



HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO



SECRETARIA DE SALUD
SERVICIOS DE ENFERMERIA
ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA SECRETARIA DE SALUD

“ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE ONCOLOGIA Y PEDIATRÍA DEL HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO EN EL PROCESO DE DUELO ANTE LA PÉRDIDA DE SUS PACIENTES”

T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

CLAUDIA SARAHYT SOLIS HERNÁNDEZ

Asesora: Mtra. en Ciencias: Juana Laura Díaz Hoffay



MEXICO, D.F

MAYO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

MTRA. EN CIENCIAS JUANA LAURA DIAZ HOFFAY

Por ser guía durante la realización de este proyecto tan importante para mi,
por el tiempo brindado y la confianza depositada en mi persona.
Gracias por todo Maestra.

A MIS PROFESORES DE LA CARRERA

Por no dejarme perder en el camino y por brindarme su apoyo.

AL PERSONAL DE ENFERMERIA

Por su colaboración y participación otorgada para el desarrollo de este trabajo

AL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

Por su cálida hospitalidad y por ser mi casa durante 5 años.

Gracias a todas y cada una de las personas que hicieron posible la realización de este proyecto tan importante para mí, tanto en el aspecto personal como profesional, y gracias también a aquellas que me sembraron la inquietud por ser mejor cada día.

DEDICATORIA

A DIOS

Por darme sabiduría para enfrentar los obstáculos interpuestos en mi camino y por permitirme llegar hasta donde he llegado.

A MIS PADRES

Por ser mi guía en este camino tan difícil y por haber sido sabios en mi educación y formación.

Gracias por todo

A MI ABUELITA

Una especial dedicatoria, por brindarme su apoyo moral, por todas las atenciones, por preocuparse por mí, por estar al tanto de mis proyectos aun sin entender por completo. Te quiero mucho abuelita, mil gracias por tu cariño.

A MI FAMILIA

Por el apoyo, la motivación, la paciencia y el cariño brindado durante esta etapa tan importante.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE LA U.M.F.R.R.C

Por hacerme tan ligera la jornada laboral, por su cariño, apoyo y motivación para concluir este proyecto; pero sobre todo por hacerme reír tanto y brindarme su amistad.

A MIS AMIGAS INCONDICIONALES

Por motivarme en los momentos difíciles, por sus palabras de aliento cuando me sentía caer, por compartir momentos tan importantes conmigo y por estar a mi lado siempre que las necesité. Las quiero locas!!!!!!!!!! (Laurita, Mariana, Nadia, Carmen e Ilce).

Gracias a aquellas personas que han dejado huella en mi camino.

Gracias a la vida por permitirme vivir tantas cosas tan bellas.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

MTRO. JOSÉ MANUEL MAYA MORALES

**DIRECTOR DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA
SECRETARIA DE SALUD**

MTRA. EN CIENCIAS. JUANA LAURA DIAZ HOFFAY

ASESORA DE TESIS

L.E.O. MARIA GUADALUPE ESCOBEDO

**COORDINADORA DE SERVICIO SOCIAL DE LA ESCUELA DE
ENFERMERIA DE LA SECRETARIA DE SALUD**

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	3
MARCO TEORICO	

CAPITULO I “GENERALIDADES DE LA MUERTE”

▪ Historia de la muerte.....	5
▪ El culto a los antepasados.....	6
▪ La muerte en México.....	12
▪ La muerte como concepto.....	13
▪ Tipos de muerte.....	14
▪ Porque la muerte de otros le preocupa a la sociedad como al individuo	15
▪ Aprensiones frente a la muerte	16
▪ La muerte en el niño.....	16
▪ La significación de la muerte en el niño.....	17
▪ Imagen que se forma el niño de la muerte.....	17
▪ Reacciones del niño ante la muerte.....	18
▪ La muerte en el adolescente.....	18
▪ La muerte en el adulto.....	19
▪ La significación de la muerte en el adulto.....	19
▪ Variaciones interculturales en la agonía.....	20
▪ La Ley General de Salud en relación a la pérdida de la vida.....	21
▪ Cuidados paliativos a enfermos en fase terminal según la Ley General de Salud.....	22

CAPITULO II “ENFERMERÍA”

▪ Enfermería.....	26
▪ El Profesional de Enfermería	26
▪ Metaparadigma de enfermería.....	27
▪ Roles del Profesional de Enfermería.....	28
▪ La comunicación interpersonal y la relación enfermera – paciente.....	30
▪ Enfermería una profesión de servicio.....	32
▪ Enfermería ante el enfermo terminal	34
▪ Conocimientos sobre el manejo de pacientes terminales.....	35
▪ Disponibilidad de tiempo.....	35
▪ Circunstancias inadecuadas para el cuidado de pacientes terminales....	36
▪ Consentimiento informado.....	37
▪ Circunstancias que afectan su autonomía.....	38

CAPITULO III “DUELO”

▪ El Duelo.....	39
▪ Duelo individual.....	40
▪ Duelo en el sistema familiar.....	41
▪ Las Características del duelo.....	42
▪ Proceso de duelo.....	42
▪ Tipos de duelo.....	43
▪ Etapas del Duelo o el proceso de morir de Kubler Rouss.....	44
▪ La aceptación de la muerte del enfermo terminal en la familia.....	45
▪ Modelo de enfermedades terminales.....	47
▪ Decisiones en la etapa final.....	48
▪ El sendero hacia el morir.....	49
▪ Pena anticipada.....	51
▪ El profesional de enfermería en Duelo.....	52

CAPITULO IV “ENFERMO TERMINAL”

▪ Definición.....	54
▪ Características del enfermo terminal.....	54
▪ Necesidades humanas del Enfermo Terminal.....	55
▪ Concepto de paciente.....	56
▪ Tipos de pacientes.....	56
▪ Paciente oncológico.....	57
▪ Paciente pediátrico oncológico.....	58
▪ Paciente oncológico adulto.....	59
▪ Como responder a las necesidades del Enfermo	59

CAPITULO V “ACTITUDES Y AFRONTAMIENTOS ANTE LA MUERTE”

▪ Actitud.....	61
▪ Componentes de una actitud.....	61
▪ Tipos de actitudes.....	62
▪ Teorías de la actitud.....	63
▪ Actitud del profesional de enfermería frente a los acontecimientos corrientes de la vida.....	64
▪ Afrontamiento.....	64
▪ Teorías del afrontamiento.....	65
▪ Tipos de afrontamientos.....	65

CAPITULO VI “METODOLOGIA DE INVESTIGACION”

▪ Diseño de investigación	
- Justificación.....	68
- Planteamiento del Problema.....	68
- Objetivos.....	69
- Hipótesis.....	69
- Variables	69
- Operacionalidad de las variables.....	70
▪ Diseño Metodológico	
- Tipo de estudio.....	73
- Población	73
- Muestra	73
- Tipo de muestreo.....	73
- Criterios	73
- Modo de recolección de datos.....	73
- Procedimiento.....	74
- Consideraciones éticas.....	74
- Recursos humanos.....	76
- Recursos financieros.....	76
- Análisis de datos.....	77
- Interpretación de datos.....	79
▪ Conclusiones.....	83
▪ Sugerencias	84
▪ Bibliografía.....	85
▪ Anexos	
- Cronograma de actividades.....	92
- Cuestionario.....	93
- Graficas y cuadros.....	97
- Programa	120

RESUMEN DE TESIS

En el transcurso del año 2010, cursando el servicio social en la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, se comienza hacer el protocolo de tesis con el tema "Duelo en enfermería" que es enfocado al personal de enfermería que se encuentra dentro de los servicios de Onco- pediatría y Oncología primer piso.

En donde el objetivo principal es conocer las actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes.

Se enfoco a estos dos servicios ya que se considera que el paciente oncológico es uno en los que el proceso de la enfermedad, el tratamiento y la muerte son mas dolorosos, así también por el tiempo de estancia en que permanece en hospitalización y así se va haciendo una estrecha relación enfermera paciente.

La tesis se comenzó a realizar en el mes de Agosto de 2009 con la elección del tema y sucesivamente se fue avanzando hasta llegar con marco teórico y metodología de la investigación, en el mes de Mayo 2010, se inicio la aplicación de encuestas, las cuales fueron enfocadas a 50 enfermeras dentro de los servicios antes mencionados, en donde las actitudes mostradas al momento de contestar la encuesta y al externar sus dudas del porqué la elección de ese tema fueron de asombro.

Al platicar con cada una de ellas me di cuenta que de alguna manera si tiene repercusiones en su vida personal, la muerte un paciente, pero lo que no sabía era ha que grado, una vez recopiladas cada una de las encuestas y al hacer el vaciado de datos me encontré con que efectivamente, el personal de enfermería se ve afectado por la pérdida de sus pacientes, es importante mencionar que ninguno contestó que éste suceso afecte su vida personal o laboral, sin embargo sí afecta sus emociones en ese momento.

En los resultados se encontró que, una mínima parte del personal ya tomaba terapia psicológica para saber canalizar sus emociones de la mejor manera ante dichos eventos, también la mayoría del personal encuestado apoya la idea de un circulo de salud mental para enfermeras con el fin de realizar catarsis y que se les brinde un psicológico si así lo requieren.

Algo que es importante mencionar, que así como hubo enfermeras con mucha participación con nuestro proyecto, hubo otras con cierta apatía, pero aunque de manera escrita no plasmaron su sentir ante la muerte de un paciente, pudimos constatar que no presentan una adecuada actitud y afrontamiento ante la pérdida de sus pacientes.

Los resultados de la tesis fueron satisfactorios de manera general, el proyecto fue con la finalidad de apoyar al personal de enfermería para que su trato con el paciente vivo o muerto, sea cálido y humano.

El mensaje es claro, la enfermera es la compañera y amiga del paciente en los momentos tal vez, mas difíciles de su vida, él confía en ella, y pone en sus manos su vida e integridad esperando salir bien librado de la dura prueba a la que lo enfrenta la vida, es por ello que la enfermera debe de estar física, mental, psicológica y espiritualmente sana para poder brindar un servicio holístico con el objetivo de que el usuario se integre lo mas rápido posible a su vida cotidiana o de lo contrario despedirse de él y que tenga una muerte tranquila.

INTRODUCCION

La muerte como fenómeno inevitable constituye un poderoso estímulo capaz de afectar actitudes influyendo en la calidad del cuidado y en la vida personal del profesional de enfermería, ya que enfermería lleva implícito el abordaje de la agonía y la muerte en su quehacer diario, pero también la necesidad de recordar que justamente como mujeres u hombres, enfermeras (os), madres o padres de familia, se experimentan diferentes sentimientos, que se deben entender, conocer y manejar, para adoptar la posibilidad de acompañar tanto al paciente como a sus allegados y familiares en el afrontamiento de tan difícil y dolorosa situación.

Sabiendo que estos profesionales son hábiles tanto en el manejo de sofisticados aparatos como en la aplicación de nuevas y complicadas técnicas, pero con frecuencia se sienten impotentes ante la proximidad de la muerte, ese fenómeno hace que se comporten de forma ambigua y que les genere ansiedad.

Por ello la importancia de entender el duelo que vive el personal de enfermería ante la pérdida de sus pacientes y la repercusión que tiene en su vida laboral y personal, se debe hacer énfasis que enfermería es el profesional del equipo de salud que más contacto tiene con el enfermo, ya que dedica su tiempo, preocupación, responsabilidad y conocimientos para cuidar a sus pacientes.

Enfermería es quien llega a conocer y detectar con mayor acierto, las necesidades e inquietudes del enfermo. Su relación es íntima, de contacto físico y emocional.

La relación enfermera - paciente es el "eslabón humano" que enlaza la cadena interminable del complejo manejo del paciente terminal.

Su actitud de constante preocupación por proporcionar bienestar al paciente los coloca en calidad de "salvadores" de una muerte indigna, no son sus conocimientos sobre los avances científicos o su destreza para manejar las técnicas sofisticadas, que día a día aparecen en el mercado de la investigación médica, es más bien, ese comportamiento sutil de comprensión, al alcance de la intuición de cualquier ser humano, lo que los hace indispensables, comportamiento que ayuda a dar una muerte digna al paciente oncológico, ya que este atraviesa por situaciones difíciles.

Las actitudes que toma el personal de enfermería con los pacientes oncológicos son muy específicas del padecimiento, sin embargo enfrentarse con la pérdida de un paciente oncológico pediátrico los lleva a tener actitudes como el desapego, el abandono, la indiferencia, etc., las cuales afectan su estado emocional.

MARCO TEÓRICO

Cada instante de la vida es un paso hacia la muerte.

Pierre Corneille

CAPITULO I

GENERALIDADES DE LA MUERTE

Historia de la Muerte

A través de la historia el tema de la muerte ha estado ligado a las creencias religiosas de los pueblos. Las tumbas del neolítico revelan que eran costumbre dejar utensilios, alimentos; para que los muertos los utilizaran en su vida futura.¹

Más adelante fueron los egipcios² enamorados de la vida quienes concibieron la muerte como una venturosa continuación del vivir terrenal. Durante el imperio antiguo, solo los faraones tenían derecho a participar en el mas allá, pero al llegar el imperio nuevo se hizo extensivo a todos, se preparaban cuidadosamente para la complicada vida de ultratumba, en el cual el muerto estaba al mismo tiempo en el cielo y en la barca de Dios bajo tierra y gozando de los víveres en su tumba.

El muerto tenía que ser juzgado por Osiris³ dios del mundo de las tinieblas, que sopesaba las virtudes y errores

La muerte ha generado veneración, respeto, admiración e incompreensión de cultura en cultura, creando mitos sepulcrales y leyendas místicas a lo largo de la historia. Muerte y vida, dos conceptos aparentemente opuestos, pero lo cierto es que van de la mano, nadie puede vivir sin tener que morir, y así es concebido en muchas culturas de antaño como la mexicana, donde la muerte figura como un puente al más allá y cuyo destino, no está condicionado a los actos de tipo moral, sino de acuerdo al modo y tipo de muerte que se tenía.

La conciencia humana de la muerte no sólo supone conciencia de lo que era inconsciente en el animal, sino también una ruptura en la relación individuo-especie, una premonición de la individualidad con respecto a la especie y una decadencia de la especie con respecto a la individualidad.

La muerte en sentido general se refiere al deceso de un ser vivo; así entendida es que nos dice Sartre⁴ que “la muerte es un simple hecho como el nacimiento”.

¹ Murillo Rodríguez Silvia. La vida a través de la muerte

² NackvDe Emil. Egipto y el próximo oriente en la antigüedad.

³ Cortes Ruiz Efraín. Los días de muertos, una costumbre Mexicana

⁴ Duque Roberto Esteban. Ensayo sobre la muerte.

Cuando la muerte se considera como algo que ocurre a la existencia humana, entonces es posible apreciar varias concepciones acerca de la misma. Así tenemos:

- La muerte como principio de una nueva existencia. Esta es una concepción religiosa, presupone que el alma es inmortal, que en el acto de la muerte se separa el cuerpo para pasar a llevar otro tipo de existencia.
- Algunas religiones orientales consideran la muerte como el retorno al mundo del cual hemos salido; de ahí el "tierra eres y en tierra te convertirás", también la idea del "eterno retorno".
- La muerte entendida como limitación de la existencia, para el existencialista Karl Jaspers ⁵ la muerte es la situación límite, inevitable a todo hombre. En tal sentido es decisiva, esencial, ligada a la naturaleza humana en cuanto tal, signo inequívoco de la finitud.
- La muerte es el problema fundamental del hombre, el solo hecho de tomar conciencia de la muerte basta para engendrar la angustia y caracterizar la existencia humana. La existencia es la vida, más la conciencia de la muerte.

De acuerdo con Iribarren⁶ " los únicos capacitados para hablar de la muerte son los muertos"; pero los muertos nada dicen porque están mudos y delegan en los vivos la pretensión imposible de comprender y definir el gran enigma.

Ya que hablamos un poco de las generalidades de la muerte, también es importante conocer como es que nuestros antepasados le rendían culto a la muerte, por eso a continuación se expone una parte de esta historia.

El culto a los antepasados

El hombre de Neanderthal (60 a 90 mil años) es considerado el primer homo sapiens, el quinto de la clasificación de los homínidos (Australopithecus, Homo-Erectus, Homo-Neanderthal, Homo-Sapiens);⁷ ha dejado testimonios de su espiritualidad y ejemplo de ello lo tenemos en las sepulturas, en estos enterramientos se ha podido observar el cuidado con que se disponía el suelo (cubriéndolo con cantaros), el cadáver (en posición encogida) y las ofrendas. Estas últimas prueban la creencia en una vida de ultratumba que requería la ayuda de los vivos.⁸

Parece ser que la muerte era una realidad que no podía pasar inadvertida para estos hombres del paleolítico dotado cada vez de mayor conciencia.

En los diferentes continentes, los arqueólogos y antropólogos, han encontrado diversos enterramientos, pero no siempre será posible determinar si el

⁵ Karl Jaspers . Philosophy of Existence

⁶ Ibarren Manuel. Los grandes hombres ante la muerte.

⁷.Clasificación de los Hominidos. html.rincondelvago.com/evolucion-de-los-hominidos.html

⁸ Graterol Martin. El problema de la muerte en la comunidad primitiva.

esqueleto descubierto correspondía a una muerte casual acontecida en el lugar del hallazgo o si su situación en ese punto correspondía a una elección deliberada por parte de quienes le sobrevivieron.

Las conclusiones actuales de los investigadores es que el hombre prehistórico no sólo respetaba a sus muertos, sino que, incluso, estaba preocupado por la vida de ultratumba. Parece evidente que, para ellos, la muerte era la entrada a un reino del sueño, del que ignoramos si pensaban que podían despertarse, es decir, si la muerte era un estado transitorio o definitivo. Aunque no se pueda afirmar rotundamente, es muy posible que los alimentos y objetos de sílex, que aparecen junto a los esqueletos con relativa frecuencia, fueron depositados como ofrendas para que el muerto pudiera utilizarlos en el tránsito de un mundo a otro.

El hombre del neolítico continuará con manifestaciones de culto a los muertos, las primeras comunidades neolíticas enterraban cuidadosamente a sus muertos, a quienes ofrendaban muchas veces vasijas con alimentos, pequeños objetos y otras piezas propias de la persona, pero sin excesivas complejidades, en la comunidad primitiva se sabe que el hombre del paleolítico superior fue un creador de formas plásticas, volumétricas, rítmicas y sonoras.⁹

Todos los investigadores que han estudiado el arte de la comunidad primitiva, están de acuerdo en afirmar que dicho arte estuvo al servicio de la sociedad; y que esa práctica es un fenómeno social. El artista mágico hechicero cumplía una función tan importante como el cazador, fabricante o pescador. El arte pictórico era un instrumento de producción, estaba al servicio de la caza y del hombre como totalidad; se fundamentó en principios mágicos, rodeado de misterio y de muerte.

De acuerdo con Hauser¹⁰ : la muerte prueba de que este arte perseguía un efecto mágico y no estético, al menos en su propósito consciente, está en que en estas pinturas los animales se representaban frecuentemente atravesados con lanzas y flechas, o eran atacados con tales armas una vez terminada la obra pictórica. Indudablemente se trata de una muerte en efígie. Y que el arte paleolítico está en conexión con ocasiones mágicas lo prueba, finalmente, la representación de figuras humanas disfrazadas de animales, en la mayoría de las cuales se ejecutan danzas mágico-mímicas.

A partir de estos primeros momentos en la evolución del hombre, demuestran que no hay sociedad humana que no someta sus difuntos a atenciones particulares, cuya función es integrar el fenómeno brutal e inevitable de la muerte y, en cierta forma, negarla. Así se explican las actividades frente a la descomposición del cuerpo y el espanto que suscita.

Hay un esfuerzo por suprimir esta descomposición quemando el cadáver y conservando las cenizas, como por ejemplo, las urnas funerarias de los Zapotecas de México; también Sanoja y Vargas señalan que los indígenas que

⁹ Harrison Jhon. Estudio de las civilizaciones occidentales.

¹⁰ Marc Hauser. La mente moral.

habitaron la actual región costera del Oriente venezolano, las ceremonias funerarias tenían un carácter diferencial en cuanto al rango del individuo; cuando se trataba de caciques o jefes principales, los cadáveres eran desecados al fuego y los huesos pulverizados eran ofrecidos a todos los presentes, mezclados en una bebida fabricada con grasa que había destilado el cadáver durante la cocción (el alimento puede convertirse en el instrumento que ponga al hombre en relación estrecha con lo sagrado: ofrenda a los muertos, a los dioses). Los Koriaks de Siberia dispersaban las cenizas.¹¹

Hoy en día, en La India los familiares del difunto, colocan el cadáver en una pira funeraria; el hijo mayor o el padre inician la ceremonia de la incineración, prenden fuego a la leña con una antorcha y derraman una mezcla aromática de especias e incienso sobre el cuerpo. El chisporroteo de la leña queda ahogado por las voces de los brahmanes, que recitan mantras en sánscrito. Una de estas fórmulas sagradas, traducidas, dice: “Que el alma que nunca muere siga esforzándose por convertirse en parte de la realidad suprema”.

El culto a los antepasados reposa en dos ideas principales: primeramente, la muerte es muy raramente una aniquilación total del ser: el difunto sobrevive de cierta forma en un mundo que le es propio y mantiene, se presenta el caso, relaciones estrechas con los vivos.

Después, esta actitud frente a los muertos se funda en la idea de que el hombre es un elemento de la divinidad, ya que sea hecho a la imagen de Dios, o que haya recibido de la divinidad una entidad espiritual que es su verdadera substancia vital, o que descienda directamente de la divinidad por la cadena de los antepasados y participe de la divinidad, por el milagro de la generación y del nacimiento. Este sentimiento de lazo entre la humanidad y la divinidad lleva lógicamente a ciertas creencias concernientes a las relaciones entre vivos y muertos.

El culto de los antepasados es la más antigua religión practicada por los chinos. La civilización China del hombre de Pekín, enterraba a sus muertos, hecho que los ubica como portadores de la cultura del tipo paleolítico; los chinos en sus primeros tiempos, profesaban un profundo respeto a los mayores, principalmente a los antepasados, a quienes se rendía culto en altares para que los protegieran.

En cambio en el Japón el sintoísmo (religión tradicional del Japón, oficial hasta 1945) concedía una plaza privilegiada a los Kami, o espíritus de los difuntos. Los israelitas de la época primitiva pensaban que sus muertos vivían en el Seol desde donde se interesaban por la suerte de sus hijos y nietos.¹²

Los antiguos egipcios que, como aseguraba Herodoto, fueron “los más religiosos de todos los hombres”, morían preocupados por su comparecencia ante el tribunal de Osiris, con el alegato de su justificación bien aprendido. Nadie como ellos buscaron en los profundos arcanos de la muerte. Rendían culto a las almas de los muertos y no tenían por tales, en el sentido material de

¹¹ Nouschi Mare. Historia del siglo XX, todos los mundos.

¹² Rousseaux André. Panorama de la literatura del siglo XX.

la palabra, mientras sus cuerpos no fuesen destruidos o sus imágenes se perpetuaran en la piedra.

Esto explica el rito de los embalsamamientos por ellos practicados. La profusión de momias y estatuas lo comprueba. Así, pues, los antiguos egipcios, aún después de morir, se resistían a abandonar los espacios vitales de la naturaleza y de lo divino.

Los egipcios consideraban que toda persona tenía tres partes: el cuerpo, el ka y el alma. El cuerpo vivía esta vida como un hecho pasajero. El ka o doble era la fuerza vital que sobrevivía después de la muerte y quedaba en esta vida. El alma se manifestaba en este mundo por los sentimientos y las acciones; era inmortal e inmaterial.

En la muerte del individuo, el alma debía hacer el viaje al más allá para ser juzgada. Era conducida a un tribunal de cuarenta y dos jueces (demonios, constituidos en acusadores del difunto) presidido por Osiris (el dios que, a su vez, fue despojado de la vida), dios de los muertos, y sus acciones pesadas por el dios Anubis (dios de cabeza de perro) en una balanza, el dios Tot se desempeñaba en la función de secretario.

Si no tenía pecados pasaba a gozar de los beneficios del reino de Osiris y ser como los propios. Si los tenía, iba al Duat, lugar donde carecía de libertad.

Antes de dictarse la sentencia, el alma debía justificar ante el tribunal su comportamiento en esta vida, para lo cual le servía el libro de los muertos, conjunto de consejos propios para la actuación en el otro mundo.

Lo mejor del arte egipcio en torno a la vida de la muerte y de los muertos, eran las tumbas reales de los faraones de la primera y segunda dinastía, las pirámides de Gizeh, los Hipogeos, su construcción fue dirigida para conmemorar a los muertos importantes, los escultores egipcios gustaban plasmar en relieve los afanes de los vivos, son frecuentes en sus monumentos funerarios las escenas de faenas cotidianas.¹³

En Grecia, se creía en la inmortalidad del alma, los griegos anteriores a Sócrates y Platón creían que el alma sobrevive a la muerte. Por ejemplo Pitágoras, el famoso matemático del siglo VI a.c, sostenía que el alma es inmortal y que transmigra. Antes de él, Tales de Mileto, el más antiguo filósofo griego conocido, alegó que poseían alma inmortal no sólo los hombres, los animales y las plantas, sino también objetos tales como los imanes, ya que estos pueden mover el hierro.¹⁴

Los antiguos griegos afirmaban que las almas de los muertos cruzaban en barca el río Estigia para entrar en una inmensa región subterránea conocida como el reino de los muertos. Allí las almas eran sometidas a juicio y o bien se las sentenciaba a sufrir tormento en una prisión de murallas altas, o bien se las destinaba a la felicidad absoluta de los campos Eliseos.

¹³ Nack De Emil. Egipto y el próximo oriente en la antigüedad.

¹⁴ Morin Edgar. El hombre y la muerte.

Aunque Epicuro, negaba la existencia de los dioses y rechazaba la creencia en la inmortalidad del alma. Para los griegos las divinidades primigenias de su mitología eran meras abstracciones simbólicas poco o nada personalizadas.

Del Caos original procede el Erebo (tinieblas infernales) y la Noche, de cuya unión amorosa nacen Eter (Cielo) y el Día. El Eter corresponde a la región más limpia, elevada y luminosa del firmamento y debe ser distinguido de Urano, otro cielo fuertemente personal.

También son hijos de Caos: Hipnos (el sueño) la estirpe de los ensueños (Oneiros), la Burla y la Desdicha, así como las divinidades personalizadas: el Engaño, el Concúbito, la Vejez, el Amor, y el Dolor. Pero también son hijos del Caos, Moro, Cer y Thanatos, tres nombres que son casi sinónimos de la muerte. En el arte griego triunfó la forma y el mito, el placer de vivir y la gracia corporal.

Pero no elude la preocupación de la muerte que exterioriza y perpetúa en mármol, piedra y cerámica. Danzan simbólicas las horas en sus relieves; decoran las esteras funerarias cuadros familiares de despedida y en los vasos áticos suelen representarse coros de músicos y plañideras. El mausoleo de Halicarnaso, una de las maravillas del mundo antiguo, es la más alta contribución del arte griego, al par que protesta jerárquica contra la tiranía de la muerte que todo pretende allanarlo.¹⁵

También Roma glorificó en sus arcos triunfales y en sus templos, en sus estatuas, arcos y ternas la tradición que coronan sus tumbas, son el mejor exponente del estoicismo romano pocas veces traducido a inquietud estética, frente a la necesidad de morir. El “ave caesar, morituri te salutant” de los gladiadores cincela en carne mortal una gallarda actitud escultórica ante la muerte.

En el siglo VII a.C., en Irán (o Persia), vivió un profeta llamado Zoroastro, fundador de una forma de adoración que llegó a conocerse como zoroastrismo. Esta era una religión del Imperio Persa, el cual dominaba el mundo antes de que Grecia se convirtiera en una potencia de primer orden.

Las escrituras zoroástricas dicen: “En inmortalidad el alma del justo gozará para siempre de felicidad, pero en tormento el alma del mentiroso sin duda estará”. Y estas leyes ha decretado Ahura-Mazda (que significa “un dios sabio”) en virtud de su autoridad soberana. La enseñanza de la inmortalidad del alma también formaba parte de la religión iraní prezoroástrica. Las tribus antiguas de Irán, por ejemplo, ofrendaban a los muertos alimento y ropa para el beneficio de sus almas en el reino subterráneo.¹⁶

De los Vedas, de la India, se destaca la metempsicosis, que es la transmigración o reencarnación de las almas individuales; afirmaban que el alma no ofrece ningún alivio, porque el alma renace en otro cuerpo; enseñaban

¹⁵ Akou André. Antropología

¹⁶ Salvat Manuel. La prehistoria

que, de acuerdo con la conducta que se había tenido, se podía ascender o descender en la reencarnación. Si se pertenecía a una casta inferior, pero si había mostrado una conducta correcta, se renacía como miembro de una casta superior; por el contrario, si la conducta había sido incorrecta, se volvía a vivir como seres de castas inferiores o aun en animales.

Estas ideas fueron transformando con la aparición: 1ro. Del Jainismo, que pretendía acabar con la idea de la transmigración del alma y destruir así uno de los elementos que, de manera firme, apoyaba al sistema de castas. 2do. El budismo que estableció la negación del alma y afirmó que la pasión es la fuente de todo mal, y que no puede ser satisfecha jamás; recomendaba entonces el control y el total abandono de los deseos. Los budistas rezan “El libro tibetano de los muertos” para que el difunto tenga un mejor nacimiento y pueda liberarse de los límites de la existencia.

Per también en América tenemos que los indígenas que poblaron la cuenca del lago de Tacarigua o Valencia, desarrollaron un modo de vida jerárquico social caracterizado por la construcción de complejos de montículos (funerarios y de habitación), producción de bienes suntuarios dedicados al culto a los muertos. Las etnias indígenas venezolanas precolonial concebían la muerte como un fenómeno no natural sino producido por seres malignos, sobrenaturales, sobre los cuales cabía ejercer el derecho de venganza y castigo por parte de la parentela.¹⁷

Entre los Chaimas era habitual, a la muerte de alguien, consultar al piache quien, para conservar su prestigio se sentía en la obligación de identificar al posible homicida. Esta manera de concebir la muerte era compartida por las etnias del Alto Orinoco (Baribas, Piaroas, entre otras) las cuales atribuían la muerte a brujerías, hechicerías, y maleficios de fuerzas exóticas, enemigos, que en muchos casos atribuían a grupos rivales. De allí que a la llegada de los españoles las enfermedades de las cuales eran portadores, las atribuyeron a los espíritus malignos que habitaban en ellos.

Este concepto, tan firmemente arraigado, en Maquiritares, Macos, Piaroas y Mapoyos, los llevó a evitar a todo trance mezclar su sangre con la de los colonizadores, en las etnias del Alto Orinoco como los Betoyes y Tamanacos, practicaban el infanticidio en casos de deformidad o en parto gemelar.

Las prácticas eutanásicas se ubican en algunas etnias como los Maquiritari, Panares, Mapoyos y Piaroas solían matar a los miembros de la comunidad en estado de enfermedad incurable. Otras etnias practicaban actos menos agresivos que consistían en abandonar a los enfermos a su suerte, dejándoles en algunos casos, alimentos, armas y bebidas.¹⁸

Como pudimos darnos cuenta, la muerte a través de la historia ha ido cambiando según el lugar, la religión, la cultura, etc.; pero ahora que conocimos un poco más de este tema, nos daremos cuenta como se vive la muerte en México actualmente.

¹⁷ Vargas Arena Iraida. Arqueología, Ciencia y Sociedad.

¹⁸ Vázquez Héctor. El estructuralismo, el pensamiento salvaje y la muerte.

La muerte en México

La muerte ha generado veneración, respeto, admiración e incompreensión de cultura en cultura, creando mitos sepulcrales y leyendas místicas a lo largo de la historia. Muerte y vida, dos conceptos aparentemente opuestos, pero lo cierto es que van de la mano, nadie puede vivir sin tener que morir, y así es concebido en muchas culturas de antaño como la mexicana,¹⁹ donde la muerte figura como un puente al más allá y cuyo destino, no está condicionado a los actos de tipo moral, sino de acuerdo al modo y tipo de muerte que se tenía.

En la historia de México, la ofrenda de muertos funciona como un lazo cultural que conjunta los valores prehispánicos a los valores cristianos, introducidos por los frailes de las órdenes regulares, en una mezcla que hasta el momento conserva sus características primordiales.

Pero a pesar de la herencia cultural de los antiguos pueblos, en México ha evolucionado el sentido de la muerte. El mexicano ríe de este fenómeno inevitable a través de su ingenio y creatividad, y es ahí donde se establece una distinción de los países mesoamericanos en relación con otras culturas europeas

Es decir en México las calaveras, el pan de muerto, los esqueletos de papel, los juguetes funerarios, figuras de cartón vestidas de papel negro con cabezas de garbanzo que sostienen pequeños ataúdes, configuran esa creatividad de la que hablamos, haciéndola única y original del pueblo mexicano. En época de la Revolución, las calaveras políticas, tuvieron un auge importante, ya que sirvieron de crítica política hacia figuras importantes o emblemáticas.

El primer altar en México se efectuó en la Hacienda de Clavería por Fray Sebastián Aparicio, bautizándolo con el nombre de “fieles difuntos” y para cristianizarla, colocó una cruz de veladoras encendidas y una cruz confeccionada con pétalos de cempazúchitl; Las ofrendas en la actualidad configuran un rito respetuoso que las familias mexicanas preparan para recordar a los que se han ido, y que según la creencia, regresan para gozar lo que en vida más disfrutaban.

Por esta razón los altares reúnen un gran colorido que debe agradar al visitante del más allá, el mexicano refleja el miedo a la muerte a través de burlas y juegos, sin embargo, no deja de existir un respeto hacia la muerte, y hay quienes piensan que ríe de ella porque sabe que no es el fin... es simplemente una entrada a lo místico y desconocido, a un mundo inevitable como la misma muerte.²⁰

La peculiar forma que tenemos los Mexicanos de ver la muerte, es única; por ello debemos tener claro su concepto, y a continuación lo conoceremos.

¹⁹ Cortes Ruiz Efraín. Los días de muertos, una costumbre Mexicana.

²⁰ Fomegra Jaramillo Isa. De cara a la muerte.

La muerte como concepto

El concepto de muerte varía según las diferentes culturas y épocas, en las culturas occidentales, la muerte se ha considerado tradicionalmente como la separación del alma del cuerpo. En esta creencia la esencia del ser humano es ser independiente de las propiedades debido a que el alma carece de manifestación corpórea, su partida no puede ser vista o lo que es lo mismo se determina objetivamente. De aquí que en esta creencia se ha determinado el cese de la respiración como signo de muerte.²¹

En la actualidad, se cree que la muerte se produce cuando las funciones vitales se detienen, sin embargo, este punto de vista ha sido puesto en duda, debido a que en los avances médicos se ha hecho posible que se mantenga la respiración y la función cardíaca por medios artificiales por ello, el concepto de muerte cerebral; ha ganado gran aceptación incluso durante los últimos años este concepto se ha puesto en tela de juicio, ya que la persona puede perder toda capacidad para ejercer su actividad mental superior y sin embargo mantener las funciones cerebrales inferiores

Entonces la muerte es la abolición definitiva y permanente de las funciones vitales de un organismo, es decir, ausencia de circulación, desaparición de funciones cognitivas y neurológicas así como de la respiración espontánea.

"La muerte, al igual que el nacimiento, son fenómenos naturales, inherentes a la condición humana, que comparte aspectos, biológicos, sociales, culturales, así como psicológico-emocionales, y quizás, ellos sean dos de los acontecimientos que mayor impacto emocional generan, tanto en la propia persona, como en sus redes de contactos sociales íntimos en quienes los atienden, aunque ambos son de valencia emocional opuesta y la respuesta social es también antagónica.²²

En este sentido, la muerte o el proceso de morir, genera un amplio conjunto de actitudes y emociones de variada intensidad. Además se señala que entre las respuestas emocionales más frecuentes que encierra la muerte se encuentran la ansiedad, el miedo y la depresión, tanto en el paciente, familia y personal de salud y entre ellos al personal de enfermería.

La muerte ocurre a diario en la práctica del profesional de enfermería, es un evento único y muy difícil de afrontar a pesar de su profesionalismo, ya que tratan con seres humanos y en su quehacer diario se enfrenta a diferentes tipos de muertes como se mencionan a continuación.

²¹ Busquets X. Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir.

²² Kubler Rouss Elizabeth. La muerte, un amanecer.

Tipos de muerte

La muerte puede definirse en varias dimensiones de la vida como son; sociales, psicológicas, biológicas, fisiológicas, naturales, súbitas, esperada, violenta, celular o somática.

La muerte es vista de distinta manera dependiendo de donde se pare el espectador o bien la forma o características como se define el proceso de la misma, por eso existen varios tipos de muerte como son:²³

- La Muerte social: Muerte simbólica del paciente producto de los cambios en el estilo de vida derivados de la enfermedad. La reducción de la capacidad funcional suele interferir con los patrones usuales del trabajo y recreación limitando las oportunidades del trabajo social.
- La Muerte psicológica: Es la supresión de determinados aspectos de la personalidad del individuo en fase terminal, entre las causas incluye la pérdida de autonomía, cambios precipitados por enfermedad y medicación.
- La Muerte Fisiológica: Ocurre cuando todos los órganos vitales dejan de funcionar .
- La Muerte Biológica Pérdida total y permanente de las respuestas a estímulos externos, ausencia de automatismo cardiorespiratorio y un trazo isoelectrico de la actividad del cerebro.
- La Muerte Jurídica: El fin de la personalidad jurídica con la imposibilidad de participar en situaciones legales.

También puede clasificarse la muerte por la manera de morir como:

- La Muerte Natural: Aquella originada por una patología que no es de causa violenta consecutiva a una enfermedad aguda o crónica que lleva al individuo al deceso.
- La Muerte súbita: Es cuando una persona en aparente estado de salud adecuado, la muerte ocurre inesperadamente originando sospechas del tipo homicidio, suicidio, accidental o enfermedad aguda.
- La Muerte Esperada: Es la que se presenta en los casos de patología previa de causa conocida y con evolución progresiva fatal.
- La Muerte Violenta: Es la que se presenta en los casos en que una persona con o sin patología previa, le sucede a causa de un traumatismo o por agente lesionar, accidental, homicida o suicida y que le origina la muerte

²³ www.slideshare.net/.../tanatologia-muerte-y-duelo.

inmediata o como consecuencia de dicha agresión estableciéndose la relación de causa – efecto.

- La Muerte Somática: Es la detención irreversible de las funciones vitales del individuo, en conjunto.
- La Muerte Celular: Es el cese de la vida en los diferentes grupos celulares que componen el organismo.

La muerte de un ser humano podría ser vista como un fracaso profesional de los servicios de salud, por lo que la frase “el personal de salud no hizo lo suficiente para salvarle la vida a esta persona”, he aquí la gran responsabilidad que se le ha asignado a los servicios de salud.

Para la medicina existen dos tipos de muerte una que ocurre tempranamente y otra que ocurre a tiempo.²⁴

En la primera es donde el quehacer del profesional de salud, ha de centrarse en el deber de luchar contra la muerte, es el cumplimiento de su misión antitanasica, su misión de salvar vidas.

En la segunda a la que con frecuencia se encuentra como muerte natural, es la muerte que se sucede en las cercanías de la esperanza de la vida como consecuencias de una enfermedad que lleva al deceso a quien la sufre.

La muerte puede ser tipificada de acuerdo al modo de ocurrencia como súbita o anunciada.

- Súbita: Cuando ocurre un infarto o se presenta un trauma (accidente automovilístico, laboral o lesión bélica)
- Anunciada: Cuando aparece una causa o enfermedad que sabemos llevara en corto tiempo a la muerte de la persona.

Ya conocimos los tipos de muerte y de que consta cada una, pero también es importante saber en que incumbe este tema a la sociedad.

Porque la muerte de otros le preocupa tanto a la sociedad como al individuo.

La muerte de otro nos descompone porque cuestiona lo que vivimos en lo inmediato; amores, lazos, trabajo, eficacia y valor de nuestra obra, unidad personal, estabilidad de nuestras ganancias, equilibrio físico y mental, etc. Este sendero asegurador por el que nos hemos encaminado, que hemos construido,

²⁴ www.scribd.com/.../muertes-y-definiciones-tanatologia

elaborado y amado, se estremece frente a la muerte. Nos traslada a la única certeza de que algún día será nuestra alternativa.

Si fríamente y sin aprensiones aceptamos ver la muerte de otro, de cara, nos vemos forzados por el hecho mismo, a aceptar nuestra propia muerte; pero ahora conoceremos como son esas aprensiones que ponen los seres humanos frente a la muerte.²⁵

Aprensiones frente a la muerte

Cuando nos preguntamos sobre nuestras aprensiones frente a la muerte descubrimos que se refiere a esa fuerza de destrucción física que no podemos evitar, a ese poder de la realidad biológica.

El cuerpo se cosifica al perder individualidad. Tenemos así mismo la soledad frente a lo desconocido, la dirección por la que nos aventuramos solos, sin la compañía de nuestros seres queridos. El dolor nos da miedo, lo mismo que la prolongación de la enfermedad a causa, muchas veces, de la incomodidad que puede suponer para la familia. Otros sentimientos pueden añadirsele:

- La insatisfacción de una vida mal llevada, pero demasiado tarde ya para recomponer.
- La culpabilidad: difícilmente nos perdonamos haber obrado de esta manera o de la otra.
- La inseguridad: tenemos ansiedad de estar rodeados por nuestros familiares; en estos momentos el abandono es siempre temible.

Cualquiera que sea nuestro temor frente a esta etapa de nuestra vida, lo cierto es que está íntimamente entrelazado con nuestras aprensiones frente a una vida cortísima.²⁶

Ahora vamos a ver como este tema de la muerte impacta en las diferentes edades.

La muerte en el niño

Uno de los retos en la vida de una persona es el acercarse a un niño que está muriendo y hablar con él o ella sobre su situación y cómo la está viviendo, es tener una idea general sobre qué es lo que nos podemos encontrar sobre lo que este niño o niña piensa o se imagina sobre la muerte.

En primer lugar se tiene que estar conscientes de que el concepto de muerte es algo que se va construyendo a partir de los bloques o ladrillos que la familia y la cultura particulares de cada quien le va aportando, pero que este proceso

²⁵ Nieto Cardoso Ezequiel. El arte de morir, el arte de vivir.

²⁶ Sábado J. Tomás. Ansiedad ante la muerte.

de construcción depende también de las herramientas cognitivas que el niño va desarrollando en su proceso de crecimiento y desarrollo psicológico.²⁷

Pero lo más importante será, luego de entender lo anterior, tratar de conocer el punto de vista del niño que estamos atendiendo.

Por ello es imprescindible un acercamiento profundo, mediante la comunicación abierta, pero no está de sobra el revisar los conceptos que han surgido de la investigación en este campo, acerca de qué es lo que los niños piensan respecto de la muerte, para así poder entender mejor qué es lo que piensan y sienten.

La significación de la muerte en el niño

La civilización nos ha alejado cada vez más de la naturaleza y se ha hecho más urbana. Antes, un niño percibía la significación natural de la muerte de los seres vivos: plantas, animales y hombres. Entre familias numerosas no era raro que el niño tuviera ocasión de ver morir a un hermano, a una hermana, un gatito o un perrito. La mortalidad infantil, más elevada hace treinta años, formaba parte de la realidad de la vida. Hoy los tiempos han cambiado. Vivimos más tiempo y con más comodidades y se ha hecho más difícil a los padres hablar a sus hijos de las grandes realidades de la vida.²⁸

Es por eso que a continuación veremos que imagen se forma el niño a cerca de la muerte.

Imagen que se forma el niño de la muerte

La imagen que el niño se hace de la muerte varía con la edad y el desarrollo.

- En el niño de menos de cuatro años se representa la muerte como un sueño. Es incapaz a esta edad de saber abstraer. Le resulta difícil hacerse una imagen de la muerte.
- Hacia los cuatro o cinco años comienza a vivir la angustia de la separación. La madre que lleva a su hija a una guardería o a una maternidad tiene a veces derecho a una pequeña crisis por esta primera separación. El niño tiene conciencia de esta separación; en cierto modo es el final de la relación del bebé y pasa a otra etapa en la que tendrá que ser más autónomo. Comienza a vivir otras relaciones; tiene que aceptar que debe avanzar.
- Hacia los siete u ocho años el niño necesita fantasía y hasta llegará a jugar con la idea de la muerte. El fusil le fascina como juguete y le encantan las historias de fantasmas, le gusta jugar a la muerte con estos pequeños compañeros.
- Hacia los diez u once años el niño está preparado para ser consciente de que la muerte es universal e irreversible. Pero, según la educación que haya recibido, tendrá mayor o menos carácter

²⁷ Paul Swartz. Psicología en el estudio de la conducta.

²⁸ Nieto Cardozo Ezequiel. El arte de morir, el arte de vivir.

dramático en la medida que le vea como una liberación para acceder a un mundo mejor.²⁹

Reacciones del niño ante la muerte

Algunas reacciones del niño ante la muerte es el llanto y se insiste sobre la importancia de dejar llorar al niño si siente esa necesidad. No hace falta que el niño rechace sus emociones, porque podrían aparecer mas tarde en formas mucho mas graves.

Sino se siente la necesidad de derramar lágrimas, debe sentirse libre de no expresar su tristeza. Si comprendemos las reacciones del niño, sabremos respetarle en lo que vive. El niño puede tener diferentes reacciones entre las que podemos encontrar las siguientes:

- Negar
- Inquietarse
- Culparse
- Ser celosos
- Callarse
- Presentar enuresis
- Problemas escolares
- Problemas de conducta, entre otros.

Ahora que conocimos cuales son las posibles reacciones del niño ante la muerte, damos un gran brinco hacia la muerte en el adolescente.

La muerte en el adolescente

El adolescente a diferencia del niño acepta que la muerte es inevitable y el final de todo; no obstante la ve como algo lejano y que a él no le atañe. Sin lugar a dudas: el grado de desarrollo, el tipo y maduración de la personalidad, las experiencias vitales y el nivel de comunicación pueden influir decisivamente en la configuración en la actitud del adolescente ante la muerte.

Formadas ya las actitudes ante la muerte, no son ya un pensamiento aislado. El adolescente coordina los componentes que delimitan la configuración de la muerte y el morir.

La relación existente entre la preocupación ante la muerte y la percepción del futuro personal se manifiesta en que los adolescentes y las adolescentes no tienen interés por los temas relacionados con la muerte, conciben su futuro como lejano.

²⁹ Jean Piaget. Psicología del niño.

La muerte y sus consecuencias personales, en cambio, les preocupa; la razón es que con ello explayan su sentido narcisista. Entre el nivel de autoestima y la ansiedad ante la muerte poseen una relación negativa.

Cuando se tiene un miedo saludable a la muerte, ello puede conducir a valorar en mucho la vida.³⁰ Pero cuando se mira la muerte con ansiedad puede seguirse comportamientos inadaptados y amenazas abiertas o encubiertas contra la vida. En cambio al adulto maneja este tema de diferente manera, el cual conoceremos a continuación.

La muerte en el adulto

La muerte esta llena de tabúes, de la cual se evita pensar con demasiada frecuencia por lo que el hombre la considera ajena a el, pero al mismo tiempo con un temor universal al percibirla cerca de el mismo o de algún familiar, por ambas razones se convierte en un tema difícil de hablar, ya que involucra ideología y emociones. Esto es, porque a medida que se vive, se tiende a pensar que la vida es infinita y que el final es algo abstracto, algo que le sucede a otras personas, y probablemente porque al pensar en ella no se sabe como y cuando sucederá, pero la mayoría de la gente espera morir cuando ya ha vivido y cumplido el ciclo de vida.³¹

Todo esto lleva a cada persona a crearse conceptos de muerte con base en diversos factores:

Pero cada adulto la concibe y enfrenta de manera personal y familiar, de acuerdo a las experiencias previas, así como su ideología, creencias y personalidad. También el concepto dependerá del género y de la etapa en desarrollo en que se encuentre la persona por ejemplo, el adolescente o adulto, perciben la muerte como algo imposible pues se han creado un plan de vida.

Cada persona reaccionará dependiendo del nivel psicosocial, económico y cultural, así como de la posición en que este viviendo la pérdida, por ejemplo, un adulto que sabe, que va a morir a corto plazo por causa de alguna enfermedad terminal, puede presentar los mismos síntomas psicológicos pero reaccionar diferente a como lo hacen los familiares que están acompañándolo en la última fase de su vida; sin embargo cuando el enfermo es un niño, la reacción de los padres y familiares será diferente por el concepto en cuanto al rol que ocupa un pequeño en la familia. Sin embargo, no deja de ser importante conocer cuál es el sentir del adulto, ante la muerte.

La significación de la muerte en el adulto

El hombre se pregunta siempre sobre el misterio de la muerte, que constituye la piedra angular de todas las religiones y de todas las filosofías. El hombre se distingue de los otros seres vivos por su capacidad de concebir el futuro y

³⁰ Tanatología. Alfonso García. tanatologia.org/adolescentes.html

³¹ Paul Swartz. Psicología el estudio de la conducta.

comprender el carácter ineludible de la muerte. Cada uno de nosotros tiene su manera de acomodarse a su propia muerte.

Todos nuestros juicios, todas nuestras creencias sobre la muerte se basan en un descubrimiento previo del mundo. Una persona que ama la vida y que está preocupada de su salud rehusará algunas imprudencias para prolongar su existencia. Se adhiere a intereses y mediante ellos se niega a desaparecer: porque se pregunta qué será de su familia, de sus bienes, de sus iniciativas.³²

Aceptará riesgos controlados. El hecho de morir aparece como una ruptura con el mundo. El cuerpo sirve de vehículo al mundo físico de las actividades y la exteriorización de la realidad personal. Pero también en el adulto hay un gran impacto en la agonía, la cual se define con variaciones interculturales.

Variaciones interculturales en la agonía

Se identifican cuatro tipos de patrones de comunicación entre los pacientes que agonizan y los profesionales de la salud.

1. Conciencia oculta: El profesional de la salud esta consiente de la condición de la persona que no le revela esta información
2. Conciencia con sospecha: El profesional de la salud esta consiente de la condición del sujeto y este sospecha de un pronóstico adverso. El paciente desea saber la verdad y al mismo tiempo la evita.
3. Conciencia con pretensión mutua: El profesional y el paciente esta consientes de la gravedad de la enfermedad pero fingen lo contrario
4. Conciencia manifiesta: El profesional y el paciente comparten conocimientos, información, pensamientos y sentimientos acerca de la fase terminal de la enfermedad.

El papel del personal de salud y del entorno contribuye muchas veces al aislamiento del enfermo terminal. En algunos lugares, todo se desarrolla como si la muerte no tuviera sitio en el hospital. Se procura por todos los medios mantener en olvido esta realidad o, al menos, empequeñecerla.

La muerte es un tema del que no hay que tratar. No queremos hablar de ella. Y si las circunstancias nos obligan a hacerlo, lo hacemos con dificultad y torpeza. Procuramos desviar la conversación o dar ánimos al enfermo.³³

Procuramos también ocultar la muerte a los niños. Se le considera como una enemiga terrorífica. Esta concepción de la muerte nos hace impotentes para responder a las verdaderas necesidades del enfermo. Como personal de salud,

³² Nieto Cardoso Ezequiel. El arte de morir, el arte de vivir.

³³ Reyes Zubiria Luis. Tanatología.

es importante conocer lo relativo a la pérdida de la vida bajo el régimen legislativo por ello, el siguiente tema.

La Ley General de Salud en relación a la pérdida de la vida

Tenemos en el título decimocuarto, que trata sobre donación, trasplantes y pérdida de la vida y ante dicho título, nos refiere que en el Capítulo IV sobre pérdida de la vida en:

Artículo 343. Para efectos de este título, la pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible.

La muerte encefálica se determina cuando se verifican los siguientes signos:

- I. Ausencia completa y permanente de conciencia;
- II. Ausencia permanente de respiración espontánea, y
- III. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Artículo 344. Los signos clínicos de la muerte encefálica deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

- I. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica, corroborado por un médico especialista;
- II. Cualquier otro estudio de gabinete que demuestre en forma documental la ausencia permanente de flujo encefálico arterial.

Artículo 345. No existirá impedimento alguno para que a solicitud y con la autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario o la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescindan de los medios artificiales cuando se presente la muerte encefálica comprobada y se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere el artículo 343.³⁴

También es importante saber como la legislación mexicana aborda el tema de cuidados paliativos, y a continuación se presenta algún título de la ley.

³⁴ <http://www.info.juridicos.unam.mx>

Cuidados Paliativos a Enfermos en Fase Terminal según la Ley General de Salud

En el Título octavo bis de Los cuidados paliativos a los enfermos en situación terminal, tenemos que es importante para el personal de salud, ya que varios párrafos, como del 1 al 9 se refieren a su quehacer diario, así esto tenemos que en el Capítulo 1 que habla de las Disposiciones comunes en el Artículo 166 bis 1. Para los efectos de este título, se entenderá por:

I. Enfermedad en estado terminal. A todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses;

II. Cuidados básicos. La higiene, alimentación e hidratación, y en su caso el manejo de la vía aérea permeable;

III. Cuidados paliativos. Es el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;

IV. Enfermo en situación terminal. Es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses;

V. Obstinación terapéutica. La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;

VI. Medios extraordinarios. Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;

VII. Medios ordinarios. Los que son útiles para conservar la vida del enfermo en situación terminal o para curarlo y que no constituyen, para el una carga grave o desproporcionada a los beneficios que se pueden obtener;

VIII. Muerte natural. El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual; y

IX. Tratamiento del dolor. Todas aquellas medidas proporcionadas por el personal de la salud, orientadas a reducir los sufrimientos físico y emocional producto de una enfermedad terminal, destinadas a mejorar la calidad de vida.

Es decir, los derechos del paciente se encuentran asentados en el Artículo 166 bis 2.

En donde corresponde al sistema nacional de salud garantizar el pleno, libre e informado ejercicio de los derechos que señalan esta ley y demás ordenamientos aplicables, a los enfermos en situación terminal.

Artículo 166 bis 3. Los pacientes enfermos en situación terminal tienen los siguientes derechos:

- I. Recibir atención médica integral;
- II. Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica;
- III. Dejar voluntariamente la institución de salud en que este hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables;
- IV. Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida;
- V. Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca;
- VI. Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;
- VII. Solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor;
- VIII. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario;
- IX. Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular;
- X. Designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, este impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación;
- XI. A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite el, su familia, representante legal o persona de su confianza; y
- XII. Los demás que las leyes señalen.

En el Artículo 166 bis 4 dice que, toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible

manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento.

Para que sea válida la disposición de voluntad referida en el párrafo anterior, deberá apegarse a lo dispuesto en la presente ley y demás disposiciones aplicables, es decir, se habla de la voluntad anticipada del paciente.

En el Artículo 166 bis 5 dice que el paciente en situación terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y como consecuencia al inicio de tratamiento estrictamente paliativo en la forma y términos previstos en esta ley.

En el Artículo 166 bis 6 dice que la suspensión voluntaria del tratamiento curativo supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad terminal del paciente y el inicio de tratamientos enfocados de manera exclusiva a la disminución del dolor o malestar del paciente.

En este caso, el médico especialista en el padecimiento del paciente terminal interrumpe, suspende o no inicia el tratamiento, la administración de medicamentos, el uso de instrumentos o cualquier procedimiento que contribuya a la prolongación de la vida del paciente en situación terminal dejando que su padecimiento evolucione naturalmente.

En el Artículo 166 bis 7. El paciente en situación terminal que este recibiendo los cuidados paliativos, podrá solicitar recibir nuevamente el tratamiento curativo, ratificando su decisión por escrito ante el personal médico correspondiente

En el Artículo 166 bis 8. Si el enfermo en situación terminal es menor de edad, o se encuentra incapacitado para expresar su voluntad, las decisiones derivadas de los derechos señalados en este título, serán asumidos por los padres o el tutor y a falta de estos por su representante legal, persona de su confianza mayor de edad o juez de conformidad con las disposiciones aplicables.

En el Artículo 166 bis 9. Los cuidados paliativos se proporcionarán desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad, por el médico especialista.

En el Artículo 166 bis 10. Los familiares del enfermo en situación terminal tienen la obligación de respetar la decisión que de manera voluntaria tome el enfermo en los términos de este título.

En el Artículo 166 bis 11. En casos de urgencia médica, y que exista incapacidad del enfermo en situación terminal para expresar su consentimiento, y en ausencia de familiares, representante legal, tutor o persona de confianza, la decisión de aplicar un procedimiento médico quirúrgico o tratamiento necesario, será tomada por el médico especialista y/o por el comité de bioética de la institución.

En el Artículo 166 bis 12. Todos los documentos a que se refiere este título se regirán de acuerdo a lo que se establezca en el reglamento y demás disposiciones aplicables.³⁵

Es decir, el personal de salud y sobre todo los enfermos, necesitan conocer y no ignorar lo legislativo sobre su práctica profesional, ya que al enfermo en fase terminal requiere de cuidados paliativos los cuales debe conocer, pero también tiene derechos que al tener noción de ellos pueden facilitar el proceso de su enfermedad.

Y ya que hemos abordado el tema de la muerte, abordaremos otro de los puntos importantes en este tema, ya que enfermería es uno de los objetos de estudio en este trabajo, por ello dedico el siguiente capítulo a este profesional de salud.

³⁵ [http://. www.info.juridicos.unam.mx](http://www.info.juridicos.unam.mx)

*La pasión de vuestro trabajo muestra esa vocación,
una vocación que nace, crece y florece dándonos a nosotros el
alivio y una gran bendición.*

Marcelo L.C.

CAPITULO II

ENFERMERÍA

La enfermería es la ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual, desde sus orígenes era considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común.

Las actividades que enfermería realiza para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería.³⁶

La enfermería es, hoy, una disciplina compleja del área de salud, con un gran impacto social que, constantemente, aumenta sus funciones para satisfacer las necesidades que impone el cuidado de la salud en un mundo en cambio. Como tal ciencia cuenta con principios propios, pero por su carácter de profesión vinculante debe nutrirse de los conocimientos alcanzados por las ciencias médicas, a su vez sustentadas por avances en biología, sociología y psicología.

De esta forma, enfermería se caracteriza por poseer una sólida formación teórica y práctica que le permite un desempeño altamente calificado en sus funciones asistencial, docente, gestora e investigadora, por eso es importante conocer como se desenvuelve este profesional de la salud.

Profesional de enfermería

El profesional de enfermería desempeñan roles estratégicos en el proceso del crecimiento del individuo y su desarrollo, ayudando a éste en su lucha con los problemas con su salud, es elemento esencial en la planificación comunitaria de los servicios de salud pública.

Maneja la conducta de los individuos y los grupos en situaciones de stress que tienen que ver con la salud, la enfermedad y las crisis, y ayudan a que la gente se enfrente a cambios en sus actividades diarias, la meta de enfermería, es

³⁶ Brunner Lilian. Manual de Enfermería.

conservar y restaurar la salud y si ello no es posible que el individuo fallezca con dignidad.³⁷

La interacción se describe como actos humanos relacionados con acciones humanas; percepción, comunicación y transición son características que definen a las interacciones independientemente de sus conceptos y definiciones individuales. Pero también se deben tener presentes los conceptos de enfermería, persona, salud y entorno, ya que conforman el metaparadigma de enfermería, y a continuación se describe cada uno.

Metaparadigma de Enfermería

Enfermería

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un individuo.

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

La salud puede verse afectada por factores:

Físicos: aire, temperatura, sol, etc.

Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo

³⁷ Revista. Desarrollo científico de enfermería.

anhela el estado de independencia .Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana. ³⁸

El profesional de enfermería requiere trabajar de manera independiente con otros miembros del equipo de salud. Las funciones del profesional de enfermería son independientes de las del médico, pero utiliza el plan de cuidados de este para proporcionar el cuidado al paciente. Pero a parte de esto, el profesional de enfermería se desenvuelve en otros roles que le permiten ser o actuar de diferente forma en su área laboral, y entre ellos se encuentran los siguientes.

Roles del Profesional de Enfermería

Los siguientes roles son maneras de describir las actividades del profesional de enfermería en la práctica y en la vida diaria, sin embargo en la actualidad los roles no van aislados, ya que pueden coincidir varios roles.

Enfermería puede actuar como intercesor del cliente, así como portador de afecto, interlocutor, maestro (a) o consejero (a), y aparecer como gente de cambio y líder.

- ❖ Sustituta (o): Compensa lo que le falta al paciente, es decir siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, la enfermera es un sustituto de sus carencias debido a la falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- ❖ Ayudante: Establece las intervenciones clínicas, además que, en los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- ❖ Compañera (o): Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, sin embargo los cuidados incluyen conocimientos y sensibilidad hacia lo que es importante para los pacientes. El rol del cuidador, es el rol de las relaciones humanas.
- ❖ Maestra (o): Funciona mediante un proceso de influencia dinámica entre el profesor y uno o más aprendices, en el cual se consiguen objetivos específicos de aprendizaje o cambios de conducta deseados, sobre todo porque hoy existe un nuevo interés por la promoción y mantenimiento de la salud en el tratamiento, como resultado, la gente quiere y pide mas conocimientos.
- ❖ Consejera (o): El asesoramiento es el proceso de ayudar a un paciente a reconocer y hacer frente a problemas estresantes desde el punto de vista psicológico o social, para desarrollar y mejorar las relaciones interpersonales y proporcionar el crecimiento adulto, esto Implica apoyo

³⁸ Rosales Barrera Susana. Fundamentos de enfermería.

emocional, intelectual y psicológico; la enfermera se concentrará en ayudar al individuo a desarrollar nuevas actitudes, sentimientos y conductas mas que a estimular su desarrollo intelectual.

- ❖ Agente de cambio: En los cuidados de enfermería, un componente esencial es el fenómeno de cambios. Usando el proceso de enfermería, la enfermera ayuda al cliente a proponer, cumplir y mantener los cambios que promueven la salud del cliente.

Existen tres características de un agente de cambio:

- 1.- La habilidad de aceptar riesgos
- 2.- Una promesa de la eficacia del cambio
- 3.- Un conocimiento comprensible de enfermería

- ❖ Líder: El rol de liderazgo puede ser aplicado en diferentes niveles: individual, familiar, grupos de clientes, colegas de profesión o toda la sociedad.
El liderazgo en enfermería se define como un proceso de influencia interpersonal a través del cual le ayuda para establecer y lograr metas, y así mejorar su bienestar.
- ❖ Investigador (a): ya que enfermería aparecerá en la sociedad como una profesión socialmente importante, fiable, científica y aprendida, con el compromiso de aportar cuidados de alta calidad al paciente, entonces la investigación es una necesidad.³⁹

En la vida diaria el personal de enfermería también desempeña roles diferentes, los cuales modifican de cierta forma nuestra manera de enfrentar ciertos procesos y estos pueden ser:

- Madre o Padre de familia
- Esposa (o)
- Hija (o)
- Hermana (o)

En los cuales, se involucran diferentes sentimientos y diferentes maneras de ver la vida.

Por todo lo antes definido sobre el papel del profesional de enfermería debemos tomar en cuenta, que algo que no debe faltar en ellos, es la comunicación enfermera (o) con su paciente o enfermo terminal, la cual se describe a continuación.

³⁹ Brunner Lilian. Manual de la enfermera.

La comunicación interpersonal en la relación Enfermera – Paciente

El o la enfermera requiere de competitividad profesional, múltiples habilidades y relación armónica enfermera- paciente; por tanto, es muy importante que tome en cuenta que a diario transmite un impacto personal mediante su comunicación. En el caso de la comunicación interpersonal esto significa conectarse con otra persona en un nivel emocional, y no solo en un nivel intelectual.

En el caso específico de la relación enfermera- paciente, es algo como:

*“A veces, de tanto ver cosas se olvida de mirar y de tanto oír voces y ruidos diferentes se le olvida escucharlos”.*⁴⁰

Hoy en día, con solo observar a los pacientes se puede dar cuenta que – en muchas ocasiones – el hospital resulta un lugar hostil, de soledad, le infunde temor, miedo y, por ende necesidad imperante de comunicarse con los demás.

En este sentido, la enfermera es un punto fundamental en la recuperación de salud del mismo quien, al sentirse mas confiado, puede colaborar mas efectivamente en su recuperación o bien aceptar en mejor forma su enfermedad o su proceso de morir.⁴¹

La relación enfermera-persona enferma o sana es una especie de vínculo que se establece entre dos o más seres humanos, que han determinado su mutuo acuerdo, e interdependencia: la enfermera, proveedora de cuidados, administradora de tratamientos, compañera y confidente que intentará proporcionar confort, tranquilidad, comprensión, escuchará atentamente las vicisitudes, inquietudes y emociones del enfermo y de sus familiares sobre el problema de salud y de aquellas problemáticas que están alrededor de ella, intentará ponerse en su lugar para comprenderlo y atenderlo mucho mejor, convocando cuando considere necesaria la participación de otros profesionales; y por otro lado, el enfermo o persona sana, aquel que intenta colocar su problema de salud y su humanidad bajo el cuidado del profesional de la salud, en busca de mejores soluciones y alivio de su malestar, que espera ser escuchado, comprendido u orientado.

Es aquí donde la ética en enfermería se plantea el desenvolvimiento de los cuidados cotidianos al paciente, no los grandes dilemas; cuestiones tan aparentemente banales como llamar a un paciente por su nombre, tratarle de usted o llamar a su puerta antes de entrar en la habitación, y no son estas normas de cortesía, sino el mínimo y necesario respeto por aquel que ha acudido solicitando nuestra ayuda profesional, sin que por ello pierda su identidad o su derecho a la intimidad.

⁴⁰ Enfermería, profesión y humanismo. www.nursite.com.ar/phpBB2/viewtopic.php?t=111

⁴¹ Revista de enfermería IMSS. Experiencia en la práctica.

Fue de gran importancia conocer la relación enfermera (o)- paciente, como lo es también la percepción que tiene ante su muerte y la muerte de otros.

La percepción que tiene el profesional de enfermería ante su muerte y del morir del otro es importante para el propio personal de salud como persona, ya que atiende a otro ser humano pero en este caso, enfermo y no por obligación sino por humanismo.⁴²

La muerte es un acontecimiento personal y único por lo que la imagen que nos hacemos de nuestro morir es una imagen a la que la mayor parte no nos gusta mirar de frente porque no lo aceptamos, tendemos a sufrirla no a acogerla.

Morir es un hecho que acontece, para explicar este hecho, la persona religiosa echará mano de las luces de su fe; si son cristianos, es Cristo resucitado su referencia. Sea cual sea el sistema de referencias, será siempre un sistema de referencias tomado de la vida.

La muerte por tanto, se nos impone, dispone ella de nosotros; combatirla ha tenido siempre sus límites, llega un día en que es preciso encararla.

A menudo olvidamos la definición de Virginia Henderson, "La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte".

El o la enfermera es la profesional del equipo de salud, que mas contacto tiene con el enfermo. Dedicar su tiempo, su preocupación, su responsabilidad y sus conocimientos para cuidar a sus pacientes.

La enfermera (o) es la persona que llega a conocer y detectar con mayor acierto las necesidades e inquietudes del enfermo y sobre todo del enfermo terminal, su relación es íntima, de contacto físico y emocional.

La relación enfermera (o) - paciente es el "eslabón humano" que enlaza la cadena interminable del complejo manejo del paciente terminal. Su actitud de constante preocupación por proporcionar bienestar al paciente; la coloca en calidad de "salvador (a)" de una muerte indigna.

Es su compromiso humano el aspecto sobresaliente que imprime el respeto a su vida profesional.

No son sus conocimientos sobre los avances científicos o su destreza para manejar las técnicas sofisticadas, que día a día aparecen en el mercado de la investigación médica, es más bien, ese comportamiento sutil de comprensión, al alcance de la intuición de cualquier ser humano, lo que la hace indispensable.

Es una combinación de conocimientos científicos con un interés personal acerca del acto de agonizar y morir. Una mezcla de "agua y aceite", entre la

⁴² www.compendiodenfermeria.com/la-clave-de-la-relacion-enfermera-paciente

aplicación fría de un tratamiento científico y el complejo e intenso manejo de los aspectos humanos.

El acercamiento a la muerte genera emociones y sentimientos de difícil manejo, la enfermera (o) puede verse involucrada (o) en un conflicto moral, cuando se compromete con la voluntad del enfermo.

Comprender la situación del paciente que atraviesa una agonía indigna, invadida de dolor tanto emocional como físico, puede despertar en la enfermera inquietudes, ansiedades e impotencia. El hecho de involucrarse con el paciente en fase terminal, fuerza a la enfermera (o) a considerar su propia mortalidad, aumentando sus temores personales sobre la muerte, sin embargo no debe olvidar su papel como profesión de servicio.

Enfermería es una profesión de servicio

La profesión de enfermería, a través de la historia, se ha caracterizado por la capacidad para responder a los cambios que la sociedad ha ido experimentando y en consecuencia, a las necesidades de cuidado que la población y el sistema de salud han ido demandando. Stewart en 1925:⁴³ “corazón, manos y cabeza- alma, habilidad y ciencia, se fueron uniendo firmemente para asentar los poderosos cimientos de la enfermería moderna”, cimientos que hoy la profesión concibe como aspectos ético- legales, científico- técnicos y prácticos.

Todas las profesiones tienen muchas cosas en común, sirven para algo, pero no todas sirven a alguien, entendiendo siempre que ese alguien se refiere al ser como individuo, con sus componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales.

La enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio para ello debe desarrollar y fortalecer actitudes, aptitudes y valores que involucran al ser y que deben acompañar su hacer; esperándose así, un enfermera (o) reflexivo, crítico, comprometido, humanista, solidario, respetuosos, honesto, creativo, participativo y responsable para atender a las personas en un sistema de atención en salud que trata de atender las necesidades de los pacientes y sus familias.

Puede verse afectada (o) y en las cuales no pueden responder de forma autónoma o promoviendo la salud y previniendo la enfermedad de los individuos sanos, con el tiempo la enfermería ha ido consolidando el objeto, su hacer- el cuidado- a través del desarrollo del arte, la ciencia y la tecnología.

El profesional de enfermería tiene, dentro de sus funciones, la de ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo rodean;

⁴³ Barney, J. Stewart: *L. P. M.: The End of the Great War*

se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo con el necesitado, pero surge la inquietud de conocer cuan preparado está este profesional acerca de la muerte y de las actitudes que adoptan ante ella, siguiendo en esta línea, otros autores señalan que los profesionales de enfermería no están exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera la muerte y el trabajo con enfermos moribundos.⁴⁴

Para todo ser humano, presenciar una muerte ocasiona una experiencia extraña, única y muy personal aunque poco frecuente, pero se ha observado que para el profesional de enfermería es una experiencia más frecuente ya que la muerte, en la actualidad, se ha institucionalizado, se prefiere una muerte en un hospital más que en el hogar.

Esta institucionalización de la muerte hace que el profesional de enfermería tenga una importante participación de este proceso, tanto con el paciente en fase terminal como con sus familias; se hace partícipe todo el equipo de salud, pero los enfermeros son quienes tienen una participación más directa, ya que son quienes satisfacen las necesidades inmediatas de estos pacientes.

Varios autores señalan que "cada persona experimenta su propio proceso de morir como único e irreversible y, por tanto, no hay una única forma de vivir y experimentar la muerte, por lo que un primer paso en la mejoría de la formación de los profesionales de la salud en general y de enfermería en particular, consistiría en conocer las propias actitudes y emociones hacia la propia muerte y hacia la muerte de los demás".

Se hace necesario, entonces, comprender el concepto de "actitudes". Un autor refiere que "las actitudes son el motor que organiza, dirige y regula las disposiciones a la acción del individuo, son la antesala directa de la conducta manifiesta. Al conocerlas, controlarlas y operar sobre ellas se puede intervenir y orientar la acción humana o, al menos, pronosticar con certeza su dirección, lo que es uno de los caros anhelos de las ciencias sociales".

Teniendo presentes los argumentos anteriores, es evidente que para prestar la mejor atención posible al paciente en situación de enfermedad avanzada y terminal y a sus familiares, es necesaria una formación específica en enfermería, en los aspectos vinculados con la muerte, la enfermedad terminal, el duelo y los cuidados paliativos, tanto en su formación de pregrado como durante su desempeño profesional. El conocer las actitudes del profesional de enfermería ante la muerte reviste gran importancia por la forma en como éstas influyen en la relación interpersonal y atención de enfermería con enfermos terminales y familiares.

En la actualidad, la mayoría de los fallecimientos se producen en hospitales o en instituciones asistenciales, dando lugar al desplazamiento institucional de la muerte y como se señala "los avances técnico-asistenciales, el aumento de la profesionalidad y la especialización en el cuidado de los enfermos en situación terminal, han posibilitado esta realidad".

⁴⁴ Revista. Desarrollo científico de enfermería.

En el medio hospitalario se desconoce si existen instancias de apoyo para los profesionales de enfermería que se enfrentan a la muerte en su cotidiano quehacer, entonces muchas veces surgen sentimientos de miedo, angustia o de evitación al tema y esto se puede traducir en una pobre atención de los pacientes en fase terminal.

Se afirma que los y las enfermeras requieren de apoyo en salud mental para proporcionar el cuidado a estos pacientes, ya que esta experiencia resulta sumamente estresante y el sistema de apoyo que ella o el reciba puede proporcionarlo un programa estructurado de guía para brindar un mejor cuidado al enfermo, sobre todo con los pacientes en fase terminal, es por eso que mencionaré como se comporta enfermería ante este tipo de pacientes.⁴⁵

Enfermería ante el enfermo terminal

Enfermería es el profesional del equipo de salud, que más contacto tiene con el enfermo. Dedicar su tiempo, su preocupación, su responsabilidad y sus conocimientos para cuidar a sus pacientes.

La enfermera(o) es la persona que llega a conocer y detectar con mayor acierto, las necesidades e inquietudes del enfermo terminal, su relación es íntima, de contacto físico y emocional.

La relación enfermera(o) - paciente es el "eslabón humano" que enlaza la cadena interminable del complejo manejo del paciente terminal o en fase terminal. Su actitud de constante preocupación por proporcionar bienestar al paciente; lo coloca en calidad de "salvador" de una muerte indigna. Es su compromiso humano el aspecto sobresaliente que imprime el respeto a su vida profesional.

No son sus conocimientos sobre los avances científicos o su destreza para manejar las técnicas sofisticadas, que día a día aparecen en el mercado de la investigación médica. Es más bien, ese comportamiento sutil de comprensión, al alcance de la intuición de cualquier ser humano, lo que la hace indispensable.⁴⁶

Es una combinación de conocimientos científicos con un interés personal acerca del acto de agonizar y morir. Una mezcla de "agua y aceite", entre la aplicación fría de un tratamiento científico y el complejo e intenso manejo de los aspectos humanos.

Así lo expresa el escritor Jorge Orgaz: "Humanismo significa en el fondo estar imbuido de un sentimiento inteligente de los intereses humanos. El humanismo importa porque forma al hombre y el médico (enfermera) deben ser humanos sobre todo".⁴⁷ Para analizar la relación enfermera - paciente, tendré en cuenta los siguientes aspectos que influyen en el comportamiento de la enfermera:

⁴⁵ Tejada A. Actitud de profesionales de enfermería.

⁴⁶ Revista Nursing. Cuidados al paciente moribundo.

⁴⁷ Orgaz Jorge. Humanismo profesional.

Conocimientos sobre el manejo de los pacientes terminales

Las universidades que otorgan diplomas para acreditar la carrera profesional de enfermería, no incluyen en su currículo académico los conocimientos sobre manejo del paciente terminal. No consideran primordial el estudio de la tanatología ni la enseñanza profunda de los cuidados paliativos.

Los estudiantes de enfermería, sobresalen en sus conocimientos acerca del paciente recuperable y rehabilitable. La filosofía académica está basada en prepararlos esencialmente en el manejo de una medicina curable y triunfalista. Es decir, el paciente terminal es un tema de rechazo, impregnado de ignorancia, que carece de sustentación académica. Los universitarios no han aprendido ni debatido durante la carrera, sobre el complejo tema del manejo de la agonía y finalmente de la muerte. No tienen un criterio formado para actuar proporcionalmente de acuerdo con sus conocimientos científicos y psicológicos, con la seguridad y el profesionalismo indispensable para el cuidado del paciente en estado terminal, en donde uno de los factores importantes para brindar un cuidado adecuado es la disponibilidad del tiempo.

Disponibilidad de tiempo

La enfermera(o) encamina sus actividades a los compromisos administrativos y burocráticos que cubran las necesidades económicas institucionales; tiene que cumplir con un sinnúmero de funciones administrativas que la disipan de su acercamiento humano con el enfermo.

Su disponibilidad de tiempo es mínima y generalmente escuchan al paciente con poca intención de comunicarse profundamente con él. Sus metas son cumplir con una serie de procedimientos profesionales para luego llenar los formularios que acreditan el cuidado legalmente reconocido por la institución hospitalaria. La práctica de enfermería está centrada en el manejo adecuado de las instrucciones y formulaciones médico - científicas. En ocasiones la enfermera sobresaliente en el cumplimiento profesional de sus funciones, es aquella que practica los procedimientos de enfermería al "pie de la letra", coincidiendo con las técnicas y órdenes médico - hospitalarias.

El tiempo dedicado a la comprensión y comunicación con el paciente, no se valora ni se estimula y tiende a malgastarse porque carece de planeación. Los momentos libres son valiosos para el personal de enfermería, cuando éste pretende disiparse del conflicto humano permanente que genera el sufrimiento de los pacientes y familiares en los ámbitos de la muerte.⁴⁸

La negación de la muerte, primera defensa psicológica frente al dolor, es el común denominador de esta actitud de la enfermera, como de cualquier otra persona. Sin embargo, si al personal de enfermería se le valorara por su aporte humano de comprensión con el enfermo, tanto sería su crecimiento interior personal, como efectivo para lograr un buen manejo del sufrimiento en el paciente

⁴⁸ Coller R. Fontanals. Atención al enfermo terminal.

terminal. Cícely Sanders⁴⁹ al respecto dice: "El tiempo no es una cuestión de longitud, es una cuestión de profundidad". Es muy importante saber que el personal de salud cae a menudo en ciertas circunstancias inadecuadas como son:

1. A los enfermos terminales no se los cuida en los lugares adecuados, generalmente son hospitalizados en los pabellones o unidades de medicina interna, donde se entremezclan absurdamente con enfermos curables o en estados crónicos, cuyo manejo difiere sustancialmente.

Otros son ubicados en cuidado intensivo, donde la enfermera dedica su tiempo al cuidado del "aparataje" y la tecnología avanzada que invaden al paciente. Su contacto físico se limita a mover el cuerpo del enfermo ya sea para evitarle las escaras, bañarlo o manipular algún tubo o sonda que tenga introducido.⁵⁰

Las personas que laboran en Cuidado Intensivo se notan aceleradas y sobrecargadas de trabajo, deben cumplir con sus funciones a "contra reloj" para evitar la muerte de los pacientes en estado crítico.

2. La participación de la enfermera en el equipo de salud es limitada. El médico sigue siendo el único manipulador de la información. Es él quien comunica, según su criterio, el diagnóstico, pronóstico y tratamientos al paciente; toma la mayoría de las decisiones acerca del manejo de la enfermedad, que influyen directamente en la calidad y cantidad de vida del enfermo. Algunas veces desatiende el dolor, la angustia y el sufrimiento del enfermo terminal, porque dedica su atención a supervisar los tratamientos que le generarán un triunfo ante la muerte, además de un sustancioso aporte económico en algunos casos.

En parte, esta actitud médica prohíbe a la enfermera informar o aconsejar al enfermo y familiares respecto al desarrollo de su patología. Quizás su percepción acerca del estado del enfermo interfiere en la toma de sus decisiones, difiriendo estas de las programadas por los médicos. La actitud participativa de la enfermera puede influir en la voluntad del paciente. Así mismo, si su actitud es pasiva, impide que ella contribuya a otorgar el derecho que tiene toda persona de hacer uso de su autonomía, con el consentimiento informado o bien en la voluntad anticipada.

Su comportamiento profesional sigue siendo distante. Prevalece en la enfermera esa posición profesional insinuada por el cuerpo médico, de cumplir a cabalidad sus órdenes y formulaciones. Como si su función fuese ante todo, ser una servidora incondicional y una ciega cumplidora de una serie de protocolos preestablecidos.

Generalmente no se tienen en cuenta sus criterios, basados con acierto en las experiencias diarias y en la observación constante del estado físico y anímico de sus pacientes.

⁴⁹ La enfermera ante el paciente moribundo. www.encolombia.com/.../enfermeria5302-enfermera.htm

⁵⁰ González Marco A. Paciente en estado crítico.

3. El acercamiento a la muerte genera emociones y sentimientos de difícil manejo, la enfermera puede verse involucrada en un conflicto moral, cuando se compromete con la voluntad del enfermo. Comprender la situación del paciente que atraviesa una agonía indigna, invadida de dolor tanto emocional como físico, puede despertar en la enfermera inquietudes, ansiedades e impotencia.

El hecho de involucrarse con el enfermo terminal y en fase terminal, fuerza a la enfermera a considerar su propia mortalidad, aumentando sus temores personales sobre la muerte. Es necesario contar con un grupo de apoyo de salud mental, que le permita a ella ventilar estos sentimientos. Su serenidad, criterio ético y madurez ante la muerte, son abono para el aporte humano que le brinda al enfermo terminal y en fase terminal.⁵¹

Los siguientes factores influyen en el comportamiento del paciente:

Los componentes que influyen en el bienestar personal de enfermo terminal y en fase terminal son los siguientes:

1. Físicos: movilidad, comunicación, actividad, grado de alerta. El deterioro físico influye en su capacidad de comunicación y en su grado de independencia para cumplir con sus actividades diarias. Los estados de somnolencia, incoherencia, agotamiento e inconsciencia aíslan e incomunican a los pacientes.

2. Sociales: apoyo del grupo familiar, de amigos y del equipo de salud.

3. Psicológicos: depresión, angustia y múltiples temores ante la muerte; actitud ante la enfermedad.

4. Nivel de comodidad: presencia de síntomas que interfieran en su bienestar.

5. Grado de dolor: dolor físico que abarca la atención del paciente. Sufrimiento que incluye el dolor más su interpretación emocional, muchas veces invadida de ansiedad.⁵²

Y por todos estos cambios que sufre el paciente, es importante como profesionales, estar protegidos legalmente, en este caso con el consentimiento informado, así como sus derechos y obligaciones como pacientes.

Consentimiento informado

El derecho del paciente a conocer el proceso de su enfermedad, el diagnóstico, el pronóstico y los beneficios o perjuicios de los tratamientos propuestos. Los enfermos terminales no son informados periódicamente acerca de su enfermedad; requerimiento indispensable para poder tomar decisiones.

⁵¹ <http://cuidadosenenfermedadesternales.blogspot.com/2008/02/losprofesionalesdeenfermeria.htm>

⁵² Coller J. Fontanals. Atención al enfermo terminal.

Teniendo en cuenta que son los pacientes quienes demandan la verdad o quienes evitan conocerla, esto no exime a los trabajadores de la salud en su responsabilidad de transmitir sus conocimientos e inquietudes acerca del manejo de su enfermedad.

Cada persona con enfermedad terminal tiene un tiempo y una circunstancia específica que le permite digerir su mortalidad. Pero también viven diferentes circunstancias las cuales les afectan mucho más que a una persona sana, por ello las menciono a continuación.⁵³

Circunstancias que afectan su autonomía

El enfermo en fase terminal y en estado terminal se encuentra en estados de debilitamiento extremo, acompañados de depresión o ansiedad, dificultan la comprensión del paciente, lugares inadecuados, que no guardan un silencio respetuoso, espacios visualmente fríos, poco acogedores, que contribuyen a una comunicación poco profunda y confiable.

Personal de salud que actúa precipitadamente, carente de tiempo, dedicación y contacto emocional con el enfermo insuficiente, actitud que lo aísla en su realidad y lo lleva a sentirse desprotegido.

La avalancha de procedimientos científicos que incontrolablemente invaden al enfermo, lo convierten en un títere de la escena médica, su voluntad no tiene validez ante la intención salvadora y triunfalista de los protagonistas, el enfermo terminal entra al "torbellino de la tecnología" con o sin conocimiento de su destino y de su probable fallecimiento indigno.⁵⁴

Finalmente considero que la relación enfermera - paciente seguirá siendo un matrimonio de intereses mutuos; los unirá los lazos de comprensión humana, que contribuyen a apaciguar los aspectos dolorosos de un cuerpo en desintegración por una enfermedad irreversible, solo así, podremos asegurar que la agonía con sus crueldades implícitas, podrá ser más soportable si la enfermera asume su íntima relación de comprensión.

Además de conocer todas estas circunstancias que afectan al enfermo terminal, es importante reconocer y saber que vivirán un proceso llamado duelo, el cual será diferente en cada persona, por ello es importante tener un poco más de conocimiento acerca de este tema, al cual se dedica el siguiente capítulo.

⁵³ www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derpriv/.../dtr3.pdf

⁵⁴ www.buenastareas.com/.../cuidados-al-paciente-moribundo/0

“Solo sanamos de un dolor cuando lo padecemos plenamente.”

Will Rogers

CAPITULO III

DUELO

El Duelo es una reacción normal a la pérdida de un ser amado o una abstracción equivalente.⁵⁵ Es una experiencia de carácter universal, que forma parte natural de la existencia.

Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales con intensidad y duración variables en proporción a la dimensión y significado de la pérdida y en principio no requiere uso de psicofármacos ni intervenciones psicológicas.

El cuidado de los que van a morir y de los muertos, que fue una vez un aspecto común de la vida familiar, ahora se ha convertido en una actividad de profesionales. La gente muere en los hospitales y las funerarias preparan sus cuerpos. Se habla poco de muerte.

Freud establece 2 objetivos en la elaboración del duelo:

- retiro de la libido invertida en el objeto y
- su sana reinversión posterior en otro objeto.

Proceso de cambio caracterizado por circulación de emociones dentro del sistema familiar:

- más intenso mientras más apego haya existido con lo perdido
- duelo familiar se trenza con el proceso de duelo individual.

En la familia funciona en "modo de pérdida" y esto se evidencia por:

-Aspectos biológicos: aflojamiento de sistemas autónomos, desregulación sistema noradrenérgico, que se traduce en un aumento del nivel de angustia.

El contacto entre los sobrevivientes permite ir regulando el sistema de alerta a través de la expresión de los afectos en la palabra y el gesto compartido.⁵⁶

-Aspectos relacionales: si hay cambios en el mundo externo, corresponde hacer otros en el mundo interno.
El cómo se vive la pérdida es el duelo subjetivo de la familia.

⁵⁵ Reyes Zubiria Luis Alfonso. Tanatología.

⁵⁶ Conrad Joseph. Duelo.

El bienestar puede recobrase sin la presencia física ni representaciones constantes del familiar fallecido.

La pérdida de un familiar no es sólo en el nivel de espacio-tiempo que ocupa un organismo, sino que también de los significados asignados a esta biología.

Se pierde una red de relaciones que enlaza la trama familiar, que la sostiene y la mantiene siendo la misma.

Las relaciones familiares se despliegan en el "mito" (historia que vive y cuenta la familia acerca de sí misma, unión de realidad y fantasía), y el duelo lo atraviesa portando el sufrimiento. En un duelo complicado la familia retarda el cambio histórico que la pérdida convoca, recurriendo para esto a modificaciones transgresoras del bienestar. Existen diferentes duelos como son:

Duelo individual

Se describen en 3 fases

1.- Fase inicial o de evitación. Reacción normal y terapéutica, surge como defensa masiva del psiquismo, que perdura hasta que el Yo consiga asimilar gradualmente el golpe. Shock e incredulidad, incluso negación. Dura horas, semanas o meses. Es impactante e increíble y puede proteger al doliente de reacciones intensas. Como la certeza de la pérdida los inunda, la etapa inicial da paso a un sentimiento arrollador de tristeza, el cual se expresa con llanto frecuente. Inicia el proceso de duelo en el poder ver el cuerpo, lo que oficializa la realidad de la muerte es el entierro o funeral, que cumple varias funciones, entre ellas la de separar al muerto de los vivos.

2.- Fase aguda de duelo. Puede durar 6 meses o más, existe dolor agudo por la separación, desinterés por el mundo, preocupación por la imagen del muerto, incluso seudo-alucinaciones, actitudes contrarias en las posesiones del muerto (se mantienen o se hacen desaparecer), la rabia emerge suscitando angustia y frecuentemente se desplaza hacia varios destinos.

Estas sensaciones disminuyen con el tiempo, pero pueden repetirse en ocasiones como los aniversarios, trabajo penoso de deshacer los lazos que continúan el vínculo con la persona amada y reconocer la ambivalencia de toda relación (aspectos positivos y negativos).todas las actividades del doliente pierden significado en esta fase.

3.- Resolución del duelo. Fase final, gradual reconexión con la vida diaria, la estabilización de altibajos de etapa anterior. Energía psicológica ya está liberada y lista para reinvertirla, cuando los recuerdos de la persona desaparecida traen sentimientos cariñosos, mezclados con tristeza, en lugar del dolor agudo y la nostalgia, muchos sobrevivientes se sienten fortalecidos y orgullosos de haberse recuperados.

Se describen 4 tareas para completar el duelo:

- Aceptar la realidad de la pérdida, "tu ser querido no va a regresar", hablar, visitar el cementerio, etc., ayuda poco a poco.
- Experimentar la realidad de la pérdida, sentir el dolor y todas sus emociones.
- Adaptarse a un ambiente en el cual falta el que murió, aprender a vivir sin esa persona y a tomar decisiones solo y
- Retirar la energía emocional y reinvertirla en nuevas relaciones, centrarse en la vida y en los vivos.⁵⁷

Ya conocimos como se vive ese proceso individualmente, pero también es de suma importancia saber cómo es que se vive en el sistema familiar, para ello revisaremos:

Duelo en el Sistema Familiar

Se establece que el duelo transita por 2 estadios posibles:

1.- Desorganización: irrupción de afectos (etapas de shock, negación y rabia) hace que se de paso a una renegociación de sistemas relacionales.

2.- Organización del sistema: comienza cuando la certeza de la pérdida hace posibles nuevas realidades relacionales. Importante también es la red social que mantiene la familia. El profesional de salud puede formar parte de esta red.

En nuestra cultura de paso rápido y de negación, se espera que los sobrevivientes sean valientes, supriman el miedo y tengan éxito en los asuntos de la vida, aunque los sentimientos de la pérdida hieran profundamente.

Las culturas tradicionales ayudan a las personas a sobrellevar la aflicción (hecho objetivo de la pérdida, cambio de estado del sobreviviente) y el dolor en forma estructurada, a través de ritos de luto (comportamiento que asumen los dolientes y la comunidad después de una defunción) que son universalmente entendidos y tienen significados aceptados, no así en la nuestra en que las viejas costumbres caen en desuso y los afligidos pierden apoyos valiosos para superar su pena (respuesta emocional de la persona afligida que puede expresarse de distintas maneras, desde la ira hasta el sentimiento de desolación).⁵⁸

Necesitamos ser capaces de aceptar la eventual cercanía de la muerte de aquellos a quienes amamos, como también darnos cuenta de que nuestro tiempo en esta tierra es limitado.

⁵⁷ Rojas Posada Santiago. El manejo del duelo.

⁵⁸ Tizón García Jorge. Pérdida, pena y duelo: vivencia, investigación y asistencia.

La familia buscará un lugar dentro de la mitología para alojar a sus muertos. Si esto no ocurre, entonces uno de los miembros o varios se harán cargo de corporizar el rol previamente asignado, como si la familia temiera a la desorganización, a la novedad y se mantuviera en una sola creencia relacional. Si el muerto sigue siendo un punto de referencia, entonces está vivo. El terror al cambio, que necesariamente pasa por una desorganización angustiante, mantiene sin salida el proceso. Es necesario el caos antes de hallar un nuevo orden.

Anticiparle a la familia la resolución, hacerlos crear un espacio para el cambio en la imaginación, que haga en la fantasía lo que luego será realidad, es una tarea de relación, personal de salud-paciente-familia.

Las características de duelo son:

- ❖ Individual: no puede ser vivido por dos personas, sino que cada doliente tiene su propio proceso y lo debe elaborar el mismo.
- ❖ Único: cada proceso es diferente, hay tantos procesos de duelo como pérdidas.
- ❖ Temporal: el proceso de duelo requiere tiempo.
- ❖ Activo: no es un tiempo pasivo, de espera, sino que implica una acción de parte del doliente.
- ❖ Proceso: implica una serie de etapas y es algo no permanente. El duelo es un proceso que tiene término pero también regresiones, deja una marca ya no provoca dolor ni requiere atención, pero de alguna manera se lleva por siempre. Es un error pensar que al término se olvide la pérdida o el sufrimiento vivido ya que la cicatriz que deja perdura por siempre.⁵⁹

Proceso de Duelo

Es la reacción emocional y del comportamiento que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe, es una respuesta adaptativa normal que suele producirse en el contexto de la muerte de un ser querido, como reacción ante la pérdida de una persona amada o de alguna abstracción que ha ocupado el lugar de aquella.

No existe una respuesta disponible a la pregunta ¿en qué momento se ha terminado un duelo?, por lo que debe considerarse que es imprescindible haber completado las diferentes etapas hasta llegar al restablecimiento emocional. No obstante, hay estudios en los que se asienta que después de cumplir 12 meses se piensa que el duelo es patológico, si persiste y la persona no logra superarlo, se debe intervenir para lograr la resolución del mismo.

⁵⁹ Reyes Zubiria Luis Alfonso. Tanatología

Entre los diferentes procesos de duelo que tienen que enfrentarse, el más doloroso se refiere a la finitud de la vida propia y la de los seres queridos, a medida que transcurre la vida se tiene un contacto más directo y más frecuente con la muerte, cada vez más cercana. Cuando mueren familiares y amigos, sobre todo si son aproximadamente a la edad de la persona, su pérdida nos enfrenta a nuestra propia realidad y futuro inexorable. Pero no todos los procesos de duelo son iguales, por ello menciono a continuación los tipos de duelo que se pueden vivir, recordando también, que estamos tratando con personas y que cada una es única e irreplicable y puede afectar de diferentes formas, es decir, pueden vivir diferentes tipos de duelos.⁶⁰

Tipos de duelo

- a) Duelo normal: la familia elabora el quien se ha perdido, el que se ha perdido, en el sentido de los significados y el cómo recuperar lo recuperable. Evoluciona naturalmente y sólo hay que asistirlo en el nivel I de intervención.
- b) Duelo bloqueado: puede aparecer en las diferentes etapas del duelo, entre la desorganización y la organización, con áreas de rigideces. la negación a la realidad de la pérdida, la evitación del trabajo de duelo, el bloqueo emocional-cognitivo se manifiesta a través de conductas, percepciones ilusorias, síntomas somáticos o mentales o relacionales, la intervención se realiza en una consulta diferida, habiendo sido pesquisado en la consulta regular (nivel II).

La palabra que guía: enlaza, las conductas o patologías con el duelo familiar. Volverlos a la realidad de la pérdida los hace retomar el curso normativo del proceso. útil el uso de genograma o entrevista circular, para recoger mitos o zonas de rigidez o asuntos no resueltos.

- c) Duelo complicado: pensar ante la aparición de síntomas o conductas de riesgo sostenidas en el tiempo y de intensidad riesgosas para la salud dentro de un contexto de pérdida. La información de la muerte en la familia es un evento psicossomático suficiente para realizar una evaluación del proceso y diagnosticar alteraciones del mismo. la familia puede consultar a través de uno de sus miembros.

La palabra que guía: circular (mover), desarticular los niveles de entendimiento buscando otras formas de entender la muerte y la historia familiar a la luz de esta pérdida (nivel III), supone destrezas y diseño de intervención en crisis.

- d) Duelo patológico: la persistencia o intensidad de los síntomas ha llevado a alguno de los miembros de la familia, o a varios, a detener la vida

⁶⁰ www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/proceso_duelo.pdf

laboral, relacional, académica, orgánica. En estos casos la derivación a especialista es la medida a realizar, la que se debe manejar como un proceso también.⁶¹

Etapas del Duelo o el proceso de morir de Kübler-Ross

Etapas del proceso de la muerte, a Elisabeth Kübler-Ross,⁶² una psiquiatra que trabaja con personas en fase terminal o en estado terminal, se la conoce ampliamente por haber despertado el actual interés por la psicología de la muerte y la agonía. Ella ha descubierto que muchas personas acogen muy bien la oportunidad de hablar abiertamente de su condición y que están enteradas de la proximidad de su muerte aunque no se les haya dicho nada acerca del tema.

Después de hablar con 500 pacientes enfermos de gravedad, Kübler-Ross propuso que había cinco estados en la aceptación de la muerte: (1) negativa (rehusarse a aceptar la realidad de lo que está ocurriendo; (2) ira, (3) pedir tiempo extra, (4) depresión y (5) aceptación final.

1. Negación

La mayoría de las personas responden con impacto cuando están próximas a morir, lo primero que piensas es “oh, no, esto no me puede estar sucediendo a mí”. Cuando las personas que rodean al paciente también niegan la realidad, éste no tiene con quién hablar y, como resultado, se siente solo y aislado. Cuando existe alguna esperanza y se le asegura que él no estará solo no importa lo que ocurra, las personas pueden reducir el impacto y la negación inicial más bien rápidamente.

2. Ira

Después de darse cuenta de que están muriendo, las personas se ponen iracundas. Preguntan: “¿Por qué yo?”, se vuelven envidiosas con los que están a su alrededor que son jóvenes y sanos, sienten ira no hacia las personas sino hacia la juventud y la salud que no tienen, necesitan expresar su rabia para liberarse de ella.

3. Negociación

El próximo paso puede ser: “Si, me está ocurriendo a mí, pero. El pero es una tentativa de negociar el tiempo, las personas pueden rezarle a Dios: “Si tú sólo me permitieras vivir para ver a mi hija graduada... o a mi hijo casado... o nacer a mi nieto... seré una persona mejor... o yo no pediría más... o yo aceptaré mi suerte en la vida”. Estos pactos representan el conocimiento de que el tiempo es limitado y la vida es finita. Cuando las personas dejan escapar el pero, son capaces de decir “si, yo”.

⁶¹ Reyes Zubiria Luis Alfonso. Tanatología

⁶² acuarela.wordpress.com/.../etapas-descritas-por-la-dra-e-kubler-ross

4. Depresión

En esta etapa, las personas necesitan llorar, afligirse por la pérdida de su propia vida. Al expresar la profundidad de su angustia, pueden sobrellevar la depresión más rápidamente que si se sintieran presionadas a esconder su dolor.

5. Aceptación

Finalmente, las personas pueden reconocer: "Mi tiempo está muy cercano ahora, y está bien". No es necesariamente una época feliz, pero la gente que ha trabajado a través de su ansiedad y su cólera con la muerte y ha resuelto sus asuntos incompletos, fallecen con un sentimiento de paz consigo mismos y con el mundo.

Debemos recordar que las etapas no están aisladas, es decir, uno puede tener varias conjuntamente.

La aceptación de la muerte del enfermo terminal en la familia

El período de transición que comprende desde la etapa final de lo que es la experiencia del cáncer, hasta la muerte de una persona querida, es asimilado de manera diferente por diversas personas o grupos. Incluso se puede encontrar que la experiencia del cáncer, a pesar de ser dolorosa y difícil, ha ayudado muchas veces a un desarrollo personal significativo. Tratar de lidiar con la expectativa de una muerte en la familia no es un proceso fácil y no se pueden tratar de una manera simplista.

La manera en que una persona enfrenta el sufrimiento dependen de la personalidad del individuo y de la relación que tuvo con la persona que murió. También es relevante, la experiencia del cáncer en sí, la manera en que se desarrolló la enfermedad, las creencias religiosas y culturales, historia psiquiátrica, apoyo disponible así como el estado socioeconómico, en la manera en que una persona es afectada durante el proceso de sufrimiento.

Es muy importante tener en claro el significado de los siguientes términos: Pesar, pena y duelo. Estos términos a veces se usan de manera intercambiable, y frecuentemente con diferentes intenciones, por lo cual se describe a continuación cada uno.

-Pesar: Es el estado de haber sufrido una pérdida. El pesar identifica la situación específica de los individuos que han experimentado una pérdida, debido a esta pérdida, se llevan a cabo una gran cantidad de emociones, experiencias y cambios, la duración de este estado depende de la intensidad de la relación con la persona que murió, así como la anticipación a la pérdida.

-Pena: Es el proceso normal de reacción interna y externa a la percepción de la pérdida. Las reacciones de pena se pueden ver en las respuestas a pérdidas físicas o tangibles (por ejemplo: una muerte) o a pérdidas simbólicas o psico sociales (por ejemplo: un divorcio o la pérdida de un trabajo). Cada tipo de pérdida implica experimentar algún tipo de privación. Durante el proceso por el

que atraviesa una familia enfrentada al cáncer, se experimentan muchas pérdidas y cada una genera su propia reacción.

Las reacciones de pena pueden ser psicológicas, físicas, sociales o emocionales. Las reacciones psicológicas pueden incluir rabia, culpa, ansiedad y tristeza. Las reacciones físicas incluyen dificultad al dormir, cambio en el apetito, quejas somáticas o enfermedades. Las reacciones de tipo social incluyen los sentimientos experimentados al tener que cuidar de otros en la familia, el deseo de ver o no a determinados amigos o familiares, o el deseo de regresar al trabajo. Este proceso depende de la clase de relación que se tuvo con la persona que murió. Lidenman⁶³ hace notar cinco características:

1. Aflicción somática
2. Preocupación con la imagen de la persona muerta
3. Culpa
4. Reacciones hostiles, y
5. Pérdida de la conducta normal.

-Duelo: Intra psíquico (consciente o inconsciente) y respuesta cultural a la pérdida. El proceso de incorporar la experiencia de la pérdida en la vida de uno mismo, es parte del duelo. También hay diferencias culturales, reglas costumbres y rituales, para enfrentar la pérdida de un ser querido que son determinadas por la sociedad y que son parte integral del duelo.

“Proceso de la Pena” este, incluye tres tareas necesarias para integrarse a la vida normal. Estas actividades incluyen liberarse de los lazos con la persona fallecida, reajustarse al ambiente en donde la persona fallecida ya no está y formar nuevas relaciones. El liberarse de los lazos con la persona fallecida, implica que uno debe modificar la energía emocional invertida en la persona que hemos perdido.

Esto no quiere decir de ninguna manera que hayamos dejado de amar u olvidado al ser desaparecido, sino que el doliente es ahora capaz de dirigirse a otros en busca de una satisfacción emocional. Durante el proceso de reajuste el doliente tendrá que modificar sus roles, identidad y habilidades para ajustarse a un mundo donde el fallecido ya no está. Al modificar la energía emocional, la energía que una vez se concentraba en la persona fallecida, ahora se concentra en otras personas o actividades.

Estas actividades requieren mucha energía física y emocional, y es común ver personas que experimentan una fatiga abrumadora. Esta experiencia no es solamente por la persona que falleció, sino también por todos los planes, ideas y fantasía que no se llevaron a cabo ya sea con la persona desaparecida, o con la relación entre ambos. La muerte despierta con frecuencia evocaciones de

⁶³Linderman Erich. Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo.

pérdidas o separaciones del pasado Bowlby ⁶⁴ describe tres fases del proceso de luto:

1. La urgencia de recuperar a la persona perdida
2. Desorganización y desesperación, y
3. Reorganización.

Estas fases surgen de la teoría del apego en la conducta humana, la cual postula que los seres humanos necesitan apeгarse a otros para mejorar su supervivencia y reducir el riesgo de daño. ⁶⁵

Modelos de enfermedades terminales

Aunque hay varios modelos disponibles para tratar de explicar e identificar como las personas se desenvuelven, existen dos modelos, el de la etapa y el de las tareas; cuando enfrentan enfermedades graves, el modelo basado en tareas es el más usado comúnmente. El modelo anterior “teoría de etapa” basada en el trabajo original de Elisabeth Kübler-Ross, ha sido encontrado rígido e inflexible. Tanatologistas (aquellos individuos que estudian la muerte y fenómenos relacionados) han identificado varios problemas adicionales con la “teoría de etapas” incluyendo la existencia de las etapas mismas (negación, rabia, negociación, depresión y aceptación). No hay evidencia que indique que todas las personas atraviesan estas etapas o que haya un movimiento secuencial de una etapa a otra. Finalmente, el estudio inicial (y el único) de esta teoría, estuvo plagado de limitaciones en la metodología usada en la investigación. ⁶⁶

Ya que el modelo basado en tareas no implica ningún orden o secuencia específico, es visto como un modelo flexible, y más fluido que ayuda a darle fortaleza al paciente, su familia y seres queridos. Doka ⁶⁷ identificó cuatro fases o segmentos en una enfermedad grave, y aplicó este modelo para entender cómo los individuos confrontan cada fase.

Las fases identificadas incluyen: pre diagnóstico, aguda, crónica y recuperación o muerte.

1. La fase de pre diagnóstico es el período de tiempo antes del diagnóstico de la enfermedad, cuando el paciente reconoce síntomas en sí mismo o factores de riesgo a la enfermedad. Usualmente no es un momento sólo, pero puede culminar en el momento mismo en que el diagnóstico es dado. Durante la fase de pre diagnóstico, la persona se somete a exámenes médicos que incluyen varios análisis y procedimientos.

⁶⁴ Bowlby John. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida.

⁶⁵ acuarela.wordpress.com/.../etapas-descritas-por-la-dra-e-kubler-ross

⁶⁶ Pena, perdida y duelo. www.meb.uni-bonn.de/cancernet/.../306750.html

⁶⁷ Psicoterapia para enfermos en riesgo vital. www.agapea.com > ... > Psicología > Psicología general -

2. La fase aguda se centra alrededor de la crisis del diagnóstico cuando la persona se ve forzada a entender el diagnóstico y tiene que tomar una serie de decisiones acerca de su cuidado médico.
3. Se define la fase crónica de una enfermedad, como el período de tiempo que transcurre entre el diagnóstico y el resultado. Los individuos tratan de lidiar con las demandas cotidianas, mientras de manera simultánea tratan de llevar a cabo su tratamiento y ajustarse a los efectos secundarios.

Hasta muy recientemente, el período transcurrido entre el diagnóstico de cáncer y la muerte era típicamente medido en meses y gran tiempo del mismo se pasaba en el hospital. Hoy las personas pueden vivir por años después de ser diagnosticadas con cáncer, algunas personas pueden experimentar una fase de recuperación en la cual tratan de enfrentar los efectos psicológicos, sociales, físicos, espirituales y monetarios después del cáncer.

4. La fase final o terminal de una enfermedad grave ocurre cuando la muerte deja de ser una posibilidad y se convierte en algo inminente. En este momento las metas médicas cambian de objetivo, y en vez de intentar curar o prolongar la vida del individuo, se concentra en confortar u ofrecer cuidados paliativos. Las tareas durante esta fase final reflejan esta transición y se enfocan en lo espiritual y existencial.

Decisiones en la etapa final

El cuidado de una persona con cáncer empieza usualmente después de comenzar los síntomas y haberse hecho el diagnóstico, y continúa hasta que el paciente o entra en remisión, habiendo tenido suficientes análisis y pruebas para declarar que hay una cura, o hasta que el paciente fallece, idealmente, las decisiones que afectan la etapa final de la vida, deben ser tomadas con anticipación antes de que surja la necesidad.

Aunque estos temas no sean placenteros o fáciles de tratar, son muchas veces parte del carácter filosófico, moral, religioso o espiritual del individuo. Si las personas tienen sentimientos definidos acerca de estas decisiones, debe dejarlos saber, para que estos sean llevados a cabo. Pero debido a la naturaleza sensible de estas decisiones, casi nunca este es el caso.

En torno del enfermo en fase terminal se crea una “conspiración del silencio” que pospone o prohíbe que se hable del asunto, los pacientes no quieren preocupar a sus familias; la familia tiene miedo a que el paciente se deprima, o se de por vencido si se habla sobre este tema; los doctores se sienten incómodos de abordar el tema y no quieren preocupar al paciente y a la familia, las personas siempre piensan que hay mucho tiempo por delante para hablar acerca de eso, pero cuando llega el momento de tomar estas decisiones, o no

se hacen, o las decisiones son hechas por personas que no saben los verdaderos deseos del paciente.

En los Estados Unidos, el primer paso a dar cuando se van a tomar decisiones en la etapa final de la vida, es completar un formulario en el cual se otorga un poder legal relacionado al cuidado de salud, mejor conocido en México como voluntad anticipada. Estos formularios varían de estado a estado pero tienen una misma intención. El formulario le da al paciente el poder de escoger a una persona que tome las decisiones médicas, en caso que el no lo pueda hacer. A pesar de que este formulario no tiene que ser notariado, es importante que sea visto por dos testigos.

En muchos Estados este formulario tiene una ventaja sobre el testamento viviente, y es que el paciente no tiene que dejar instrucciones específicas sino que basta con que él diga que su apoderado "sabe lo que yo deseo" en determinadas circunstancias.⁶⁸

Un testamento vital es similar al formulario de toma de decisiones en la etapa final en el sentido de que le permite al paciente declarar en una forma más detallada cuál es su filosofía acerca del cuidado de su salud, nutrición, y otras necesidades médicas para que esta sea llevada a cabo acorde a su deseo, en algunos Estados los testamentos vitales no son legales o no están disponibles, y por tanto debe asegurarse primero. Cuando estos son reconocidos, un testamento vital, normalmente requiere de un abogado y notario.

Las ordenes de No resucitar dan instrucciones al doctor para que este no tome medidas extremas para salvarle la vida en caso de que el corazón deje de latir o se deje de respirar, para aquellos pacientes con ideas claras sobre estos asuntos, es aconsejable que conversen con sus agentes de salud para que se llenen los formularios apropiados (preferiblemente al registrarse en el hospital) antes de que la persona pierda la facultad de tomar estas decisiones.

A pesar de que los familiares y los pacientes se sienten usualmente incómodos en abordar el tema, los doctores y enfermeras pueden iniciar el tema con tacto cuando lo consideren apropiado, para que así, comprendan el proceso de morir, tal como se menciona a continuación.⁶⁹

El sendero hacia el morir

No todas las personas en proceso de morir, avanzan hacia el final de la vida de la misma manera o en la misma proporción. Diferentes causas de muerte se asocian con diferentes patrones de morir. Estos patrones llamados "trayectorias del morir", indican el camino que transita la experiencia individual al confrontar la muerte. Las actitudes y comportamientos de las personas encargadas del cuidado del paciente están fuertemente influidas por la percepción que tener el paciente de sí mismo al enfrentar la llamada trayectoria del morir.

⁶⁸ Ospina Velasco Ana María. Apoyo al paciente terminal y la familia.

⁶⁹ Kubler Rouss Elizabeth. La muerte un amanecer.

Estas trayectorias también afectan el tipo de respuesta emocional y la manera en que tanto el paciente como su familia responden ante las demandas, así como las intervenciones que serán iniciadas. Por estas razones es muy importante el comprender la trayectoria que se sigue al confrontar la muerte para anticipar e implementar las intervenciones apropiadas.

El proceso de morir puede ser descrito por su duración y forma. La duración comprende desde el inicio del proceso de morir hasta el desenlace de la muerte. La forma tiene que ver con el curso que toma el proceso de morir (por ejemplo si se puede predecir como avanzará el proceso, o si se espera o no que el paciente muera).

Los siguientes ejemplos de trayectorias han sido descritos:

1. La “declinación gradual” caracterizada por un descenso largo y lento, que a veces se extiende por muchos años;
2. El “descenso oblicuo” caracterizado por un descenso rápido hacia la muerte (accidente automovilístico) donde la fase crónica es corta o no existe;
3. La trayectoria de “valles y las montañas” como en los pacientes de SIDA y leucemia que tienen remisiones y recaídas;
4. “Meseta descendiente” indicadas por un descenso largo y lento con estabilización (personas con múltiple esclerosis cuyo estado de salud desciende para luego estabilizarse en un nivel más bajo y limitado). Los pacientes en esta trayectoria deben reajustarse a un nivel nuevo de funcionamiento.

Con frecuencia las muertes asociadas al cáncer tienen procesos largos, muchas veces con dolores y sufrimientos a largo plazo y/o pérdida de control sobre las funciones mentales y corporales. Este tipo de muerte prolongada se caracteriza por la demanda física y mental a la que están expuestas las personas que proveen los cuidados, por largos períodos de tiempo. Las trayectorias inciertas son las más difíciles de confrontar debido a que la ambigüedad de la misma genera ansiedad y esto causa una pena o depresión anticipada.⁷⁰

⁷⁰ El sendero hacia el morir. www.healia.com/cancer-information/index.php/.

Pena Anticipada

La pena anticipada es tema que genera cierta preocupación y controversia. Ha habido muchos estudios sobre este tema y se ha escrito mucho para tratar de substanciar su relevancia y significado. Este término es usado cuando se discute acerca de la familia de la persona que va a morir, aún cuando el paciente en si puede experimentar también la pena anticipada, pena anticipada se refiere a el proceso de duelo normal que ocurre en anticipación a la muerte e incluye muchos de los síntomas de pena después de la pérdida. Los siguientes aspectos de pena anticipada han sido identificados:

1. Depresión.
2. Alta preocupación por la persona que va a morir.
3. Ensayo de la muerte, y
4. Tratar de ajustarse a las consecuencias de la muerte.

Esta pena anticipada provee a los familiares y seres queridos de tiempo para absorber gradualmente la realidad de la pérdida, los individuos pueden finalizar “asuntos pendientes” por ejemplo el paciente puede (decir “adiós”, “te amo” o “te perdono”).

No se puede asumir que esta pena anticipada va a presentarse meramente porque se ha dado aviso de la presencia de una enfermedad mortal, o porque ha pasado ya mucho tiempo desde que se desarrolló la enfermedad hasta la muerte en sí. Es un gran error creer que esta pena anticipada es meramente convencional (pos-muerte) de hecho la pena empieza más temprano, otro error es el de que hay un volumen de pena fijo que se debe experimentar para disminuir la pena después de la pérdida.

Algunos estudios, proveen datos clínicos que documentan que la pena seguida de duelo sin anticipación es diferente a la pena anticipada, una pérdida no anticipada es tremendamente abrumadora para la capacidad de adaptación del cliente, limitándole muchas veces su capacidad de recuperación, por tanto las personas en duelo no pueden entender todas las implicaciones de la pérdida. A pesar de que intelectualmente se puede aceptar la muerte, existen serias dificultades en su aceptación psicológica y emocional lo cual la hace aparecer como inexplicable. El mundo parece no estar en orden y como la pérdida en sí, parece no tener sentido.

Algunos investigadores dicen que la pena anticipada casi nunca ocurre, y basan su opinión en el hecho de que los períodos de aceptación y recuperación usualmente observados al comienzo del proceso de penar no son usualmente encontrados antes de la muerte del paciente, no importa que tan temprano se haya avisado. Además, pena quiere decir que ha habido una pérdida. Aceptar la muerte de una persona querida antes de que se muera deja al doliente

vulnerable para que se acuse así mismo de haber abandonado el paciente antes del final, finalmente la anticipación de la pérdida frecuentemente intensifica el apego hacia la persona u objeto.

A pesar de que la pena anticipada puede ser terapéutica para los familiares y seres queridos, existe la preocupación de que el paciente experimente “demasiado dolor” creándose un aislamiento y desapego. Investigaciones indican que las viudas usualmente se mantienen envueltas en el proceso con sus esposos hasta el día de la muerte. Esto sugiere que puede ser disfuncional el que las viudas empiecen a pensar en anticipación a la muerte de sus esposos. Las viudas solo podría comenzar el duelo una vez desaparecido el esposo.⁷¹

Y ya que conocimos como es que el enfermo y la familia del enfermo viven el proceso de la muerte y todo lo que conlleva esto, es importante conocer cómo es que el profesional de salud vive este Duelo, pues antes de ser profesionales ser humano.

El profesional de Enfermería en Duelo

El profesional de enfermería tiene, dentro de sus funciones, la de ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo rodean; se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo con el necesitado, pero surge la inquietud de conocer cuan preparado está este profesional acerca de la muerte y de las actitudes que adoptan ante ella. Siguiendo en esta línea, otros autores señalan que los profesionales de enfermería no están exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera la muerte y el trabajo con enfermos en fase terminal.⁷²

Para todo ser humano, presenciar una muerte ocasiona una experiencia extraña, única y muy personal aunque poco frecuente, pero se ha observado que para el profesional de enfermería es una experiencia más frecuente ya que la muerte, en la actualidad, se ha institucionalizado, se prefiere una muerte en un hospital más que en el hogar

Esta institucionalización de la muerte hace que el profesional de enfermería tenga una importante participación de este proceso, tanto con el paciente en fase terminal como con sus familias; se hace partícipe todo el personal de salud, pero los enfermeros son quienes tienen una participación más directa, ya que son quienes satisfacen las necesidades inmediatas de estos pacientes.

Se desconoce si existen instancias de apoyo para los profesionales de enfermería que se enfrentan a la muerte en su cotidiano quehacer, entonces muchas veces surgen sentimientos de miedo, angustia o de evitación al tema y

⁷¹ Pena anticipada. Perdida, pena y duelo. www.healia.com/cancer-information/index...pena-y.../5

⁷² Revista Nursing Español. Los profesionales de salud en duelo.

esto se puede traducir en una pobre atención de los pacientes en fase terminal.

Las enfermeras requieren de apoyo para proporcionar el cuidado a estos pacientes, ya que esta experiencia resulta sumamente estresante y el sistema de apoyo que ella reciba puede proporcionar un programa estructurado de guía para brindar un mejor cuidado al enfermo

Se afirma que el personal de salud, y en particular Enfermería,⁷³ ha de enfrentarse frecuentemente con la muerte, padece, en mayor o menor grado, ansiedad e intranquilidad que puede traducirse en una atención inadecuada, como por ejemplo, actitudes de rechazo, huida o inseguridad, entre otras disfunciones, al tener que afrontar sus propios miedos ante la muerte.

Pero esta muerte de la que hablamos puede darse por diferentes motivos, como puede ser el enfermo terminal, del cual hablaremos en el siguiente capítulo.

⁷³ Carpintero H. notas históricas sobre ansiedad.

*"Sólo el hombre que ya no teme a la muerte,
Ha dejado de ser esclavo".*

Montaigne

CAPITULO IV

ENFERMO TERMINAL

Se ha emitido toda una constelación de formas diferentes para definir al paciente en estado terminal; entre ellas, se encuentra la siguiente:

El paciente terminal es aquél que posee una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que presenta numerosos problemas o síntomas intensos, que representa un gran impacto emocional para él mismo, sus familiares y el equipo terapéutico que le atiende, estando su situación relacionada, implícita o explícitamente, con la presencia de la muerte y un pronóstico de vida inferior a seis meses.⁷⁴

La fase terminal de la vida se inicia cuando el médico juzga que las condiciones del paciente han empeorado a tal punto que ya no es posible detener y mucho menos revertir el curso de la enfermedad; es cuando el tratamiento se hace básicamente paliativo y se concentra en la reducción del dolor. En tales condiciones surgen un sin número de dilemas, cuya resolución afecta de modo considerable tanto al propio enfermo como a sus familiares y al profesional de la salud.

La manera de observar al enfermo en fase terminal (como centro de una disputa encarnizada entre la vida y la muerte) ciertamente ha hecho que la misma noción de "muerte" cambie hasta asumir connotaciones sorprendentes. Para algunos autores, probablemente el fenómeno muerte sea más adecuado verlo como un proceso y no como un evento, donde participan todas las células del organismo humano de forma paulatina o gradual y lo de mayor interés será entonces conocer a la luz de los conceptos neurofisiológicos actuales, en qué momento este proceso se hace verdaderamente irreversible.⁷⁵ También es importante conocer las características de estos pacientes, ya que el trato no es igual al de los demás, es por eso que conoceremos sus características.

Características del Enfermo Terminal

El enfermo en su fase final, cualquiera que sea su patología de base esta afectando en su condición de persona, en su totalidad y en su estilo de vida, sufre los cambios impuestos por su proceso crítico y por su personalidad por lo

⁷⁴ Serrano González María Isabel. La educación para la salud del siglo XXI

⁷⁵ Benítez del Rosario miguel A. cuidados paliativos y atención primaria.

que requiere ser tratado como una persona y no como la víctima de una enfermedad incurable de acuerdo a sus características entre las que puede señalarse: físicas psicológicas y sociales.

- **Características físicas:**
Suele existir un importante deterioro de sus funciones corporales hay pérdida progresiva de los mecanismos de homeostasis, disminución del tono muscular y del peristaltismo, lentitud en la circulación sanguínea y respiración difícil, esto lo convierte en una persona dependiente y requiere ayuda para la satisfacción de sus necesidades biológicas.
- **Características psicológicas**
Sufre una serie de cambios adaptativos, necesarios para elaborar complejas situaciones emocionales y espirituales: estos cambios pueden ser depresión, aislamiento y confusión percibe al mundo de un modo diferente las relaciones familiares y otras personas se degradan expresan miedo y sufrimiento espiritual y lo mas importante del sufrimiento es que altera la percepción del estilo de su vida o de su dios.

Esto ocurre en silencio en la intimidad de su mundo interior, puede hacerlo en el cumulo de sus vivencias y con la profundidad que le permite su madurez y el nivel espiritual alcanzado, estas experiencias pocas veces son expresadas con palabras.

- **Características sociales**
Manifiesta deseos de comunicación, compañía, ejercer su autonomía cumplir con sus ritos y ceremonias religiosas, solicita intimidad tranquilidad y utilizar sus pertenencias todo ello dentro de la atmosfera de paz.⁷⁶

Necesidades humanas del enfermo terminal

Las necesidades humanas del enfermo terminal deben atenderse con la mayor oportunidad y habilidad, a fin de lograr su bienestar, proporcionando los cambios vitales importantes que requieren para la satisfacción de la misma, para dar aun, un enfoque positivo e integrar en las necesidades humanas del enfermo terminal, hay que verlo como una persona con su valor y dignidad, lo mas importante es ayudarlo a sentirse a si mismo como una persona.

Las necesidades humanas del enfermo terminal son los requerimientos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, y espirituales, indispensables para su adaptación, aceptación y comprensión, de la etapa final de su vida; las necesidades humanas son situaciones que están en intima relación entre si, por lo que deben ser consideradas para entender y comprender a la persona.

⁷⁶ Serrano González María Isabel. La educación para la salud del siglo XXI

Necesidades fisiológicas

Comprenden los requerimientos básicos para mantener la estabilidad y la vida, como necesidad de agua, oxígeno, alimentos, eliminación, actividad reposo, sueño, conservación de la temperatura, abrigo y alivio al dolor.

El enfermo terminal requiere mantener la calidad de vida diaria durante el tiempo que le queda por lo que en la satisfacción de las necesidades fisiológicas hay que considerar los factores biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y económicos relevantes para cada persona. Pero he hablado del enfermo en fase terminal y de todo lo que conlleva esto, pero es importante saber que este enfermo es un paciente y debemos tener claro que es lo que significa, por lo que a continuación lo defino.⁷⁷

Concepto de Paciente

Recientemente, la palabra "paciente" está comenzando a sustituirse por la palabra "usuario", precisamente por la relación que tiene con la palabra "paciencia" y, erróneamente por supuesto, también con la palabra "pasividad" que, aunque de distinto origen etimológico, transmite la sensación de que el paciente tiene que comportarse, necesariamente, como un ente pasivo, inactivo, sin mostrar interés alguno por plantear preguntas y cuestionar lo que no le resulta familiar, lo que no entiende en la consulta con el profesional de la salud.

Ha querido el léxico que la palabra paciencia sea polisémica, aunque todos los valores tengan como nexo común el verbo padecer. Y ha sido decisión del destino que en la medida en que dejamos de ser pacientes en cuanto a padecedores, es decir en la medida en que la medicina es más sofisticada y eficaz, y nos reduce dolores y padecimientos, en esa misma medida nos obligue a esperar más; de manera que el paciente es ahora aquel que se tiene que armar de paciencia para poder acceder a la gran medicina.⁷⁸

Tipos de Pacientes

- Paciente pasivo: parece obediente y disciplinado, acepta las indicaciones y no suele objetar ni preguntar,
- Paciente impaciente: es aquel disconforme, a veces agresivo, con actitudes que provocan enfrentamiento y rechazo, tal vez recurrente y poli consultante,
- Paciente activo: es aquel que aunque inicialmente provoca un esfuerzo en la atención por parte del profesional, en líneas generales suele ser

⁷⁷ Atención al paciente terminal. www.hipocrates.tripod.com/.../paciente_terminal.htm

⁷⁸ Definición de paciente. www.definicionabc.com/salud/paciente.php -

demandante, responsable, ya informado o con necesidades de información, etc.

El morir comprende el conjunto de cambios que comienza a sucederse en lo orgánico, lo emocional y lo espiritual de un ser humano una vez que este está ante la presencia cierta de su propia muerte.

La muerte puede ser originada por una enfermedad (cáncer o enfermedad cerebro vascular), accidente (la colisión de un auto), un homicidio (lesión bélica o por delincuencia común) o por un suicidio.

Cada una de estas formas tiene características particulares que afectará la manera en que las personas allegadas y el equipo de salud vivan su duelo, pero también esta causalidad permite definir las posibilidades de intervención médica al final de la vida.⁷⁹

En el siglo XX la mortalidad de una sociedad desarrollada tiene sus orígenes en dos grandes fuentes:

- Las enfermedades de dominio crónico y degenerativo con la esperanza de haber superado la alta incidencia de enfermedades infectocontagiosas.
- Los traumas producto de la accidentalidad de la vida urbana en sociedades industrializadas

Sin embargo los grandes cobradores de vidas en edades tempranas, en muchas partes del mundo siguen siendo las carencias implícitas en pobreza, violencia, conflictos interraciales, religiosos o políticos, catástrofes naturales, inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas.

En el siglo XX la medicina y sus disciplinas aliadas encontraron la posibilidad técnica de prolongar la vida más allá de sus límites naturales

Existen los límites entre el curar y el cuidar, aunque en teoría el curar una enfermedad depende de los alcances de la ciencia y la tecnología disponibles, en la práctica es más difícil determinar el punto en el cual los esfuerzos curativos ya no son plausibles y es necesario cambiar el enfoque con el cual se aborda al paciente para satisfacer ahora primordialmente sus necesidades de cuidado. El cuidado es el acompañamiento del otro, para tolerar la vulnerabilidad propia a la crisis, el dolor el sufrimiento y muerte.⁸⁰

Como lo vive el paciente oncológico, por ello es importante saber como se considera a este paciente, lo cual se describe a continuación.

Paciente oncológico

⁷⁹ Curso de atención al paciente. www.adrformacion.com/cursos/.../tutorial4.html

⁸⁰ Serrano González María Isabel. La educación para la salud del siglo XXI

El cáncer se considera como una gran categoría de enfermedades relacionadas todas ellas con la disminución de células malignas. Es una proliferación desordenada y desenfrenada de las células normales del organismo las cuales se transforman en malignas dando lugar a la formación de tumores.

El cuidado de pacientes con enfermedades en fase terminal y el comportamiento y consuelo de sus familiares ya sea por muerte repentina o después de una enfermedad prolongada es una de las situaciones más difíciles en la práctica de Enfermería.

Se considera que un paciente con en enfermedad oncológica se encuentra en fase terminal cuando existe una falla progresiva de los mecanismos homeostáticos del cuerpo a medida que el individuo se torna más débil.

Este paciente se convertirá en enfermo plurisintomático y multicambiante que requiere de un enfoque ético y dinámico el cual requiere de una atención integral por parte del personal de enfermería para mejorar su calidad de vida dentro de lo posible.⁸¹

Pero algo que no se debe dejar pasar, es que la atención que como profesionales de salud, debemos brindar debe ser de acuerdo al tipo y edad del paciente, por eso explico un poco del paciente oncológico pediátrico.

Paciente pediátrico oncológico

La atención de enfermería al niño oncológico supone un reto por el riesgo vital de la enfermedad en sí, el largo proceso evolutivo de la misma, la terapia intensiva y específica que requiere, sus efectos secundarios y la repercusión psico-emocional y social que supone para el niño y su familia.

El principal objetivo de enfermería será elaborar un plan de cuidados integrales e individualizados en función de las necesidades que aparezcan a corto, medio y largo plazo del niño y de su familia para conseguir un grado de recuperación óptimo.

En el transcurso de la enfermedad aparecerán momentos de crisis, presentes generalmente en el inicio de la misma, ante el diagnóstico y durante la fase de inducción con quimioterapia, cuando surgen complicaciones del tratamiento y en caso de recidivas.

Nuestra intervención en dichas situaciones consistirá en ofrecer soporte emocional, con sensibilidad y respeto hacia la variabilidad de reacciones que puedan producirse,⁸² por ello también es importante conocer las características de éste tipo de pacientes para brindarle una mejor atención, es por eso que hablo a continuación del paciente oncológico.

⁸¹ Educación sobre el dolor del paciente oncológico. www.edupac.es/

⁸² Manual de enfermería del servicio de pediatría 4º piso, HJM

Paciente oncológico

La atención y el cuidado que se debe de brindar al paciente oncológico adulto debe ser de calidad y calidez ya que el diagnóstico es desgastante y lo que este tipo de pacientes requiere es de buenos tratos y excelente tratamiento. Tomando en cuenta, cada uno de los cambios fisiológicos que suceden dentro del paciente por el tratamiento de quimioterapia.

El paciente oncológico es complicado y más aun con una patología agregada que es un Cáncer, este tendrá un sentimiento de final de su vida, ya que en esta etapa se tiene un proyecto de vida ya establecido y es un tanto difícil de aceptar la muerte y mucho menos cuando el paciente es un paciente joven.

Durante el afrontamiento de la enfermedad y el tratamiento el paciente va a presentar cambios importantes en su cuerpo que logran que el paciente se muestre renuente y decaído ya que su aspecto personal va cambiando de una manera gradual,⁸³ por ello es importante saber como tratarlo en los diferentes puntos, como en lo psicológico, fisiológico, sociológico y espiritual; lo cual explicamos a continuación.

Como responder a las necesidades del enfermo

Desde el punto de vista psicológico

Como esta afectada la emotividad por el proceso de la muerte, la persona que atiende a un moribundo debe responder a una necesidad de seguridad constante, el enfermo necesita a alguien a su cabecera para poder expresarle sus sentimientos y de quien pueda estar seguro de que le comprende, la capacidad de escucha exige que tratemos de apagar todo impulso de simpatía o de antipatía, todo juicio prematuro consejo desconsiderado, no se trata de ofrecerle nuestro punto de vista personal, sino nuestra comprensión.

Desde el punto de vista fisiológico

El enfermo puede manifestar distintas necesidades: la necesidad de cambiar muchas veces de posición, por lo que debemos estar atentos especialmente a sus piernas. La capacidad motriz disminuye desde el principio en los movimientos inferiores y seguidamente alcanza a los superiores.

El enfermo en fase terminal orienta siempre la cabeza hacia la luz. Una luz en su cabecera es de gran utilidad es indispensable un lenguaje claro. Pues el enfermo en fase terminal no oye más de lo que se le dice con claridad. Su capacidad auditiva disminuye tanto como su voz.

Desde el punto de vista sociológico

⁸³ Manual de enfermería del servicio de oncología 2° piso, HJM

La capacidad de pertenencia está presente constantemente, aunque el enfermo se prepare a dejar esta sociedad en la que ha evolucionado, si no se colma esa necesidad, si el enfermo no consigue recobrar el afecto y la valoración que tanto necesita, morirá antes de lo previsto, no sintiéndose ya útil, o advirtiendo que está de más, se abandonara a la muerte.

Desde el punto de vista espiritual

Es indispensable que el enfermo en fase terminal encuentre muchos factores de aliento para vivir serenamente los últimos momentos que le quedan; la fe en Dios y en su misericordia pueden ser factores de paz y calma para quien esta a punto de pasar por este umbral. Las realizaciones de su vida le darán la satisfacción de haber servido y la de haber cumplido. Necesita tener la seguridad de que se acordarán de el, es decir, de que se le acompañará allende la vida física, por ese otro mundo desconocido al que todos nos dirigimos.⁸⁴

⁸⁴ Necesidades de los enfermos terminales. escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica11/Ars08.html

*‘La indiferencia del mexicano ante la muerte, se nutre
De su indiferencia ante la vida.’*

Octavio Paz

CAPITULO V

ACTITUDES Y AFRONTAMIENTOS ANTE LA MUERTE

Una actitud es la forma de actuar de cada persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, puede considerarse la actitud como cierta forma de motivación social, de carácter secundario frente a la motivación biológica que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.

La actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana, entonces tenemos que:

“Una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden”.⁸⁵

"La actitud es nuestra respuesta emocional y mental a las circunstancias de la vida".⁸⁶

Componentes de una actitud

Las actitudes tienen diferentes componentes entre ellos:

- **Componente cognoscitivo:** para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto.

Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto.

- **Componente afectivo:** es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo.

- **Componente conductual:** es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera, es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo

⁸⁵ Actitud positiva. www.enbuenasmanos.com/.../muestra.asp?art...

⁸⁶ Madero Ma. Del Carmen. Persuasión.

Existe una teoría general del comportamiento, llamada Teoría de la acción razonada, esta habla de que las acciones se basan en las actitudes individuales, por lo que una teoría de la acción consiste esencialmente en una descripción de las actitudes, la información que permite la formación de las mismas es de tipo cognitivo, afectivo y conductual.

La información cognitiva se refiere a las creencias y al conocimiento que poseemos acerca de un objeto, en forma similar, la información referida a las demás personas se basa en dichos componentes y es una causa importante de la formación de nuestra respuesta afectiva.

La información conductual también influye en las actitudes, ya que evaluamos nuestras propias actitudes en forma similar a cómo lo hacemos con las de los demás.

Tipos de Actitudes⁸⁷

Las actitudes pueden tener funciones instrumentales, expresivas o de adaptación social, pero también existen diferentes tipos de actitudes que a continuación se mencionaran.

1. - Actitud emotiva.

Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de ambas, se basa en el conocimiento interno de la otra persona. El cariño, el enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad, que van unidas a una actitud de benevolencia.

2. - Actitud desinteresada.

Esta no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente, por el propio beneficio, sino que tiene su centro de enfoque en la otra persona y que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin. Está compuesta por 4 cualidades: apertura, disponibilidad, solicitud y aceptación

3. - Actitud manipuladora.

Solo ve al otro como un medio, de manera que la atención que se le otorga Tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio.

4. - Actitud interesada.

Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de indigencia del sujeto: cuando una persona experimenta necesidades ineludibles, busca todos los medios posibles para satisfacerlas; por ello, ve también en las demás personas un recurso para lograrlo.

⁸⁷ Tipos de actitudes.PNL. <https://www.xing.com/net/.../tipos-de-actitudes.../>

5, - Actitud integradora.

La comunicación de sujeto a sujeto, además de comprender el mundo interior del interlocutor y de buscar su propio bien, intenta la unificación o Integración de las dos personas.

Recordemos que el personal de salud puede tener inclinación hacia una de las actitudes o a varias al mismo tiempo.

Teorías de la actitud⁸⁸

- Teoría del aprendizaje.

Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás, al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella.

Esta teoría considera a la persona como un ser pasivo, cuyo aprendizaje depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos.

- Teorías de la consistencia cognitiva.

Según las teorías de la consistencia cognitiva, la incoherencia entre dos estados de conciencia hace que las personas se sientan incómodas. En consecuencia, cambian o bien sus pensamientos o bien sus acciones con tal de ser coherentes.

- Teoría de la disonancia cognitiva.

Habla de que el ser humano tiene dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, y por ello se encuentra en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo, esto hace que el ser humano se sienta incómodo psicológicamente

Otras situaciones que pueden producir disonancia cognitiva es cuando se hace algo contrario a lo que se piensa a las creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado, de acuerdo con el análisis atributivo de la formación y cambio de actitudes, las personas contemplan sus comportamientos y atribuyen lo que sientes a lo que hacen.

⁸⁸ Segovia Tomás. Actitudes.

Ahora que ya conocimos que es una actitud, cuales son los tipos y las teorías que existen acerca de ella, es necesario saber cual es la actitud del profesional de salud ante acontecimientos de la vida.

Actitud del profesional de enfermería frente a los acontecimientos corrientes de la vida

Cuando tenemos buena salud nos resulta casi imposible identificarnos con el sufrimiento de una larga enfermedad, con el duelo y con la muerte, estos acontecimientos les ocurren siempre a los demás, sabemos muy bien que todo esto sucede, pero no lo creemos, tenemos plena confianza en nuestro cuerpo, en su fuerza y en su longevidad, ignoramos que la vida puede adoptar todas las formas, incluida la de la enfermedad.

Esta situación que tenemos que vivir nos viene muchas veces del exterior, sin que nosotros la hayamos madurado en el exterior. La muerte no es el final debido, sino algo que nos coge por sorpresa, eso le sucede al hombre que, en plena actividad, comienza a sentir ciertas dolencias: ante el final evidente rechaza la evidencia, pero lo que es cierto, es que cada persona afronta de diferentes formas estos hechos, por lo cual explicare un poco mas sobre este tema.⁸⁹

Afrontamiento

Afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación, que le causa sorpresa, dolor, pena, sufrimiento, etc.

El afrontamiento es definido, "como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales".⁹⁰

Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

Ante una situación estresante, o cuando el individuo reacciona con una determinada emoción, es posible adoptar distintos tipos de afrontamiento como son:

- Afrontamiento activo,
- Afrontamiento pasivo, y
- Evitación.

⁸⁹ Revista de enfermería IMSS. Experiencias de la práctica de enfermería.

⁹⁰ Bleger José. Psicología de la Conducta.

Otra clasificación básica es:

- Afrontamiento cognitivo y
- Afrontamiento conductual.

Finalmente, otra clasificación importante que se suele cruzar con la anterior es:

- afrontamiento dirigido a cambiar la situación y
- afrontamiento dirigido a reducir la emoción.

Y para abordar el afrontamiento se requiere adoptar diferentes teorías como:

Teorías del afrontamiento

Dentro de la psicología cognitiva y centrándonos en el ser humano, hay dos formas de entender las estrategias de afrontamiento:⁹¹

- Como un estilo cognitivo consistente de aproximación a los problemas, entendiendo estilo cognitivo como el modo habitual de procesar la información y de utilizar los recursos cognitivos (como son la percepción, la memoria, el procesamiento...) Se ha buscado la asociación de diversas variables de personalidad con estilos de afrontamiento.
- Como un estado o proceso dependiente de la situación. Se analizan las estrategias o acciones llevadas a cabo por una persona ante las distintas situaciones o problemas. Esta segunda forma de entender las estrategias de afrontamiento indicaría que hay poca consistencia en las estrategias ante distintas situaciones e, incluso, puede cambiarse de estrategia ante un mismo problema en dos momentos temporales distintos.

Ahora que ya conocimos las diferentes teorías del afrontamiento, conozcamos los tipos.

Tipos de Afrontamientos

Existen dos tipos de estrategias de afrontamiento:

- Estrategias de afrontamiento centradas en el problema: la persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema que ha provocado la disonancia cognitiva. hay una búsqueda deliberada de solución, de recomposición del equilibrio, roto por la presencia de la situación estresante, este tipo de estrategias son la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la búsqueda de soluciones.
- Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción: la persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la

⁹¹ Buendía José. Eventos, afrontamientos y desarrollo.

presencia de la situación estresante, si no funcionan o son insuficientes el primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo, las estrategias son el autocontrol, el distanciamiento, la reevaluación positiva, la autoinculpación y el escape/evitación.⁹²

Por todo lo anterior se dice que el personal de salud tiene un afrontamiento diverso, dependiendo del tipo de paciente que trate.

⁹² Martín Díaz Ma. Dolores. Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

CAPITULO VI

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Justificación

La presente tesis fue realizada por inquietudes que surgieron de las pasantes de licenciatura en enfermería y obstetricia a raíz de la perdida de una paciente oncológica que se encontraba en fase terminal y en el impacto que tuvo en el personal del servicio de oncología del Hospital Juárez de México, así también por formar parte de un requisito para la profesionalización de la licenciatura en enfermería y obstetricia.

Las vivencias relacionadas con la practica de enfermería a lado de pacientes oncológicos nos llevo a cuestionarnos ¿La actitud del personal de enfermería es la adecuada para enfrentar su duelo personal? ¿Realmente el profesional vive su duelo en el área de trabajo y no lo involucra en su vida personal? ¿Por qué siempre deseamos que no se muera el paciente en nuestro turno? por la carga de trabajo o por la carga emocional.

Así también por que se observo que el profesional de enfermería requiere de apoyo para proporcionar el cuidado a estos pacientes, ya que esta experiencia resulta sumamente estresante y el sistema de apoyo que ella reciba puede proporcionarlo un programa estructurado de guía para brindar un mejor cuidado al enfermo.

Planteamiento del problema

El profesional de enfermería es el que más contacto tiene con el enfermo, dedica su tiempo, preocupación, responsabilidad y conocimientos para cuidar a sus pacientes; llega a conocer y detectar con mayor acierto las necesidades e inquietudes del enfermo, su relación es íntima de contacto físico y emocional, tanto de paciente – enfermera(o) como de enfermera (o) paciente, es por ello que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las actitudes del personal de enfermería de los servicios de oncología y pediatría del Hospital Juárez de México, en el proceso de duelo ante la pérdida de sus pacientes?

Objetivos

General

Conocer cuáles son las actitudes del personal de enfermería en el proceso de duelo ante la pérdida de sus pacientes oncológicos adultos y pediátricos

Específico

- Conocer cuál es la actitud que toma el personal de enfermería ante la pérdida de sus pacientes
- Conocer de que manera afecta en la vida laboral y personal del personal de enfermería ante la pérdida de sus pacientes
- Conocer cómo logra el personal de enfermería enfrentar su duelo personal ante la pérdida de sus paciente oncológicos.

Hipótesis

Si el personal de enfermería tiene las actitudes adecuadas en el proceso de duelo entonces podrá afrontar mejor la perdida de sus pacientes.

Variables

- Dependientes

Actitudes adecuadas del personal de enfermería en el proceso de duelo

Indicadores

- Actitud
- Personal de enfermería
- Proceso de duelo

- Independientes

Podrá afrontar mejor la pérdida de sus pacientes

Indicadores

- Afrontamiento
- Perdida
- Paciente oncológico (adulto y pediátrico)

Operacionalidad de las variables

Variables dependientes

Actitud

CONCEPTO	DIMENSION	INDICADORES
Reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado".	Es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente.	<ul style="list-style-type: none">• Emotiva• Desinteresada• Manipuladora• Interesada• Integradora

Enfermería

CONCEPTO	DIMENSION	INDICADORES
Es la ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual,	Es la ciencia y arte que se encarga de proporcionar cuidados según las necesidades humanas afectadas.	<ul style="list-style-type: none">• Sustituta• Ayudante• Compañera• Maestra• Consejera• Agente de cambio• Líder• Investigadora

Proceso de Duelo

CONCEPTO	DIMENSION	INDICADORES
<p>Una reacción afectiva dolorosa ante la pérdida de un objeto o persona amada. Es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. Puede ser real o posible, y tanto de una persona, objeto, función, status, relaciones...etc.”</p>	<p>Es la respuesta personal y emocional de la persona afligida, desencadenada por alguna pérdida real o posible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anticipado • Normal • Patológico

Variables independientes

Afrontamiento

CONCEPTO	DIMENSION	INDICADORES
Es un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, e estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales.	Resistencia que preside una persona ante un acontecimiento de crisis en su vida.	<ul style="list-style-type: none"> • conductual • cognitivo

Pérdida

CONCEPTO	DIMENSION	INDICADORES
Es una experiencia universal que se repite en el transcurso de la vida, resulta una privación de algún tipo, ya sea tangible o simbólica.	Es la carencia o privación, real o potencial de algo que se tenía.	<ul style="list-style-type: none"> • Físicas • Emocionales • Intelectuales • Financieras

Enfermo en fase terminal (oncológicos)

CONCEPTO	DIMENSION	INDICADORES
Es la persona desahuciada y que recibe el nombre también de moribundo y que dado por su padecimiento de base lo lleva a un proceso de agonía, es el periodo que puede estar cargado de dolor, deterioro corporal y angustia mental y necesita que se reciban tratamientos paliativos.	Persona que sufre de una enfermedad que lo lleva a la agonía, y que se enfrenta a diversos procesos físicos y emocionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Físico • Incurable

Diseño metodológico

Tipo de estudio: Transversal – descriptivo – analítico

Población

Actitud del personal de enfermería en el proceso de duelo ante la pérdida de sus pacientes oncológicos de los servicios de Oncología y pediatría de los turnos matutino, vespertino velada A velada B, del Hospital Juárez de México en el lapso de Abril – Junio

Muestra

70 enfermeras de los tres turnos de los servicios Pediatría y Oncología, del Hospital Juárez de México

Tipo de muestreo

De conveniencia, por cuota

Criterios

- Inclusión

Todo el personal de enfermería que pertenezca al servicio de oncología y pediatría

- No inclusión

El personal de enfermería que no quiera contestar la encuesta o que no se encuentren en el momento de la aplicación

- Exclusión

Todo el personal de enfermería que no pertenezca al servicio de oncología y pediatría

Modo de recolección de datos

Se hará por medio de la aplicación de un cuestionario que consta de 24 preguntas, 22 de opción múltiple, con cuatro posibles respuestas que responden a: siempre, frecuentemente, a veces y nunca, y dos preguntas abiertas con las cuales pretendemos saber un poco más el sentir del personal de enfermería.

Procedimiento

Llegaremos al servicio de oncología y pediatría, presentándonos con el personal haciéndoles saber el motivo de nuestra encuesta y pidiendo su apoyo para la realización de la misma.

Se entregara una encuesta por enfermera (o) al cual se le aclarara, que es anónimo y confidencial, también se les pedirá de la manera mas atenta no dejar preguntas sin contestar, ya que si no tendrán que ser excluida

Consideraciones éticas

Las encuestas que se aplicaron tienen una finalidad de investigación y enseñanza y nunca la de lucrar con el contenido de las encuestas, por ello se respeta la autonomía del personal al querer participar o no con nuestro proyecto, guardando el secreto profesional y manteniendo en el anonimato toda la información obtenida

- Consentimiento informado.- "Facultad del enfermo válidamente informado y libre de coacción, para aceptar o no la atención médica que se le ofrezca o la participación en proyectos de investigación que se le propongan". El consentimiento informado es obligatorio, siendo el formulario escrito conveniente para deslindar responsabilidad de sucesos previsibles, debiendo aplicarse cualquiera sea la magnitud del procedimiento a seguir.⁹³
- Respeto.- reconocer, apreciar y valorar a mi persona, así como a los demás, y a mi entorno. Es establecer hasta dónde llegan mis posibilidades de hacer o no hacer, como base de toda convivencia en sociedad. Reconocer en sí y en los demás sus derechos y virtudes con dignidad, dándole a cada quién su valor.
Esta igualdad exige un trato atento y respetuoso hacia todos. El respeto se convierte en una condición de equidad y justicia, donde la convivencia pacífica se logra sólo si consideramos que este valor es una condición para vivir en paz con las personas que nos rodean.
- Secreto profesional.- es la obligación ética que tiene el profesional de salud de no divulgar ni permitir que se conozca la información que directa o indirectamente obtenga durante el ejercicio profesional sobre la salud y vida del paciente o su familia, obliga al profesional de salud aun después de que el paciente haya muerto y no se limita sólo a lo que éste comunique al profesional de salud, sino lo que él vea y conozca, directa o indirectamente, sobre el proceso patológico y su vida, extendiéndose a su familia.⁹⁴

⁹³ Consentimiento informado. www.intermedicina.com/Avances/

⁹⁴ NOM- 168 SSA.. Expediente clínico

Deber que tiene el o la enfermera de comportarse con reserva y discreción respecto a la información que obtiene de las personas a su cuidado. De acuerdo al código de ética para las enfermeras dice: Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

- **Beneficencia y no maleficencia.**- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.
- **Justicia.**- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.⁹⁵
- **Autonomía.**- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.
- **Valor fundamental de la vida humana.**- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.⁹⁶
- **Privacidad.**- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.
- **Fidelidad.**- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso.⁹⁷

No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

- **Confiabilidad.**- Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su

⁹⁵ Secretaria de salud. México Sano.

⁹⁶ Martínez Navarro Antonio. Salud Publica

⁹⁷ Definiciones de salud. www.definiciones.com.mx/definicion/S/salud

honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

- Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.
- Tolerancia.- Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia.⁹⁸

Recursos humanos

- P.L.E.S.S. Solís Hernández Claudia Sarahyt
- Personal de enfermería del Hospital Juárez de México
- Asesora de tesis. Mtra. en Ciencias. Juana Laura Díaz Hoffay

Recursos Materiales

- Hojas
- Computadora
- Instalaciones para trabajar
- Tinta (negro y color)
- Bolígrafos
- Fotocopias
- Impresora

Recursos Financieros

- Aprox. \$4,500

⁹⁸ Definiciones de salud. www.definiciones.com.mx/definicion/S/salud

Análisis de datos

En los datos encontrados de las encuestas aplicadas al personal de enfermería de los servicios de oncología piso y oncología pediatría encontramos que:

El 44% del personal tiene más de 10 años en el hospital, mientras que el 11% solo cuentan con 1 a 5 años de antigüedad.

El 48.3% del personal de enfermería ha enfrentado muertes personales, mientras que el 25.8 % ha sufrido la pérdida de la salud presentando enfermedades.

El 52% del personal frecuentemente ha enfrentado la muerte de un paciente, sin embargo es importante mencionar que el 2% nunca ha estado frente a este suceso tan común en los hospitales como es la muerte.

El 71.9% del personal de enfermería presenta tristeza ante la muerte de sus pacientes, mientras que solo el 5% muestra indiferencia y enojo.

El 70% de los profesionales de enfermería consideran que un factor importante para que les afecte o no la muerte de un paciente es la relación enfermera-paciente, y el 17.8% piensa que también influye el tiempo de estancia.

El 56% de los compañeros de enfermería dicen que solo a veces les afecta la muerte de sus pacientes en su vida personal, pero es importante mencionar que hay un 4% que manifiestan que estas muertes siempre les afectan en lo personal.

El 48% dice que solo a veces a sufrido la muerte de pacientes oncológicos, y un 2% manifiesta no haber tenido la experiencia de sufrir la muerte de un paciente oncológico.

El 30% de los profesionales refiere que nunca es mas significativa a muerte del paciente oncológico, mientras que un 8% dice que siempre es mas significativa que otro paciente con cualquier patología.

El 94% considera esta muerte como una pérdida humana, sin embargo existe un 1% que aun ve este suceso como mas carga de trabajo.

El 77.8% manifiestan que se despiden en silencio de sus pacientes y respetan el momento familiar, mientras que un 5.6% se dedica solo a realizar el procedimiento.

El 88% del personal manifestó conocer el proceso de duelo como una reacción natural ante una pérdida, sin embargo es importante resaltar que un 12% piensa que no es mas que un dolor profundo.

El 92% del personal conoce adecuadamente las etapas del proceso de duelo mientras que el 2% confunde las etapas del mismo

El 60% del personal a veces se ve en alguna de las etapas de duelo ante la muerte de sus pacientes, mientras que el 8% siempre se ve dentro de alguna etapa

El 36% del personal de enfermería considera de igual manera que siempre y a veces cierran adecuadamente el proceso de duelo ante la pérdida del paciente oncológico

El 38% de las enfermeras encuestadas frecuentemente se han enfrentado a la muerte de un paciente oncológica pediátrico mientras que el 2% siempre se enfrenta a una muerte del paciente onco pediátrico

El 92% del personal encuestado conoce las etapas del proceso de duelo, sin embargo aun un 8% no tiene conocimiento de las mismas.

El 60 % de los profesionales de enfermería, se han visto en alguna de las etapas del proceso de duelo mientras que un 14 % refiere no ser afectados por este proceso y no vivir ninguna de las etapas.

El 36% del personal refiere cerrar su proceso de duelo ante la pérdida de sus pacientes mientras que otro 36 % refiere que solo a veces lo cierra adecuadamente, siendo importante mencionar un 10% nunca ha cerrado sus procesos de duelo

El 38% del personal refiere enfrentar frecuentemente la muerte de un paciente onco pediátrico, sin embargo un 34% refiere nunca haber enfrentado la muerte de este tipo de pacientes.

El 41% del personal encuestado muestra un actitud de llanto y tristeza al presenciar la muerte de un paciente onco pediátrico, mientras que un 4% refiere indiferencia por el evento

El 36% de el profesional de enfermería que fue encuestado refiere que a veces la pérdida de un paciente onco pediátrico es mas significativa que la de un paciente onco – adulto, mientras que un 10% opina que siempre es mas significativa esta pérdida.

El 63% del personal encuestado refiere que la relación enfermera – paciente es un factor para que la muerte del paciente afecte mas que otra, mientras que un 21% consideran a la edad como un factor importante.

El 48% del personal refiere que a veces y nunca ha relacionado la muerte de un paciente con algún ser querido, mientras que un 4% si lo ha relacionado

El 46% del personal encuestado refiere que el personal de enfermería a veces se queda con sentimientos encontrados ante la pérdida de sus pacientes, mientras que un 28% frecuentemente y un 10% siempre se queda con sentimientos encontrados y duelos no resueltos ante la pérdida de sus pacientes.

El 54% del personal de enfermería refiere que a veces esta situación afecta la vida laboral y estado emocional, mientras que un 42% dice que nunca afecta a sus emociones y vida laboral, y una mínima parte con un 4% refiere frecuentemente afectarle.

Interpretación de datos

En los datos encontrados de las encuestas aplicadas al personal de enfermería de los servicios de oncología piso y oncología pediatría encontramos que:

La mayoría del personal encuestado tiene más de 10 años laborando en el hospital, lo que les ha permitido tener más contacto con la muerte de los pacientes por lo que para nosotros será de gran utilidad su experiencia y opinión en ésta área.

El profesional de Enfermería ha sufrido pérdidas personales, desde la muerte de algún familiar, una enfermedad, un divorcio o separación hasta pérdidas materiales y financieras, lo que nos permite darnos cuenta que además de ser profesional y tener problemas y pérdidas en nuestra área laboral, somos seres humanos y como todos, tenemos procesos que pueden ser dolorosos o no, sin embargo el profesional tiene que cumplir con un horario de trabajo y tiene que enfrentarse con todo tipo de situaciones que la mayoría de las veces trae cargando consigo.

El personal manifiesta haber enfrentado la muerte de un paciente oncológico frecuentemente, lo que nos ayudará a que entiendan mucho mejor de lo que les estamos hablando y así poder tener resultados certeros y confiables.

Es bien sabido que el profesional de enfermería vive día a día este suceso de la muerte, sin embargo todo indicaría que tienen que estar sensibilizado, pero cuando se le ha preguntado a este integrante del equipo de salud, ¿que es lo que pasa por su mente en ese momento?, ¿que siente ante este proceso? ¿como manifiesta sus sentimientos?, nadie, no es sino por medio de una serie de preguntas que nos confían su sentir y manifiestan sentir tristeza e incluso llegan a presentar llanto. En general, se piensa que Enfermería ya no siente y que debe o es fría, pero ahora nos damos cuenta del verdadero trasfondo.

La mayoría de estos profesionales piensan que la relación enfermera- paciente y el tiempo de estancia de los pacientes, son factores importantes para que pueda o no afectarles la muerte de los pacientes. Es bien sabido que enfermería es un profesional que ve al paciente de forma holística, lo que hace que la convivencia diaria sobre todo en los pacientes oncológicos, que pasan mucho tiempo hospitalizados debido a las quimioterapias, los acerquen a ellos de manera que ya no se les ve solo como pacientes, sino como amigos o seres especiales que aportan muchas lecciones a sus vidas personales.

Más de la mitad de los compañeros que fueron encuestados manifiestan que solo a veces la muerte de sus pacientes llega a afectarles emocionalmente en sus vidas personales, lo que nos permite darnos cuenta que enfermería además de ser profesional es ser humano y también tiene emociones que en muchas

ocasiones tiene que reprimir o hacer caso omiso por la posición que ocupan en ese momento. Sin embargo es importante mencionar que vienen cargando con esas emociones y sentimientos al grado de afectar en sus vidas personales. Porque por mas que se trate de separar la vida personal con la profesional, se involucran muchos aspectos de la una con la otra.

Frecuentemente y a veces fueron las respuestas mas altas en referencia al haber sufrido la muerte de un paciente oncológico o no. Aunque las encuestas fueron aplicadas en áreas especificas de oncología, el hecho de contar con personal nuevo que no ha tenido mucho contacto con este tipo de pacientes, nos hace obtener un bajo porcentaje en el hecho de no haber presenciado la muerte de este tipo de pacientes. Lo que nos permite darnos cuenta que aunque estemos en áreas especificas, no nos asegura que sean los expertos en el área o que hayan presenciado todo tipo de sucesos.

La mayoría del personal piensa que no tiene nada que ver la patología para que sea mas o menos significativa su muerte. Se hizo esta pregunta por el hecho de ser paciente con tratamientos largos y hospitalizaciones constantes debido a sus quimioterapias, sin embargo enfermería considera que hay otros pacientes de larga estancia, pero sobre todo, que la muerte no deja de ser muerte en cualquier tipo de paciente.

La mitad de los profesionales de enfermería consideran como una pérdida humana la muerte del paciente oncológico. Lo que refleja la conciencia y el profesionalismo de este integrante de la salud, ya que aunque hubo un pequeño porcentaje en referencia a considerarlo como un fracaso laboral, mas carga de trabajo y un procedimiento mas, nos dimos cuenta que no han perdido de vista su objetivo y sobre todo sus valores de humanismo.

Ante el proceso de amortajamiento, los profesionales de enfermería manifiestan despedirse del paciente en silencio y respetar el momento familiar, porque debemos estar conscientes que aunque se enfrentan a estas situaciones muy seguidas, no hacen a un lado el respeto al cuerpo y a la familia. Y aunque fue menor el porcentaje, fue significativa la manifestación de sentir tristeza por el evento sea por la situación que sea. Una vez mas Enfermería refleja su lado humano y su preocupación por el bienestar de sus pacientes.

El personal de Enfermería demostró tener conocimiento sobre el proceso de duelo, definiéndolo como la reacción ante una pérdida, lo cual es importante porque al encontrarse en un área en donde todos los días viven las pérdidas de sus pacientes, se debe tener conocimiento para saber cómo reaccionara el paciente y saber cómo podrán ayudarlo para que el duelo no se complique. Es bueno saber que el personal se involucra y le interesa conocer más sobre procesos como éste que si bien no es obligatorio saberlo para poder laborar en una área hospitalaria, es importante y básico.

La mayoría del personal encuestado conoce adecuadamente las etapas del proceso de duelo, esto les permite enfrentar mejor las perdidas que sufran en su vida personal y laboral, así mismo podrá apoyar a los familiares cuando se encuentren en este proceso.

Nos damos cuenta, que mas de la mitad del personal de enfermería le ha afectado la muerte de sus pacientes, no sabemos a que grado por que se desconoce la etapa del proceso en que se han visto pero una vez mas confirmamos que este profesional ve la muerte de sus pacientes de forma holística.

La mitad del personal encuestado refirió no cerrar su proceso de duelo ante la perdida de sus pacientes, por lo que nos damos cuenta que realmente seria importante que la muerte de sus pacientes pueda afectarle al personal en su vida personal e incluso en su desempeño laboral. Entendemos que la mayoría del personal frecuentemente ha enfrentado la muerte de un paciente onco pediátrico lo cual nos ayudara ver la diferencia de pacientes entre un paciente adulto y pediátrico.

El personal de enfermería manifiesta que siente tristeza y llanto al presenciar la muerte de un paciente onco pediátrico a lo cual podemos relacionar que la mayoría de las enfermeras son padres de familia y por tanto es mas significativo y doloroso presenciar estos eventos mientras que un mínimo refiere indiferencia, poniendo en duda el sentir ante el evento o solo una careta que mostrar. La mayoría del personal de enfermería refiere que solo a veces es mas significativa la muerte del paciente onco – pediátrico, mientras que otra parte piensa que la edad es un factor para que la muerte sea mas significativa, sin dejar de lado que sea cual sea el paciente, es una perdida humana.

El profesional de enfermería manifiesta que la relación enfermera paciente es un factor importante para que la pérdida de un paciente les afecte más que otra. Tomando en cuenta que enfermería convive más tiempo con pacientes y tiene todo el trato directo con el, haciendo que esta relación sea más estrecha y se involucren sentimientos. La mitad del personal encuestado refiere nunca haber relacionado la muerte de un paciente con la pérdida de un ser querido, sin embargo la otra mitad manifiesta haber relacionado solo a veces estas pérdidas, mientras que una mínima parte, refiere que las relaciona frecuentemente. Debemos tener en cuenta el rol que vive el profesional en su vida personal para que estas pérdidas puedan verse reflejado tal vez con sus hijos, padres, hermanos etc.

La mitad del personal refiere que a veces el relacionar la pérdida de un paciente oncológico con la de un ser querido es un factor para que sea mas significativa en su vida, mientras que una mínima parte dice que siempre será este un factor para que la muerte de los pacientes sea más significativa y tal vez seas mas recordada. La mayoría del profesional de enfermería manifiesta solo a veces que se queda con sentimientos encontrados y duelos no resueltos ante la pérdida de sus pacientes. Sin embargo otra parte del personal manifiesta que siempre se encuentra en esta situación, lo que nos lleva a darnos cuenta que el personal de enfermería no esta obligado a superar todas las muertes a las que se enfrenta y que es importante no pasar por alto estos sentimientos.

La mayoría del personal encuestado dice que solo a veces considera que sentimientos encontrados y duelos no resueltos les afecte en desempeño laboral

o estado emocional, mientras que otra gran parte refiere que nunca han sido afectadas, sin embargo cabe mencionar que este profesional de la salud tiene aun la idea de que debe ser fuerte ante la situación, tal vez por ello no se permitan, ni nos permitan conocer su verdadero sentir

Conclusiones

Una vez realizado el estudio pude darme cuenta que las actitudes del personal en cuanto a la pérdida de sus pacientes son de tristeza e indiferencia siendo éstas las más relevantes.

Sin embargo pude observar que éste profesional de la salud si atraviesa alguna de las etapas del Duelo pero no necesariamente vive todo el proceso, solo siente la pérdida del paciente en el momento, enfrenta esos sentimientos y cierra ese capítulo, para poder empezar de nuevo.

Pero cabe mencionar que una mínima parte de este personal se encuentra con duelos no resueltos referentes a la pérdida de sus pacientes ya que refieren estar tomando algún tipo de ayuda.

Al realizar las encuestas, el personal de enfermería se mostró un tanto sorprendido por el tema ya que refieren nunca se habían puesto a pensar acerca de lo que pudiera afectar la pérdida de un paciente en su vida personal y profesional.

En el recuento de los resultados se deja ver la necesidad que tiene el profesional en cuanto a la expresión de sentimientos a los que se enfrenta día a día. Es bien sabido que el personal de enfermería se enfrenta a nuevas historias, nuevos retos y nuevos pacientes, que en algunas ocasiones sin quererlo se involucran a la situación emocional del paciente y su familia.

Otro punto que no deja de ser relevante, es que al final de la encuesta se dejan unas líneas para que el personal pueda platicar sus experiencias relacionadas con la muerte de alguno de sus paciente y su opinión sobre la creación de un taller de ayuda tanatologica, y lo encontrado fue sorprendente porque todas las personas encuestadas nos compartieron su experiencia en cuanto a la pérdida de algún paciente que les dejó huella, también manifestaron su aceptación en cuanto a la creación de un área para estas situaciones.

A pesar de ello el personal de enfermería presenta actitudes profesionales, cumpliendo con sus tareas laborales despidiendo y respetando al paciente y a la familia en su momento de duelo, sin dejar de sentir tristeza por el evento.

Por lo que nuestra hipótesis se confirma, ya que los resultados arrojados son que el personal de enfermería si tiene actitudes adecuadas para poder enfrentar el proceso de duelo ante la pérdida de sus pacientes.

Sugerencias

Después de realizar esta investigación, me di cuenta que los profesionales de salud estamos muy olvidados en la cuestión de nuestro sentir, es por ello que sugiero lo siguiente:

- Crear un espacio para los profesionales de salud, en donde puedan realizar catarsis y expresarse libremente sobre sus estados de ánimo.
- Realizar sesiones clínicas de tanatología, para que adquieran los conocimientos necesarios sobre cómo manejar este proceso al que se enfrentan diariamente, y no solo en lo laboral, también servirá para aplicarlo en su vida personal.
- La creación de un curso taller accesible para que el personal de enfermería pueda asistir en horas laborales, en donde se toquen temas sobre la muerte, como manejar esos sentimientos, como manejar a pacientes en fase terminal, etc.

Bibliografía

1. Murillo Rodríguez Silvia. La vida a través de la muerte: estudio biocultural de las costumbres. Edit.: Plazavaldes. México 1997.
2. Rosalie David. Religión y magia en el antiguo Egipto. Edit. Critica Madrid 2003.
3. Cortes Ruiz Efrain. Los días de muertos, una costumbre Mexicana. Edit. Panamericana.
4. Duque Roberto Esteban. Ensayo sobre la muerte. Edit. Encuentro. México 2009.
5. Karl Jaspers . Philosophy of Existence. Berlin 1971.
6. Ibarren Manuel. Los grandes hombres ante la muerte. Segunda edición. Madrid 1965.
7. .Cosificación de los Homínidos. html.rincondelvago.com/evolucion-de-los-hominidos.html. consultado en Junio 2011.
8. Graterol Martin. El problema de la muerte en la comunidad primitiva. Bárbula. Universidad de Carabobo. 1976.
9. Harrison Jhon. Estudio de las civilizaciones occidentales. Buenos Aires 1991. Edit. Mc Graw Hill.
10. Marc Hauser. La mente moral. Barcelona 2008. Edit. Páidos.
11. Nouschi Mare. Historia del siglo XX, todos los mundos. Madrid 1999. Edit. Cátedra.
12. Rousseaux André. Panorama de la literatura del siglo XX. Madrid 1960. Edit. Guadarrama.
13. Nack De Emil. Egipto y el próximo oriente en la antigüedad. Barcelona 1966. Edit., Labor.
14. Morin Edgar. El hombre y la muerte. Barcelona 1974. Edit., kairos.
15. Akou André. Antropología. Barcelona 1981. Edit. Asurí.
16. Salvat Manuel. La prehistoria. Barcelona 1974. Edit. Salvat.
17. Vargas Arena Iraida. Arqueología, Ciencia y Sociedad. Caracas 1990. Edit. Abre Brecha.

18. Vázquez Héctor. El estructuralismo, el pensamiento salvaje y la muerte. México 1982. Edit. Fondo de Cultura Económica.
19. Cortes Ruiz Efraín. Los días de muertos, una costumbre Mexicana. México 1995. Edit. Gv.
20. Fomegra Jaramillo Isa. De cara a la muerte. Edit. Andrés Bello.
21. Busquets X. Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir. Revista de medicina paliativa. Madrid España 2001. P.P 116-119
22. Kubler Rouss Elizabeth. La muerte, un amanecer. Edit. Luciérnaga. España 1997.
23. La muerte y el proceso de duelo. www.slideshare.net/.../tanatologia-muerte-y-duelo. Consultado en Enero 2011.
24. Tanatologia. www.scribd.com/.../muertes-y-definiciones-tanatologia. Consultado en enero 2011.
25. Nieto Cardoso Ezequiel. El arte de morir, el arte de vivir. Edit. INCDH. México 1996.
26. Sábado J. Tomás. Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación de enfermeras y auxiliares de enfermería. Revista de enfermería clínica. España 2001. P.P. 104-109
27. Paul Swartz. Psicología en el estudio de la conducta. Edit. Continental. España 1985.
28. Nieto Cardozo Ezequiel. El arte de morir, el arte de vivir. Edit. INCDH. México 1996.
29. Jean Piaget. Psicología del niño. Edit. Mc Graw Hill.
30. Tanatologia. Alfonso García. tanatologia.org/adolescentes.html. consultado en mayo 2011.
31. Reyes Zubiria Luis. Tanatologia. Edit. Asociación de tanatologia. México 1999.
32. Ley General de Salud. [http//. www.info.juridicos.unam.mx](http://www.info.juridicos.unam.mx). Consultado en Febrero 2011.
33. Ley de Cuidados Paliativos. [http//. www.info.juridicos.unam.mx](http://www.info.juridicos.unam.mx). Consultado en febrero 2011.
34. Brunner Lilian. Manual de Enfermería. Vol. 1. Edit. Mc Graw Hill.
35. Revista. Desarrollo científico de enfermería. Vol. 7. México 1998. P.P. 227.

36. Rosales Barrera Susana. Fundamentos de enfermería. Edit. Manual Moderno. México 2004.
37. Brunner Lilian. Manual de la enfermera. Vol. 2. Edit. Mc Graw Hill.
38. Revista de enfermería IMSS. Experiencia en la práctica. Vol. 16. México 2008. Enero- Abril P.P 37.
39. *La relación enfermera paciente.* www.compendiodenfermeria.com/la-clave-de-la-relacion-enfermera-paciente. consultado en Febrero 2011.
40. Enfermería, profesión y humanismo. www.nursite.com.ar/phpBB2/viewtopic.php?t=111. Consultado en Mayo 2011.
41. Barney, J. Stewart: *L. P. M.: The End of the Great War.*
42. Revista. Desarrollo científico de enfermería. Vol. 8. México 2000. Abril. P.P 227.
43. Tejada A. Actitud de profesionales de enfermería hacia la atención de pacientes moribundos, proceso de morir y la muerte. Tesis de Magister en Enfermería. Universidad de concepción. Chile 1994.
44. Revista Nursing. Cuidados al paciente moribundo. Vol. 19. Abril 2001. P.P3
45. Orgaz Jorge. Humanismo profesional. Edit. Losada. 1977.
46. Coller R. Fontanals. Atención al enfermo terminal. España 1993.
47. González Marco A. Paciente en estado crítico. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia 2003.
48. <http://cuidadosenenfermedadesterminal.es.blogspot.com/2008/02/losprofesionalesdeenfermeria.htm>. consultado en abril 2011.
49. La enfermera ante el paciente moribundo. Cícely Saunders www.encolombia.com/.../enfermeria5302-enfermera.htm.
50. Coller J. Fontanals. Atención al enfermo terminal trabajo en equipo. Barcelona España 1993.
51. Ley General de Salud www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derpriv/.../dtr3.pdf. Consultado en Abril 2011.
52. Cuidados al paciente moribundo. www.buenastareas.com/.../cuidados-al-paciente-moribundo/0. consultado en mayo 2011.

53. Reyes Zubiria Luis Alfonso. Tanatología.
54. Conrad Joseph. Duelo. Madrid 1986. Edit. Biblioteca Nacional
55. Rojas Posada Santiago. El manejo del duelo. Edit. Norma. Colombia 2005.
56. Tizón García Jorge. Perdida, pena y duelo: vivencia, investigación y asistencia. Barcelona 2009. Edit. Paidós Ibérica.
57. Proceso de duelo
www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/proceso_duelo.pdf.
Consultado en Enero 2011.
58. Reyes Zubiria Luis Alfonso. Tanatología. Instituto Nacional de Tanatología
59. Proceso de morir según Elizabeth Kubler Rouss
acuarela.wordpress.com/.../etapas-descritas-por-la-dra-e-kubler-ross.
Consultado en Febrero 2011.
60. Pena, perdida y duelo. www.meb.uni-bonn.de/cancernet/.../306750.html.
consultado en Marzo 2011.
61. Ospina Velasco Ana María. Apoyo al paciente terminal y la familia, acción profesional desde el trabajo social. Edit. Facultad de Humanidades. Colombia 2000.
62. Kubler Rouss Elizabeth. La muerte un amanecer. Edit. Luciérnaga. España 1997.
63. Linderman Erich. Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Edit. Paidós Bolsillo. Barcelona 1970.
64. Bowlby John. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Edit. Morata. Madrid 2002.
65. El sendero hacia el morir. www.healia.com/cancer-information/index.php/.
Consultado en mayo 2011.
66. Pena anticipada. Perdida, pena y duelo. www.healia.com/cancer-information/index...pena-y.../5. consultado en Abril 2011.
67. Psicoterapia para enfermos en riesgo vital. www.agapea.com ›
.Psicología Psicología general .consultado en Abril 2011.
68. Revista Nursing Español. Los profesionales de salud en duelo. Vol. 20. Enero 2002. P.P 18.

69. Carpintero H. Notas históricas sobre ansiedad. Madrid España 2000.
70. Serrano González María Isabel. La educación para la salud del siglo XXI, comunicación y salud. Edit. Díaz de Santos. México 2003.
71. Benítez del Rosario Miguel A. cuidados paliativos y atención primaria: aspectos de organización. Edit. Springer. 2002.
72. Atención al paciente terminal.
www.hipocrates.tripod.com/.../paciente_terminal.htm. consultado en Febrero 2011.
73. Definición de *paciente*. www.definicionabc.com/salud/paciente.php - consultado en Marzo 2011.
74. Curso de atención al paciente.
www.adrformacion.com/cursos/.../tutorial4.html. consultado en abril 2011.
75. Serrano González María Isabel. La educación para la salud del siglo XXI. comunicación y salud. Edit. Díaz de Santos. México 2003.
76. Educación sobre el dolor del paciente oncológico. www.edupac.es/. Consultado en mayo 2011.
77. Manual de enfermería del servicio de pediatría 4° piso, HJM.
78. Manual de enfermería del servicio de oncología 2° piso, HJM-
79. Necesidades de los enfermos terminales.
escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica11/Ars08.html. consultado en enero 2011.
80. Actitud positiva. www.enbuenasmanos.com/.../muestra.asp?art...
Consultado en Febrero 2011.
81. Madero Ma. Del Carmen. Persuasión. Edit. Vergara. México 2010.
82. Tipos de actitudes.PNL. <https://www.xing.com/net/.../tipos-de-actitudes.../> .
consultado en marzo 2011.
83. Segovia Tomás. Actitudes. Edit. Universidad de Guanajuato. México 2011.
84. Revista de enfermería IMSS. Experiencias de la práctica de enfermería. Vol. 16. Enero – abril 2008. P.P 37.
85. Bleger José. Psicología de la Conducta. Edit. Páidos. Colombia 1989.
86. Buendía José. Eventos, afrontamientos y desarrollo: un estudio sobre estrés. Edit. Murcia. Murcia 1993.

87. Martín Díaz Ma. Dolores. Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html. Consultado en abril 2011.
88. Consentimiento informado. www.intermedicina.com/Avances/ . consultado en Mayo 2011.
89. NOM- 168 SSA.. Expediente clínico. Consultado en Marzo 2011.
90. Secretaria de salud. México Sano. Consulta por internet en Enero 2011.
91. Martínez Navarro Antonio. Salud Pública. Edit. Corporación para investigaciones biológicas.
92. Definiciones de salud. www.definiciones.com.mx/definicion/S/salud . consultado en Mayo 2011.

ANEXOS

**HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
COORDINACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE ELABORACION DE TESIS

<u>ACTIVIDADES</u>	<u>DICIEMBRE</u>	<u>ENERO</u>	<u>FEBRERO</u>	<u>MARZO</u>	<u>ABRIL</u>	<u>MAYO</u>	<u>JUNIO</u>	<u>JULIO</u>
SELECCIÓN DEL TEMA	X	X						
MARCO TEORICO		X Asignación del asesor	X Febrero 19	X Marzo 19				
DISEÑO INVESTIGACION					X 16 Abril			
DISEÑO METODOLOGICO					X			
ELABORACION DE ENCUESTAS					X	X 14 Mayo		
APLICACION DE ENCUESTAS						X		
VACIADO DE DATOS						X		
ANALISIS Y RESULTADOS						X 27 Mayo		
REVISION FINAL							X 10 Junio	
IMPRESIÓN Y EMPASTADO								X

P.L.E.S.S. Solís Hernández Claudia Sarahyt

DUELO EN ENFERMERIA

Observaciones: La presente encuesta tienen la finalidad de investigación y enseñanza mas nunca la de lucrar con el contenido de la misma, por ello se respeta la autonomía del personal al querer participar o no con nuestro proyecto, guardando el secreto profesional y manteniendo en el anonimato toda la información obtenida.

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente las siguientes preguntas y marque con una x la respuesta que mas crea conveniente

SERVICIO: ONCOLOGIA () PEDIATRIA () SEXO: F () M ()
EDAD _____

1.- ¿Cuántos años tienes en el servicio?

- a) Menos de 1 año b) 1 año a 5 c) 6 años a 10 d) Mas de 10 años

2.- ¿Haz tenido alguna perdida en tu vida personal?

- a) Divorcios b) Materiales c) Enfermedades d) Muertes
Separaciones Financieras

3.- ¿Te haz enfrentado a la muerte de algún paciente?

- a) Siempre b) Frecuentemente c) A veces d) Nunca

4.- ¿Qué actitud presentas ante dicho evento?

- a) Tristeza b) Llanto c) Enojo d) Indiferencia

5.- ¿Que factor consideras importante para que la muerte de un paciente te afecte o sea mas significativa?

- a) Tiempo de estancia en el servicio
b) Relación enfermera – paciente
c) Patología que cursa el paciente
d) Tipo de muerte

6.- ¿Consideras que la muerte de algún paciente afecte emocionalmente tu vida personal?

- a) Siempre b) Frecuentemente c) A veces d) Nunca

7.- ¿Haz tenido la experiencia de enfrentar la muerte de un paciente oncológico?

- a) Siempre b) Frecuentemente c) A veces d) Nunca

8.- ¿Crees que la muerte de este tipo de pacientes sea mas significativa, que la de un paciente con otra patología?

- a) Siempre b) Frecuentemente c) A veces d) Nunca

9.- ¿Como consideras la muerte de un paciente Oncológico?

- a) Fracaso laboral
- b) Un procedimiento mas
- c) Mas carga de trabajo
- d) Una perdida humana

10.- Al amortajar el cuerpo de un paciente oncológico ¿Cuál es la reacción que demuestras?

- a) Te despidas en silencio y respetas el momento familiar
- b) Solo realizas el procedimiento
- c) Sientes miedo
- d) Sientes tristeza por el evento.

11.- Para ti ¿Qué es el duelo?

- a) Es la reacción natural ante una perdida
- b) Es un proceso de miedo
- c) Es un dolor profundo
- d) No lo se

12.- ¿Conoces las etapas de proceso de duelo?

- a) Enojo, rencor, llanto, miedo
- b) Negación, llanto, estrés, rencor
- c) Negación, ira, negociación, depresión, aceptación o resignación
- d) Aceptación, miedo, temor, negación

13.- Al enfrentar la muerte de un paciente oncológico ¿Te haz visto en alguna de las etapas de duelo?

- a) Siempre b) Frecuentemente c) A veces d) Nunca

14.- ¿Consideras que cierras adecuadamente el proceso de duelo ante la perdida de un paciente oncológico?

- a) Siempre b) Frecuentemente c) A veces d) Nunca

15.- ¿Haz enfrentado la muerte de un paciente onco – pediátrico?

- a) Siempre b) Frecuentemente c) A veces d) Nunca

16.- ¿Qué actitud tomaste ante el evento?

- a) Llanto y tristeza
b) Incredulidad
c) Enojo
d) Indiferencia

17.- ¿Crees que la pérdida del paciente onco pediátrico, sea mas significativa que la del paciente oncológico adulto?

- a) Siempre b) Frecuentemente c) A veces d) Nunca

18.- ¿Que factor consideras importante para que dicha pérdida te afecte más que otra?

- a) Edad
b) Estado emocional del paciente
c) Cambios físicos y asimilación de los mismos por el tratamiento quimioterapico
d) Relación Enfermera – Paciente

19.- ¿Haz relacionado la muerte de un paciente oncológico u onco-pediátrico con algún ser querido?

- a) Siempre b) Frecuentemente c) A veces d) Nunca

20.- ¿Consideras que podría ser un factor para que sea mas significativa en tu vida, la pérdida de este tipo de pacientes?

- a) Siempre b) Frecuentemente c) A veces d) Nunca

21.- ¿Crees que el personal de enfermería se quede con sentimientos encontrados o duelos no resueltos ante la pérdida de sus pacientes?

- a) Siempre b) Frecuentemente c) A veces d) Nunca

22.- ¿Consideras que esto afecte en el desempeño laboral y estado emocional?

- a) Siempre b) Frecuentemente c) A veces d) Nunca
-
-

24.- Podrías relatar de manera breve alguna experiencia que hayas tenido, relacionada con la muerte de un paciente durante tu vida laboral

23.- ¿Qué opinas de la creación de un taller de apoyo teratológico para el personal de enfermería?

Agradeciendo su colaboración

P.L.E.S.S. Claudia Sarahyt Solís Hernández

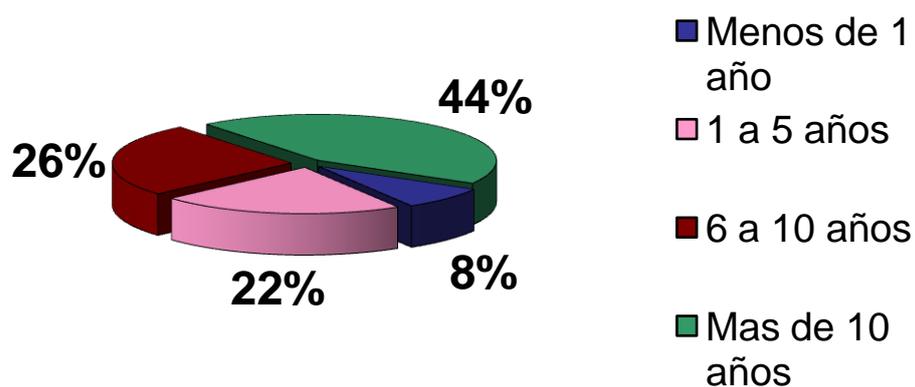
CUADROS Y GRAFICAS

CUADRO No. 1 Años en el servicio

RESPUESTAS 1	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Menos de un año</i>	4	8%
<i>De 1 año a 5</i>	11	22%
<i>De 6 a 10</i>	13	26%
<i>Mas de 10</i>	22	44%
TOTAL	50	100%

Fuente : Encuestas realizadas en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México

GRAFICA No.1 Años en el servicio



Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

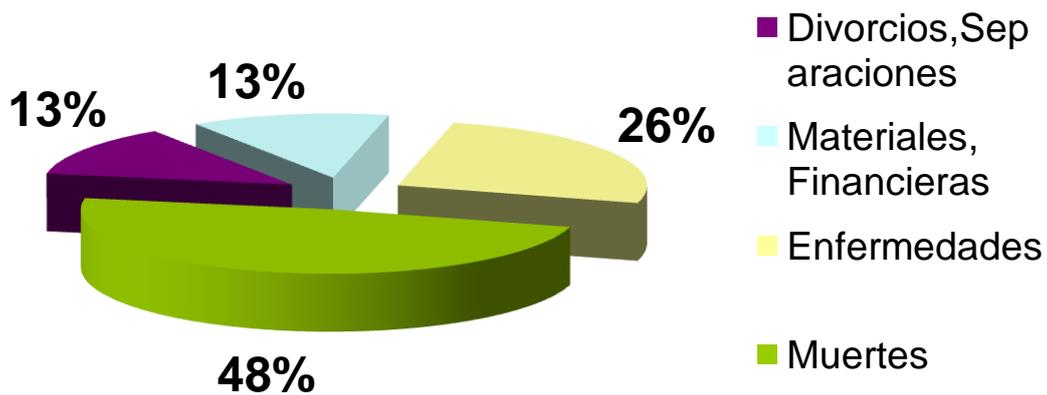
CUADRO No. 2 Perdidas en tu vida personal

RESPUESTAS 2	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Divorcios y separaciones</i>	8	13%
<i>Materiales y financieras</i>	8	13%
<i>Enfermedades</i>	16	26%
<i>Muertes</i>	30	48%
TOTAL	62	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No.2

Perdidas en tu vida personal



Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

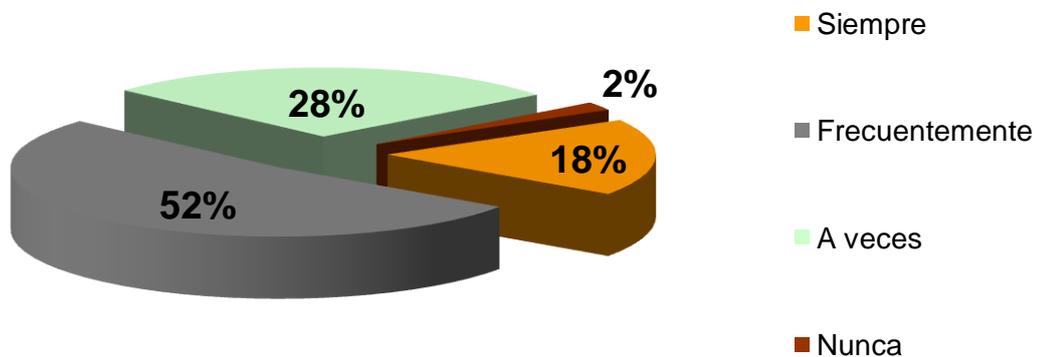
CUADRO No. 3 Muerte de un paciente

RESPUESTAS 3	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Siempre</i>	9	18%
<i>Frecuentemente</i>	26	52%
<i>A veces</i>	14	28%
<i>Nunca</i>	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No. 3

Muerte de un paciente



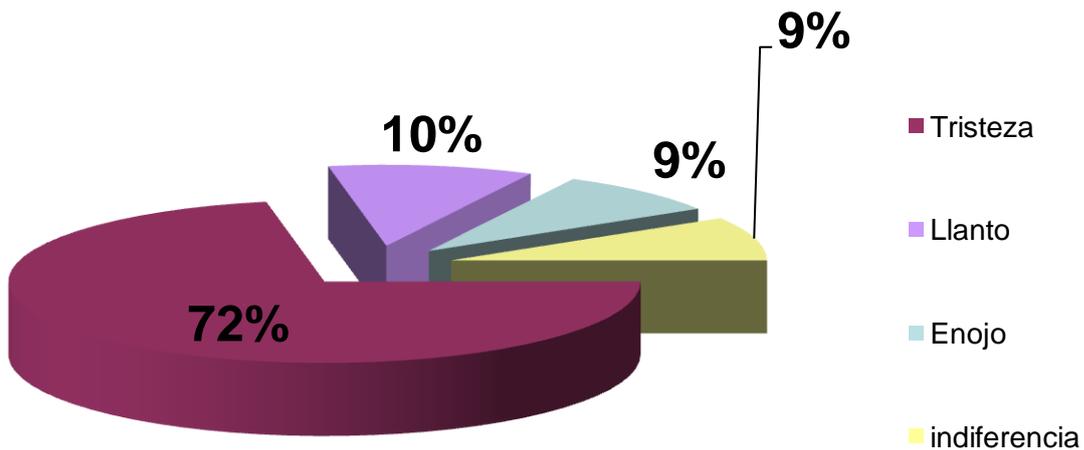
Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

CUADRO No. 4 **Actitud que presenta**

RESPUESTAS 4	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Tristeza</i>	41	71%
<i>Llanto</i>	6	11%
<i>Enojo</i>	5	9%
<i>Indiferencia</i>	5	9%
TOTAL	57	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No. 4 **Actitud que presenta**



Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

CUADRO No. 5

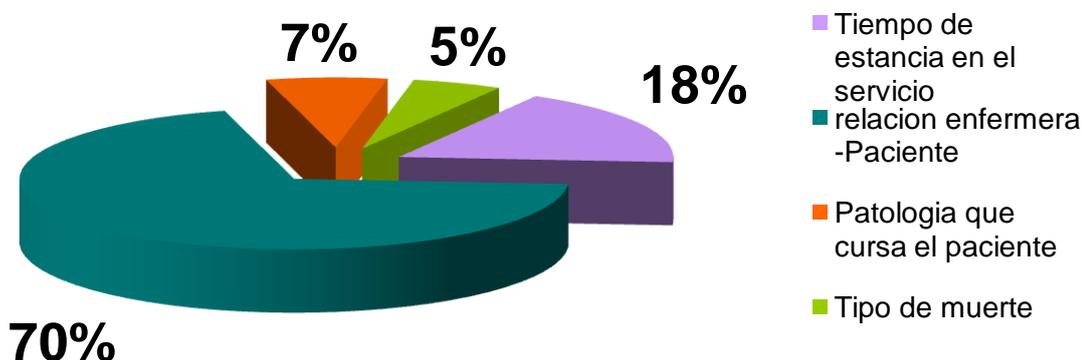
Factor significativo

RESPUESTA 5	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Tiempo de estancia en el servicio</i>	10	18%
<i>Relación enfermera - Paciente</i>	39	70%
<i>Patología que cursa el paciente</i>	4	7%
<i>Tipo de muerte</i>	3	5%
TOTAL	56	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No.5

Factor significativo



Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México

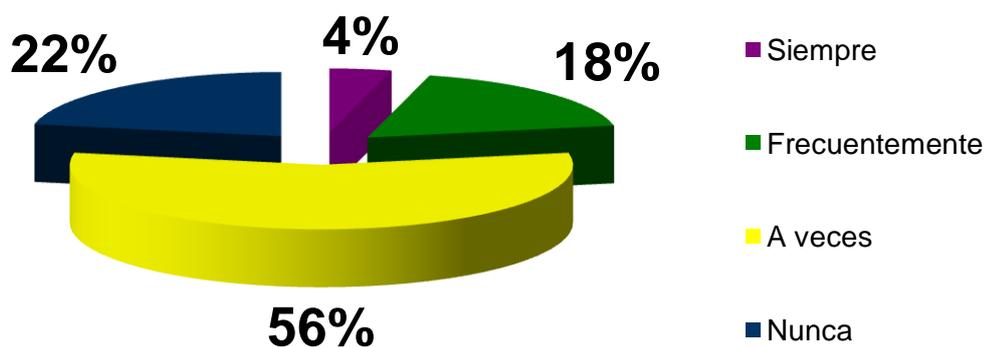
CUADRO No.6 Te afecta emocionalmente

RESPUESTA 6	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Siempre</i>	2	4%
<i>Frecuentemente</i>	9	18%
<i>A veces</i>	28	56%
<i>Nunca</i>	11	22%
TOTAL	50	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No. 6

Te afecta emocionalmente



Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

CUADRO No. 7

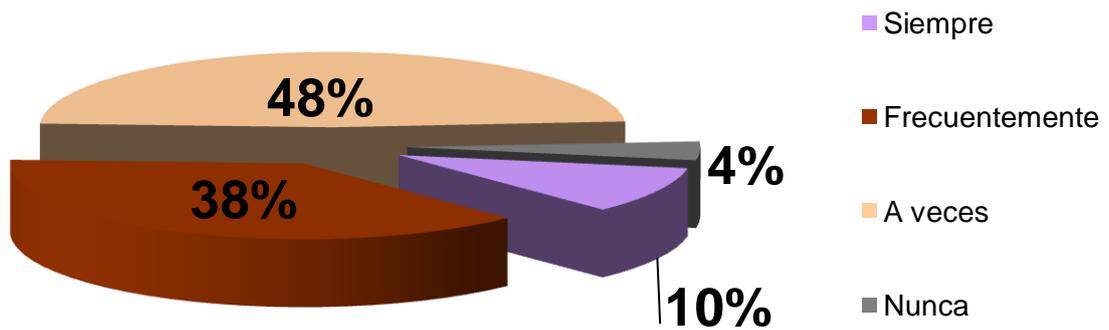
La experiencia de enfrentar la muerte

RESPUESTA 7	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Siempre</i>	5	10%
<i>Frecuentemente</i>	19	38%
<i>A veces</i>	24	48%
<i>Nunca</i>	2	4%
TOTAL	50	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No. 7

La experiencia de enfrentar la muerte



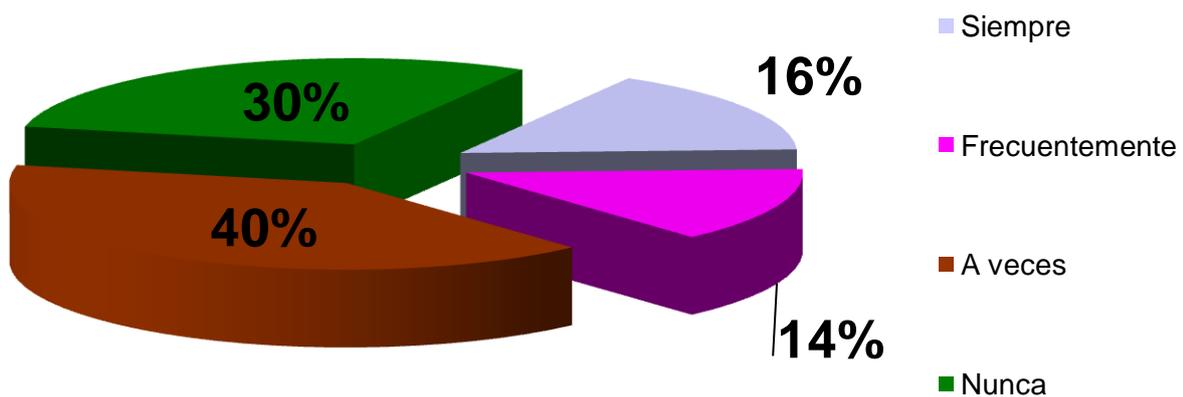
Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

CUADRO No. 8 Será más significativa

RESPUESTA 8	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Siempre</i>	8	16%
<i>Frecuentemente</i>	7	14%
<i>A Veces</i>	20	40%
<i>Nunca</i>	15	30%
TOTAL	50	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No.8 Será mas significativa



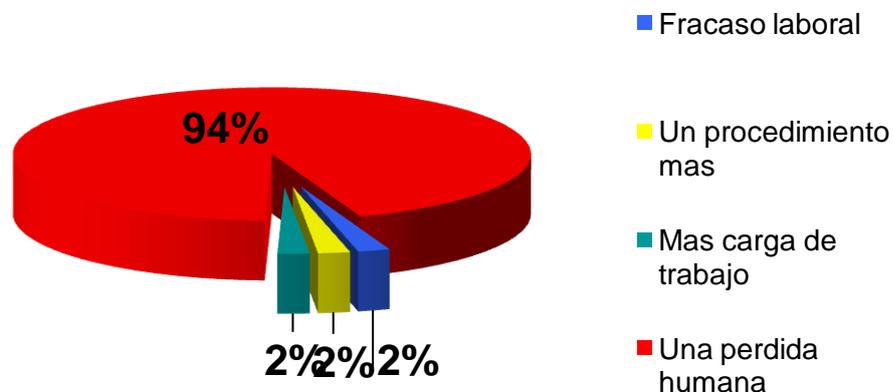
Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

CUADRO No. 9 Consideración de la muerte

RESPUESTA 9	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Fracaso laboral</i>	1	2%
<i>Un procedimiento mas</i>	1	2%
<i>Mas carga de trabajo</i>	1	2%
<i>Una perdida humana</i>	47	94%
TOTAL	50	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No. 9 Consideración de la muerte



Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

CUADRO No. 10

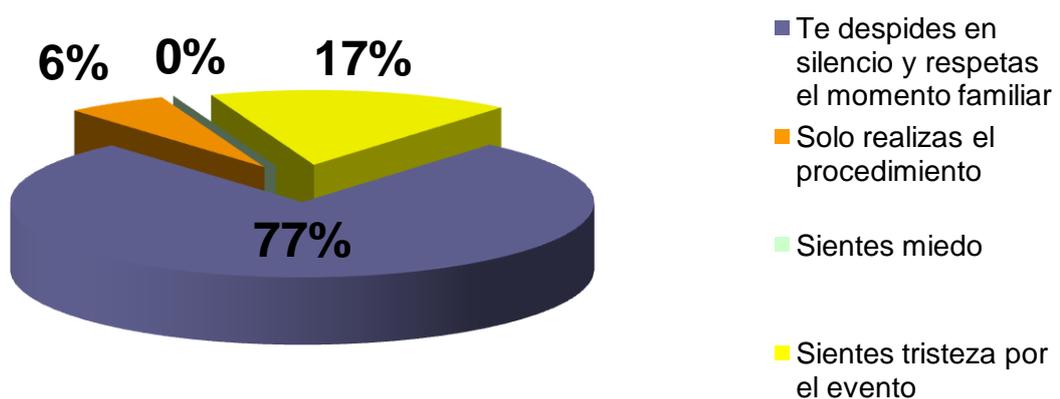
Reacción que demuestras

RESPUESTA 10	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Te despides en silencio y respetas el momento familiar</i>	41	77%
<i>Solo realizas el procedimiento</i>	3	6%
<i>Sientes miedo</i>	0	0%
<i>Sientes tristeza por el evento</i>	9	17%
TOTAL	53	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No. 10

Reaccion que demuestras



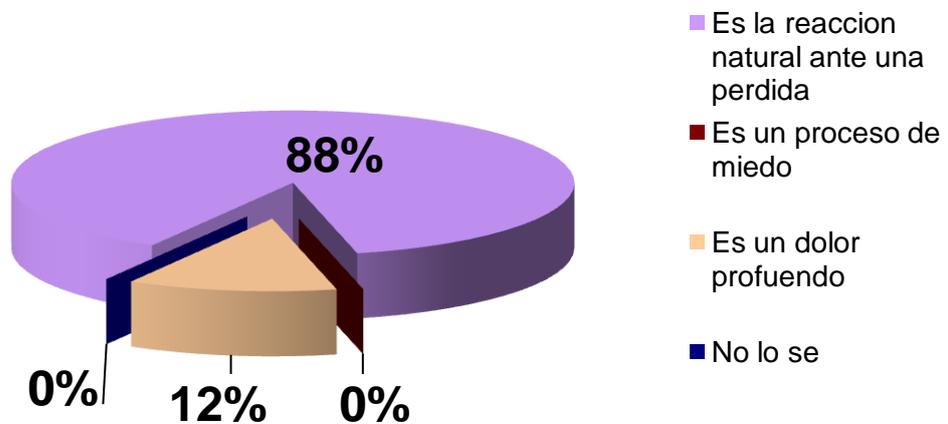
Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

CUADRO No. 11 Conocimiento del Duelo

RESPUESTA 11	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Es la reacción natural ante una perdida</i>	44	88%
<i>Es un proceso de miedo</i>	0	0%
<i>Es un dolor Profundo</i>	6	12%
<i>No lo se</i>	0	0%
TOTAL	50	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No.11 Conocimiento del Duelo



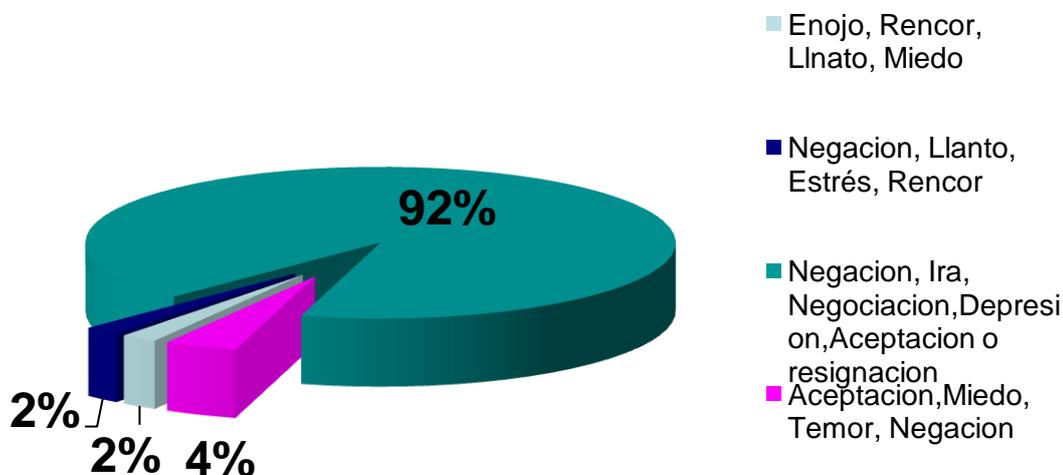
Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

CUADRO No.12 Etapas del proceso de duelo

RESPUESTA 12	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Enojo, Rencor, Llanto, Miedo</i>	1	2%
<i>Negación, Llanto, Estrés, Rencor</i>	1	2%
<i>Negación. Ira, Negociación, Depresión, aceptación</i>	46	92%
<i>Aceptación, Miedo, temor, Negación</i>	2	4%
TOTAL	50	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No.12 Etapas del proceso de duelo



Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

CUADRO No. 13

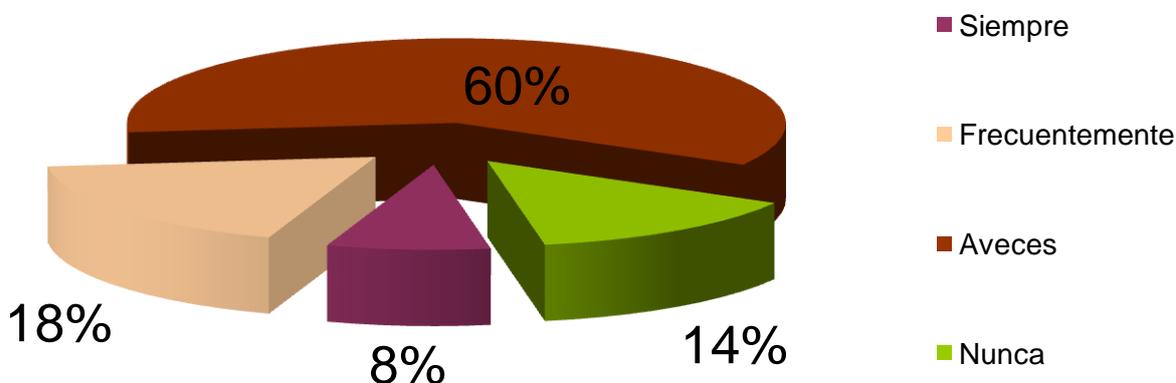
Haz sufrido las etapas de duelo

RESPUESTA 13	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Siempre</i>	4	8%
<i>Frecuentemente</i>	9	18%
<i>A veces</i>	30	60%
<i>Nunca</i>	7	14%
TOTAL	50	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No. 13

Haz sufrido las etapas de duelo



Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

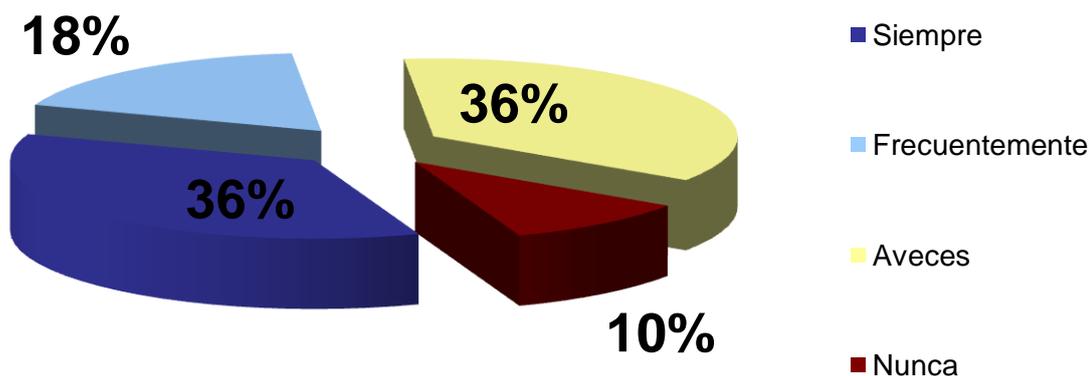
CUADRO No. 14
Cierras adecuadamente el proceso de duelo

RESPUESTA 14	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Siempre</i>	18	36%
<i>Frecuentemente</i>	9	18%
<i>A veces</i>	18	36%
<i>Nunca</i>	5	10%
<i>TOTAL</i>	50	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No. 14

Cierras adecuadamente el proceso de duelo



Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

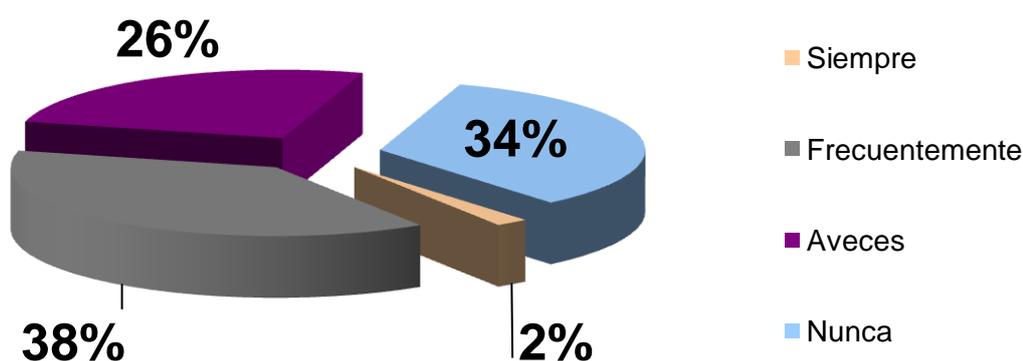
CUADRO No. 15
Enfrentado la muerte de un paciente pediátrico

RESPUESTA 15	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Siempre</i>	1	2%
<i>Frecuentemente</i>	19	38%
<i>A veces</i>	13	26%
<i>Nunca</i>	17	34%
<i>TOTAL</i>	50	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No. 15

**Enfrentado la muerte de un
paciente Pediatrico**



Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

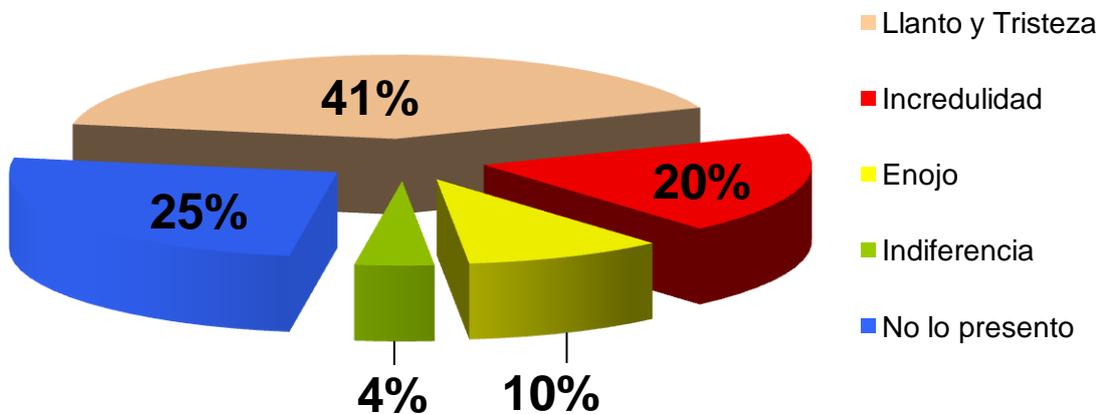
CUADRO No.16 Actitud ante el evento

RESPUESTA 16	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Llanto y tristeza</i>	21	41%
<i>Incredulidad</i>	10	20%
<i>Enojo</i>	5	10%
<i>Indiferencia</i>	2	4%
<i>No presento el evento</i>	13	25%
TOTAL	51	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No. 16

Actitud ante el evento



Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

CUADRO No. 17

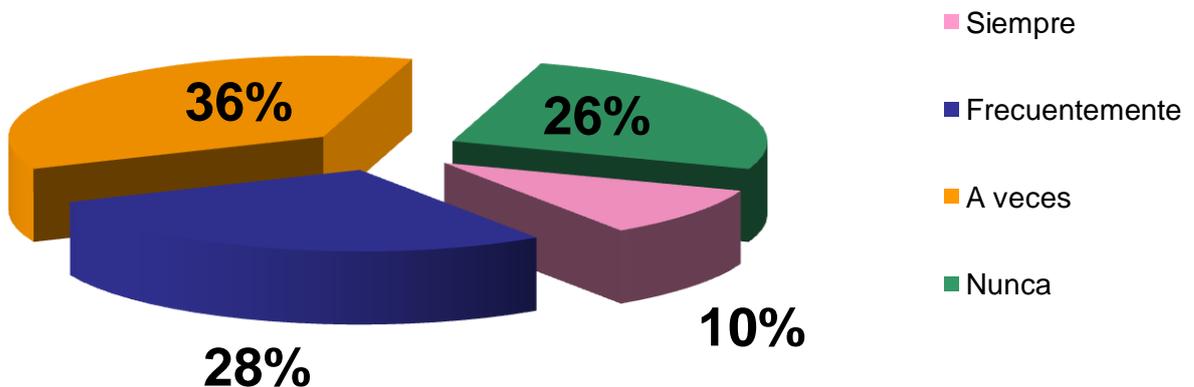
Más significativa la pérdida de paciente pediátrico que del adulto

RESPUESTA 17	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Siempre</i>	5	10%
<i>Frecuentemente</i>	14	28%
<i>A veces</i>	18	36%
<i>Nunca</i>	13	26%
TOTAL	50	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No. 17

Más significativa la pérdida de paciente pediátrico que del adulto



Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

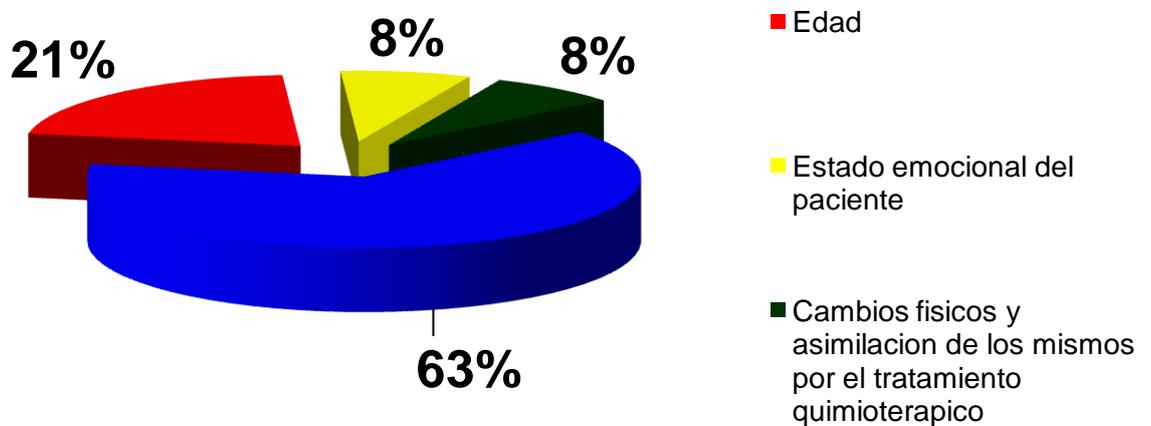
CUADRO NO. 18
Factor que consideras importante

RESPUESTA 18	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Edad</i>	11	21%
<i>Estado emocional del paciente</i>	4	8%
<i>Cambios físicos y asimilación de los mismos por el tratamiento quimioterapico</i>	4	8%
<i>Relación enfermera – Paciente</i>	33	63%
TOTAL	52	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No.18

Factor que consideras importante



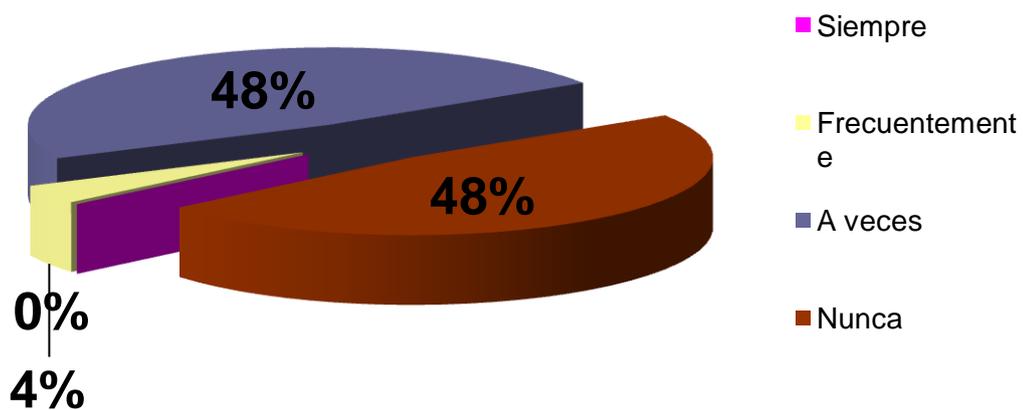
Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

**CUADRO No. 19
Haz relacionado la muerte**

RESPUESTA 19	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Siempre</i>	0	0%
<i>Frecuentemente</i>	2	4%
<i>A veces</i>	24	48%
<i>Nunca</i>	24	48%
TOTAL	50	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

**GRAFICA No. 19
Haz relacionado la muerte**



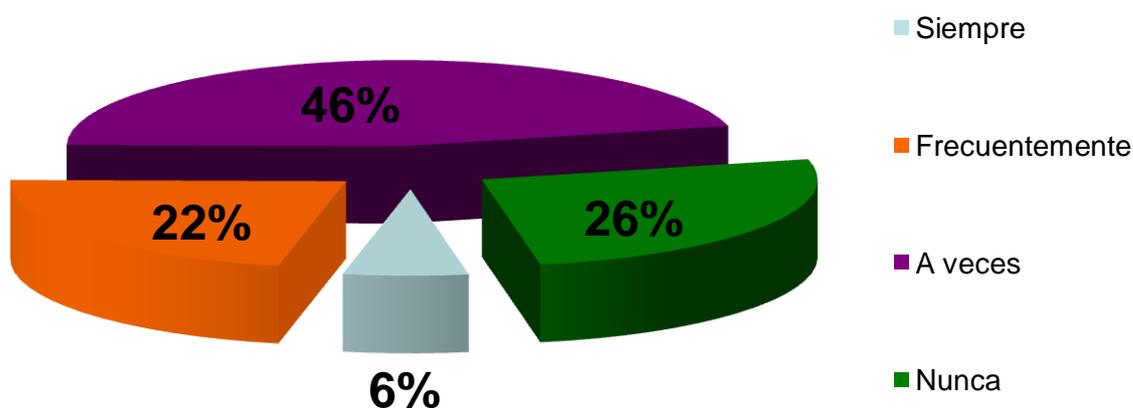
Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

CUADRO No. 20 Factor para que sea más significativa

RESPUESTA 20	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Siempre</i>	3	6%
<i>Frecuentemente</i>	11	22%
<i>A veces</i>	23	46%
<i>Nunca</i>	13	26%
TOTAL	50	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No. 20 Factor para que sea mas significativa



CUADRO No. 21

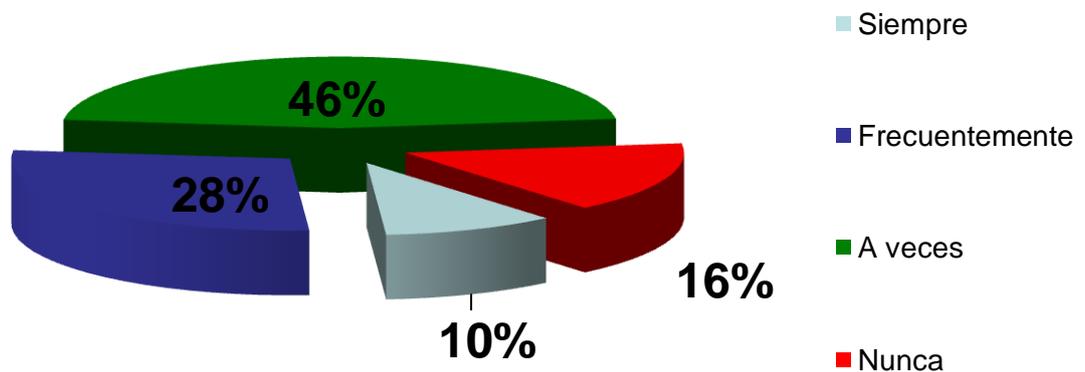
Tiene duelos no resueltos

RESPUESTA 21	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Siempre</i>	5	10%
<i>Frecuentemente</i>	14	28%
<i>A veces</i>	23	46%
<i>Nunca</i>	8	16%
TOTAL	50	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No. 21

Tiene duelos no resueltos



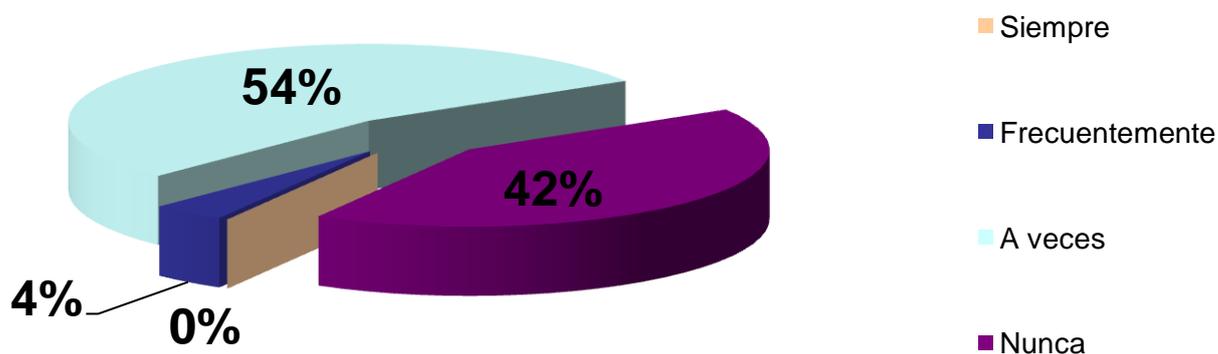


CUADRO No. 22
Afecta en el desempeño laboral

RESPUESTA 22	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Siempre</i>	0	0%
<i>Frecuentemente</i>	2	4%
<i>A veces</i>	27	54%
<i>Nunca</i>	21	42%
TOTAL	50	100%

Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

GRAFICA No. 22
Afecta en el desempeño laboral



Fuente : Encuesta realizada en el Servicio de Oncología 1er piso y Pediatría 4to piso dentro del Hospital Juárez de México.

**PROGRAMA
DE
TANATOLOGIA
PARA
ENFERMERIA**



**HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
COORDINACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**



PROGRAMA DE TANATOLOGIA PARA ENFERMERIA

INTRODUCCION

La siguiente programación se centra en facilitar un mejor manejo de la organización en el curso- taller de tanatología para enfermeras(os), en donde se exponen cada uno de los puntos y temas referentes al taller de tanatología enfocado al personal de enfermería.

Enfermería requiere de competitividad profesional, múltiples habilidades y relación armónica enfermera(o)- paciente; por tanto, es muy importante que tome en cuenta que su preparación en el área de la tanatología será básica para seguir ayudando a sus pacientes y así mismos.

Es por eso que se propone la realización de este curso.- taller, para ayudar al profesional de enfermería a aprender a enfrentar los duelos.

Debido a los resultados que arrojó nuestra investigación, decidí plantear esta propuesta, con la finalidad de mejorar el estilo de vida del personal de enfermería para que así pueda brindar mayor atención de calidad y calidez.



**HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
COORDINACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**



JUSTIFICACION

Con estos temas se pretende que Enfermería sepa como enfrentar las muertes de sus pacientes y así mismo tenga bases para poder enfrentar cualquier pérdida que se le presente a lo largo de su vida personal y profesional.

Como enfermeras (os) podemos ayudar a los familiares que actúan como cuidadores informales respetándolos y reconociendo los retos a los que se enfrentan. También podemos ayudarlos a afrontar las no múltiples emociones que comporta el hecho mismo de convertirse en cuidador, así como a superar los efectos negativos que sobre la salud pueda tener el estrés prolongado que deba soportarse.

La tanatología es la ciencia del estudio de la muerte y sus manifestaciones; es la ciencia de la muerte y del proceso de morir.

La tanatología gira alrededor del enfermo terminal y se basa en las descripciones y observaciones que sobre él se realizan para ofrecer un diagnóstico y, mediante este, determinar las acciones a seguir.

La tanatología tiene una base interdisciplinaria: medicina, enfermería, psicología, asistencia social, espiritualidad y religiones, justicia, ética, etc.

La tanatología percibe al hombre como un todo, con sus necesidades y con sus realidades físicas, psicológicas, espirituales, sociales y culturales; contemplando primero al enfermo terminal y luego a quienes le rodean.

El objetivo principal de la tanatología es ayudar al hombre en aquello a lo que tiene como derecho primario y fundamental: Morir con dignidad, con plena aceptación y total paz.

Deseo dar a conocer esta disciplina y cómo nos ayuda a afrontar el proceso de muerte y el duelo que acompaña a quienes han tenido una pérdida significativa en sus vidas.



**HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
COORDINACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**



OBJETIVOS

- Lograr que el personal de enfermería que asista al taller, aprenda a enfrentar sus duelos no resueltos y sentimientos encontrados que presentan ante la pérdida de sus pacientes y brindarles ayuda psicológica y tanatología si así lo requieren, para que muestren en su vida laboral y profesional actitudes adecuadas para la atención de sus pacientes.
- Facilitar que el personal exprese todas sus emociones reprimidas y relacionadas con el proceso de duelo tanto personal como en el área laboral.
- Propiciar que el personal de enfermería adquiera conocimientos básicos sobre tanatología.
- Fomentar una actitud humanística, comprensiva y reflexiva en la atención enfermería _ paciente, brindando una mejor calidad de vida en el manejo del paciente. Haciendo que las acciones de enfermería sea encaminadas a brindar apoyo emocional a los familiares del paciente en el proceso del duelo.



**HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
COORDINACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**



Institución Educativa:

Hospital Juárez de México. Educación Continua

Personal Al Que Va Dirigido:

Personal de enfermería de todas las categorías

Lugar:

Aula de la Jefatura de Enfermería

Total de Horas:

40 hrs. Por semana

Horas por día:

8 hrs.

Asistencia:

90%

Ponentes:

Adecuados al tema

Programación Programática

Unidades didácticas

1. Introducción a la Tanatología
2. Enfermedad y Muerte
3. Perdida, Y Proceso De Duelo
4. La Familia Ante La Enfermedad Terminal en las diferentes edades
5. El Suicidio Y Sus Implicaciones Psicosociales
6. Intervención tanatologica de enfermería

Sistema de evaluación

- Investigación,
- Lectura, Discusión,
- Análisis de casos, Recuperación de experiencias vivenciales y/o personales
- Películas, dinámicas, juego de roles

Recursos Didácticos

- Reporte de tres lecturas:
- Una luz se apaga,
- La Muerte y los moribundos,
- Clínica del dolor,
- Investigaciones escogidas a voluntad y
- Presentación y entrega de ponencias en, CD o USB.

Observaciones: Los alumnos investigaran temas en relación del cuidado emocional al enfermo terminal y su familia y lo plasmaran en un proyecto de investigación que integrará los diferentes fases del dolor y el proceso de morir así como la asistencia , ayuda e intervención de las cuales enfermería es capaz de realizar en cada caso, y teniendo unas conclusiones y recomendación en cada uno el trabajo es individual y tiene un valor de 60 % de la calificación total el 20 % es la asistencia y puntualidad y el restante 20 % las presentación y trabajos adicionales.



**HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
COORDINACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**



Reconocimiento de Terminación

Diploma de participación

Fuentes de información o bibliografía recomendada

- Psicología de la salud, abordaje Integral de la enfermedad crónica de Arrivillaga Editorial Manual Moderno
- Manejo del Enfermo Crónico y su Familia de Velasco y Sinibaldi de Editorial Manual Moderno,
- Como Entender la Tanatología del Instituto Mexicano de Tanatología
- Kubler Rouss Elizabeth. La muerte, un amanecer. Edit. Luciérnaga. España 1997
- Sábado J. Tomás. Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación de enfermeras y auxiliares de enfermería. Revista de enfermería clínica. España 2001. P.P. 104-109
- Reyes Zubiria Luis. Tanatología. Edit. Asociación de tanatología. México 1999.
- Tejada A. Actitud de profesionales de enfermería hacia la atención de pacientes moribundos, proceso de morir y la muerte. Tesis de Magister en Enfermería. Universidad de concepción. Chile 1994.

PROGRAMACION TEMÁTICA

I. INTRODUCCION A LA TANATOLOGIA

TEMARIO	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA/ APRENDIZAJE	MATERIAL DIDACTICO	FACTORES A EVALUAR	DESCRIPCION
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Definición etimológica y conceptual de Tanatología ❖ Antecedentes históricos ❖ La Tanatología como ciencia interdisciplinaria ❖ Objetivos de la Tanatología. • Habilidades y limitaciones que demanda el quehacer teratológico. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Integra grupos de trabajo. ➤ Sensibiliza para el trabajo en equipo. Analiza y verifica el conocimiento construido. ➤ Guía en el desarrollo del tema. ➤ Observa durante el desarrollo del trabajo grupal. ➤ Preguntas dirigidas al cierre y conclusión 	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Cañón • Rotafolio • Hojas blancas • Lápices 	<p>Habilidad y destreza</p> <p>Comprensión</p> <p>Sensibilidad</p>	<p>Elabore un resumen que contenga: la hipótesis de la teoría de la crisis, los aspectos característicos presentes durante la crisis, los sucesos precipitantes de una crisis circunstancial, los sucesos precipitantes de una crisis de desarrollo. , elabore un cuadro sinóptico que incluya las fases y estados desde el impacto hasta la resolución de una situación de crisis ,</p>



**HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
COORDINACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**



PROGRAMACION TEMÁTICA

II. ENFERMEDAD Y MUERTE

TEMARIO	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA/ APRENDIZAJE	MATERIAL DIDACTICO	FACTORES A EVALUAR	DESCRIPCION
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Conceptos básicos de enfermo terminal, moribundo, agonía y muerte y enfermedad crónico-degenerativa. ❖ Concepto y tipos de enfermedad crónico degenerativa y enfermedad terminal en las diferentes etapas de la vida del ser humano. ❖ Necesidades físicas, psicológicas y miedos del moribundo. ❖ Concepto de eutanasia, distanasia, adistanasia y ortotanasia 	<p>Continuar con actividades de investigación y sensibilización del alumno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Cañón • Rotafolio • Hojas blancas • Lápices 	<p>Habilidad y destreza</p> <p>Comprensión</p> <p>Sensibilidad</p>	<p>A partir de experiencias personales, A manera de ejercicio, después de realizar las lecturas sugeridas para la unidad y de los conocimientos teóricos revisados, identifique por cuales crisis de desarrollo ha atravesado, de acuerdo a su ciclo de vital, haciendo énfasis en el duelo. Dentro de sus experiencias profesionales seleccione un caso clínico en el que identifique los conceptos psicológicos de la enfermedad, los cambios estructurarles que se han presentado en la familia y alteraciones emocionales en el ciclo</p>

PROGRAMACION TEMÁTICA

III. PÉRDIDA, MUERTE Y PROCESO DE DUELO

TEMARIO	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA/ APRENDIZAJE	MATERIAL DIDACTICO	FACTORES A EVALUAR	DESCRIPCION
<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de Duelo • Concepto de pérdida • Concepto de Muerte • Proceso de Morir según Elizabeth Kubler Rouss • Como enfrentar la muerte 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el origen y tipos de perdidas, síntomas clínicos del duelo, factores que afectan la reacción ante la pérdida y los factores que contribuyen al duelo no resuelto • Reconocer la conmoción y el dolor que se experimenta durante una pérdida deben ser abordados desde una perspectiva humanística reconociendo la etapa o etapas que van experimentando el sujeto • Proporcionar un cuidado holístico, sobre todo a aquellos que han sufrido una pérdida y que se encuentran en un proceso de duelo o para aquellos que cursan una enfermedad de tipo terminal 	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Cañón • Rotafolio • Hojas blancas • Lápices 	<p>Habilidad y destreza</p> <p>Comprensión</p> <p>Sensibilidad</p>	<p>A partir de experiencias personales A manera de ejercicio, después de realizar las lecturas sugeridas para la unidad y de los conocimientos teóricos revisados, identifique por cuales crisis de desarrollo ha atravesado, de acuerdo a su ciclo de vital, haciendo énfasis en el duelo. Dentro de sus experiencias profesionales seleccione un caso clínico en el que identifique los conceptos psicológicos de la enfermedad, los cambios estructurales que se han presentado en la familia y alteraciones emocionales en el ciclo evolutivo</p>



**HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
COORDINACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**



PROGRAMACION TEMÁTICA

IV. LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD TERMINAL Y LA MUERTE

TEMARIO	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA/ APRENDIZAJE	MATERIAL DIDACTICO	FACTORES A EVALUAR	DESCRIPCION
<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de enfermo en fase terminal • Concepto de enfermo terminal • Características del enfermo terminal • Necesidades humanas del Enfermo Terminal • Concepto de paciente • Duelo en el sistema familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ● Examinar algunos de los patrones conductuales durante las perdida, dependiendo de la etapa de vida en que esta se presenta . ● Favorecer el entrenamiento, acompañamiento y apoyo teratológico al paciente y su familia o amigos. ● Conocer la forma en que el ser humano concibe la muerte en cada una de las etapas de su desarrollo para establecer la forma de ayuda mas adecuada durante el proceso de muerte, perdida o duelo 	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Cañón • Rotafolio • Hojas blancas • Lápices 	<p>Habilidad y destreza</p> <p>Comprensión</p> <p>Sensibilidad</p>	<p>Integrando los conocimientos, habilidades y capacidades desarrolladas a partir de las tres unidades del seminario, seleccione un paciente, planee y realice una intervención en crisis previamente seleccionado aplicando los 5 componentes básicos de la primera instancia planteada por Slaikeu y Cols. Mencione las reglas de comunicación utilizadas y las adaptaciones que hace para comunicarse con su paciente. Tomando como base al abordaje terapéutico de White, planee dos formas de externalización del problema. De acuerdo con la propuesta de Ohanlo en forma conjunta con el paciente cocree otra visión de la realidad que le permita actuar para hacer cambios en la etapa de crisis.</p>



**HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
COORDINACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**



PROGRAMACION TEMÁTICA

V. EL SUICIDIO Y SUS IMPLICACIONES SOCIALES

TEMARIO	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA/ APRENDIZAJE	MATERIAL DIDACTICO	FACTORES A EVALUAR	DESCRIPCION
<ul style="list-style-type: none"> Definición de suicidio Mitos y realidades acerca del suicidio Factores de riesgo en el suicidio Manejo del paciente suicida Dinámica familiar en el suicidio 	<ul style="list-style-type: none"> Conocer los comportamientos, tipos de suicidio, factores de la dinámica familiar, implicaciones psicosociales y lineamientos generales en el manejo de pacientes con riesgo suicida 	<ul style="list-style-type: none"> Computadora Cañón Rotafolio Hojas blancas Lápices 	<p>Habilidad y destreza</p> <p>Comprensión</p> <p>Sensibilidad</p>	<p>Integrando los conocimientos, habilidades y capacidades desarrolladas a partir de las unidades del seminario, seleccione un paciente, planee y realice una intervención en crisis previamente seleccionado aplicando los 5 componentes básicos de la primera instancia planteada por Slaikeu y Cols.</p>



**HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
COORDINACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**



PROGRAMACION TEMÁTICA

VI. INTERVENCION TANATOLOGICA DE ENFERMERÍA

TEMARIO	ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA/ APRENDIZAJE	MATERIAL DIDACTICO	FACTORES A EVALUAR	DESCRIPCION
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermería • Técnicas de asistencia tanatologica • Actitudes y afrontamientos ante la muerte • El papel de enfermería en la vida del paciente • Reglas de comunicación según Ohanlo y Hudson 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer las técnicas de la asistencia tanatológica que pueden ser empleadas por el profesional de enfermería a los individuos que experimentan alguna perdida o se encuentran cursando el proceso de duelo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Cañón • Rotafolio • Hojas blancas • Lápices 	<p>Habilidad y destreza</p> <p>Comprensión</p> <p>Sensibilidad</p>	<p>Mencione las reglas de comunicación utilizadas y las adaptaciones que hace para comunicarse con su paciente siguiendo a Ohanlo y Hudson. Tomando como base al abordaje terapéutico de White, planee dos formas de externalización del problema. De acuerdo con la propuesta de Ohanlo en forma conjunta con el paciente cocree otra visión de la realidad que le permita actuar para hacer cambios en la etapa de crisis</p>

