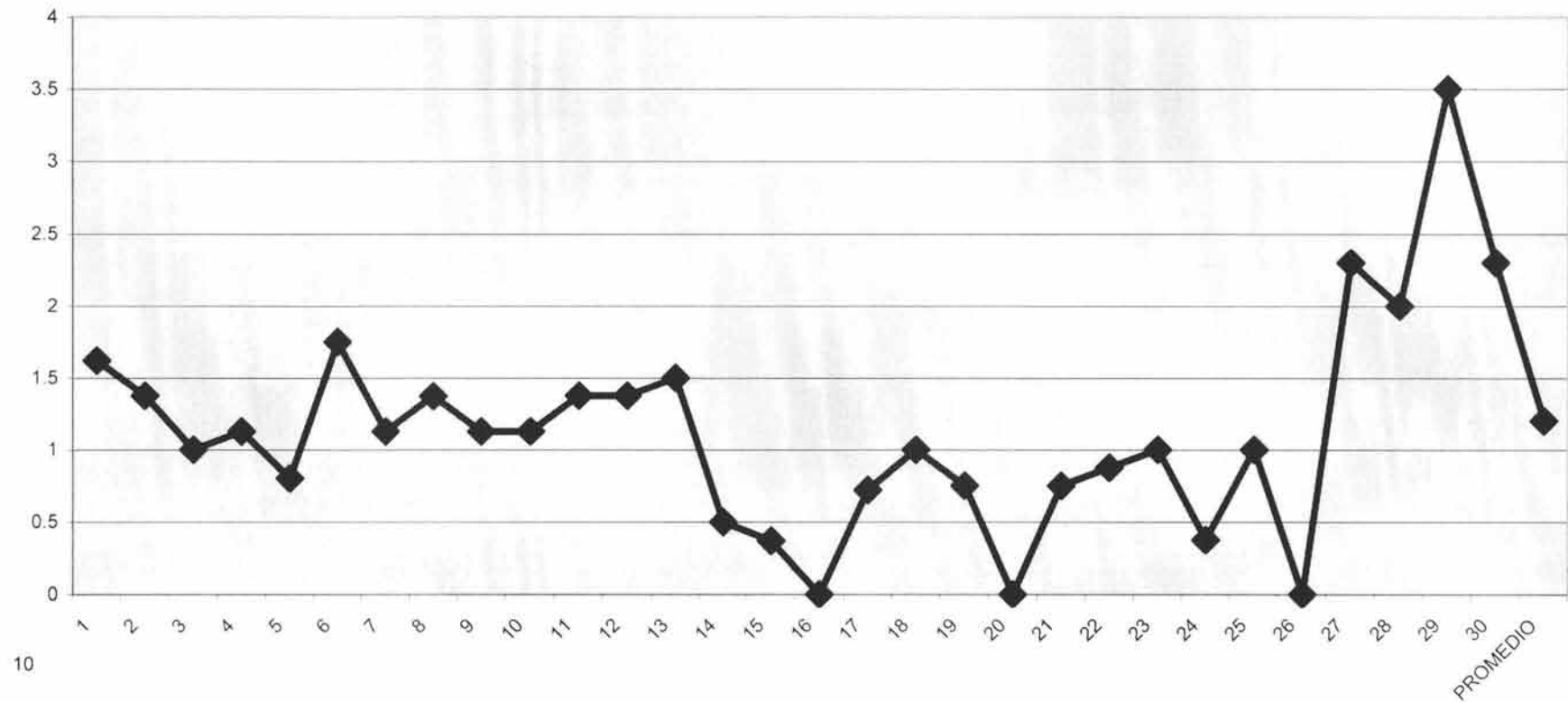




## Resultados de la aplicación de la Escala del Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiria

La pérdida del objeto amado o identificado conduce a la sensación de estar destruido, es entonces que se reactiva la ansiedad, la culpa y el sentimiento de pérdida, pero el Yo en busca reinstalar el aobjeto amado a través de su mundo interno llega a la aceptación

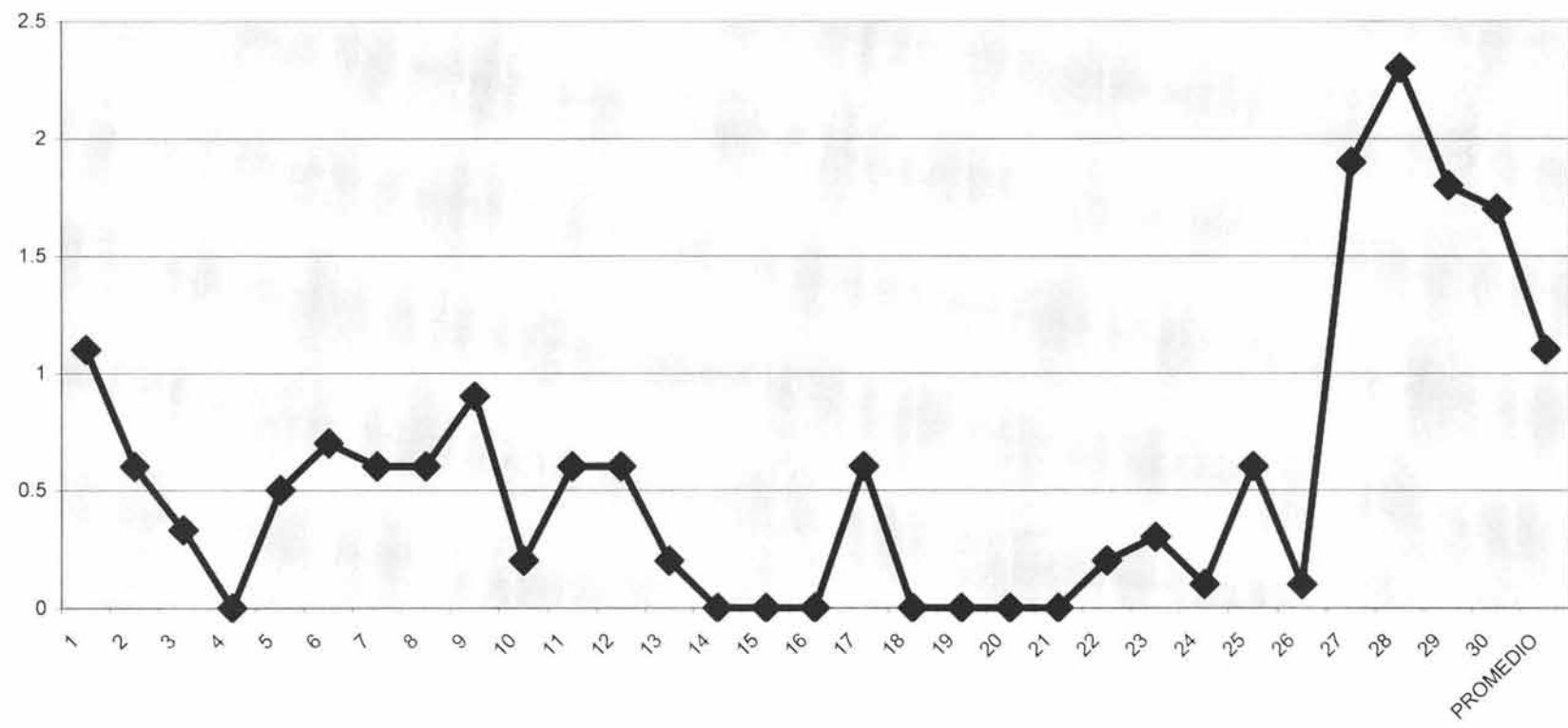
◆ ACEPTACIÓN



## Resultados de la aplicación de la Escala del Dr. Luis Alfonso Reyes Zubiria

La definición duelo, significa por raíz latina, alteración, guerra, combate entre dos personas. Pero también es desconsuelo, tristeza y trabajo difícil de esta manera queda comprendido que el duelo es un proceso que requiere de un gran trabajo que dificulta el trámite necesario para la separación

◆ DUELO DESPUES



# DISCUSIÓN

## DISCUSIÓN

En la mayoría de las religiones se observa como estado ideal la aceptación de la muerte como un suceso esperado, o bueno, o que por lo menos debe aceptarse con resignación, bien sea porque habrá una nueva vida, una vida mejor, o porque la muerte lleva a un estado superior, de mayor trascendencia. En el cristianismo, religión que predomina en nuestro país, la muerte podría ser también, desde el punto de vista de los preceptos del Nuevo Testamento, una liberación, una fuente de alegría por la posibilidad de encontrarse con Dios si se ha sido bueno, o si se ha arrepentido antes de morir. Sin embargo, aún en quienes por razones de su trabajo se enfrentan de forma continua con la muerte —como es el caso de la muestra de enfermeras—, se observan reacciones diversas: signos de ansiedad, risas nerviosas y bromas entre ellas al contestar las preguntas, lo que revela que la muerte, como indican los resultados, les genera angustia.

Estas reacciones observadas se ligan de manera importante con la forma en que el mexicano ve la muerte. Como refiere Octavio Paz (2000), hay una mezcla de temor, angustia, deseo, recelo y burla en las referencias que el mexicano hace de la muerte. Sin embargo, no es frecuente que se le nombre de forma tan directa. Más bien se prefiere usar sustitutos de la palabra muerte, por lo que se piensa que probablemente el lenguaje tan directo haya sido una limitante para encontrar resultados objetivos que muestren de forma más clara la angustia que la muerte produce y que en la observación conductual se ve de manera mucho más evidente que en los números.

Los enfermos con los que está en contacto la muestra de enfermeras del Hospital Siglo XXI, son enfermos en estado crítico cuya vida está en peligro por lo que requiere de la ayuda profesional que la enfermera intensivista puede proporcionarle, además de ser la persona que más tiempo pasa con este enfermo. Como Babb (1994) afirma, independientemente de las diferentes reacciones que

se tienen ante la cercanía de la muerte, tanto en el paciente como en las personas que están directamente relacionadas con el paciente agónico, la reacción generalizada es de angustia, rasgo que se encontró en un 17%. Si bien es cierto que este porcentaje no es muy alto, también observamos que la prueba arrojó un 13% de depresión ansiosa, caracterizada por

Como se mencionó en el capítulo 4, dentro de las características deseables en la enfermera intensivista está la estabilidad emocional, debido a la sobrecarga física, pero principalmente al estrés que producen el contacto con los cuerpos enfermos, agónicos y muertos. Estrés que de no aprender a controlarlo y enfrentarlo eficientemente puede llegar, incluso, a poner en riesgo la salud física, tanto como la mental, generando ira, coraje, depresión y frustración. Se puede observar en los resultados del instrumento, en porcentajes muy parecidos, reacciones emocionales como culpa, frustración, duelo y diversas reacciones depresivas, aunque ninguna de ellas predomina notoriamente. Todas estas reacciones son esperadas aunque se pretende que con una formación tanatológica, las enfermeras puedan ofrecer a sus pacientes un mejor acompañamiento durante su estancia en la sala de cuidados intensivos. Y más aún, pueda fortalecer su propio yo, que puedan entender el proceso de la muerte y con ello aprender a vivir mejor.

Se encuentra en los resultados un porcentaje alto de aceptación, 17%, que en virtud de algunos reactivos como necesidad de silencios largos y profundos, o necesidad manifiesta de aceptar la voluntad de Dios, nos indica que en algunos casos se ha llegado a la fase del duelo que señala Elisabeth Kübler-Ross(2002) como aquella en que el dolor ha desaparecido, la lucha ha terminado y se espera el momento del descanso final para el paciente. reacción por demás saludable.

# CONCLUSIONES

La muerte defrauda continuamente las expectativas individuales y sociales, testimonio de esta situación es la enérgica reacción social médica provocada por la imposibilidad de tratar enfermedades crónicas y agudas que se presentan continuamente en las Unidades de Cuidados Intensivos en las cuales el personal de enfermería debe fingir que no-pasa nada, que ignora el destino del paciente, mintiéndose tal vez a sí misma por la presión exterior (familiares del paciente). Pero, para poder interpretar este papel, debe convencerse y tal vez tratar de convencer a los demás que nada ha cambiado, disimulando así la angustia del moribundo y de los familiares. La muerte aterroriza porque no es fácil ver morir a un ser profundamente solo privado del control y gestión de sus últimos momentos y aceptar el implacable límite de la vida. (Reyes Zubiría, 1996)

Por eso surge una propuesta psicológica de cambio en las actitudes de las enfermeras que trabajan continuamente en las Unidades de Cuidados Intensivos que aunque no se vislumbra fácil, las enfermeras deben aprender no sólo a redescubrir, sino también a revivir y traducir en acciones y comportamiento el verdadero sentido de la muerte; en donde el psicólogo debe tratar de alejar las modas y los valores sociales pasajeros y tratar de orientarse hacia los verdaderos valores del ser humano.

Parece plausible admitir que también las propias actitudes ante la muerte de los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, etc.) pueden influir sobre el nivel de ansiedad ante la muerte de los pacientes, en un estudio realizado Pepitone (1981), se encontró que los pacientes terminales de médicos con alta ansiedad ante la muerte vivían más que los pacientes de médicos con baja ansiedad. Por ello, es de mi interés hacer una propuesta de educación Tanatológica para el personal de cuidados intensivos, en donde no sólo se trate de que se sensibilicen con el tema sino que adquieran habilidades que luego puedan aplicar a los pacientes.

Obviamente las actitudes ante la vida y la muerte suelen estar muy arraigadas dentro de la psique. Un cambio se traduciría tal vez en un trabajo que llevaría un proceso de varias generaciones. Rodríguez Estrada (1996) nos habla de que no es posible cambiar sin violencia algo que primero no hayamos aceptado en el ámbito mental como a nivel emotivo. Por este motivo la presente propuesta pretende un entrenamiento o reeducación que debe dirigirse tanto a los factores de tensión como a la comprensión; donde se incluyan las necesidades emocionales que desafortunadamente en la práctica se omiten, que por lo cotidiano de la labor se evade hablar de la muerte, se desvían los sentimientos, se corta el llanto o se asumen actitudes de protección, de enojo y molestias hacia el demás personal para no involucrarse en el problema. Mitigar la angustia de los médicos y enfermeras facilitará el cuidado y también ayudará a aquellos a quienes se cuida.

La idea es re-educar al personal que atiende a los pacientes moribundos, porque hoy en cualquier área de Terapia Intensiva, la atención asistencial por cualquier miembro del equipo interdisciplinario de la salud es deshumanizante, mecánica y equivalente a soledad.

Por otro lado, es menester recomendar, que la tarea del psicólogo, no consiste en eliminar por completo la angustia ante la muerte, sino en reducirla y trabajar con ella, ya que la conciencia de esta angustia, permitiría vivir de una manera más amplia e intensa, sin caer en el extremo de vivir experimentando a cada paso el terror a morir o ver morir a alguien, sino más bien incrementando en los pacientes y en el personal paramédico el sentido de seguridad y dominio de sus vidas, en donde puedan vivir a plenitud cada momento.

Una adecuada información, debe intentar modificar las actitudes del paciente y del personal paramédico, cambiar su enfoque de las cosas, mejorar sus motivaciones y fortalecer su yo; en donde no sólo se procure reducir los sufrimientos de estos, sino siempre debe pretender capacitarlos para aprender de ellos.



En casos en que el dolor se manifiesta por la pérdida, o la amenaza de la pérdida de la vida, el estar prestos a ayudar a que los pacientes exterioricen todo ese dolor emocional, que no se enquisté, dará lugar a que el proceso curativo de duelo, tan necesario en estos casos pueda llevarse a cabo.

Y es, precisamente en estos difíciles momentos, cuando es necesario por parte del personal de enfermería, de los médicos, y de los psicólogos, un caudal importante de sensibilidad, que tendrá que ser capaz de resonar junto con el dolido paciente, ejercitando al mismo tiempo con el personal paramédico su propia fortaleza, para que permita de esta manera resistir la angustia de muerte que ronda de forma constante.

Para el instructor, tanatólogo o psicólogo, trabajar tan de cerca con las manifestaciones de angustia que emergen de los pacientes y el personal paramédico, resultante de la cercanía con la muerte real o simbólica, es sin duda una ardua tarea mental insalubre, en donde se dan riesgos importantes de contaminación psíquica, los que pueden ser alarmantes, productos de una exhaustiva y dolorosa tarea ligada permanentemente con la muerte, aunada a la propia historia de muertes de cada uno. El resultado puede ser una fácil contaminación por una paulatina desarticulación de las defensas propias de cada profesional. De ahí la importancia de una preparación sólida, proporcionada por instituciones con larga experiencia, con profesionales de la salud mental formados especialmente para ayudar a quienes requerirán en los momentos más críticos de su vida o su muerte, de un acompañamiento pleno.

Es paradójico, pero una forma de ahuyentar el temor a la muerte, es tener un intenso amor a la vida; aceptando el propio final y la angustia normal que provoca el hecho. Vivir con mayor responsabilidad e intensidad al saberse mortales. Es decir, pasar la vida, con la comprensión de que se puede morir en cualquier momento; pero por otro lado, vivir como si nunca se fuera a morir: nada fácil resulta encontrar este equilibrio, ese es el reto de la tanatología.

Se esperaba encontrar en los resultados, en el análisis por reactivo, niveles de afectación más altos. Sin embargo, se piensa que la propuesta bien puede implementarse debido principalmente a dos factores: por un lado, el análisis cualitativo de la guía de observación que permite inferir niveles mayores a los encontrados cuantitativamente. Por otra parte, no hay razón para ignorar los números pequeños, cuando se trata de la salud mental.

# **ALCANCES Y LIMITACIONES**

## ALCANCES Y LIMITACIONES

El presente trabajo presento limitaciones en cuanto a:

Que no hay acceso a las Efemérides del Centro Médico Nacional, ya que a consecuencia del sismo ocurrido en Septiembre de 1985, la biblioteca central sufrió grandes daños y por consiguiente perdidas de valor trascendental, como es en este caso la historia del Centro Médico, la recopilación de la información se llevo acabo a través de personal jubilado, que contaba con el documento.

Los manuales de las actividades del personal de enfermería se encuentran restringidos al publico en general, ya que la Jefe responsable del turno matutino, los tiene bajo su custodia y no permitiendo así su fácil acceso.

**PROPUESTA DE  
CAPACITACIÓN  
TANATOLÓGICA DIRIGIDA AL  
PERSONAL DE ENFERMERÍA  
DEL HOSPITAL DE  
ESPECIALIDADES DEL  
CENTRO MÉDICO NACIONAL  
SIGLO XXI**

# PROPUESTA DE CAPACITACIÓN TANATOLÓGICA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

## INTRODUCCIÓN

¿Quién no le teme a la muerte? El temor a la muerte es universal, aún para los que conviven con ella en una forma indirecta pero constante. Los médicos y enfermeras de las unidades de terapia intensiva han sido educados en las escuelas del racionalismo en donde entender y explicar la muerte es sólo un proceso, en el cual el alma se deshace de un cuerpo que en ocasiones está envejecido y enfermo, pero la calidad de vida de todo ser humano que ellos atienden con ayuda del conocimiento científico y aplicación de alta tecnología está ampliamente teñida por la concepción de la muerte.

La muerte como consecuencia inevitable del vivir debería implicar aceptación, comprensión y/o disposición hacia ella, sin embargo, todos tenemos problemas emotivos con respecto a la muerte, algunos le tienen miedo a la aniquilación del Yo, a la pérdida definitiva de la conciencia, a la separación de los seres vivos significativos, o bien a lo inesperado de la propia muerte.

El personal de las unidades de terapia intensiva en el enfrentamiento constante con la muerte se ve expuesto también en mayor o menor grado a estos problemas emotivos, a sufrir ansiedad y estrés, lo cual puede repercutir inevitablemente en diversos aspectos de su vida: su eficiencia, su salud emocional o bien sus relaciones sociales.

vivenciales, de expresar las emociones que la cercanía con la muerte les producen.

## **1.1 PRESENTACIÓN**

Este curso de capacitación tiene la finalidad de apoyar al (la) facilitador(a) en el desarrollo de los cursos de motivación, tanatología, estrés y relaciones humanas.

Su estructura permite que el manejo de los módulos sea flexible y adaptable a las características y tiempo de los(as) participantes, así como a los objetivos que se pretenda alcanzar.

Cada módulo indica el objetivo general de aprendizaje que se logrará. En cada tema se especifican los objetivos específicos, el tipo de actividad y el tiempo estimado para su ejecución, los materiales didácticos necesarios y el procedimiento para abordar las técnicas participativas.

**1.2 RECOMENDACIONES** para que el facilitador (a) logre el óptimo desarrollo de las actividades de sensibilización y capacitación:

*Previo inicio del curso:*

- Leer cuidadosamente el o los módulos a tratar, incluyendo los anexos.
- Preparar todos los materiales didácticos necesarios para cada sesión.
- Preparar tarjetas con anotaciones que guíen la participación, en caso de que no se domine el tema.

- Visitar el aula donde se impartirán las sesiones y verificar si cuenta con las condiciones de espacio, iluminación, ventilación, etcétera, y los apoyos didácticos necesarios: rotafolio, pizarrón, televisión, video casetera, etc.
- Realizar un pretest el cual ayudara a facilitador a contar con un previo sondeo, por parte de los participantes sobre el nivel de conocimientos del tema a tratar.

*Al inicio dela primera sesión*

- Presentarse y dar la bienvenida al grupo.
- Establecer el encuadre del curso para el desarrollo de las sesiones (puntualidad, respeto a las opiniones, asistencia, etc) con el propósito de que las reglas sean claras y evitar algún conflicto.
- Realizar una técnica de presentación para romper el hielo, crear armonía, confianza y propiciar la integración del grupo.

*Durante el taller:*

- Fomentar la participación activa del grupo.
- Mencionar que todas las intervenciones son muy importantes porque muestran las experiencias y la historia personal y profesional, por tanto se deben respetar para evitar confrontaciones.
- Observar y escuchar atentamente el proceso del grupo y todas las aportaciones para incluir en las conclusiones; esto hará sentir a las asistentes que se les toma en cuenta.
- Anotar los imprevistos que hayan surgido en el desarrollo del curso y entregarlos al coordinador del curso para que realice los ajustes necesarios.
- Las técnicas participativas son recursos didácticos de apoyo. Su preparación y adecuado manejo permiten:



- a) El conocimiento e integración del grupo.
- b) Desarrollar un proceso colectivo de aprendizaje, de discusión y reflexión
- c) La creación colectiva del conocimiento.
- d) Tomar en cuenta lo que la gente sabe, vive y siente, respecto a las situaciones a tratar en cada módulo.

Cuidar los tiempos establecidos para cada actividad para que su inicio y término sea como está planificado.

*Al término del curso de capacitación:*

Se aplicará al término de cada módulo, una evaluación escrita, la cual se basará en libre opinión, cambios que se sugieran en la estructura, o temas que les gustaría anexar, esto como parte de un proceso de cambio, para futuros cursos.

### **1.3 Finalidades del curso de capacitación.**

Antes de la primera exposición con la muerte resulta ventajoso comprender y anticipar las consecuencias.

- a) La capacitación permitirá el trabajo cotidiano con un mínimo de sufrimiento para una persona estresada o ansiosa.
- b) Los asistentes de salud necesitarán entender y anticipar reacciones a través del conocimiento de qué es la muerte, historia y evolución de la

muerte desde un punto de vista filosófico y religioso como es el cristianismo, el brahmanismo y el hinduismo etc. con esto se pretende entender que las reacciones no se pueden interpretar desde un punto de vista personal, sino de tratar de establecer una empatía con los sentimientos de la otra persona.

- c) La capacitación debe de proveerlos de la habilidad para aprender de sus experiencias de una manera activa más allá de jugar papeles pasivos, que provoquen enojos en el modo de ejecutar ordenar o confrontarse con uno mismo.
- d) La capacitación puede ayudar a lograr la introspección de las angustias, frustraciones y obstáculos que puedan enfrentar.
- e) La capacitación puede sensibilizar a los Asistentes de la salud ante las necesidades de los otros.

La capacitación efectiva muestra dos momentos:

ANTES DE LA EXPOSICIÓN	DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN
Cómo reconocer las situaciones	Ayuda en las dificultades individuales y enfatiza las áreas de carencia.
Cómo reaccionar ante las situaciones	Permite plantear estrategias y medidas posteriores.
Cómo intervenir para un buen efecto	Permite el flujo de nuevas ideas a través de la experiencia diaria.
Cómo aprender de las situaciones futuras.	Esta capacitación debe formar parte de la aplicación constante, dentro del ambiente de trabajo.

## **Procedimientos Generales**

Principios generales relacionados con la capacitación del equipo médico

1. Preparación de un programa de capacitación.

Se elaboraría de acuerdo a un diagnóstico situacional ó requerimientos del personal entre los que se encuentren actitudes negativas o conflictos significativos.

2. Reclutamiento para el programa (para quién se aplica y en cada caso, de qué forma; tiempo programado asignado y posibilidades de aplicación.)

3. Cursos (temáticos específicos con prioridad a las necesidades del lugar)

## MODULO I

### MOTIVACIÓN

En una sociedad como la occidental, orientada hacia el triunfo, el temor al éxito constituye un severo obstáculo, no sólo para aquellos que se esfuerzan por conseguirlo sino también para los que están centrados en él.

#### ANTECEDENTES

Desde siempre ha resultado altamente cuestionable qué actividades emprenden las personas en algún momento y el porqué lo hacen: Es sabido que estas actividades se dirigen hacia metas y que estas llevan a la realización de algo.

Los motivos humanos tienen su origen en necesidades que podrían clasificarse como primarias (requerimientos fisiológicos, agua, aire, alimento, sexo, sueño, abrigo) y secundarias (autoestima, estatus, afiliación, afecto, logro, autoafirmación) „por lo tanto, satisfacer estos impulso, deseos, necesidades y anhelos sería característico de una persona. Motivada.

Algunas teorías citadas por Koontz, O'Donnell y Weihrich (1982) que se refieren a la motivación son:

#### a) JERARQUIA DE NECESIDADES DE A. MASLOW (1982)

Nos habla de una escala de necesidades que deben ser satisfechas para alcanzar el último peldaño, estas son: fisiológicas, de seguridad, afiliación estima y realización que implicaría el deseo de convertirse en los que cada quién es capaz.

Pero el nivel más importante corresponde a la de autorrealización en donde los comportamientos son orientados a desarrollar las

potencialidades propias y alcanzar el máximo rendimiento y compromiso de que es capaz cada individuo o persona como tal.

Esta persona no solo busca conocer y comprender su medio y a sí mismo, sino que también es capaz de producir una obra de arte o de conquistar su propia naturaleza para alcanzar su grado óptimo de desarrollo y, por consiguiente, su salud.

#### b) EXPECTATIVAS DE VICTOR H. VROOM (1964)

Afirma que la motivación de las personas estará determinada por el valor que se le de al resultado del trabajo y la confianza en que estos esfuerzos ayudarán a lograr la meta. Por lo tanto, la motivación es producto del valor anticipado que una persona da a una meta y la probabilidad que ve de lograrla.

#### c) MODELO PORTER Y LAWLER (1968)

Explica que la fuerza de la motivación depende del valor de la recompensa, más la cantidad de energía que se invierte, y la probabilidad de recibirla que están directamente relacionada con los conocimientos y aptitudes.

### TEORIAS SOBRE LA MOTIVACIÓN DEL LOGRO

Específicamente hablando de la motivación de logro existen teorías que anteceden el constructo, estas son:

#### a) NIVEL DE ASPIRACIÓN

Deutsch (1974) la definió como " el grano de dificultad de la meta que una persona trata de alcanzar" y predice como una meta futura satisface a la persona en el momento presente. Cuando surge una necesidad "cualquier deseo de posesión o logro de una meta" (Aguilar, 1989) se genera un estado de tensión emocional, que a través de la satisfacción retorna el equilibrio.

Las actividades que son percibidas como medio para reducir la tensión se consideran regiones meta. El nivel de aspiración representa el objetivo que le individuo espera obtener : la Expectativa de éxito o fracaso se da por la relación entre el rendimiento del individuo y su nivel de aspiración

b) NECESIDADES DE C. Mc. CLELLAND (1951)

Incluye tres factores o necesidades el poder que implica el deseo de influir y controlar; la afiliación, que busca el deseo de ser amado; y el logro, que es el deseo del éxito.

Para McClellan un motivo es "una fuerte asociación efectiva, caracterizada por una reacción de meta anticipatoria basada en pasadas asociaciones de ciertas claves con el placer y el dolor" ( Aguilar y Díaz 1989) La conducta motivada es una secuencia de conductas orientadas hacia la aproximación o evitación de una situación

Martina Horner (1969) definió inicialmente la evitación del éxito como una barrera psicológica de la mujer hacia el logro: característica de personalidad estable, latente y adquirida en los primeros años de vida junto con la identidad del rol sexual correspondiente, que se manifiesta en una tendencia a inhibir los actos que conlleven al éxito y como una dimensión más de la teoría de Motivación de Logro de McClelland, Atkinson Clark y LoWell, formulada en 1953.

## MOTIVACIÓN CONTINGENTE

Raynor y Rubin (1971) proponen el modelo " Motivación Contingente" que se da cuando el individuo siente que el éxito inmediato es necesario para garantizar el logro de éxitos futuros y por otro lado, que fracasos inmediatos significan fracasos futuros impidiendo recobrar el camino hacia el éxito, existe también el modelo "Incontingente" donde las cosas suceden a la inversa, el individuo evalúa sus posibilidades en función de ambos recursos.

### c) MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA

En 1974 Atkinson y Raynor integran "el modelo de Motivación Extrínseca" semejante a la búsqueda de aprobación ante la autoridad, la fuerza de ésta motivación vence la tendencia inhibitoria al realizar una tarea.

Las dimensiones de la Motivación de Logro según estos autores son:

1. Maestría: Preferencia por las tareas difíciles intentando perfección
2. Trabajo: Actitud positiva hacia la laboriosidad y productividad.
3. Competencia : Deseo de ser el mejor en situaciones en situaciones de logro interpersonal.
4. Temor al éxito

## CARACTERISTICAS DEL PROCESO MOTIVACIONAL

En todas las concepciones de la motivación existen dos características la primera la direccionalidad del comportamiento motivado (dirección hacia metas determinadas) y la de proporcionar la energía necesaria para realizar actos concretos del comportamiento, es decir, (la energetización o la activación del comportamiento según.)

Dentro de estos marcos conceptuales de comportamiento motivado se derivan dos procesos motivacionales.

1. En donde todo organismo se encuentra en permanente actividad, sin embargo en algunas situaciones son más activos que en otras, es decir, los motivos mueven a los organismos a actuar (de aquí también el término motivación, que proviene del latín "movere")
2. La direccionalidad del comportamiento hacia determinadas metas e interés, es fundamental para orientar las acciones en el sentido deseado.

Como consecuencia de las dos características anteriores, los actos particulares del comportamiento son coordinados para satisfacer las necesidades, tanto básicas como de crecimiento.



## Cronograma de Actividades.

### Tema 1; Motivación

**Objetivo :** Qué cada participante identifique sus propios procesos motivacionales, que vea en que grado están satisfaciendo necesidades básicas o de crecimiento y en qué grado tienen el éxito.

**Tiempo de exposición** 2 horas 40 minutos

Tema	Objetivo	Técnica	Material	Tiempo (minutos)
Bienvenida, Encuadre y objetivo del curso	Facilitar el plan de trabajo y permitir la libre expresión, acerca de las expectativas del grupo referente al tema	Expositiva	Hojas de papel, plumas y lápices	10
Presentación e integración	Fomentar la integración de los miembros de cada grupo	Técnica de periodista	Plumas, cartoncillo y lápices de colores	10
Como se emplea el término de motivación	Conocer y analizar la aplicación del termino motivación .	La discusión observada	Hojas blancas, rotafolio o pizarrón y plumones	30
Antecedentes de la motivación	Se conocerán los antecedentes de la motivación a través de diferentes autores	Concordar y discordar	Hojas blancas, lápices, pizarrón y plumones.	40
Conceptos de las Teorías de logro.	Identificar cuales son las teorías de logro	Técnica de caramelo	Dulces, recipiente de plástico, hojas blancas, lápices y plumas	40
Cierre y conclusiones	Permitir la libre expresión, las expectativas referente al curso y si fueron cumplidas	Pizarrón, hojas para rotafolios, plumones y lápices.	Hojas blancas, lápices y goma.	20

## MODULO 2

### TANATOLOGÍA PARA ENFERMERAS

#### OBJETIVO GENERAL.

Modificará conductas y habilidades basadas en sus experiencias para lograr una mejor introspección de las angustias y frustraciones ante el paciente en estado crítico.

#### OBJETIVO ESPECÍFICO

Al finalizar la sesión, el participante mencionará varios de los aspectos del proceso de muerte.

Al finalizar el curso la enfermera participante, podrá tener una visión de qué es la muerte desde un punto de vista filosófico y religioso.

#### GENERALIDADES Y ANTECEDENTES

##### 1. DEFINICIÓN DE TANATOLOGÍA

###### ❖ ETIMOLÓGICA

THANATOS	-----	MUERTE
LOGOS	-----	ESTUDIO
TRATADO DE LA MUERTE		

## ❖ OPERATIVA

Es el estudio interdisciplinario de la muerte y el moribundo, especialmente de las medidas para disminuir el sufrimiento (psicológico) y el dolor (físico) de los enfermos terminales, así como la apreciación y los sentimientos de culpa y pérdida de los familiares y amigos (Reyes Zuburria 1996)

## 2. OBJETIVOS DE LA TANATOLOGÍA

- a) Proporcionar ayuda durante el duelo.
- b) Intervención en casos de crisis de suicidio.
- c) Apoyo al equipo médico.

## 3. FINALIDAD

Es humanizar el proceso de muerte y darle al hombre una muerte digna.

Una muerte digna implica:

- Calidad de vida.
- Atención adecuada.
- Ayuda para resolver problemas.
- Morir rodeados de gente amorosa.
- No ser usado en experimento.
- Respetarle y darle gusto.
- Presentarle opciones para que escoja, (reales y viables)
- No darle falsas expectativas.

Una Muerte digna es morir como quiero morir.

#### 4. FASES DE LA MUERTE PROPUESTA POR ELISABETH KÜBLER-ROSS Y SUGERENCIAS DE INTERVENCIÓN PARA CADA UNA DE LAS FASES.

La doctora, Kübler-Ross (2000) a través de más de veinte años de investigación, y de entrevistar a pacientes que se encuentran muy cercanos al proceso de muerte, ha podido diferenciar cinco fases por las que en su gran mayoría, pasan los pacientes a quienes por desgracia se les da por primera vez, la fatal noticia de su próximo fallecimiento; por lo que se habla de ellos como pacientes terminales.

**a) FASE DE NEGACIÓN:** en esta primera fase, de negación, el paciente reacciona diciendo, "no, yo no", "no puede ser verdad", "no puedo ser yo." "Los estudios que aseguran que voy a morir, deben de estar equivocados", "esos resultados deben de ser de otra persona". En esta primera fase de la enfermedad el paciente es incapaz de tolerar la verdad. Es necesario respetar el deseo del paciente de negar su enfermedad, el mecanismo de la negación le sirve como protección ante la angustia, que le provoca su enfermedad.

La negación, es el intento de resolver la angustia que resulta de la amenaza inminente de peligro, pero también es producto de una profunda convicción en la propia inmortalidad.

En la gran mayoría de casos, la negación pasa a ser una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial.

Intervención.

- ❖ Procure que alguna persona permanezca con los pacientes moribundos durante cierto tiempo.

- ❖ Escuche (no es necesario intentar solucionar las interrogantes que se plantean, a menos que así se solicite en forma específica).
- ❖ Responda a los pacientes compartiendo sus propias reacciones cuando considere que, tal vez, sea de utilidad para ellos o sus familiares.
- ❖ De oportunidad para una comunicación continua.

**b) FASE DE IRA.** Esta segunda fase, se inicia cuando el paciente empieza a comprender y a darse cuenta “-¡ Oh, sí! Soy yo, no ha sido un error.”

Al ya no poder seguir manteniendo la primera fase de negación, ésta es sustituida por sentimientos de ira, envidia y resentimiento, surgiendo la siguiente pregunta ¿Por qué no pudo ser el otro? , ¿ Por qué me tuvo que tocar a mí esto?.

En contraste con la fase de negación, esta fase de ira es muy difícil de afrontar para la familia y el personal, así como para los médicos que atienden al paciente. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra todo lo que rodea.

El problema está en que pocas personas se ponen en el lugar del paciente, y se preguntan de donde puede venir su enojo; una sólida empatía ayuda mucho en este momento, ya que tanto los familiares como los médicos estarían en mejores condiciones de entender al paciente, armándose de la suficiente paciencia para sostenerlo en este difícil trance.

Intervención.

- ❖ Permita que sus pacientes le expresen sus sentimientos y que pregunten: "Por qué me sucede esto a mí? "
- ❖ Recuerde que no debe usted tratar de contestar esta pregunta que no tiene respuesta.

- ❖ Trate de recordar que el enojo que los pacientes manifiestan no se canaliza hacia usted en forma personal, sino hacia aquello que usted representa ( la continuación de la vida) y hacia su propia situación dolorosa.

**c) FASE DE PACTO:** En esta tercera fase, se llega a una especie de acuerdo con el fin de posponer lo inevitable, y el paciente piensa – “Si Dios, ha decidido sacarme de este mundo y no ha respondido a mis exigencias cuando me enojé con él por mandarme esta enfermedad, puede que se muestre más favorable si se lo pido amablemente; es aquí donde el paciente hace un pacto con Dios, y puede prometer una vida dedicada a Él, modificando las actitudes o acciones que lo han ofendido, a cambio de vivir más tiempo.

Intervención.

- ❖ Intuya qué tipo de ayuda necesita el paciente para completar sus asuntos aún no terminados, ya que pueden ir desde religiosos, familiares o laborales.
- ❖ Trate de tomarse tiempo para estar con la persona moribunda y escúchela.

**d) FASE DE DEPRESIÓN:** En esta fase el paciente terminal es invadido por una sensación de gran tristeza y de pérdida, esto corresponde al dolor preparatorio por el que ha de pasar el paciente desahuciado para disponerse a salir de este mundo.

Intervención.

- ❖ No interrumpa el proceso de aflicción.
- ❖ Dar apoyo a los pacientes en su aflicción.
- ❖ Comparte sus sentimientos de tristeza en forma apropiada, si es que se siente triste.

**FASE DE ACEPTACIÓN:** En esta fase el paciente hace los arreglos necesarios para su partida, pone en orden sus bienes materiales, hace su testamento, y también si es creyente, pone en regla sus asuntos espirituales y busca ayuda religiosa.

Intervención.

- ❖ Al no abandonarlos.
- ❖ Respetando su aceptación de la muerte.
- ❖ .Ayudar a la familia a aceptar la partida del ser querido; escuchando e interviniendo en áreas donde la familia sienta que requiera ayuda.

Si un paciente ha tenido bastante tiempo, es decir, que no se trata de una muerte inminente, y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a la quinta y última en la que su destino no le deprimirá ni lo enojará. Habrá podido expresar sus sentimientos, su envidia a los que gozan de buena salud, así como su ira contra los que no tienen que enfrentarse con el final de la vida, tan pronto como él. El tiempo le ha permitido llorar la pérdida inminente de tantas personas a las que tiene que dejar, y de tantos lugares importantes para él, y así podrá contemplar su propio fin con relativa tranquilidad. Estará cansado y, en la mayoría de los casos, bastante débil.

Esta fase está casi desprovista de sentimiento, es como si el dolor hubiera desaparecido la lucha hubiera terminado, y llegara el momento del descanso final antes del largo viaje. En ocasiones, generalmente es la familia quien necesita más ayuda, comprensión y apoyo, que el propio paciente. Y es precisamente aquí, cuando el paciente terminal ha encontrado cierta paz y aceptación después de tan largos y duros días por los que ha tenido que pasar.

Existen algunos pocos pacientes que luchan hasta el final y que hacen imposible por alcanzar esta fase de aceptación, pero un día dicen – “no puedo seguir luchando, y declinan.”



## Cronograma de Actividades

### Tema 2 TANATOLOGÍA

Objetivo Reflexionar sobre las etapas de duelo y los sentimientos que se generan en los participantes

Tiempo 1 horas 30 minutos

Tema	Objetivo	Técnica	Material	Tiempo (minutos)
Bienvenida, encuadre y objetivo del curso	Facilitar el plan de trabajo y permitir la libre expresión, acerca de las expectativas del grupo referente al tema	Expositiva	Hojas de papel, plumas y lápices	15
Presentación e integración grupal	Fomentar la integración de los miembros de cada grupo	Presentación individual	Plumas, cartoncillos y lápices de colores	15
Generalidades y Antecedentes de la tanatología	Establecer un foro de difusión, información, análisis y reflexión sobre los antecedentes de la tanatología	Expositiva	Pizarrón, hojas blancas y lápices	40
Ejercicio para identificar las fases de duelo propuestas por la Dra. Elizabeth Kübler-Ross	Conocer las fases de duelo de la Dra. Elizabeth Kübler-Ross	Rondas de expectativas y opiniones	Hojas blancas y lápices	60
Cierre y conclusiones	Permitir la libre expresión de las expectativas referente al curso y si fueron cumplidas	Expositivas	Hojas blancas, lápices y goma	20

## MODULO III ESTRÉS

### INTRODUCCIÓN

En la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI provocan continuamente situaciones de estrés; que de no aprender a controlarlo y enfrentarlo eficientemente, la problemática puede llegar incluso a poner en riesgo la vida de las enfermeras como por ejemplo sufrir un ataque cardíaco o en casos menos severos la alteración de su desarrollo emocional y conductual, provocando entre otras dificultades la desobediencia o confrontación de las órdenes de sus superiores, la baja autoestima, la incapacidad para controlar impulsos de ira, coraje, depresión y frustración.

Por lo tanto, es preciso que las enfermeras aprendan a controlarse a sí mismas, a no descargar en sus pacientes su enojo, presiones o impulsos ocasionados por problemas que pueden aprender a solucionar.

El presente módulo, tiene como objetivo el que logren el entrenamiento en técnicas de autocontrol de estrés y cólera, para mejorar su calidad de vida.

#### Factores del estilo de Vida que propician el estrés

Para cada individuo pueden existir uno o varios factores que lo estresen, pero alguno de estos factores puede ser más estresante que otros. Entre las situaciones que generan estrés y que se presentan con mayor frecuencia están:

- ❖ Desempleo
- ❖ Problemas en el trabajo: Trabajar bajo presión, inestabilidad laboral, enojos y malos entendidos con el jefe o con los compañeros.

- ❖ Problemas económicos: Falta de recursos monetarios, disminución del salario, pocas entradas de dinero para satisfacer necesidades primarias o básicas.
- ❖ Problemas familiares : Enfermedades o muerte de algún miembro de la familia, conductas inadecuadas como la delincuencia.
- ❖ Problemas con la pareja: Desacuerdos, agresiones verbales, falta de comunicación, maltrato físico.
- ❖ Problemas debidos a estilos de vida inadecuados: Predomina el aburrimiento, la falta de ejercicio físico y falta de interés en las actividades antes disfrutadas (no existen gratificantes en su estilo de vida).
- ❖ Problemas en las relaciones interpersonales, como aislamiento, agresión, indiferencia, falta de compromiso, etcétera.
- ❖ Problemas en el control del consumo de cigarro, alcohol y drogas.

Los factores antes mencionados no son todos los que pueden generar estrés; sin embargo, lo principal es que se identifiquen cuáles a partir de las características de la vida actual, qué factores o situaciones particulares son estresantes.

#### Origen del estrés

El estrés se origina por la interacción entre el ambiente en el que se encuentra una persona y las condiciones y características del individuo. Es decir, el estrés no sólo está en la persona, tampoco está únicamente en el ambiente sino que es el resultado de la combinación de ambos.

Ejemplo de conducta inadecuada bajo situaciones estresantes:.

En la Unidad de Cuidados Intensivos en donde usted se desempeña el paciente se encuentra próximo a salir; a ser dado de alta a piso, pero

después de la visita familiar se da cuenta que se encuentra en paro respiratorio, corre a avisarle al médico, prepara todo para el procedimiento, pero por situaciones ajenas se imposibilita la intubación y le piden que lo preparen para quirófano, ante esto usted vive momentos de angustia porque sabe que de no actuar rápido la vida de su paciente corre peligro.”

“Al terminar esta jornada de trabajo, llega a la guardería en donde se encuentran sus hijos; la educadora después de varios minutos de espera le pide que pase a la dirección, le dice que no es cosa grave, pero que es algo relacionado con su hijo. Ante esto usted se siente angustiada por lo que pueda pasar, al llegar a la dirección le informan que su hijo presentó vómito y que por tal motivo lo están bañando, pero usted por esperar tanto y estar viviendo bajo momentos de angustia insulta a la directora por presentar tanto misterio y tenerla en ese estado alterado.”

Analice este ejemplo, identifique los estímulos que propician el maltrato hacia terceras personas y plantee o proponga otra (s) solución (es) que eviten (n) la conducta agresiva.

## ALTERACIONES DEL ORGANISMO CUANDO ESTÁ ESTRESADO

- ❖ El Corazón late más apresuradamente.
- ❖ En el torrente sanguíneo aumenta la cantidad de adrenalina.
- ❖ Se eleva la presión arterial
- ❖ La respiración se torna agitada.
- ❖ Aumentan los movimientos intestinal y la acidez estomacal.

Son varias las funciones corporales que se alteran y por lo tanto, el precio del estrés lo paga el organismo.

## LA CONSTANTE EXPOSICIÓN A SITUACIONES DE ESTRÉS MUY INTENSO O CONSTANTE

Ante la constante exposición generalmente se recurre a conductas inadecuadas para tratar de controlarlo. Por ejemplo:

- ❖ Comer compulsivamente.
- ❖ Se incrementa el consumo del cigarro.
- ❖ Se recurre a fármacos, alcohol y drogas.
- ❖ Se presentan cambios en la conducta y emociones como: mostrarse temeroso, depresivo, aislarse de su grupo, irritabilidad.
- ❖ Se presenta dificultad para recordar eventos.
- ❖ Disminución de la creatividad.
- ❖ Intolerancia hacia los errores.
- ❖ Poca tolerancia en la interacción con los hijos, si se tienen, (provocando en algunas ocasiones maltrato infantil), o bien en la interacción social

Esta forma habitual de reaccionar bajo situaciones de estrés pueden ser fatales para el ser humano, pudiendo llegar incluso a ser mortales, ya que se han asociado con la aparición de enfermedades como:

- ❖ Diabetes.
- ❖ Úlcera .
- ❖ Enfermedades cardiovasculares.
- ❖ Infartos.

- ❖ Migraña.
- ❖ Colitis nerviosa,

Como consecuencia orgánica de los cambios fisiológicos.

Algunos de los problemas que el estrés puede provocar en los escenarios familiar y social son:

- ❖ Pérdida del empleo
- ❖ Rechazo del grupo de amigos.
- ❖ Conductas inadecuadas en los miembros de la familia, principalmente en los hijos.
- ❖ Problemas de obediencia.
- ❖ Bajo rendimiento escolar.
- ❖ Agresividad.
- ❖ Malas relaciones familiares.
- ❖ Muerte por lesiones y golpes.

Además a mediano o largo plazo, los hijos de padres que recurren al maltrato infantil I y que viven en ambientes familiares estresantes pueden presentar problemáticas severas tales como: Delincuencia: pandillerismo, robo, homicidio; esto asociado al uso de alcohol y drogas.

Así de nocivo puede ser el estrés si no se controla.

## FORMAS PARA AUTOCONTROLAR EL ESTRÉS

Cada persona es capaz de reducir el estrés en su vida diaria, pueden darse permiso a sí misma para tomar el control de su conducta y establecer un nuevo estilo de convivencia con las personas que le rodean, principalmente con los hijos y esposo o padres y hermanos, según sea el caso.

- ❖ Separar el pasado del presente: EL presente sí puede modificarse, el pasado no.
- ❖ Aceptarse tal cual se es permitirse ser imperfecto se lo permitirá a los demás.
- ❖ Aprender a decir no. sin sentirse culpable, sin justificarse, defenderse y sin vacilaciones; esto ante sus hijos, esposa, esposo, padres, hermanos, amigos jefe de trabajo, etcétera. Aprender a decir no, con tranquilidad y de una forma clara, precisa, oportuna y respetuosa; haciendo valer los derechos propios.
- ❖ Concederse el derecho a cambiar de opinión. Rectificar es un signo de flexibilidad, no de inestabilidad; algunas veces es mejor el cambio de opinión que mantenerse estricto y con poco criterio.

(No espere a sentir que no puede más para empezar a cuidarse; si espera a que sean los demás quienes lo cuiden, quizás esperará toda la vida.)

- ❖ Descansar.

Existen varias formas para descansar; tomar una siesta o un baño tranquilamente, sin prisa, gozando de una sensación placentera.

- ❖ Reír.

La risa es una agradable herramienta para el control del estrés, la risa alivia tensión, ilumina la cara, nos relaja los músculos, devuelve la objetividad y sobre todo nos aumenta la esperanza.

## TÉCNICA DE RELAJACIÓN DE TENSIÓN -DISTENSIÓN MUSCULAR

Indicaciones para su uso.

No practique esta técnica si tiene alguna luxación en alguna articulación, o si tiene desgarro o inflamación en algún tendón.

Instrucciones

1. Practique esta técnica sentado o acostado, en una postura que resulte cómoda.
2. Cierre los ojos.
3. Inhale el aire por la nariz, ensanchando el abdomen y exhale por la nariz.
4. Comience el ejercicio con la mano derecha: cierre el puño, tense los músculos y concéntrese en esa sensación de tensión durante 10 segundos.
5. Disminuya poco a poco la fuerza de tensión de su puño; relájese abriendo los dedos y afloje la mano.
6. Continúe con este proceso de tensión-relajación (distensión) y sienta la diferencia de sus músculos cuando están tensos y cuando están relajados, siguiendo este orden:
  - a) Mano izquierda y ambas manos.
  - b) Doble los brazos tensando los bíceps y tríceps.
  - c) La frente y cejas, lo logrará frunciendo fuertemente el ceño.
  - d) Los párpados, al cerrar fuertemente los ojos.
  - e) Tense los músculos de los maxilares, apretando los dientes y colocando la barbilla sobre el pecho.



- f) Eleve los hombros en dirección a las orejas y aplique fuerza en sus músculos.
  - g) Ahora tense el pecho.
  - h) Contraiga fuertemente los músculos abdominales.
  - i) Apriete con fuerza los glúteos.
  - j) Las piernas, jalando las puntas de los dedos de los pies hacia adentro y hacia fuera.
  - k) Finalmente tense todo el cuerpo como si fuera una sola pieza.
7. Haga una pausa varias veces durante el ejercicio antes de pasar a la siguiente parte de su cuerpo y utilice el ejercicio de respiración profunda siguiendo ese mismo orden.
8. Ponga atención y concéntrese tanto en la tensión como en la relajación muscular, sienta cómo la sensación de relajación es mucho más agradable.

Tensión-----Sienta

Relajación ---- Sienta

Compare tensión contra relajamiento.

Es importante señalar que la postura corporal, la posición de las manos, brazos y en especial la mandíbula, reflejan un estado de tensión o relajamiento, que influyen en el estado de ánimo.

## TÉCNICAS DE RELAJACIÓN A TRAVÉS DE RESPIRACIÓN PROFUNDA.

El instructor deberá indicarles a los participantes que antes de iniciar esta técnica, deberán tener con una colchoneta, o tapete para poder descansar sobre ella, de ser posible se les permitirá auxiliarse con cojines adicionales para proteger salientes óseas, y evitar calambres por mala posición, dentro del material requerido para la aplicación de esta técnica se deberá tener una grabadora, con un casete previamente seleccionado con música de contenido suave, armónica, que al oírlo, provoque en el escuchando un estado de tranquilidad.

Las instrucciones que proporcione el guía durante la aplicación de la técnica deberán leerse en forma pausada, lenta, suave, tratando de mantener un ritmo continuo y permanente.

Contraindicaciones para su uso.

No es recomendable practicarla si existen problemas cardiovasculares; las situaciones de suma urgencia ( como insomnio, intranquilidad constante y llanto fácil) deberán ser autorizada por el médico

“La práctica de esta técnica tiene como finalidad que usted se relaje y disfrute los efectos que la relajación le proporciona; puede además, ayudarlo a conciliar el sueño.”

1. Dispóngase de unos 10 minutos. De ser posible colóquese en la posición más cómoda y, de preferencia, aíslese de ruidos intensos que puedan distraer su atención.

Si se encuentra en casa:

Vista ropa floja y cómoda; acuéstese en un lugar confortable, con el cuerpo extendido, con la cabeza en la línea media, los brazos a los largo del cuerpo, con las palmas de las manos en posición semicerrada ( como en forma de "cunita" y con los talones del pie casi rozándose uno con el otro sin llegar a hacer contacto. Cierre sus ojos; si usa lentes quíteselos, así como cualquier otro artículo o prenda que le apriete o incomode.

2. Sugestiónese dirigiéndose frases como:

" Mi mente se siente bien, mi cuerpo tranquilo." " Controlo mi organismo y me puedo relajar".

Aleje de su mente cualquier pensamiento que le pueda incomodar o preocuparle

Centre su atención en su propio cuerpo.

3. Sienta su respiración y dirija su atención a ésta: Percátese y goce al sentir cómo entra el aire a su organismo y cómo lentamente usted controla su salida.

a) Respire suave y profundamente de la siguiente forma: El aire será inhalado por la nariz pausadamente, muy pausadamente; realizará inhalaciones profundas llenando primero el vientre, después el tórax y finalmente el pecho; sienta cómo sus pulmones se llenan de aire, reténgalo por cuatro segundos y exhale lentamente por la nariz. En el caso que se dificulte retenerlo por cuatro segundos disminuya el tiempo de retención y recuerde: Que se trata de relajarse y de no preocuparse por retener el aire. Conforme vaya pudiendo

retener más tiempo el aire, vaya aumentando progresivamente el tiempo de retención.

Piense en lo agradable de la situación disfrútela. Es una sensación agradable muy agradable, anime dulcemente a su cuerpo a relajarse, usted controla su respiración, la controla....

Repita el ejercicio 10 veces. Imagine su cuerpo totalmente relajado al realizar la respiración.

5. Progresivamente, irá sintiendo cómo su cuerpo se relaja. Usted controla cada vez más su organismo y su respiración. Es una sensación que permite que su cuerpo descansa y se relaje, que se relaje cada vez más.

Su respiración se vuelve más rítmica y armoniosa; es una sensación agradable, muy agradable.

Cada uno de los músculos de su cuerpo está muy pesado, cada vez más pesado. Siente su cuerpo cada vez más descansado; es una sensación muy agradable. Concéntrese en su cuerpo, y en esa sensación agradable, en su respiración rítmica y armoniosa ..... descansa.

6. Antes de abrir los ojos piense que al abrirlos su cuerpo se quedará con una sensación de descanso y estará totalmente relajado y descansado muy descansado.
7. Ahora si, abra lentamente sus ojos.
8. Practique esta técnica cada vez que pueda .... Usted obtendrá sus beneficios.

## Cronograma de Actividades

### Tema 3 Estrés

**Objetivo** Definir las características de cada fase de estrés y las repercusiones sobre el organismo.

**Tiempo** 4 horas 55 minutos

Tema	Objetivo	Técnica	Material	Tiempo (minutos)
Bienvenida, encuadre y objetivo del curso	Facilitar el plan de trabajo y permitir la libre expresión, acerca de las expectativas del grupo referente al tema	Expositiva	Hojas de papel, plumas y lápices	10
Presentación e integración grupal	Fomentar la integración de los miembros de cada grupo	Presentación individual	Plumas, cartoncillos y lápices de colores	10
Cómo se origina el estrés	Reflexionar acerca de cómo se origina el estrés	Las cinco esquinas	Rotafolios o pizarrón, cinta canela, plumones, tarjetas media carta con las causas más comunes del estrés	30
Identificar las alteraciones en el organismo	Identificar los órganos que pueden lesionarse por el estrés	Generalizaciones y consecuencias	Hojas blancas y lápices	40
Reflexionar sobre las consecuencias del estrés	Concientizar sobre las consecuencias del estrés	Cuestionario "opiniones y creencias"	Hojas blancas y lápices	40
Técnica relajación de tensión, distensión muscular	Ejercitar y poner en práctica la técnica de distensión muscular	Trabajo con el grupo.	Ropa cómoda, colchoneta y tapete.	50
Técnica de relajación a través de la respiración profunda	Conocer y mejorar la técnica de respiración bajo estado de estrés	Trabajo con el grupo.	Ropa cómoda, colchoneta y/o tapetes instalados	40
Postura relajante del cuerpo	Aumentar la corresponsabilidad en la decisión y disminución del estrés	Trabajo con el grupo de participantes	Ropa cómoda, colchoneta y/o tapetes instalados	50
Cierre y conclusiones	Permitir la libre expresión las expectativas referente al curso y si fueron cumplidas	Expositivas	Hojas blancas, lápices y goma	20

## MODULO IV

### RELACIONES HUMANAS

#### INTRODUCCIÓN

En el campo de las Relaciones Humanas el enfoque está dirigido a la interacción que tiene las enfermeras con el personal del Hospital y sus familiares.

Las Relaciones humanas según Marcel Bolle de Bal (1968) son las relaciones sociales que nacen del trabajo en común, o, en otros términos, "las interrelaciones del orden psicológico y social que se producen en la ejecución del trabajo en común"

Se trata de un término técnico delimitado al campo del trabajo, sea industrial, administrativo o comercial .

Bolle (1968), distingue en la fórmula "relaciones humanas" , cinco nociones diferentes:

1. El hecho de las relaciones humanas:
2. El estudio de las relaciones humanas
3. Las técnicas de las relaciones humanas
4. La política de las relaciones humanas
5. El espíritu de las relaciones humanas

1. El hecho de las relaciones humanas se refiere a las interacciones que las personas realizan entre sí en el trabajo: Es un hecho objetivo.
2. El estudio de las relaciones humanas se refiere al análisis metódico que puede hacerse de estas relaciones, en la perspectiva de la Psicología Social Industrial o de la Sociología del Trabajo. Es una actividad científica.
3. Las Técnicas de las relaciones humanas son los medios de obtener las interrelaciones de orden psicológico y social que aseguran las condiciones óptimas de satisfacción humana y de productividad o, más brevemente los medios de mejorar el clima social en el seno de las Instituciones: Tienen valor objetivo empírico
4. La política de relaciones humanas es la acción encaminada a mejorar estas relaciones. Podemos distinguir dos especies de políticas de relaciones humanas.

a) Una política de "integración", que tiende a vincular a los trabajadores a la Institución, a fundirlos en esta colectividad social, a desligarles de ese modo de sus lazos exteriores, particularmente de los sindicatos, con el fin de aumentar el rendimiento.

Es una política humanitaria, pues la consideración que concede a las aspiraciones de los trabajadores no es más que un medio, mejor o peor encubierto, de debilitar sin conflicto la presencia sindical en el seno de las Instituciones.

b) Una política de "humanización", que se atribuye como finalidad la elevación de la condición humana de los trabajadores, que desea devolverles la alegría del trabajo, permitirles que se realicen más plenamente y satisfacer su deseo de no ser ya simples elementos de la producción.

Es una política humanista: se basa en una concepción del hombre, de la condición y dignidad humanas. Busca el

mejoramiento de la condición de los trabajadores como el fin en sí mismo.

Este aspecto de las relaciones humanas es fuente de conflictos: se oponen los intereses particulares; intervienen juicios de valor

5. El espíritu de las relaciones humanas se refiere a la generosidad, la comprensión, la amplitud de miras de que los jefes de la Institución dan prueba en los contactos con su personal y el clima de confianza recíproca que se crea de este modo.

## OBJETIVO DEL CURSO SOBRE RELACIONES HUMANAS

El estudio de las relaciones humanas busca el desarrollo de los conocimientos sobre los fenómenos sociales en general y sobre el mecanismo de las interrelaciones sociales en el seno de los grupos de trabajo en particular.

El objetivo de las técnicas es el manejo sistemático de las variables que afectan las interrelaciones.

El objetivo de las políticas es el crear "buenas" relaciones humanas

## PRIMERA PARTE

### BASES ANTROPOLÓGICAS DE LAS RELACIONES HUMANAS

Las relaciones humanas, como cualquier otra relación supone como mínimo dos términos hacia los cuales se hace la referencia relacional, y una situación espacio-temporal en donde ocurre ésta. En el caso de las Relaciones Humanas estos dos términos son " persona ", y la situación espacio- temporal es el "trabajo"



Detrás de las diferentes teorías o aproximaciones psicológicas, existe un concepto de hombre, en torno al cual cada autor construye su teoría, lo que constituye una diferencia básica de sus aportaciones.

Pero, después de Darwin y, en virtud de su impacto sobre la Psicología, todas las aproximaciones psicológicas tienen en común el Modelo Evolutivo del hombre, aunque difieran en el concepto de hombre.

## MODELO EVOLUTIVO DEL HOMBRE

Según Darwin, el hombre proviene de antepasados de origen inferior: es un producto de la evolución de especies

El hombre mismo, como especie, ha evolucionado: primero descubre el fuego, luego la agricultura, más tarde forma clanes y asociaciones y luego inventa la escritura. Al comenzar a vivir en sociedades adquiere un lenguaje que comunica emociones e información. Además, se ve dotado de capacidades específicamente humanas: la razón, la imaginación, el lenguaje simbólico, experiencia de la identidad y pensamiento crítico.

Este modelo, aplicado a los procesos psíquicos del hombre, permite al psicólogo ver en el hombre a un ser capaz de cambiar, de desarrollarse, de ser modificado.

## LA APROXIMACIÓN DE ABRAHAM H. MASLOW.

Arias (1972), refiere que Maslow considera al hombre como un animal insatisfecho; tan pronto como satisface una de sus necesidades, otra aparece en su lugar, en un proceso interminable que comienza desde el nacimiento y continúa a través de toda la vida.

Maslow considera que las necesidades humanas están organizadas jerárquicamente en una serie de niveles: primero las necesidades

fisiológicas, luego las necesidades de seguridad, las necesidades sociales o de pertenencia, las necesidades de estima y, finalmente, las necesidades de autorrealización personal.

Las necesidades fisiológicas son las indispensables para la conservación de la vida: alimentarse, respirar, descansar, etc. Satisfechas estas necesidades, no son una motivación para la conducta.

Las necesidades de seguridad comienzan a dominar la conducta cuando se encuentran satisfechas las necesidades fisiológicas: Son necesidades de protección contra el peligro, la amenaza o la privación: no sólo física, sino también psíquica o social.

Las necesidades sociales o de pertenencia motivan la conducta cuando ha satisfecho sus necesidades de seguridad. Son necesidades de pertenencia, la asociación, de aceptación del grupo, de dar y recibir amistad y amor.

Las necesidades de estima pueden ser de dos clases: las relacionadas con la estima personal y las de reputación. Estas últimas son el reconocimiento, apreciación y respeto de los demás hacia él. Sin embargo, estas necesidades aparecen con verdadera importancia, hasta que las necesidades fisiológicas, de seguridad y sociales, han sido satisfechas de manera razonable.

Las necesidades de autorrealización personal son aquellas que estriban en la realización de las potencialidades personales, en un desarrollo continuo de la persona humana, en su ser creativo en el sentido amplio de la palabra. Pero, la privación que la mayoría de la gente experimenta de la satisfacción de otras necesidades más elementales distrae su atención y energía hacia ellas, y las necesidades de realización personal permanente queda un tanto relegadas.

## LA APROXIMACIÓN FROMMIANA .

Fromm (1963), considera que el hombre en la evolución ha perdido la armonía animal con la naturaleza, pues el determinismo instintivo sufre una

disminución que se aproxima al extremo cero de la escala; y el cerebro sufre un tremendo aumento de tamaño y complejidad comparado con el peso del cuerpo; es base de la conciencia, la imaginación y de todas aquellas habilidades como el habla. Por tanto, el hombre busca una armonía humana. Esto lo hace a través de cinco necesidades básicas

- a) La necesidad de relacionarse: en donde el hombre dotado de razón e imaginación se da cuenta de su soledad y apartamiento, de su impotencia e ignorancia ... Esta necesidad es imperiosa y de su satisfacción depende su salud mental.

Considera dos formas de buscar realizarse mediante la sumisión a una persona, aun grupo, a una institución, a Dios..., o sea, mediante el hacerse parte de; o adquiriendo poder o sea, haciendo a los demás parte de sí mismo.

Fromm considera que la simbiosis sumisión y poder está encaminada al fracaso pues destruye lo que anda buscando: sentimiento de integridad; pues se depende de quienes se somete y domina.

La forma productiva de conseguir esa unión es mediante el amor. Fromm considera el amor como la unión con alguien o con algo exterior a uno mismo a condición de retener la independencia e integridad de sí mismo.

## Cronograma de Actividades

### Tema 4 Relaciones Humanas

**Objetivo** Buscar el desarrollo de los conocimientos sobre los fenómenos sociales y de las interrelaciones en los grupos de trabajo

**Tiempo** 2 horas 35 minutos

Tema	Objetivo	Técnica	Material	Tiempo (minutos)
Bienvenida, encuadre y objetivo del curso	Facilitar el plan de trabajo y permitir la libre expresión, acerca de las expectativas del grupo referente al tema	Expositiva	Hojas de papel, plumas y lápices	10
Presentación e integración grupal	Fomentar la integración de los miembros de cada grupo	Técnica del periodista	Plumas, cartoncillos y lápices de colores	10
Bases antropológicas de las relaciones humanas	Difusión de las relaciones humanas	Lluvia de ideas	Rotafolios o pizarrón, cinta canela y plumones	30
Modelo evolutivo del hombre	Analizar el modelo evolutivo	Expositiva	Hojas blancas y lápices	40
La aproximación Frommiana	Concientizar sobre las consecuencias del estrés	Expositiva	Hojas blancas y lápices	40
Cierre y conclusiones	Permitir la libre expresión las expectativas referente al curso y si fueron cumplidas	Expositivas	Hojas blancas, lápices y goma	20

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

1. APNEA : suspensión transitoria de la respiración
2. AUTÓLISIS. Es la desintegración espontánea de los tejidos o células por acción de sus propias enzimas autógenas como las que se producen después de la muerte.
3. INTUBACIÓN inserción de un tubo en el conducto orgánico
4. KARMA. Término frecuente en toda la filosofía india significa movimiento, acción, y presupone siempre los resultados de este momento. Se aplica en especial a las consecuencias que inevitablemente se siguen de toda acción humana, y que determinan la vida futura de cada individuo.
5. NIRVANA. En la religión Budista, significa, estado de perfección del alma en el que todos los deseos han sido suprimidos. En Freud, es el estado en el que hay ausencia de excitación es decir, la búsqueda de reducción absoluta de tensión.
6. PULSIÓN . Este término que en Alemán, es introducido por Freud, en sus textos hasta 1905, como Trieb, es un concepto fronterizo, entre lo anímico y lo somático, es el representante psíquico de los estímulos que vienen del interior del cuerpo es utilizado en el sentido de empuje, concebido como un factor cuantitativo económico, una exigencia de trabajo impuesta al aparato psíquico, este empuje tiene una fuente, un objeto y un fin, éste está en función de provocar una descarga de excitación.

**BIBLIOGRAFÍA DE LA PROPUESTA DE CAPACITACIÓN  
TANATOLÓGICA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL  
SIGLO XXI**

Aguilar y Díaz (1989) Motivación de logro y satisfacción en el trabajo  
México, UNAM Apuntes de clase . Diplomado de Tanatología, CMN S. XXI,  
2000

Barragán T. (1998) Manual de autocontrol de estrés. Publicaciones de la  
Facultad de Psicología UNAM

Friedman M. (1982) Superando el miedo al éxito : ¿Por que nos da miedo  
triunfar? México Lasser Press

Horner M. (1969) Motivación para evitar el éxito. Buenos Aires Manantial

Zapata C. (1995) La excelencia en el manejo del Estrés. Editorial Edamex.  
3° edición México.

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Aguilar y Díaz (1989) Motivación de logro y satisfacción en el trabajo  
México, U.N.A.M

Apuntes de clase . Diplomado de Tanatología, CMN S. XXI, 2000

Arias, Galicia Fernando (1972) Apuntes de Psicología Administrativa  
Facultad de Comercio y Administración, ANAM Unidad cuatro "La  
motivación"

Babb Stanley P. (1994) Muerte en la vejez; Un fenómeno natural Revista  
Mexicana de Tanatología Vol. 1 año 1,1990

Balderas, M (1995) Ética de enfermería. Edit. McGraw-Hill Interamericana  
Ediciones económicas de enfermería México

Balderas, T. (1999) Datos recopilados en la jefatura de enfermería por  
anecdóticos. México.

Baudouin, J. (1995) La ética ante la muerte y el derecho a morir. España  
Editorial Herder.

Barragán T. (1998) Manual de autocontrol del Estrés Publicaciones Facultad  
de Psicología UNAM

Blas, L, (1988) La expansión del Islam .Patrimonio de la Humanidad. Tomo  
IX. España Incafo y UNESCO

Becger, P. (1976) La construcción social de la realidad. Amorrortu, Buenos Aires.

Boccanera J. (1984) El poeta y la muerte, Antología poética de la muerte Editorial México Hidos

Bowker, J. (1991) Los significados de la Muerte Alemania: Kónemann

Buendía J. (1991) Psicología Clínica y Salud, desarrollos actuales Universidad de Murcia

Bravo, A. (1994) Introducción a la Tanatología Tesina de Diplomado de tanatología Universidad Iberoamericana, A.C.

Conozca Más (1993) Vol.3 Marzo Técnicas de Congelamiento México

Comte Fernand (1990) Los libros sagrados Alianza Editorial ED,Cast.: Alianza Editorial , S.A Madrid, 1995.

Corán el Libro Sagrado de los creyentes XXVII, 60-61

Díaz de León, P. (2000) Manual de Normas Procedimientos de la Unidad de Cuidados Intensivos. México. IMSS Hospital de Especialidades XXI.

Diplomado de Tanatología CMN Siglo XXI (2000) Apuntes de clase

Dicarpio (1989) teorías de la personalidad México, Segunda Edición Mc Graw Hill

Dorland, (1994) Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina 26ª. Edición Interamericana, Mc Graw-Hill, España.



Doyma M. (1995) El paciente Terminal y muerte Edt Baibaró mcvan  
Barcelona

España

Escobedo F. (1994) Bioética Y la atención al paciente terminal, Revista Internacional de Bioética Deontología y Ética médica. México Universidad Anahuac Volumen V número IV Oct- Dic

Evangelina P. (1993) Auxiliar de enfermería Interamericana McGraw-Hill  
México segunda impresión

Ferrater J. (1980) Diccionario de Filosofía Vol. 4 España Alianza

Freud, S. (1917) Duelo y Melancolía Obras Completas Tomo XVIII  
Argentina: Amorrortu 1987

Fromm Erich, (1963) Psicoanálisis de la sociedad Contemporánea Ed.  
Fondo de cultura Económica, México 5ª. Ed.,

García Romero H. Dr. (2002) Revista Longevidad con ciencia para morir,  
Eutanasia perspectiva bioética. Año IV Vol. 2 No 19

Garrigou- Lagrange, R. (1960) La vida Eterna y la Profundidad del Alma:  
Rialp España S.A

Garza, G. (2000) La toma de decisiones en situaciones difíciles México  
Editorial Trillas

Gómez P. Ma. E. (1993) El paciente en estado crítico Corporación para la  
investigación Biológicas Medellín Colombia

González N. J. (2001) Psicopatología de la adolescencia México Editorial Manual

Gortari Kraus E. (1992) El sincretismo en el nuevo mundo; El mestizaje simbólico tanto en conquistados como en conquistadores. Mecanograma , CCH-Sur México

Gortari Kraus E (1992) Algunas expresiones culturales sobre el concepto de la muerte para el Mexicano mestizo indígena prehispánico e indígena contemporáneo. México Mecanograma C.C.H. Sur UNAM.

Gross, A (1997) Feelings About Working With Dying Patients. Abstract, Hosp. Manage Stud 14: 2-64 1997

Gutiérrez Lizardi P. (1996) Procedimiento en el paciente crítico Editorial Cuellar México

Hattstein, M (1977) Religiones del Mundo . Alemania: Kónemann

Herdensón Virginia (1961) Fundamentos de Enfermería Interamericana McGraw-Hill México Primera impresión

Horner Martina (1969) Motivación para evitar el éxito Buenos Aires Manantial

Imogene M. King (1992) Enfermería como profesión , filosofía , principios y objetivos. ED. Limusa Gpo. Noriega México lera reimpresión.

Jacques y Mensiez (1970) Los sistemas sociales como defensa contra las ansiedades. Paidos Tercera Impresión México

Kübler-Ross Elisabeth (2000) Sobre la muerte y los moribundos México Editorial Grijalbo, Mondadori S.A. Barcelona España.

La Biblia Latinoamericana (1995) Evangelio según San Juan 3,16 Editorial Verbo Divino, Madrid.

Lawin P. (1979) Cuidados Intensivos Salvat Editores S.A Mallorca 41 Barcelona España segunda Edición

Lían, E. P. (1981) Historia de la Medicina. México, Editorial Salvat

Lorraine Sherr (1989) Agonía, muerte y duelo Blackwell Scientific Publications El Manual Moderno. México

Manual de consejería tanatológica (1997) Instituto Mexicano de Tanatología (Reporte de investigación del octavo módulo del diplomado de tanatología)

Manual de consejería tanatológica (1998) Instituto Mexicano de Tanatología (Reporte de investigación del octavo módulo del diplomado de tanatología)

Manual de consejería tanatológica (1999) Instituto Mexicano de Tanatología (Reporte de investigación del octavo módulo del diplomado de tanatología)

Maler Norman (1986) Principios de Relaciones Humanas Ediciones Omega S.A. Barcelona

Marcel, Bolle de Bal (1968) Relaciones Humanas ¿Libertad o esclavitud ? Ed Fontanella, Barcelona

Mc Van B., (1987) Paciente Terminal y Muerte Edit Doyma, Barcelona ,

Moses III Hamilton, (1998) Tratado de Medicina Interna México  
Editorial Interamericana, McGraw-Hill

Noelle, Louis y de la Fuente, Beatriz (1987) Arte funerario, Coloquio Internacional de Historias del arte. UNAM, México

Newman, J.; Iván G. (1983) Judaísmo de la A a la Z, Jerusalén: Organización Sionista Mundial

Olvera , T. (1987) Efemérides del Centro Médico Nacional. Publicaciones IMSS

.Organización Panamericana de la Salud, (1996) Bioética - Temas y perspectivas

Papalia, D (1992) Desarrollo Humano Santa fe de Bogotá, Colombia: McGraw-Hill

Paz Octavio (2000) El Laberinto de la Soledad Edición de Enrico Mario Cátedra Letras Hispánicas. Novena edición Madrid

Pérez L. L (1986) Efemérides de enfermería, Edit. Porrúa México

Price, T., Bergen, B (1997) The Relationship To Death as a Source of Stress for Nurses on a Coronary Unit. Omega 8: 229-238

Reyes Zubiría Luis A. (1996) Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y a su familia. México, Primera edición

Reynoso Erazo (2001) Manejo de Estrés Facultad de Psicología UNAM.

Reynoso Erazo (2001) Manual de Relajación Facultad de Psicología UNAM.

Rodríguez Estrada M. (1996) ¿Eutanasia o Autanasia? Por una muerte digna Manual Moderno México

Sahugún, J. (1986) Historia general de las cosas de Nueva España. Fondo de Cultura Económica México

Secco, E.O. (1965) La Antigüedad y la Edad Media. Buenos Aires, Kapelusz.

Sgreccia, J. (1986) Acercamiento Tanatológico al enfermo terminal y a su familia México Primera Edición

Sierra P. (1996) Enfermería en Cuidados intensivos. Editorial Interamericana México

Skurorich M. Dr. (1988) Conferencia "Diagnóstico Neurofisiológico" Catedrático de la facultad de Medicina de la UNAM del Hospital ABC, México

Thomas, L. A. (1996) Antropología de la Muerte Fondo de Cultura Económica México.

Velez, Hernán (1993) El paciente en estado crítico. Medellín Colombia Editorial McGraw-Hill

Vachon, M. S. (1978) Motivation and Stress Experienced by Staff Working with the Terminal III Death. Educ Toronto 2: 113-122

Verne Lu Wolf (1992) Fundamentos de enfermería. Editorial Harla México

Weirtherm (1988) La calavera Editorial Fondo de Cultura Económica lecturas Mexicanas, México

Zapata C. (1995) Excelencia en el manejo del Estrés Edamex. 3° edición México

# ANEXOS

## ANEXO A

### ESCALA DE REYES ZUBIRÍA PARA EVALUACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD INVOLUCRADOS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES

Por favor responde entre paréntesis con el numero que corresponde a la sensación que te causa o representa la experiencia o necesidad vivida con tus pacientes, utiliza la escala de puntuación, sugerida.

1= leve, 2= moderado, 3= fuerte, 4= urgente atención 0= no hay

#### 1. ANGUSTIA.

- Preocupación exagerada por el enfermo ( )
- Miedo a que muera pronto ( )
- Miedo a que el enfermo vaya a sufrir mucho ( )
- Miedo a no saber darle, a no poder darle, la ayuda adecuada ( )
- Llanto irritabilidad, por la enfermedad del paciente ( )
- Llanto, irritabilidad no justa por la hospitalización ( )
- Llanto, irritabilidad por el tratamiento: doloroso, largo, caro, otra causa (subrayar cuál) ( )
- Tensión, incapacidad de relajarse, llanto fácil ( )
- Temor a los médicos, por sus decisiones de alargar su vida artificial ( )
- Temor a conocer la verdad sobre el Dx. De su paciente ( )
- Temor a decírsela al enfermo o a un familiar delicado ( )
- Temor a no poder ayudar al enfermo, en sus reacciones, cuando se le diga su diagnóstico o pronóstico ( )
- No querer apartarse del paciente no para descansar ( )
- Preocupación por el futuro de la familia ( )
- Preocupación por el familiar en concreto (cuál) ( )
- Inquietud, impaciencia, suspiros, tic, respiración rápida, palpitaciones al atender a un paciente muy grave ( )
- Miedo a equivocarse con el enfermo ( )
- Miedo a equivocarse con algún familiar ( )

#### 2. FRUSTRACIÓN

- Sentimiento de rabia incontrolable e irracional contra el enfermo u otra persona ( )



Sentimiento de rabia incontrolable e irracional sin saber contra quién ni por qué ( )  
 Llanto por las frustraciones que se están viviendo con su paciente ( )  
 Deseo de interrumpir todo tratamiento ( )  
 Rabia, ira, enojo, odio, envidia hacia algunas personas por el deterioro de su paciente ( )  
 Rabia, ira, enojo, odio contra el paciente ( )  
 Pérdida por toda esperanza real ( )  
 Pérdida por toda esperanza falsa o mágica ( )  
 Pérdida del sentido de vida ( )  
 Aferramiento a esperanzas falsa o mágica ( )  
 Vivir una sensación de injusticia hacia él paciente, hacia otros ( )  
 Ausencia de valores trascendentales ( )  
 Pobreza de valores trascendentales ( )  
 Incapacidad de valorar la vida pasado con el enfermo ( )  
 Incapacidad de descubrir el valor del dolor de la enfermedad, de la Muerte ( )  
 Impaciencia, enojo no querer estar o escuchar a ninguna persona ( )  
 Impaciencia, enojo no querer estar o escuchar al paciente. ( )  
 Rechazar cualquier ayuda tanatológica ( )  
 Rechazar cualquier ayuda espiritual, legal, de trabajo social, económica, médica, ( )  
 Manifestaciones de coraje durante la entrevista, de abatimiento, de tristeza, de frustración ( )

### 3. CULPAS

Temor de que suceda lo peor al enfermo, la muerte o no por castigo divino ( )  
 Conciencia de haber sido malo y que por eso el paciente es castigado por Dios ( )  
 Conciencia de ser castigado en el enfermo por sus pecados ( )  
 Necesidad de ser castigado por Dios, en el o en su enfermo ( )  
 Miedo a que, por sus pecados, la familia sufra consecuencias ( )  
 Sensación de tener culpas, incluso sin saber cuáles ( )  
 Necesidad de hacer promesas a Dios, a la Virgen, a un santo, a la Vida, para alcanzar un premio merecido ( )  
 Cambios notorios de conducta, de negativa a positiva ( )  
 Aferrarse a esperanzas mágicas, o a un milagro, como premio merecido por sus promesas o cambios positivos ( )  
 Sentimientos de que no merece nada bueno, ni para él ni para el paciente ( )  
 Sentimientos de que algún miembro de la familia sí merece el premio de la curación del enfermo ( )

### 4. DEPRESIÓN

#### a) Reactiva

Sentirse más abatido, melancólico, triste, que lo normal ( )  
 Tristeza anormal por las pérdidas, reales o simbólicas del paciente ( )  
 Tristeza anormal por las pérdidas, reales o simbólicas en relación al paciente ( )  
 Tristeza anormal por la posible y próxima muerte del paciente ( )  
 Llanto o deseo de llorar, sin causa aparente ( )  
 Pérdida o aumento de apetito en relación con la situación del paciente ( )  
 Pérdida o aumento del sueño por el mismo ( )  
 Pérdida de interés por su vida si el paciente muere ( )

Pérdida del sentido de la vida por el mismo ( )  
Sentimiento de desesperanza ( )

#### b) Ansiosa

Síntomas hipocondríacos ( ) cuáles \_\_\_\_\_  
Manifestaciones notoria de emociones ya trabajadas: rabia, angustia, culpa, ansiedad, depresión (subrayar) ( )  
Deseo profundo de que ya muera el paciente ( )  
Deseo profundo de que se alivie y viva ( )  
Culpa profunda por el deseo de muerte del paciente ( )  
Tristeza anormal por ver el sufrimiento de su enfermo ( )  
Dificultad para descansar, distraerse, hacer algo ( )  
Miedo anormal a enfermarse, a ser contagiado ( )

#### d) Duelo

Conciencia real de la cercana muerte de su enfermo ( )  
Dolor profundo, sin consuelo por dicha muerte ( )  
Rabia intensa hacia Dios, médicos, familiares, otras personas, contra quiénes ( )  
Sentimientos de autocompasión ( )  
Silencios largos, no querer conversar con nadie ( )  
Sensación de injusticia hacia él, los suyos, el enfermo ( )  
Necesidad de no separarse del paciente en fase terminal ( )  
Necesidad de no estar con el paciente en fase terminal ( )  
Necesidad de aislarse de todos ( )

### 5. ACEPTACIÓN

Querer estar junto al paciente, tocarlo, besarlo en señal de despedida ( )  
Necesidad de hablarle al oído cosas bonitas ( )  
Actitud de resignación ( )  
Necesidad de estar unido a Dios ( )  
Necesidad de manifestar que acepta la voluntad de Dios ( )  
Incapacidad de aceptar la voluntad de Dios ( )  
Llanto tranquilo ( )  
Actitud de aceptación ( )

### 6. DUELO

( Para calificar a partir del momento en que murió el paciente )

Desmayo, actitudes histéricas, al llegar la muerte del paciente ( )  
Necesidad de recibir una ayuda especial ( )  
Necesidad de platicar con todos los familiares sobre el que murió ( )

- Necesidad de participar en todos los servicios fúnebres ( )
- Necesidad de estar en el velorio y en el entierro ( )
- Necesidad de desahogo ( )
- Necesidad de hablar con el tanatólogo ( )
- Necesidad de estar unido a Dios o a su iglesia ( )
- Necesidad de no oír hablar de Dios ni de Iglesias ( )
- Atención especial en el comienzo de terapia tanatológica, respecto al trabajo de duelo ( )

## Anexo B

### REGISTRO OBSERVACIONAL

Enfermera	Conductas Observadas en la Enfermeras en forma directa
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	

## C. EXPOSICIÓN DE TÉCNICAS EMPLEADAS

### Técnica del periodista.

#### Descripción de la técnica

Un grupo de personas juega al periodista para conocer entre sí

#### Objetivo

Conocer a los miembros de un grupo.

#### Preparación de la técnica.

1. Se anuncia al grupo la necesidad de conocerse antes de comenzar a trabajar. Para esto se les propone a todos los alumnos ser periodista durante 5 minutos, debiendo entrevistar a la mayor cantidad de compañeros posibles en este tiempo.
2. El periodista les pregunta a los entrevistados todos los datos que sean de su interés ( nombre, lugar donde vive, deporte que practica, su cuadro predilecto, qué hace los fines de semana, etc.). Esto crea un clima de movilización general en el curso, en el que todos rápidamente intentan contactarse con los otros para recabar datos.
3. Pasados los 5 minutos, los que han hecho de periodista de dan a la clase los datos recogidos en la entrevista.
4. El docente cierra la técnica realizando un comentario sobre la misma. Por ejemplo: puede hacer una síntesis de datos comunes aparecidos en la presentación, señalar el objetivo de la misma, destacar aspectos interesantes.

Puede servir para la reflexión realizada en la técnica del distraído. Esta técnica puede variarse dándole un toque de humor. El periodista pregunta al entrevistado qué cuando se pone nervioso: En el momento de exponer los datos de su

entrevista deberá hacer, y no decir, lo que hace su entrevistado cuando se pone nervioso. Por ejemplo: si se come las uñas, o se tira el cabello, éste debe mostrarlo con gestos.

Tiempo: 15 a 20 minutos

### **Técnica del caramelo**

+Descripción de la técnica.

Consiste en repartir caramelos a un grupo de personas. Algunos caramelos han sido reemplazados por un papel que contiene su definición.

Objetivo.

- Distinguir entre la experiencia y la teoría,
- Valorar la importancia de la vivencia.

Desarrollo de la técnica

1. Se reparten caramelos a cada uno de los participantes del grupo para que los coman. A unos les toca un caramelo, y otros al abrir el papel encuentran la definición del mismo. Por ejemplo: "Caramelo: pasta azucarada hecha almíbar al fuego, y endurecida al enfriarse".
2. Se les pregunta si les ha gustado el caramelo. Los que comieron caramelo expresan que sí y los otros, haber recibido sólo una definición.
3. SE inicia un diálogo sobre la diferencia entre el caramelo y su definición. En qué son iguales y en qué no. De qué modo se conoce el caramelo a través de su definición y de qué modo a través de la experiencia. Aquí aparece la distinción entre conocimiento intelectual y conocimiento por los sentidos.

4. Se transfiere la experiencia realizada, al tema o situación que ha motivado la aplicación de la misma. Según nuestra experiencia, los alumnos son capaces de transferir el mensaje de la técnica a situaciones de la vida diaria.

### **Técnica la flor.**

¿Qué es?

Es una técnica de producción y reflexión.

¿Para qué sirve?

Para reflexionar y construir un saber acerca de un tema.

¿Cómo se hace?

El docente preparará una canasta con tarjetas de distintos caramelos colores (rojo, anaranjado, verde, añil, violeta, amarillo, celeste, etc).

A medida que los participantes ingresen a la sala, le entregará una tarjeta a cada uno, de modo tal de distinguir igual número de tarjetas de cada color. (Por ejemplo: si hubiera 30 alumnos, repartiría 5 rojas, 5 anaranjadas, 5 verdes, 5 violetas, 5 amarillas y 5 celestes.

#### **1er momento**

El docente presentará el tema (centro de la flor) e invitará a la clase a agruparse según los colores(pétalos de la flor). Siguiendo con el ejemplo :los rojos, anaranjados, verdes, violetas amarillos y celestes.

#### **2do. momento**

Cada grupo reflexionará sobre el tema y sintetizará las ideas registrándolas en un pétalo del color asignado.

#### **3er momento**

Cada grupo expondrá en un plenario sus conclusiones y simultáneamente se construirá una flor en el pizarrón, cuyo centro llevará el tema central.

## **Integrando términos**

¿Qué es?

Se trata de la creación compartida de un concepto a partir de la asociación de términos.

¿Para qué sirve?

Para poner en común el conjunto de ideas que cada uno de los participantes tiene sobre un determinado tema.

¿Cómo se hace?

El docente elegirá un tema- eje que escribirá en la pizarra .

### **1er momento.**

A medida que los participantes ingresen al salón, el docente les entregará cinco o más tarjetas a cada uno. En ellas deberán asociar tema-eje escrito en el pizarrón con otros términos o palabras. Una vez completadas las cinco tarjetas, las depositarán en una urna dispuestas para tal fin.

### **2do momento**

Se formarán grupos de trabajo de 4 o 5 integrantes y el coordinador distribuirá las tarjetas (que previamente ha juntado en mazos evitando repeticiones de términos) entre los grupos.

Cada grupo, y a partir de los términos precisados en las tarjetas deberá definir el tema- eje.

### **3er momento.**



En un plenario, cada grupo presentará su definición del tema-eje.  
Se acordará, a nivel general, un concepto acerca del mismo.

## **Técnica el Bolillero**

¿Qué es?

Es un certamen colectivo de formulación y respuesta de preguntas

¿Para qué sirve?

Para integrar, revisar y profundizar un tema.

¿Cómo se hace?

El docente presentará el tema objeto de la revisión.

### **1er momento.**

Se formarán grupos de 4 o 6 integrantes.

Cada grupo, y en virtud del tema y materiales, formulará preguntas, interrogantes, etc que escribirá en distintos papeles.

Cada grupo presentará las preguntas al coordinador y éste las analizará, eliminando aquéllas y agregando las que crea oportuno.

### **2do momento**

Con la pregunta seleccionada se construirán bolillas, que se depositarán en un bolillero dispuesto a tal fin.

Cada grupo pasará y extraerá una o más bolillas e intentará responder el interrogante que contiene obteniendo, por cada respuesta la correcta, 1 punto, y cada incorrecta menos 1 punto. La actividad finalizará cuando hayan salido las bolillas.

Simultáneamente se llevará un tablero de control con el puntaje de los grupos participantes.

### **3er momento.**

En plenario se plantearán las dudas que persisten sobre el tema, las que pondrán ser explicadas por algunos de los participantes o por el docente coordinador.

## **Técnica; Nos comunicamos por carta.**

¿Qué es?

Una forma de presentación personal y de propuesta de trabajo diferente, por medio del lenguaje escrito

¿Para qué sirve?

Para presentación personal,

Para socializar una propuesta de trabajo.

Para comunicarse, ejercitándose en la expresión escrita.

¿Cómo se hace?

El docente preparará una nota-circular tipo con su presentación como coordinador (de una clase, curso, grado o año) y la propuesta didáctico pedagógica que desarrollará (por qué, para qué, qué, cómo, con qué). Incluirá, además, los mecanismos de evaluación.

1er momento.

A medida que los participantes vayan ingresando al aula, el docente los saludará y les entregará la nota circular (si se cuenta con la lista de asistentes, es importante personalizar la nota con el nombre de los destinatarios): También podrá escribir la carta y la propuesta en un papel afiche y colocarlo en el pizarrón.

2do. momento Los participantes leerán individualmente la nota circular.

Seguidamente, el docente coordinador invitará a los participantes a responder, en forma individual o grupal, con una nota semejante en la que aparezca presentación, propósito, medios con que se cuenta, etcétera.

**3er momento.**

Finalizada la elaboración de la carta y según el número de participantes, se podrá proponer :

- a) Leer las notas en plenario. Esto enriquecerá la propuesta a partir de las sugerencias formuladas por los participantes.
- b) Depositar las respuestas en una urna. El docente las leerá y efectuará una devolución en plenario.

### Cuestionario "Opiniones y creencias"

1.- El Estrés es originado por un virus, bacteria o algún agente contaminante.

Cierto Falso.

2.- El Estrés es hereditario.

Cierto Falso.

3.- El Estrés produce enfermedades digestivas

Cierto Falso.

4.- El estrés es producto de una vida agitada.

Cierto Falso.

5.- El Estrés es una enfermedad que es progresiva y puede alterar al paso de los años el sistema nervioso central.

Cierto Falso.

6.-Si alguien grita, llora sin razón el por que se encuentra estresado.

Cierto Falso.

7.- El comerse las uñas, morderse la boca hasta sangrarse son síntomas característicos del estrés.

Cierto Falso.

## **Técnica Nos comunicamos por carta.**

¿Qué es?

Una forma de presentación personal y de propuesta de trabajo diferente, por medio del lenguaje escrito

¿Para qué sirve?

Para presentación personal,

Para socializar una propuesta de trabajo.

Para comunicarse, ejercitándose en la expresión escrita.

¿Cómo se hace?

El docente preparará una nota-circular tipo con su presentación como coordinador (de una clase, curso, grado o año) y la propuesta didáctica pedagógica que desarrollará (por qué, para qué, qué, cómo, con qué). Incluirá, además, los mecanismos de evaluación.

1er momento.

A medida que los participantes vayan ingresando al aula, el docente los saludará y les entregará la nota circular (si se cuenta con la lista de asistentes, es importante personalizar la nota con el nombre de los destinatarios): También podrá escribir la carta y la propuesta en un papel afiche y colocarlo en el pizarrón.

2do. momento Los participantes leerán individualmente la nota circular.

Seguidamente, el docente coordinador invitará a los participantes a responder, en forma individual o grupal, con una nota semejante en la que aparezca presentación, propósito, medios con que se cuenta, etcétera.

### **3er momento.**

Finalizada la elaboración de la carta y según el número de participantes, se podrá proponer :

- c) Leer las notas en plenario. Esto enriquecerá la propuesta a partir de las sugerencias formuladas por los participantes.
- d) Depositar las respuestas en una urna. El docente las leerá y efectuará una devolución en plenario.

## TÉCNICA LA DISCUSIÓN OBSERVADA

### Descripción de la técnica

Un grupo reducido de alumnos discute sobre un tema sin saber que son observados por sus compañeros, los que a su vez deberán protagonizar otra discusión sabiéndose observados.

### Objetivos

- Aprender a discutir con respecto.
- Tomar conciencia de los distintos roles que se asumen en una discusión
- Iniciarse en el aprendizaje de la coordinación de un grupo.
- Ser capaz de hacer y recibir una crítica sin herir los sentimientos de los demás.
- Aprender a discutir en forma sistemática.

Preparación de la técnica.

Primera parte:

1. Se solicitan de 6 a 9 voluntarios para discutir un tema de interés. Pueden también ser seleccionados los alumnos por el docente.
2. Se sientan en círculos, de tal forma que el resto de sus compañeros puedan ubicarse alrededor y observarlos.
3. Se les pide que se numeren en voz alta con el objeto de que los alumnos que actuarán de observadores puedan identificarlos, sin que los observados se den cuenta.
4. Luego se le encomienda que elijan una persona para que coordine la discusión.
5. Finalmente se les da la siguiente consigna “Elijan entre todos alguna duda del tema que se está tratando en ese momento” sobre el cual les gustaría discutir. Tienen 15 minutos para ello.
6. El resto de los alumnos, sentados alrededor del grupo que discute, actúa como observador. Cada dos o tres



alumnos guía observado una guía propuesta por el docente. El que observa al coordinador sigue una guía especial. ( ver guías al final dela técnica).

7. Terminada la discusión se procede a realizar el análisis de la misma. Se le pregunta a cada uno de los participantes de la discusión, cómo se ha sentido; si les ha gustado la actividad si tuvieron libertad para discutir; si pudieron expresar todo lo que quisieron; si se quedaron con ganas de decir algo, etcétera.
8. Luego cada observador informa lo que registró acerca de la conducta de su observado, el cual, una vez concluido el comentario, podrá justificar su papel en función de la crítica recibida .