



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
ÁREA DE EXTENSIÓN ACADÉMICA MULTIDISCIPLINARIA
CD. SAHAGÚN**

**LA TANATOLOGÍA COMO UNA HERRAMIENTA EN EL
TRABAJO SOCIAL**

MONOGRAFÍA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
PROFESIONAL ASOCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA:

HORICEL VALENCIA DOMÍNGUEZ

ASESORA:

L.T.S. MARÍA DE JESÚS BALDERAS CONTRERAS

CD. SAHAGÚN HIDALGO

MAYO, 2008

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	4
CAPÍTULO 1.- LA MUERTE Y SU PROCESO	
1.1 ¿Que es la muerte? y ¿Por que se le tiene miedo a la muerte?	5
1.2 Diagnóstico de la muerte	8
1.3 Cuando muere una persona	12
1.4 ¿Dónde morir?	14
1.5 Cuidados paliativos	16
CAPÍTULO 2.- ¿CÓMO ENFRENTAR LA ENFERMEDAD?	
2.1 Enfermedad terminal y psicológica de la salud	20
2.2 De vida y muerte	20
2.3 Enfermedad y muerte	25
2.4 Adaptación a la enfermedad y la muerte	28
2.5 Un dilema tras otro	31
CAPITULO 3.- SENTIMIENTO DE DOLOR	
3.1 Pérdidas y temores	40
3.2 Negación de nuestras emociones	43
3.3 Comunicación de la noticia	44
3.4 Atención existencial y religiosa	47
3.5 Tratamiento del dolor	48
CAPITULO 4.- EL DUELO Y SUS ETAPAS	
4.1 La muerte y el duelo	51
4.2 ¿Qué es duelo?	52
4.3 Etapas del duelo	56
4.4 ¿Cómo enfrentar el duelo?	59
4.5 ¿Qué esperar del duelo?	60

4.6 Cuidarse a sí mismo	63
4.7 ¿Alguna vez lo superaré?	65
4.8 La voluntad de sentido	66
4.9 Manejo del proceso de pérdida	68
4.10 Los efectos de la pena	70
4.11 Métodos de duelo	71

CAPÍTULO 5.- TRABAJO SOCIAL

5.1 Definición de trabajo social	72
5.2 Objeto de intervención	72
5.3 Sujetos objetos de intervención profesional	73
5.4 Objetivo del trabajo social	73
5.5 Estrategias reintervención en trabajo social	74
5.6 Funciones del trabajador social	75
5.7 Perfil del trabajador social en el ámbito de la tanatología	76
5.8 Áreas de intervención del trabajador social	77

CAPITULO 6- LA TANATOLOGÍA COMO UNA FORMA DE AYUDA

6.1 Antecedentes de tanatología	79
6.2 ¿Qué es la Tanatología?	83
6.3 El surgimiento de la nueva tanatología	85
6.4 Aspectos multidisciplinarios de la tanatología	87
6.5 La tanatología de Elizabeth Kübler Ross	88
6.6 ¿Qué es un tanatólogo?	91

CAPITULO 7.- MANEJO DE PÉRDIDA

6.1 ¿Qué hacer ante una pérdida por muerte?	92
6.2 Impacto de la pérdida en los niños	92
6.3 ¿Cómo ayudar a un niño a manejar la pérdida por muerte?	93
6.4 Ayuda a los jóvenes y adolescentes	94

6.5 Ayuda a los sobrevivientes	96
6.6 El suicidio de un ser querido	97
6.7 La muerte de un hijo y el impacto en la pareja	100
6.8 La muerte de los padres	103
6.9 El vacío existencial	104

CAPITULO 8.- AJUSTE AL CAMBIO

7.1 El sentido de la vida	105
7.2 La esencia de la existencia	105
7.3 El sentido del amor	107
7.4 El sentido del sufrimiento	107
7.5 La transitoriedad de la vida	109

CAPITULO 9 LA EUTANASIA COMO FORMA ASISTIDA PARA EL BIEN MORIR

9.1 Algunas consideraciones en torno al derecho a la vida y a la eutanasia	110
9.2 Algunos puntos a favor y en contra de la eutanasia.	118

CONCLUSIONES	123
---------------------	-----

BIBLIOGRAFIA	125
---------------------	-----

CIBERGRAFÍA	128
--------------------	-----

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es una monografía de compilación, sobre “TANATOLOGÍA”, donde el trabajador social juega un papel importante en el proceso de la muerte y el duelo tanto con personas enfermas en fase terminal, o en aquellos casos de muerte súbita o repentina, ya que estos necesitan de nuestra ayuda para enfrentar dicho evento.

Surge como una inquietud por conocer más de la materia y por la impotencia ante la pérdida de familiares queridos a lo largo de la vida, ya que como trabajador social es importante manejar estas pérdidas y ayudar a quien necesite enfrentar el duelo de sus seres queridos de una mejor forma.

Para entender mejor el fenómeno hace falta posicionarse en el ámbito de la TANATOLOGÍA, ¿qué es?, ¿cómo surge?, ¿quiénes la aplican?, ¿para qué sirve?, interrogantes que se tratarán a lo largo de este trabajo, sobre todo desde una perspectiva del Trabajo Social y en donde se encontrarán temas como: ¿qué es la muerte?, proceso de muerte, pérdidas y temores, ¿dónde morir?, manejo del proceso de pérdida, ¿que es tanatología?, sus antecedentes, el perfil del trabajador social, ¿cómo explicar la muerte a jóvenes y niños?, la muerte de los padres, ¿qué es duelo?, sus etapas, ¿cómo enfrentar la vida después de una pérdida?, consideraciones en torno a la eutanasia, etc.

Hablar de muerte, representa un acontecimiento que generalmente causa dolor, tristeza, melancolía, culpa, angustia, enojo, entre muchas otras cosas, cuando alguien muere, es posible que se observe un cambio en las relaciones con los demás, las familias y amistades ya no son las mismas, debido a las alteraciones que trae consigo la pérdida de uno de sus miembros.

Cuando fallece una persona terminan sus sufrimientos, al menos los de su vida en la tierra. Pero los que siguen viviendo a qué se enfrentan? Tal vez a un trauma desolador, o quizá a enormes presiones, a decisiones importantes y violentas emociones.

El sufrimiento o duelo de los sobrevivientes recién comienza, la atención de amigos y parientes ha estado centrada en el que estaba muriendo, pero, ahora aquellos a quienes la muerte afectó más de cerca necesitan la atención y la consideración de la familia y los amigos.

En años recientes, la investigación ha revelado que existen patrones de emociones identificables durante el duelo. El conocimiento de esos patrones pueden ayudar a reconocer la conmoción y el dolor que se siente interviene en la cicatrización de la herida que infligió la muerte.

Las reacciones emocionales ante la muerte de un ser querido siguen un curso claramente definido. Se aceptan esos sentimientos y los dejan que ocurran de una manera natural, si, además están conscientes de los actos que pueden bloquear el proceso, la cicatrización tendrá un buen final. La muerte es una herida psicológica seria y dolorosa, al igual que cualquier lesión requiere de un cuidado tierno y amoroso, serenidad y tiempo.

“El duelo son todos los sentimientos, reacciones y cambios que ocurren durante el proceso de cicatrización de una herida por la pérdida de alguien querido”. El medio para sanar será elección suya, aunque al principio no se sienta como una elección consciente. Una alternativa consciente, es permitirse a sí mismo experimentar el sufrimiento, sentir toda la angustia, temor y dolor según se presenten. Esta es la elección que a la larga, le permite proseguir con su vida.

La otra elección es un movimiento hacia el no sentir, hacia la propia muerte psicológica y con el tiempo, a la muerte física. Los patrones anteriores de duelo y los rasgos individuales de personalidad contribuyen a la forma en como al principio espontáneamente, reaccionarán ante la aflicción. Estas son predisposiciones naturales, pero se pueden cambiar si no resultan benéficos los antiguos patrones.

Es importante ayudar a comprender el proceso del sufrimiento, aprender a vivir con una pérdida que se den cuenta que el duelo tiene un curso progresivo, de que al final de su dolor sobrevivirán y con el tiempo volverán a experimentar la alegría de vivir.

OBJETIVOS

GENERAL

Presentar un panorama general sobre lo que es la Tanatología y cómo puede apoyar a los trabajadores sociales principalmente, en su quehacer profesional.

ESPECIFICO

Reunir una serie de documentos que versen y/o traten sobre la muerte y la tanatología a fin de poder contar con elementos para la elaboración de una conclusión desde la perspectiva del trabajo social.

CAPÍTULO 1

LA MUERTE Y SUS PROCESOS.

1.1 ¿Qué Es La Muerte? Y ¿Por Qué Se Le Tiene Miedo A La Muerte?

La muerte es una Divina Ley de retorno a los mundos espirituales de donde todos hemos venido cumpliendo otra Divina Ley que es la de la Reencarnación; así como aquí en la tierra existe el pasaje de ida y vuelta, así también en el infinito universo de Dios existe la Divina Ley de ida, que significa reencarnación en los mundos materiales para aprender lecciones y pagar deudas de existencias pasadas, así también existe la Divina Ley del Desencarnamiento o partida al más allá, que significa volver hacia los mundos del espíritu siempre cumpliendo leyes divinas o solares.

La muerte es un cambio de dimensión visible para volver a la dimensión invisible, en donde la vida continúa pero sin el cuerpo físico al cual estuvimos acostumbrados en el mundo espiritual, se ve sin ojos, se habla sin boca, se piensa sin cerebro, algo parecido a lo que se vive y se experimenta en la Divina Ley que se llama Sueño.

¹“La muerte es el cese de la responsabilidad del espíritu con la materia viviente llamada carne”.

¹ <http://groups.msn.com/thanatologia/>

La muerte es una divina experiencia que consiste en dejar el cuerpo físico, como quien deja un vestido viejo, usado y pasado de moda; para volver a los mundos espirituales y pedir al Divino Padre un nuevo cuerpo.

La muerte es como despertar de un sueño viviente que todos pedimos al Divino Padre como una experiencia en una dimensión material, en donde todos estamos siendo probados en lo mental - espiritual - material.

La muerte significa el fin de la prueba de vida y volver a las dimensiones espirituales; de donde todos hemos venido para ser probados tanto en el plano moral como en el plano espiritual y material.

La muerte es una Divina Ley de retorno a otras dimensiones, así como aquí en la Tierra vamos un lugar y volvemos, así también en el Infinito Universo de Dios, se va a lejanos planetas por un tiempo determinado y después se regresa cargado de experiencias y también de caídas.

La muerte es como la Divina Ley del sueño; morir es como dormirse y despertar en otras dimensiones y con otras sensaciones propias de un espíritu libre que acaba de despojarse de una materia densa y pesada.

Sólo las personas que ignoran las leyes de la eternidad y no tienen limpia la conciencia, tienen miedo a la muerte, así como los niños en sus inocencias tienen miedo a dormirse, así los adultos pecadores tienen miedo a morir por su falta de inocencia y su estado de conciencia.

Los que tienen limpia la conciencia, muchas de las veces mueren con una sonrisa en los labios; sólo la ignorancia en las Divinas Leyes de Dios y el estado de conciencia, produce dolor y sufrimiento en los espíritus que desencarnan para volver a los mundos espirituales de donde vinieron.

La pregunta que todos y cada uno de nosotros nos debemos hacer aquí y ahora a nosotros mismos y con total sinceridad es:² "¿Qué sé sobre la muerte?".

En primer lugar debemos ser conscientes de que la muerte es un absoluto misterio, pues nadie ha regresado del "más allá" para referírnoslo. Todo con lo que contamos se denomina "experiencias cercanas a la muerte".

Pero debemos ser con nosotros mismos tan íntegros como lo fue el célebre filósofo griego Sócrates, cuando afirma:³ "El temor a la muerte, señores, no es otra cosa que considerarse sabio sin serlo, ya que es creer saber sobre aquello que no se sabe. Quizá la muerte sea la mayor bendición del ser humano, nadie lo sabe y sin embargo todo el mundo le teme como si supiera con absoluta certeza que es el peor de los males".

En conclusión, se afirma que las cuatro tareas básicas para experimentar con plenitud la vida y la muerte son:

1) Darse cuenta de que el sufrimiento existe y que se puede transformar en una experiencia de plenitud.

²Revista Digital Universitaria, DGSCA-UNAM, 2006 Volumen 7.

³ www.tanatología.entorno medico.net

2) Mantener una comunicación con nosotros mismos y con los demás, donde nos expresemos con todo nuestro ser y fundamentalmente con nuestro corazón, lo más compasivos y libres de apego que podamos;

3) Prepararse espiritualmente para la muerte, lo que implica el ser capaces de vivir en el momento presente, sin dejar situaciones inconclusas que sólo han de constituir un lastre que incrementará nuestro dolor y sufrimiento y el de quienes nos rodean;

4) Encontrar significado a nuestra existencia, sintiéndonos seres plenos a pesar de nuestras imperfecciones, aceptando nuestros errores y expiando los que podamos haber cometido.

⁴"Aprende a morir y aprenderás a vivir. Nadie aprenderá a vivir si no ha aprendido a morir"

1.2 Diagnóstico De La Muerte

- Lo primero que hace un médico para certificar la muerte de una persona es verificar si está realmente muerta, para luego emitir el certificado de defunción.

- Los parámetros que se explora son generalmente los siguientes:

- El estado de conciencia de la persona.

- La sensibilidad.

- Los movimientos.

Luego se procede a realizar algunas otras comprobaciones especialmente se examina los ojos, su hidratación, reflejos, color, etc.

⁴ Elizabeth Kübler Ross/la rueda de la vida/1994

Lo que se hace mediante una linterna o fuente de luz, se toma el pulso y se ausculta el corazón, puede ser que la persona solo se encuentre en estado de muerte aparente.

Muerte aparente:

⁵“Es el estado biológico en el cual las funciones vitales de circulación y respiración llegan a su mínima expresión, siendo prácticamente imperceptibles por los métodos corrientes, lo cual da la sensación de que la persona está muerta”.

Muerte real:

“Es el estado biológico en el cual la persona ha perdido total y definitivamente la circulación y la respiración”.

La primera definición de muerte se dio a finales del siglo XVIII y está ligada al tema de trasplantes de órganos.

Los signos Inmediatos de la Muerte Real se pueden agrupar de la siguiente manera:

a) Pérdida de Conocimiento:

⁶ Se dice que una persona que tiene conciencia está viva. Es decir la CONCIENCIA es la facultad mental mediante la cual nos damos cuenta de nuestras propias acciones y de lo que ocurre a nuestro alrededor.

b)- Pérdida de la Motilidad:

⁵ www.monografias.com/trabajos7/mafu/mafu.shtml.

⁶ www.monografias.com/trabajos31/psicomotricidad.shtml.

Se refiere a la psicomotricidad, que es la realización de movimientos con intencionalidad psíquica, a diferencia de los cadáveres que pueden tener movimientos involuntarios, reflejos.

c).- Pérdida de la Sensibilidad:

Es la abolición de las funciones superiores del cerebro.

La persona que está realmente muerta no reacciona al dolor, presión, etc.

Domésticamente se verifica explorando con un alfiler.

d).- Desaparición de la Respiración:

Es el cese irreversible del funcionamiento del centro de la respiración en el cerebro, frecuentemente se habla de algunas pruebas para comprobar el cese de la respiración, como son:

1)- La Prueba de WINSLOW. (Consiste en colocar un espejo limpio frente a la boca o nariz).

2)- La Prueba del Hidrógeno Sulfurado. (Consiste en identificar el hidrogeno sulfurado, que se forma inmediatamente por los fenómenos de putrefacción cadavérica y que sale por las fosas nasales).

El procedimiento consiste en colocar un papel de acetato de plomo, que es incoloro, frente a las fosas nasales y por la presencia del hidrógeno sulfurado, toma un color negro, debido a la formación del SULFURO DE PLOMO. Por lo que se presume a la persona muerta.

e).-Signos del Ojo o de Stenon Lowis:

Al fallecer la persona en el ojo ocurren fenómenos inmediatos, tales como:

e.1).- Midriasis Pupilar: La pupila se dilata por la pérdida de control del Sistema Nervioso Central.

e.2).- Ausencia de Reflejo Foto motor: Es decir la pupila no se contrae por el estímulo luminoso.

e.3).- Deshidratación del Globo Ocular: Al fallecer la persona se inicia la deshidratación o pérdida de líquidos que se nota fácilmente en el ojo.

e.4).- Tinte Gleroso del Ojo: El ojo de la persona muerta se torna opaco y de color gris pizarra.

f).- Ausencia de la Circulación:

La abolición de la circulación se confirma con las siguientes pruebas:

- Prueba del Pulso.
- Desaparición de los ruidos cardiacos.
- Ligadura del dedo.

g).-Prueba de Icard:

Fue un autor que ideó la prueba de la FLUORESCINA, que consiste en inyectar intramuscularmente fluoresceína en la persona presuntamente muerta.

Si la persona, está viva esta sustancia entra en la circulación y todo el cuerpo toma un tinte amarillo, ya que esta sustancia es un colorante.

Además en las pupilas se ven círculos de color verde esmeralda. Si la persona está muerta no se presenta ningún cambio porque el colorante no se esparcirá ya que no hay circulación sanguínea y por lo tanto la fluoresceína queda en el sitio de aplicación.

Cabe precisar que la persona en la persona viva no produce ninguna molestia, aparte de la coloración, esta sustancia se elimina por vía renal.

h).- PH de los Humores:

Se sabe que el PH del individuo vivo es alcalino, al fallecer la persona este se torna ácido. Tan rápidamente ocurre esto que cuando una persona sufre un paro cardíaco o respiratorio, lo primero que hay que hacer es aplicar bicarbonato por vía intravenosa, para evitar la acidez del cuerpo.

h.1). Prueba de Dominicis:

Consiste en levantar superficialmente la piel, de donde sale un líquido amarillo, que es la linfa. Se toma un papel tornasol, rosado y se impregna de linfa, si toma color azul, la persona está viva, en el fallecido el papel conserva su color rosado.

h.2). Lecha Marza:

Se hace la misma prueba pero para ello se aprovecha la humedad del ojo, colocando papel tornasol azul.

1.3 Cuando Muere Una Persona.

⁷Vivimos en una sociedad que desafía a la muerte, combatimos y peleamos a la muerte, nos apresuramos a terminar con nuestro duelo y tenemos prisa por volver a la NORMALIDAD, esta actitud, provoca que el proceso de duelo sea más difícil y desconcertante para los sobrevivientes ya que niega la importancia y profundidad de sus sentimientos.

No hace mucho tiempo, la muerte se consideraba como una parte normal del ciclo de la vida. La mayoría de las personas moría en casa, rodeada por la familia y los

⁷ Nancy O' CONNOR "Déjalos ir con Amor" México Trillas, 1990.

amigos. Los niños presenciaban el proceso de la muerte y participaban en el funeral y los ritos del entierro.

Actualmente, muchos de nuestros esfuerzos por prolongar la vida o minimizar el dolor, ocasionan varios daños emocionales en todos los afectados. Lo más factible es entonces que nos quedemos con una pena sin resolver.

No obstante, muchas personas tienen miedo a morir solas o entre extraños, sin amor y sin cuidados. Asimismo nos atemoriza el sabernos independientes o el sufrir dolores intolerables, así como morir por asfixia o ahogo.

Un funeral, sin embargo, nos acerca a la percepción de la muerte de forma desagradable. Cuando vemos o participamos de algún modo en la muerte de otra persona, experimentamos una sensación de pérdida de nosotros mismos. Empezamos a pensar en nuestra propia muerte futura, nos dolemos por el fallecido y por nosotros mismos. Gran parte de estos sentimientos son profundamente intensos y la confusión con que se experimentan durante el periodo de duelo proviene de esa mezcla de emociones, la de perder a la otra persona y, al mismo tiempo, alegrarse de que haya sido ella la que murió y no uno mismo.

Esta consciencia de uno mismo es la causa de que los amigos y los vecinos se sientan frecuentemente tan incómodos al expresarte sus condolencias, inconscientemente se alegran de no estar pasando por el dolor de haber perdido a

un ser amado. Al observar tu dolor, se ven obligados a imaginarse así mismos en una situación similar, a pensar en lo que sería perder a un padre, un cónyuge o un hijo. También pueden empezar a meditar sobre los límites de sus propias vidas. Es muy posible que su compasión sea sincera, pero se sienten culpables por alegrarse de que la pérdida no sea suya. Estas emociones conflictivas son una parte natural de la idea de la muerte. El reconocimiento de las mismas te será útil al verte frente al duelo de un amigo o el tuyo propio.

1.4 ¿Dónde Morir?

⁸Se trata de un problema de reciente aparición. Hasta hace 40-50 años no se moría en los hospitales y la población tendía a mantener a los pacientes en el hogar.

El gran desarrollo de la medicina hospitalaria y la tecnificación son los factores que han determinado este problema. Ya se han mencionado las cuestiones que plantean en el terreno ético los avances tecnológicos y el derecho que asiste al anciano a poder renunciar a algunas de sus "ventajas".

La muerte en el propio domicilio, con preferencia a la que se produce en la institución, sea ésta hospitalaria o no, se asocia habitualmente a un menor riesgo de agresión médica para el anciano moribundo y también a una mayor posibilidad de despedirse de este mundo en el mismo entorno en el que se ha vivido, aunque últimamente existe cierta controversia.

⁸ www.monografias.com/trabajos31/psicomotricidad.

Aunque del 50%, al 70%, de los pacientes afectados por cáncer terminal, según diversos estudios previos, prefieren fallecer en su domicilio existe una tendencia hacia la hospitalización previa en muchos países. Ningún estudio ha intentado analizar los cambios del lugar de fallecimiento.

Los autores del artículo han intentado analizar las tendencias en diez años, regionales dentro de Inglaterra, del lugar del fallecimiento de pacientes afectados por cáncer, según su diagnóstico. Se registraron los datos del lugar de fallecimiento y las características de los certificados de defunción para todas las muertes de cáncer entre los años 1985-1994, analizando la tendencia a un lugar determinado y según el tipo de neoplasia.

Las muestras analizadas consistieron en 1.3 millones de certificados de defunción por cáncer durante 10 años. La media de esperanza de vida aumentó de 69.9 años en 1985, a 71.3 años en 1994. El porcentaje de pacientes que falleció dentro de los grandes hospitales o en hospitales de cuidados mínimos del Servicio de Salud Nacional varió del 58%, (1985) al 47.3%, (1994), mientras el porcentaje de pacientes que falleció en otras instituciones se incrementó.

El porcentaje que falleció en su casa disminuyó levemente entre 1985 y 1992 de un 27% a un 25.5% y desde entonces, aumentó ligeramente hasta el 26.5% en 1994. El porcentaje de fallecimientos en su propia casa era más bajo en las dos regiones de Thames (menos de 25%) y más alto en el Midlands Oriental, Anglia y

Oxford (más de 29%). Estos diferenciales se mantuvieron en todos los grupos de edad y de diagnóstico.

Las personas más ancianas y las mujeres tenían más probabilidad de fallecer en su casa que las personas más jóvenes y de sexo masculino.

Se encontraron tendencias significativas que mostraron un incremento en los fallecimientos en el hogar en dos regiones: Thames norte y Thames Sur. Los pacientes con cáncer del pulmón, colorrectal, aparato respiratorio, hueso o tejido conjuntivo, labio, cavidad oral y faringe tendían a fallecer en su casa (más de 29% en 1994), a diferencia de los pacientes con cáncer de mama (25% en 1994), linfático o hematológico (16% en 1994).

El estudio concluye que la tendencia hacia un aumento de los fallecimientos británicos en el hogar por cáncer parece haberse detenido, aunque esto varía según las regiones. Esto tiene implicaciones para los servicios de atención primaria.

Aunque el hospital todavía es el lugar más común de fallecimiento por cáncer, el porcentaje de pacientes oncológicos que fenecen en hospital está reduciéndose, aumentando la tendencia a fallecer en centros no estatales.

1.5 Cuidados Paliativos.

En este nuevo milenio, todos los enfermos, tanto los que vayan a recuperar la salud, como los que vayan a morir, deseamos tengan el mas alto grado posible de calidad de vida y de confortabilidad. La medicina actualmente tiene entre sus objetivos principales: el curar al paciente, aumentar la supervivencia, MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y ALIVIAR LOS SÍNTOMAS. Para conseguir lo anterior, se

utiliza tecnología de punta, la cual conlleva a veces el deterioro de la calidad de vida.

La medicina paliativa es una concepción muy antigua y complementaria de la medicina curativa y constituye una terapia de soporte muy importante y no solamente es para usarse en forma exclusiva con los enfermos en fase terminal. Los cuidados paliativos con los enfermos en fase terminal representan un aspecto dentro del concepto de medicina paliativa, que abarca el tratamiento del dolor y otros factores, los cuales deben tenerse en cuenta desde el momento del diagnóstico y comienzo del tratamiento.

Dentro de la medicina paliativa el objeto de estudio es el enfermo y el respeto de su dignidad durante la enfermedad, el enfermo no es un número de cama en un gran hospital ni uno más en la serie de ensayos clínicos. El objeto de la medicina paliativa es como dice Miguel de Unamuno:⁹ "El hombre de carne y hueso, el que nace, sufre y duerme y piensa y quiere, el hombre que se ve y a quien se oye, el hermano, el verdadero hermano".

La dignidad humana se fundamenta básicamente en la libertad que es: la capacidad de la voluntad de hacer o no hacer un acto, de cumplir o dejar de cumplir nuestras metas, es la capacidad de determinar la dirección o el "sentido", de toda nuestra existencia.

⁹ www.Monografías.com/trabajos15/tanatología.shtml.

La medicina paliativa es parte de una concepción antropomédica que considera al paciente un todo que va al médico en busca de remedios, pero el que el médico de con el tratamiento correcto supone que ha comprendido los efectos holísticos en el enfermo, o sea físicos, psíquicos, económicos y sociales; y no solo eso, sino que es sensible a ellos. El enfoque holístico del enfermo se basa en una comunicación eficaz, tanto con el como con su familia y su entorno.

Para que la terapéutica sea efectiva tiene que combinar en tratamiento medicamentoso con la dieta y el apoyo psíquico, y esto solo deriva de una profunda comprensión de la naturaleza humana, la cual debiera imperar en todo el ámbito de la medicina.

¹⁰Es muy importante señalar una vez más que los equipos dedicados a atender a los enfermos en fase terminal deben ser multidisciplinarios, es decir que tenemos que integrar tanto médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, tanatólogos y guías espirituales. Uno de los aspectos más importantes de la medicina paliativa es la intercomunicación entre los integrantes del equipo multi e interdisciplinario.

Los Cuidados Paliativos según la Organización Mundial de la Salud se definen como "el cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento activo con finalidad curativa. El control del dolor y otros síntomas físicos, así como la atención de los problemas psicológicos, sociales y espirituales son de especial relevancia. El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la

¹⁰ www.monografia.com/trabajo15/tanatologia.

mejor calidad de vida del paciente y su familia. Muchos de los aspectos de los cuidados paliativos deben ser empleados en estadios mas precoces de la enfermedad, en combinación con los tratamientos activos con finalidad paliativa".

Los Cuidados Paliativos son aquellos encaminados a controlar los síntomas físicos molestos, dentro de estos cuidados están las facilidades para la rehabilitación conducentes a que el enfermo crónico y terminal pueda vivir lo más plenamente, con la mayor calidad de vida que su enfermedad le permita. Estos son la parte medular de lo que se ha denominado atención permanente y que atiende a las necesidades psíquicas, emocionales, espirituales y sociales, proporcionando apoyo tanto al enfermo como a los familiares.

Dentro de los Cuidados Paliativos juega un papel importante el lugar donde el enfermo desea que se lleve a cabo la fase final de la enfermedad y la muerte, y siempre se deberá respetar hasta donde sea posible el lugar elegido por él.

Es por lo que se hace énfasis en aumentar durante el tratamiento la relación cercana al enfermo crónico y terminal.

¹¹"El mejor servicio que un médico puede prestar a un enfermo es ser una persona amable, atenta, cariñosa y sensible".

¹¹ KÜBLER-ROSS, Elizabeth: "La muerte: un amanecer" - Edit. Luciérnaga - 1991

CAPÍTULO 2

¿CÓMO ENFRENTAR LA FASE TERMINAL?

2.1 Enfermedad Terminal.

La fase terminal de la vida se inicia cuando el médico juzga que las condiciones del paciente han empeorado hasta tal punto que ya no es posible ni detener ni invertir el curso de la enfermedad; es cuando el tratamiento se hace básicamente paliativo y se concentra en la reducción del dolor. En tales condiciones surge un sinnúmero de dilemas controversiales, cuya resolución afectan de modo considerable tanto al enfermo y sus familiares como al médico.

Palabras clave: Enfermedad terminal, epidemiología, psicología de la salud.

2.2 De Vida Y Muerte.

¹²Salud y enfermedad siempre han sido entidades opuestas. La presencia de la una supone la ausencia de la otra. Desde los tiempos de Galeno se sabe que diferentes enfermedades producen diferentes efectos. Estar 'sano' quiere decir sentirse bien y asumir conductas protectoras del estado de salud actual para evitar enfermarse. Estar 'enfermo' significa ausencia de salud, expresable en términos de (a) signos objetivos que indican que el cuerpo no está funcionando bien (presión arterial alta, por ejemplo) y (b) signos subjetivos de daño físico (dolor, náuseas, insomnio, etc.).

¹² www.monografia.com/salud/index.shtml.

Normalmente se habla de factores de riesgo aludiendo a condiciones que se asocian a la enfermedad. Varios de esos factores (como la herencia de ciertos genes) son biológicos. Otros (como el hábito de fumar) son conductuales. Los factores de riesgo NO causan el problema de salud: simplemente están asociados a él.

Una gran parte de nosotros somos personas sanas al nacer, pero nos enfermamos como resultado de una 'mala' conducta propiciatoria de desórdenes de toda clase o de condiciones de tipo ambiental que son deficitarias. De modo que, en última instancia, los antecedentes que explican los estados morbosos son, en realidad, un asunto de responsabilidad individual.

La mayoría de las enfermedades que sufrimos es el producto directo de un 'estilo' de vida equivocado. Todos los días se nos advierte que estamos siendo sometidos a dietas alimenticias no del todo confiables, pero las personas insisten en preferir alimentos que de ningún modo las hacen más saludables.

¹³ Matarazzo (1982) define la Psicología de la Salud como la suma de contribuciones educativas, científicas y profesionales hacia la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades, identificación de correlatos diagnósticos y etiológicos de la salud, la enfermedad y otras disfunciones, y el mejoramiento de los sistemas de salud y las políticas

¹³ Matarazzo JD. 1982. Scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37: 1-14.

sanitarias. Siguiendo tal concepción, los especialistas en esta área de la psicología tendrían cuatro funciones importantes:

- Participar en la promoción y mantenimiento de la salud ayudando a entender por qué la gente fuma, bebe, come dietas de cierta clase o no usa condones. O, también, diseñando programas de educación capaces de promover estilos de vida y conductas más saludables.

- Ayudar en la prevención y tratamiento de la enfermedad vía aplicación de principios psicológicos efectivos en la reducción de –por ejemplo- la presión arterial alta para disminuir el riesgo de enfermedad coronaria, además de participar en los planes de ajuste y recuperación de los gravemente enfermos.

- Tratar de identificar las causas (o correlatos etiológicos) de la enfermedad. Los especialistas deben preocuparse en buscar explicaciones sobre la conexión existente entre factores de personalidad y enfermedad, además de estudiar los procesos fisiológicos y perceptivos que expliquen disfunciones visuales, auditivas o cognitivas.

- Intervenir abiertamente en el mejoramiento de los sistemas de cuidados médicos y las políticas sanitarias mediante la evaluación de las funciones hospitalarias típicas, el personal médico y de enfermería y los costos médicos. Se puede contribuir directamente en tal sentido sugiriendo nuevas formas de lograr una mejor aproximación (más sensible y responsable) hacia el paciente y ofreciendo alternativas válidas para que la atención médica preventiva pueda generalizarse.

Todo lo anterior sugiere que la psicología de la salud, así entendida, la medicina psicosomática (relaciones entre síntomas de enfermedad y emociones correspondientes) y la medicina conductual (relaciones entre salud y conducta) resultan ser disciplinas muy próximas en términos de objetivos¹⁴. "Muy parecidas también porque las tres asumen que las nociones de salud y enfermedad son el resultado de una conjunción entre fuerzas biológicas, psicológicas y sociales" (Sarafino 1998).

El análisis somero de la perspectiva biológica incluye elementos que van desde los procesos y materiales genéticos responsables de las características heredadas hasta deformaciones o defectos estructurales, pasando por los modos como el cuerpo responde para garantizar la protección de los sistemas.

La perspectiva psicológica resulta más compleja, pues incluye procesos cognitivos (percepción, aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, etc.), procesos emocionales (contenidos emocionales positivos como la alegría y el afecto y contenidos emocionales negativos como la rabia, la tristeza y el miedo) y procesos motivacionales (modelos personales de conducta que tienen que ver con la forma como la gente se aferra a programas que tienden al logro de mejores niveles de bienestar).

La perspectiva social, en un nivel muy amplio, incluye las distintas formas en que la sociedad afecta la salud de los individuos, el modo como la comunidad

¹⁴ Sarafino EP. 1998. Health Psychology. Biopsychosocial interactions. Wiley. New York.

promueve o rechaza conductas asociadas a la salud, y la forma como en la familia son promovidas actitudes, creencias y valores que tienen que ver con lo mismo. Resulta obvio que cada uno de tales procesos es significativamente importante en el mantenimiento del equilibrio indispensable en la salud-enfermedad. Es evidente que debemos, en primer lugar, tratar de interpretar de la mejor manera el modo como las tres perspectivas concurren en su determinación.

La investigación generalmente coincide en afirmar la existencia de fuertes nexos entre la personalidad individual y la salud.¹⁵ Así, las personas que normalmente reaccionan con altos niveles de ansiedad, depresión, hostilidad o pesimismo parecen estar en mayor riesgo de desarrollar enfermedades (Everson y otros 1996).

De la misma manera, la gente difiere en el modo de enfrentar las situaciones que suponen elevados índices de estrés, y hay quienes se aproximan a ellas con contenidos emocionales relativamente positivos, manteniendo enfoques optimistas y esperanzadores.

Parece ser que este tipo de personas se enferma menos (y se recupera más rápidamente) que quienes enfrentan las situaciones estresantes de modo menos positivo. Por otra parte, la gente que experimenta altos niveles de estrés suele

¹⁵ Everson et al. 1996. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and [cancer](#). Psychosomatic Medicine, 58: 113-121.

emplear repertorios conductuales que suponen un riesgo mayor de enfermedades, como aumentar el consumo de alcohol, cigarrillos y café.

La respuesta ante el estrés incluye aumentos en la presión arterial y otros cambios fisiológicos que inducen a una mayor reactividad del sistema cardiovascular y genera la posibilidad de sufrir un ataque cardíaco o empeorar una condición ya existente.

2.3 Enfermedad Y Muerte.

Siempre hubo, a lo largo de la historia del hombre, alguna enfermedad cuyas connotaciones eran mágicas. Primero fue la lepra, y el propio Cristo nos recuerda que curarla era ciertamente un milagro. Luego fue la sífilis, enfermedad que existió aparentemente desde tiempos casi prehistóricos, disfrazada de formas diferentes. En la edad media la sífilis pareció convertirse en la enfermedad por excelencia, aunque la viruela también hizo lo suyo. A comienzos de siglo le tocó el turno a la tuberculosis.

Después vino el cáncer, enfermedad incurable por excelencia, cuyas connotaciones pueden variar entre sagradas, demoníacas o mágicas. Y el SIDA, que aparece como la última equivalencia de la muerte. Entre unas y otras epidemias anduvo el cólera o el mal de chagas o el paludismo o la lechina o el polio o los accidentes de tráfico o el suicidio o los trastornos cardiovasculares, cada una de ellas expresables en tasas de mortalidad variables.

Cualquiera sea la connotación asignable, una vez que la gente sabe que padece una enfermedad (y muy especialmente si la enfermedad es crónica) se produce una serie de cambios que afectan la percepción de sí mismos y de sus vidas.

Eso significa alteración en sus planes a corto y largo plazo, que suelen evaporarse a partir del diagnóstico. La razón es bastante simple: ser una persona sana, bien capacitada y dueña de una psiquis normal es esencial en la construcción y evaluación del auto imagen. Lo contrario representa un choque muy serio que no solamente inhabilita sino que también amenaza la visión normal que tenemos de sí mismo y nos hace sumamente vulnerables.

¹⁶De modo que ajustarnos a una enfermedad que potencialmente nos amenaza con la muerte, en realidad es un proceso que, encima de que nos incapacita, también nos llena de incertidumbre y requiere de nosotros enormes esfuerzos de adaptación (Cohen y Lazarus 1979).

El proceso de ajuste también va a depender de las características de la enfermedad, algunas de las cuales generan cambios en el aspecto y el funcionamiento corporal que resultan vergonzosos. Hay enfermos que deben usar ayudas exteriores muy visibles para la excreción fecal o urinaria y ello crea exageradas impresiones sobre el impacto social que tales ayudas producen.

¹⁶ Cohen. Wiley. F, Lazarus RS. 1979. Coping with the stresses of illness. En: Stone GC et al. (Eds.). Health Psychology -A handbook. Jossey-Bass. San Francisco. USA.

Suelen también ocurrir desajustes debidos a las restricciones que la enfermedad impone, a causa del temor desencadenado por los procedimientos médicos aplicados o las consecuencias a largo plazo del tratamiento que se sigue o, también, por efecto de la separación de la familia.

Es obvio que la aproximación del desenlace final no se experimenta hoy del mismo modo que en tiempos de la abuelita. La idea de la muerte ciertamente ha cambiado y ha cambiado también el modo de morir.

Hace unas cuantas décadas, cuando el enfermo sabía que se aproximaba el final, se le veía en su casa generalmente rodeado de sus familiares, más interesados los unos en asuntos 'prácticos' como el reparto de los bienes, y los otros a la espera de los últimos consejos, pero todos convencidos de que nada o muy poco podían hacer. La visita de un sacerdote acompañado de un monaguillo era algo inevitable, y el acto de la extremaunción de algún modo indicaba que el asunto había pasado a las manos de Dios. El impacto emocional de semejante acto sobre el enfermo y sobre la familia simplemente sugería la presencia explícita de la muerte. Y con ella, la resignación.

En los días que corren se dan cuenta de los grandes avances de la medicina, cuadros etiológicos que antes terminaban en la muerte ahora son controlables, y los enfermos considerados graves suelen vivir (en realidad agonizando) períodos de tiempo más prolongados. Los progresos notables logrados en cirugía, técnicas de reanimación y transplante de órganos, han prolongado la hora final del

desenlace, aumentando las expectativas de vida de manera francamente impresionante.

Todo esto sugiere, por un lado, que enfrentar enfermedades irreversibles en pacientes terminales puede ser un ordenado proceso asignable a la tecnología médica para tratar de extender la duración del sufrimiento y, por el otro, que la resignación de antaño está siendo sustituida por la esperanza, que siempre será por la curación total y por una vida más larga, especialmente si el enfermo terminal es una persona joven.

Esta manera de ver al enfermo 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. Pensar sobre una persona que agoniza, típicamente produce sentimientos de tristeza, pero, por sobre todo, los sentimientos suelen ser de admiración por el trabajo que los médicos realizan para mantenerla respirando. Conversar sobre las cualidades del enfermo moribundo ya no es tan importante como hablar sobre las cualidades de una tecnología médica muy avanzada que se realiza en el centro hospitalario o en la clínica.

2.4 Adaptación A La Enfermedad Y A La Muerte.

Morir de una enfermedad terminal supone sufrimiento, deterioro progresivo, dolor y cambios profundos en el bienestar general de la persona. El proceso puede tomar solamente días o semanas o puede durar años.

Uno de los factores que afecta seriamente la manera como la persona enferma y su familia se adaptan a la enfermedad terminal es la edad de la víctima. Cuando muere una persona de 80 años, la noción de 'muerte' pareciera ser más 'apropiada' que cuando muere una de 20. En este último caso la muerte suele ser calificada como 'inoportuna' o prematura.

En cualquier situación, adaptarse supone dosis elevadas de ansiedad y de estrés, que, normalmente, pueden ser enfrentadas apelando a distintos factores psicosociales capaces de modificar su impacto sobre el individuo y entre los cuales se mencionan el apoyo social y el sentido de control personal¹⁷ (Ratlif-Crain y Baum 1990).

De un modo u otro, el enfermo y sus familiares más próximos se las arreglan para lograr una adaptación razonablemente buena a la condición actual. Al empeorar la condición y alcanzar la enfermedad las etapas terminales, nuevas crisis emergen y se requiere con urgencia enfoques nuevos para lidiar con el problema. Cuando el enfermo es una persona de edad avanzada el shock pareciera ser menor. Los viejos suelen pensar y hablar más sobre sus males y sobre su decreciente salud y aceptan que sus días de vida están por terminar.

¹⁷ Ratlif-Crain J, Baum A. 1990. Individual differences and health: Gender, coping and [stress](#). En: Friedman HS (Ed.), Personality and disease. Wiley. New York:

Cuando, además, realizan una evaluación de su vida pasada y encuentran que han logrado cosas importantes, la dificultad para adaptarse a la enfermedad terminal es menor¹⁸ (Mages y Mendelsohn 1979). No ocurre lo mismo entre los niños, la gente joven y de mediana edad, quienes siempre esperan la recuperación en medio de una gran ansiedad.

Para los niños en edad preescolar la idea de muerte resulta ser sumamente difusa. Muchos niños han tenido alguna clase de experiencia con la muerte (desaparición de un familiar próximo, por ejemplo), pero antes de los cinco años probablemente signifique 'vivir en otro lugar' del cual puede regresarse alguna vez.

En realidad no tiene mucho sentido entretenerse en hablar sobre la muerte con niños tan pequeños.

La mayor parte de las veces los adultos evitan conversar con ellos sobre el tema de la muerte y el asunto suele resolverse con explicaciones como 'se ha ido y está en el cielo con Jesús' o 'se quedó dormida'. Entre los 8-9 años los niños ya pueden entender que la muerte es un estado que le ocurre a cualquier persona, que es final y que supone ausencia de funciones corporales.

Cuando es el niño mismo quien padece una enfermedad grave lo normal es que también se evite hablar sobre el tema, con la excusa de evitarle mayores sufrimientos. Pero los niños en edad escolar gradualmente se dan cuenta del

¹⁸ Mages NL, Mendelsohn GA. 1979. Effects of cancer on patients' lives: A personological approach. En: Stone GC et al. (Eds.). Health Psychology- A handbook. Jossey-Bass. San Francisco USA.

problema y de su seriedad. Primero entienden que están realmente enfermos, pero piensan que pronto ocurrirá la recuperación. Más tarde comprenden que su estado se complica, que la recuperación no sobrevendrá y que en realidad se están muriendo.

En estos casos será necesario establecer con ellos un enfoque serio, honesto y abierto sobre la enfermedad que padecen y ofrecer toda la información que el niño sea capaz de comprender.

Entre los adolescentes, morir a consecuencia de una enfermedad terminal supone sentimientos de estar siendo tratado injustamente por la vida y la situación global suele ser analizada como carente de sentido. Comprender que van a perder la oportunidad de realizarse puede originar en ellos comportamientos emocionalmente complicados, generalmente envueltos en rabia, odio y temor extremos.

2.5 Un Dilema Tras Otro.

Todo enfermo terminal tiene necesidades de naturaleza física, psicológica y religiosa que deben ser atendidas. En el plano puramente psicológico requiere seguridad (necesita confiar en la gente que lo cuida y tener la certeza de que no será abandonado a su suerte); pertenencia (necesita ser querido y aceptado además de comprendido y acompañado hasta el final); consideración (quiere que se le reconozca, que sus necesidades sean bien estimadas, que le sea ofrecida

toda la ayuda necesaria y que pueda tener a alguien a quien confiarle sus temores o sus preocupaciones).

Puede decirse que la fase terminal se inicia cuando el médico juzga que las condiciones del enfermo han empeorado y que no hay alternativas de tratamientos disponibles para invertir o para detener el camino hacia la muerte.

Es cuando suele también iniciarse un tratamiento de tipo paliativo, generalmente encaminado a reducir el dolor y la incomodidad, pero que no debe entenderse como dirigido a resolver definitivamente la situación actual de la persona enferma. A partir de aquí comienzan a plantearse situaciones estresantes para el enfermo, que invaden también a la familia. Y, de paso, las tensiones invaden al equipo médico que, a juzgar por las creencias generalizadas, debe estar allí para salvar vidas.

Normalmente, en tales situaciones las decisiones que deben tomarse resultan ser todas muy difíciles. Es bastante seguro que el médico enfrente una serie de reclamos procedentes de distintas vías que le harán sentir la sensación de fracaso y que, irremediablemente, le llevarán a distanciarse psicológicamente del enfermo terminal.

Distanciarse significa que el médico y el resto del personal, en primer lugar, decidirán no preocuparse por las reacciones emocionales del enfermo, y luego, que evitarán alarmarse por los evidentes cambios físicos que están ocurriendo,

que tratarán de ignorar el paso del tiempo, una dimensión que progresivamente se agota y, finalmente, que reducirán los niveles de ansiedad ante a los signos que acompañan la proximidad de la muerte.

Frente al enfermo que luce agonizante siempre surge el temor de hacer o no hacer algunas cosas. Nada puede ya garantizarse. Lo normal es que se tienda a aislar al individuo precisamente cuando más compañía y ayuda necesita.

¿Debe el enfermo terminal ser informado abiertamente sobre su situación actual? Sea cual fuere su condición, la mayoría de ellos experimentan los mismos síntomas: dolor, dificultad para respirar, pérdida de apetito, delirio, desajustes cognitivos, insomnio, depresión, náusea, fatiga, etc.

La mayoría de tales síntomas no aparecen aislados sino en grupo, con grandes variaciones en su severidad y prevalencia, y en muchas situaciones no reciben el tratamiento adecuado, a pesar del enorme sufrimiento que producen. Una buena forma de intervenir en tales situaciones implicaría el empleo combinado de terapias farmacológicas y conductuales que alivien el dolor físico y el sufrimiento general y, al mismo tiempo, puedan movilizar recursos psicológicos y espirituales del enfermo, capaces de facilitar, por lo menos, la percepción, interpretación y manejo de los síntomas.

El dilema de decir o no decir al enfermo que la muerte está próxima siempre ha originado controversias. Hay quienes sugieren que el paciente tiene derecho a

saberlo (y cuanto antes mejor) pero siempre aparece en el seno de la familia alguien que piensa que lo mejor es no informarlo.

Otros argumentan que tal dilema carece de sentido, porque el paciente terminal muy pronto reconoce que está muriendo y entonces lo mejor es convocarlo, junto a la familia, para ofrecer la explicación profesional necesaria y comenzar a prepararse psicológica y legalmente para lo inevitable.

En realidad, lo que parece importante es evaluar los deseos del enfermo: algunos desean saberlo, otros no. Hay enfermos terminales que parecen tener menos dificultad que otros en el manejo de la situación. En algunos casos será necesario ofrecer psicoterapia individual dirigida a ayudar al paciente a controlar la situación, cuestión que bien pudiera reducirse a escuchar lo que tenga que decir sobre sus asuntos pendientes, dar apoyo y reducir la ansiedad.

La idea es lograr que el enfermo no se considere abandonado por su médico y que pueda contar con alguien que le visite, alivie su dolor y le ofrezca alguna clase de consuelo, de modo que la persona no se considere muerta antes de morir.

El otro dilema es decidir dónde morirá el enfermo. Hay quienes resuelven prodigar atención en el seno de la familia, cuestión que suele convertirse en una experiencia realmente avasallante. Pero la verdad es que, con algunas variaciones entre distintos países, la mayoría de las personas muere en hospitales, lo cual

parece ser una buena alternativa, debido a que es allí donde está la mejor experticia para ofrecer el apoyo y los servicios que el enfermo terminal requiere. Básicamente ello supone el ofrecimiento de una mejor 'calidad de vida', más enriquecida, mediante la prestación de cuidados generalmente dirigidos a reducir la incomodidad y el dolor, pero que también puedan cubrir las áreas psicosocial y espiritual. En el medio hospitalario, la 'unidad de cuidado' debiera estar conformada por el paciente y su familia. Pero en los hospitales desorganizados y pésimamente mal dirigidos que tenemos, semejante opción debe descartarse de antemano.

La verdad es que el cuidado de un enfermo terminal por su familia deriva en situaciones en las cuales cada individuo es afectado por todos los demás y, al mismo tiempo, afectado por lo que ocurre en el enfermo. Esto implica que, de una u otra forma y en algún momento, todos requerirán cuidados institucionales. De manera que ya no se trata de planear modelos de atención únicamente dirigidos al enfermo terminal para el manejo de los síntomas y el alivio del dolor sino, más bien, enfocados a la atención de toda la unidad familiar.

Cuando se decide que el enfermo deberá quedarse en el ambiente hospitalario, conviene considerar, además, que este solo hecho añadirá algunos aspectos negativos a la experiencia que sufre la persona. Por un lado, la hospitalización interrumpe de manera drástica el estilo de vida individual y, por el otro, supone un alto grado de dependencia de muchos otros que suelen ser desconocidos.

Seguramente que los aspectos desagradables se inician cuando se pregunta si el enfermo o la familia pueden pagar los costos de la atención que va a ofrecerse.

En el caso del actual sistema hospitalario venezolano el asunto todavía es peor, porque casi todo debe correr por cuenta del enfermo, desde las sábanas que se usarán para adecentar la cama hasta las medicinas (algunas de las cuales a menudo desaparecen en otras direcciones), pasando por gasas, jeringuillas, unturas, etc.

La interacción con el personal médico (depositario del conocimiento, la autoridad y el poder en la relación que debe establecerse) con toda seguridad convierte al enfermo en un extraño que se acerca a una comunidad extraña cuyos procedimientos y terminología también van a resultarle completamente extraños, además de ajenos. En medio de semejante extrañeza lo normal son niveles muy altos de incomodidad que, agregados a la ya preocupante situación que sufre por efectos de su enfermedad, harán que la experiencia hospitalaria termine siendo algo difícil de sobrellevar.

La emoción más común en tales casos debe ser ansiedad. Cuando el problema de salud todavía no ha sido bien definido, el paciente estará ansioso por los resultados que se obtendrán a partir de las pruebas que se practicarán. Si el diagnóstico ha sido realizado, entonces la ansiedad será por el tipo de tratamiento y su eficacia. Pero la mayor parte de la ansiedad estará fundada en la casi absoluta falta de información, que a veces ocurre porque las pruebas no han sido

terminadas o porque aún faltan algunas que deberán ayudar a definir mejor la situación.

También puede ser porque el paciente no está en condiciones de comprender la información que el personal médico le ofrece. La verdad es que una buena parte de las veces esa ansiedad ocurre porque nadie se toma la molestia de informar al enfermo, que suele ser la persona más interesada en saber que es lo que pasa y cómo se están manejando sus problemas.

La mera observación casual del ambiente hospitalario induce a pensar que algunos médicos y enfermeras están muy ocupados, habida cuenta del angustioso ir y venir que parece consumir todo su tiempo. Pero cuando se observa a un miembro del equipo médico frente al paciente, una buena parte de las veces lo que parece sobresalir en el esquema de comunicación establecido, es pura y simple despersonalización: el paciente no está ahí; el paciente no es una persona; el paciente es una cosa que alguien dejó olvidada en algún sitio.

Es muy probable que, en el caso del enfermo terminal, la distanciamiento psicológico pueda ser una buena excusa para explicar lo que ocurre. Es muy probable que la despersonalización ayude al médico también a sentirse menos emocionalmente afectado por el estado real de la persona a su cuidado. También pudiera explicarse por el hecho de que muchos pacientes representan un riesgo grave para la salud del personal que lo atiende debido a que sus enfermedades son peligrosamente contagiosas.

O pudiera ser que las actividades y decisiones que deben ser tomadas crean en el médico niveles de estrés muy prolongados, lo cual evita que se pueda ofrecer en todo momento y a todos los pacientes un cuidado más personalizado.

Pero ¿por qué entonces no ocurre lo mismo en la clínica privada? Lo verdaderamente preocupante es que a pesar de que ese tipo de manejo institucional del paciente ha sido reconocido durante años como inapropiado, los esquemas de funcionamiento de los hospitales parecen no haber sufrido alteración ninguna, igual que tampoco parecen haber ocurrido cambios relevantes en la formación académica profesional.

Sea cual fuere la decisión tomada en cada caso particular, lo cierto es que enfrentar situaciones de este tipo supone un rimero de tareas y de metas que deben cabalmente ser cumplidas pero, por sobre todo, exige procesos de adaptación que no todos logran generar, incluyendo al personal médico.

La adaptación sugiere pasos que van desde comprender los niveles reales de gravedad y buscar información sobre el problema o los problemas que se manejan, hasta administrar cuidados médicos (control de dosis, aplicación de inyecciones).

Supone también incorporar rutinas de actividad que funcionen de modo paralelo a las necesidades del enfermo. Requiere ofrecer apoyo instrumental y emocional o buscarlo cuando sea necesario.

Exige planear sobre la base de dificultades no conocidas pero que puedan presentarse, y, finalmente, sugiere concretar una perspectiva global de la situación, sobre la base de las disponibilidades que ofrece el entorno inmediato.

Muy probablemente este último paso sea el definitivo en la toma de decisiones particulares en relación con cada enfermo en estado terminal.

CAPÍTULO 3

SENTIMIENTOS DE DOLOR.

3.1 Pérdidas Y Temores.

La persona que se siente morir y, esencialmente, la que sabe que se va a morir, plantea diferentes conflictos que su médico debe conocer y ser capaz de valorar.

Estos conflictos, básicamente, pueden agruparse en dos grandes apartados: el de las pérdidas y el de los temores. Entre las pérdidas, una de las más importantes es la de la propia independencia: independencia para llevar a cabo su papel habitual en la familia y en la sociedad, para ganar dinero, para manejarse por sí mismo... Se producen pérdidas de la imagen y de la apariencia corporal, pérdidas en muchos casos del control de los acontecimientos, de la capacidad para tomar decisiones e incluso para seguir el proceso de la propia enfermedad.

¹⁹Entre los miedos cabe destacar, en primer lugar, el temor a la propia muerte y aquí cabría recordar los trabajos de sistematización de las cinco fases por las que suele pasar el moribundo: negación, indignación y rabia, regateo, depresión y aceptación.

En el caso del anciano, los conflictos normalmente se multiplican. A todo lo expuesto, se pueden sobreañadir nuevos problemas. Con frecuencia se siente como una carga y que ya no se cuenta con él. En muchos casos, él mismo espera (y hasta desea) la muerte.

¹⁹ Nancy O' Connor "Déjalos ir con Amor", Sentimientos de dolor. México Trillas 1990.

Ha sufrido suficientes pérdidas en su entorno para sentirse muy solo – con frecuencia, de hecho, lo está – en un mundo que él no entiende ni le entiende. El "dejarse morir" constituye un fenómeno mucho más común de lo que habitualmente se piensa en personas de edad avanzada.

Otro tema candente es la eutanasia, tan controvertido en los últimos años, originando un debate social que está lejos de resolverse. Con todo, ninguna de estas consideraciones evita, aunque sí matiza, el carácter conflictivo con que el proceso de morir se plantea en el anciano. Resulta imposible dar unas normas específicas acerca de cuál debe ser la actuación del médico cuando se encuentra con un anciano moribundo. Tampoco se conoce bien cuál es la actitud habitual en estas situaciones.

Es un desafío el estudio del comportamiento de los familiares de aquellos pacientes que están recibiendo cuidados paliativos por una enfermedad terminal. Existen problemas de toda índole que contribuyen a ello, incluyendo la definición de la familia. Hay que enfocar los análisis y las preguntas que se realicen para contribuir a que los avances sobre el tratamiento paliativo sean una realidad. El propósito de esta investigación es proporcionar una apreciación global, utilizando nuevas metodologías y conceptos, que aúne las investigaciones de la relación familiar con el paciente afecto de una enfermedad terminal.

El paciente afectado de una enfermedad terminal es una persona que necesita un apoyo constante, por lo general. Las expectativas de vida que tiene el propio paciente son reducidas, contribuyendo a aumentar la ansiedad y el temor a la muerte que suelen aparecer en estos pacientes.

La problemática familiar es muy importante, no solamente para el paciente y su entorno, sino para las instituciones sanitarias, que muchas veces son los responsables últimos del enfermo, debido a la falta de medios que algunas familias tienen y la patología concurrente o, en el peor de los casos, a una falta de cuidados deliberada y un desentendimiento absoluto que el paciente.

²⁰Por esta razón, este estudio es interesante, ya que contribuye a la comprensión de esta problemática. Más del 50 por ciento de los pacientes afectados por estas patologías necesitan cuidados constantes y, en la mayoría de las ocasiones, necesitan hospitalización.

Esta hospitalización puede ser intermitente, acentuando los cuidados médicos que el paciente necesita para su tratamiento durante la fase de hospitalización. Durante la estancia del paciente en su hogar es fundamental, si lo hay, el apoyo familiar y los cuidados necesarios por personal de enfermería.

Según los autores, conviene resaltar la acción de la familia en el manejo del paciente afectado de una enfermedad terminal.

²⁰ www.monografias.com/trabajo15/calidad de vida.shtml.

3.2 Negación De Nuestras Emociones.

Aquellos que se acercan al final de su vida, se privan de poner en orden los asuntos pendientes en sus relaciones, como el de despedirse y pedir y otorgar perdón por agravios dados y recibidos durante su vida. Es muy difícil cumplir con estos deberes necesarios si la persona con la que tratas de hablar responde a tus esfuerzos diciendo, tu no te vas a morir, así es que no quiero escuchar una palabra mas.

La negación de la muerte puede parecer una formula para suavizar nuestro dolor, pero de hecho, el efecto es el opuesto. Cuando negamos la muerte, también negamos una parte importante de la existencia autentica. La muerte es una conciencia natural de la vida, nadie escapa a ella. La existencia nos proporciona una variedad de experiencias, pasamos buenos y malos ratos, tenemos periodos de tristeza, desilusión, frustración, aflicción, así como la de alegría, amor y felicidad. La muerte es una experiencia más.

Casi todos nosotros buscamos la felicidad y eludimos los sentimientos dolorosos o negativos, vivimos en el mito brumoso de que la felicidad es el único estado de existencia aceptable. ²¹ El filosofo francés Philippe Aries observa que se a convertido en deber moral y obligación social contribuir a la felicidad colectiva evitando cualquier causa de tristeza o tedio, dando la impresión de ser feliz, incluso en las etapas de desesperación mas profunda.

²¹ Aries, Phillipe. El hombre ante la muerte. Madrid: Taurus Ediciones, 1984.

Las experiencias dolorosas en nuestras vidas propician nuestra maduración, nos volvemos más sensibles, desarrollamos empatía e interés por otros en situaciones similares y aprendemos más cerca de nuestros propios valores y emociones.

3.3 Comunicación De La Noticia.

Se puede proceder o no a informar al paciente. Los hábitos varían mucho según los distintos países y culturas. En el mundo anglosajón, la tendencia es a decir la verdad, sobre todo en EE.UU.

Existen razones culturales y mucho más pragmáticas, como puede ser el miedo a procedimientos judiciales por una mala práctica médica. En el mundo latino se tiende mucho más a ocultar la verdad. Las razones que son válidas para uno mismo - es decir, derecho a la verdad, capacidad para asimilar la noticia, necesidad de resolver asuntos materiales o espirituales, etc. - pueden no serlo para unos padres de los que se pensaba que no iban a ser capaces de asumir esa información, iban a sufrir mucho o a los que, en todo caso, se consideraba necesario evitarles una previsible angustia.

Debe admitirse que, sobre este tema, no existen recetas generales. Ningún médico puede decirle a otro cómo ha de actuar. Se trata de algo muy personal, que varía en función de varias circunstancias, en particular de cuatro: características de la enfermedad, situación y personalidad del enfermo, actitud del

entorno socio-familiar, (especialmente importante en el caso del anciano) y, por último, forma de ser y de pensar del propio médico.

En todo caso, al médico debe exigírsele una reflexión previa, cuidadosa, pormenorizada y muy individualizada antes de tomar una decisión. La experiencia demuestra que, en la mayoría de las situaciones, es factible mantener al paciente en la ignorancia durante todo el proceso.

No debe ser éste el objetivo fundamental. En el fondo, de lo que se trata es de buscar la conducta que pueda ser contemplada éticamente sin rubor y que, al mismo tiempo, mantenga el respeto por las creencias y necesidades más íntimamente humanas de la persona que va a morir.

Deberá hacer equipo con él, con su familia y con su enfermedad. Serán tareas del médico, a lo largo de este camino, las de aliviar los dolores físicos y los males morales, estimular en la lucha por superar lo que se aproxima, relajar tensiones y ansiedades, prever y adelantarse a las vicisitudes y complicaciones que vayan surgiendo.

²²La estimación exacta de la supervivencia es vital para el cuidado paliativo eficaz. No es fácil adivinar la supervivencia aproximada, dato que muchas veces es solicitado por el paciente y por los familiares una vez que conocen la noticia y que no siempre es posible dar. Para verificar el valor de predicción clínica de supervivencia (PCS), los autores del artículo elaboraron un estudio estadístico de

²² www.Monograffa.com/salud.index.shtml.

150 pacientes enfermos de cáncer terminal. El PCS se puso en correlación con la supervivencia real (SR), pero la exactitud no era significativamente superior a la predicción a través del estado de la actuación.

El error observado que incluía los datos más pesimistas, definió SR por lo menos de 28 días y dos veces mayor que el PCS, en el 13% de los casos, mientras que el error observado que incluía los datos más optimistas, definió SR en menos de 28 días y la mitad que el PCS, en el 15% de los casos.

La frecuencia de error no era diferente debido a la experiencia de los médicos, la edad de pacientes, sexo, enfermedad primaria y localización metastásica, pero era significativamente más alto en los casos con estado clínico más favorable. También se produjeron muertes inesperadas en el 42% de los casos.

Las causas subyacentes principales eran la neumonía, el sangrado, la insuficiencia cardíaca, la perforación intestinal, las enfermedades cerebro vasculares, el fracaso hepático/renal, la hipoglucemia, la sepsis y los desequilibrios electrolíticos.

La predicción clínica, según los autores no son suficientemente fiables y debe mejorarse.

También debe mejorarse la comunicación de estos datos a las familias y los pacientes afectados, haciéndolo con la suficiente sutileza.

3.4 Atención Existencial Y Religiosa.

La posibilidad de que el anciano reciba o no una atención religiosa en consonancia con sus propias creencias y deseos dependen también, muchas veces, de una decisión médica.

El descuido, la inadvertencia, el miedo a la reacción del enfermo o de su familia o, simplemente, la proyección sobre el paciente de las propias ideas, pueden condicionar un vacío importante en este terreno.

Es difícil valorar en qué medida la religión ayuda a superar buena parte de los problemas que acompañan al trance del morir.

En todo caso, existen evidencias acumuladas a lo largo de la historia para pensar que una proporción muy alta de personas (y más probablemente en el caso del anciano y en un país como el nuestro, de profunda tradición cristiana) desea recibir atención religiosa.

La creencia en un más allá, en alguna forma de pervivencia o de resurrección es algo que puede ayudar de forma muy importante a superar estos momentos. La facilitación de este tipo de asistencia, no olvidándola, ni sintiéndose incómodo ante ella, debe estar siempre presente en la mente del médico.

El cuidado paliativo no consiste en tratar meramente los síntomas, con independencia de la etiología, sino que está basado en el análisis apropiado, tratamiento y evaluación.

Se necesita educación, convicción de calidad, desarrollo clínico e investigación para mejorar el cuidado paliativo. La educación y la investigación deben de estar focalizadas en las cuatro dimensiones fundamentales: física, emocional, social y existencial.

La investigación debe diseñarse para dirigirse hacia problemas específicos - por ejemplo, la ansiedad y las perturbaciones del humor, previamente saludable - que difieren de la patología psiquiátrica.

Los esfuerzos clínicos deben estar orientados para unir los problemas clínicos significativos y las ciencias básicas, no hasta el conocimiento de los mecanismos subyacentes (como, por ejemplo, el papel de las citoquinas en el mantenimiento de la caquexia), sino que, según los autores del artículo, se deben de desarrollar estrategias diferentes que resuelvan los síntomas más problemáticos.

3.5 Tratamiento Del Dolor.

Los enfermos terminales preguntan con frecuencia acerca del dolor. Sin embargo, el médico debe saber que el temor al dolor físico es, a menudo, más insoportable que el propio

dolor en sentido estricto. Por eso es necesario explicar al enfermo que, en el momento actual, todos los dolores son controlables y que, llegado el caso, se aplicarán los medios precisos para evitarlos.

Mucho más importantes, sobre todo en el caso del anciano, son los sufrimientos morales: el temor a la soledad, al abandono y a las miserias de todo tipo que el

enfermo anciano lúcido percibe y no raramente espera en estas situaciones, el miedo a la muerte y a la separación.

También aquí la actitud del médico tiene gran importancia. Los temores serán tanto menores cuanto mejor sea la relación interpersonal, la confianza del paciente en la persona de su médico y en las capacidades de éste para superar los males y temores que adivina.

El manejo eficaz del dolor neoplásico es uno de los más grandes desafíos para los médicos de atención primaria. Los autores del artículo han pretendido enfocar el manejo actual del dolor neoplásico dentro de actuaciones poli disciplinares, actuando sobre la mente y el cuerpo del paciente.

El manejo del dolor oncológico puede lograrse mejor con un conocimiento de los principios fisiopatológicos del dolor neoplásico, valorándolo correctamente. Un acercamiento sistemático y holístico es necesario para el tratamiento individualizado de cada paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, psicológicos y espirituales pertinentes. El médico de atención primaria debe de ser sensible al paciente oncológico, ya que los cuidados necesarios que requiere implican un conocimiento profundo de la situación actual personal.

Es necesario un manejo correcto en la unidad oncológica y que tenga acceso a múltiples especialidades. Las unidades del dolor suponen un alivio permanente de las sensaciones alérgicas, siendo necesario el control cada cierto periodo de

tiempo, permitiendo el acceso del paciente a una medicación analgésica potente, si es necesario.

Los enfermos pueden requerir apoyo psicológico y psiquiátrico que les ayude a comprender su nueva situación y, a veces, es conveniente que conozcan a grupos de personas, con una patología similar, que superan sus problemas. Los autores refieren, incluso, la importancia de los cuidados por el personal de enfermería, paramédico, y el servicio de nutrición. El paciente debe de tener asistencia espiritual si la precisa, y un ambiente confortable en el centro.

CAPÍTULO 4

EL DUELO Y SUS ETAPAS.

4.1 La Muerte Y El Duelo.

²³ Si has perdido a un ser querido, es posible que estés sintiendo distintas emociones. Es probable que estés triste, preocupado o asustado.

Tal vez no estés preparado, estés impresionado o confundido. Puedes sentirte enojado, engañado, aliviado, culpable, exhausto o simplemente vacío. Tus emociones pueden ser más intensas o más profundas que lo habitual, o estar entremezcladas de una manera que nunca habías experimentado.

También habrás notado que tu pérdida está afectando tus pensamientos y tu comportamiento. Si estás afligido, es posible que te cueste concentrarte, dormir, comer o sentir interés por las cosas que solías disfrutar.

Quizás intentes actuar como si estuvieras bien (aun cuando no lo estés), porque deseas ser fuerte frente a otra persona. Y es posible que te preguntes si alguna vez superarás la pérdida de alguien que significa tanto para ti.

Todas estas emociones son reacciones naturales frente a la muerte de un ser querido. Son parte del proceso de duelo.

²³ Behar, Daniel. *Un buen morir*. México: Editorial Pax, 2004

4.2 ¿Qué Es El Duelo?

El duelo es la aflicción que siente la gente cuando sufre la pérdida de un ser querido.

Existen muchos tipos de pérdidas y no todas se relacionan con la muerte. Una persona también puede hacer duelo tras la ruptura de una relación íntima o después de que uno de los padres se va del hogar.

El duelo es una reacción natural frente a la pérdida de alguien importante. El duelo también es el nombre del proceso de recuperación que una persona atraviesa después de la muerte de un ser querido. El proceso de duelo lleva tiempo y el alivio suele aparecer en forma gradual.

Si bien todos experimentamos dolor cuando perdemos a una persona, el duelo afecta a las personas de distintas maneras. La manera en que te afecte depende, en parte, de tu situación y de tu relación con la persona que falleció.

Las circunstancias en las que muere una persona pueden influir en los sentimientos del duelo. Por ejemplo, si una persona estuvo enferma mucho tiempo o era muy vieja, es probable que esperaras su muerte.

Aunque no necesariamente esto haga que sea más fácil aceptarlo (y el sentimiento de duelo estará presente de todos modos), algunas personas descubren que saber que alguien va a morir les da tiempo para prepararse.

Y si un ser querido sufre mucho antes de morir, las personas pueden incluso tener una sensación de alivio cuando llega la muerte. Si la persona que falleció era muy joven, por el contrario, es posible que tengas una sensación de que es terriblemente injusto.

Pero perder a alguien repentinamente puede ser muy traumático, sin importar la edad de la persona. Tal vez alguien a quien conoces murió inesperadamente; como resultado de un acto de violencia o de un accidente de automóvil, por ejemplo. Puede llevar mucho tiempo superar una pérdida repentina, porque quizá sientas que el acontecimiento y los intensos sentimientos que lo acompañan te tomaron desprevenido.

Perder a alguien porque cometió un suicidio puede ser especialmente difícil de enfrentar.

La gente que pierde amigos o familiares por un suicidio puede experimentar un profundo sentimiento de desesperación o tristeza, porque se siente incapaz de comprender qué pudo haberlo llevado a tomar una medida tan extrema.

Incluso pueden sentir enojo contra esa persona: una emoción totalmente normal. O pueden sentirse culpables y preguntarse si podrían haber hecho algo para evitar el suicidio. En algunos casos, después de una pérdida traumática, una persona puede deprimirse y necesitar ayuda especial para aliviarse.

Si perdiste a un familiar cercano, como un padre, un hermano o una hermana, es posible que sientas que te robaron el tiempo que deseabas pasar con esa persona. También puede ser difícil expresar tu propia aflicción cuando los demás miembros de tu familia también están afligidos.

Algunas personas pueden esconder su propia aflicción o evitar hablar de la persona que falleció, porque tienen miedo de entristecer a un padre o a otro miembro de la familia.

El duelo puede hacer que algunas personas se sientan culpables sin motivo alguno.

Dependiendo de las circunstancias, algunas personas pueden preguntarse si algo que hicieron (o dejaron de hacer) causó la muerte de esa persona. Otros pueden pensar que si hubieran sido mejores personas, tal vez su ser querido no habría muerto. Estas cosas no son ciertas, por supuesto, pero a veces estos sentimientos y estas ideas son una manera de intentar darle sentido a algo que es difícil de comprender.

Todos estos sentimientos y reacciones son normales. Pero ¿qué puede hacer una persona para superarlos? ¿Cuánto dura el duelo? ¿Alguna vez todo volverá a la normalidad? ¿Y cómo vas a seguir adelante sin la persona que falleció?

²⁴Kübler-Ross (1969) propone un modelo secuencial de cinco fases que, según ella, es seguido por la gente en trance de morir. La investigación posterior (Kalish 1985; Zisook y otros 1995) no apoya la creencia de que el proceso de ajustarse al acto de morir sigue la secuencia propuesta, pues en la mayoría de los casos las emociones y los patrones de ajuste fluctúan: unas personas pasan por una fase determinada (rabia, por ejemplo) más de una vez, otras experimentan distintas reacciones emocionales al mismo tiempo y hay quienes parecen saltarse las fases. La misma evidencia parece indicar que las personas que alcanzan la fase de 'aceptación' de una muerte inminente suelen morir más pronto que quienes no logran alcanzarla. El modelo de Kübler-Ross propone las siguientes fases:

²⁴ Kübler-Ross E. 1969. *On death and dying*. Macmillan. New York.

²⁵4.3 ETAPAS DEL DUELO.

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



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

²⁵ Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona. Editorial, Grijalbo, 1975.



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

4) Depresión: cuando no se puede seguir negando la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza. Es un estado, en general, temporáneo y preparatorio para la aceptación de la realidad en el que es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo: esto es, a menudo, una expresión de las propias necesidades, que son ajenas al doliente. Esto significaría que no debería pensar en su duelo y sería absurdo decirle que no esté triste. Si se le permite expresar su dolor, le será más fácil la aceptación final y estará agradecido de que se lo acepte sin decirle constantemente que no esté triste. Es una etapa en la que se necesita

mucha comunicación verbal, se tiene mucho para compartir. Tal vez se transmite más acariciando la mano o simplemente permaneciendo en silencio a su lado. Son momentos en los que la excesiva intervención de los que lo rodean para animarlo, le dificultarán su proceso de duelo. Una de las cosas que causan mayor turbación en los padres es la discrepancia entre sus deseos y disposición y lo que esperan de ellos quienes los rodean.



5) Aceptación: quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos -su envidia por los que no sufren este dolor, la ira, la bronca por la pérdida del hijo y la depresión- contemplará el próximo devenir con más tranquilidad. No hay que confundirse y creer que la aceptación es una etapa feliz: en un principio está casi desprovista de sentimientos. Comienza a sentirse una cierta paz, se puede estar bien solo o acompañado, no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor... la vida se va imponiendo.

Esperanza: es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo este dolor tenga algún sentido; permite poder sentir que la vida aún espera algo importante y trascendente de cada uno.

Buscar y encontrar una misión que cumplir es un gran estímulo que alimenta la esperanza.

4.4 ¿Cómo Enfrentar El Duelo?

El proceso de duelo es muy personal e individual; cada persona lo atraviesa de manera diferente. Algunas personas buscan el apoyo de otras y encuentran alivio en los buenos recuerdos. Otras tratan de mantenerse ocupadas para alejar su mente de la pérdida. Algunas personas se deprimen y se alejan de sus amigos, o evitan los lugares o situaciones que les recuerdan a la persona fallecida. Así como la gente siente el duelo de muchas maneras diferentes, también lo maneja de manera diferente.

A algunas personas, las puede ayudar hablar con otros de su pérdida. Algunas lo hacen natural y fácilmente con amigos y familiares; otras hablan con un terapeuta profesional.

Algunas personas pueden no sentir ganas de hablar mucho del tema, porque les cuesta encontrar palabras para expresar una emoción tan profunda y personal, o se preguntan si hablar les hará sentir más dolor. Esto está bien, siempre y cuando encuentres otras maneras de hacer frente a tu dolor.

Unas pocas personas canalizan su dolor involucrándose en actividades peligrosas y autodestructivas. Hacer cosas como beber, drogarse o cortarse el cuerpo para escapar de la realidad de una pérdida puede aplacar el dolor, pero la sensación es únicamente temporal.

La persona no está realmente enfrentando el dolor; simplemente lo está enmascarando, lo que hace que esos sentimientos se acumulen en el interior, prolongando el duelo.

Si el dolor parece empeorar, si sientes deseos de lastimarte a ti mismo o tienes pensamientos suicidas, habla con alguien en quien confíes y dile cómo te sientes.

4.5 ¿Qué Esperar Del Duelo?

Puede parecer imposible recuperarse después de perder a un ser querido. Pero la aflicción mejora gradualmente y se vuelve menos intensa con el tiempo. Tal vez,

saber algunas de las cosas que puedes esperar durante el proceso de duelo pueda ayudarte a superar el dolor.

Los primeros días después de la muerte de una persona pueden ser intensos, la gente puede expresar emociones fuertes, tal vez llorar o consolarse mutuamente y reunirse para expresar su apoyo y sus condolencias a quienes se ven más afectados por la pérdida.

La familia y los amigos suelen participar en rituales que pueden ser parte de su religión, su cultura, su comunidad o de sus tradiciones familiares (como servicios religiosos, velorios o funerales). Estas actividades pueden ayudar a la gente a superar los primeros días posteriores a la muerte y a honrar a la persona que murió. La gente puede pasar algún tiempo reunida conversando y compartiendo recuerdos de la persona que falleció. Esto puede extenderse por días o semanas después de la pérdida, cuando los amigos y la familia traen alimentos, envían tarjetas o pasan a visitarte.

En algunos casos, cuando terminan los rituales asociados con el duelo, la gente puede sentir que deberían haber "superado" la pérdida porque todo parece haber vuelto a la normalidad.

Cuando la gente que está de duelo regresa a sus actividades normales, puede resultarle difícil entregarse de lleno a las tareas de todos los días. Muchas personas vuelven a realizar sus tareas normales después de unos pocos días o de

una semana. Pero si bien pueden no hablar tanto de su pérdida, el proceso de duelo continúa.

Es natural continuar teniendo sentimientos y preguntas durante un tiempo después de la muerte de una persona. También es natural comenzar a sentirse un poco mejor. Depende mucho de la manera en que la pérdida afecte tu vida. Está bien estar afligido durante días, semanas, o incluso más tiempo, dependiendo de cuán cercana era la persona fallecida.

No importa cómo elijas pasar tu duelo, no existe una manera correcta de hacerlo. El proceso de duelo es gradual y dura más en algunas personas que en otras. Puede haber momentos en los que pienses que nunca disfrutarás de la vida de la misma manera, pero ésta es una reacción natural después de una pérdida. Conseguir ayuda para un duelo intenso

²⁶si tu dolor no disminuye después de un tiempo de la muerte del ser amado, es posible que desees recibir ayuda. Si el duelo se transformó en depresión, es muy importante que se lo digas a alguien. ¿Cómo saber si el duelo está durando demasiado tiempo? Éstas son algunas de las señales:

Has estado de duelo durante 4 meses o más y no te sientes mejor.

Te sientes deprimido.

²⁶ Industrial/Organizacional y Catedrático Auxiliar de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras

Tu dolor es tan intenso que sientes que no puedes continuar con tus actividades habituales.

Tu dolor está afectando tu capacidad para concentrarte, dormir, comer o socializar como lo hacías normalmente.

Sientes que no puedes continuar viviendo después de la pérdida, o piensas en el suicidio, la muerte o en lastimarte a ti mismo.

En cierta medida, es natural que una pérdida haga que las personas piensen en la muerte. Pero si la pérdida ha hecho que pienses en el suicidio o en lastimarte a ti mismo de alguna manera, o si sientes que no puedes continuar viviendo después de tu pérdida, es importante que se lo digas a alguien de inmediato.

La ayuda de un terapeuta profesional puede serte útil, porque te permite hablar de tu pérdida y expresar sentimientos intensos. Muchos consejeros se especializan en trabajar con adolescentes que están luchando contra la pérdida de un ser querido y la depresión. Si te gustaría hablar con un terapeuta y no estás seguro por dónde empezar, pregúntale a un adulto o a un consejero escolar. Tu médico también puede recomendarte a alguien.

4.6 Cuidarse Así Mismo.

La pérdida de un ser querido puede ser estresante. Cuidarte así mismo en cosas pequeñas, pero importantes, puede ayudarle a enfrentarla. Aquí hay algunas cosas que quizá le ayuden:

Participar en los rituales. Los servicios religiosos, los funerales y otras tradiciones ayudan a la gente a superar los primeros días y a honrar a la persona que falleció.

Reunirse con otros. Incluso las reuniones informales de familiares y amigos brindan una sensación de apoyo y ayudan a la gente a no sentirse tan aislada durante los primeros días y semanas del duelo.

Cuando pueda, habla de ello. A algunas personas las ayuda contar la historia de su pérdida o hablar de sus sentimientos. En ocasiones, una persona no tiene deseos de hablar. Eso también está bien. Nadie debe sentirse presionado a hablar.

Expresarse. Aun cuando no sientas deseos de hablar, encuentra maneras de expresar tus emociones y tus pensamientos. Comienza a escribir un diario sobre los recuerdos que tienes de la persona que perdiste y de cómo te sientes desde la pérdida. O escribe una canción, un poema o un tributo a la persona que falleció. Puedes hacerlo de manera privada o compartirlo con otros.

Hacer ejercicio. El ejercicio puede cambiar tu humor. Puede resultar difícil sentirse motivado; por lo tanto, modifica tu rutina normal si es necesario.

Alimentarse bien. Seguramente tengas deseos de saltar comidas o quizá no tengas hambre, pero tu cuerpo necesita comida nutritiva.

Unirse a un grupo de apoyo. Si consideras que puede interesarte concurrir a un grupo de apoyo, pregúntale a un adulto o a un consejero escolar cómo unirte a uno. Lo que debes recordar es que no tienes por qué estar sólo con tus sentimientos o tu dolor.

Expresar y liberar sus emociones. Si tienes deseos de llorar, no te reprimas. No te preocupes si escuchar determinadas canciones o realizar algunas actividades resulta doloroso porque te trae recuerdos de la persona que perdiste. Esto es normal. Después de un tiempo, será menos doloroso.

Crear un memorial o un tributo. Planta un árbol o una planta, o recuerda a la persona con algo saludable, como participar en una maratón o caminata a beneficio (por ejemplo, una carrera por el cáncer de mama) en honor del ser amado.

4.7 ¿Alguna Vez Lo Superaré?

Los amigos y familiares bien intencionados pueden decirle a una persona que está de duelo que necesita "seguir adelante" después de una pérdida. Lamentablemente, este tipo de consejo puede hacer que las personas duden en hablar de su dolor, o que sientan que están haciendo un mal duelo o uno demasiado prolongado, o que no son normales. Cada persona necesita su propio tiempo para encontrar alivio. La manera en que hagan el duelo de una pérdida en particular y el tiempo que les llevará son muy personales.

Sin embargo, es importante que las personas que están atravesando un duelo no pierdan las ganas de vivir. Si no te gusta la idea de seguir adelante, tal vez la idea de "continuar" te parezca más adecuada. A veces, puede ayudarte recordarte a ti mismo continuar haciendo todo lo que puedas por el momento. Si estás triste, permítete experimentar tus sentimientos e intenta no escaparte de tus emociones. Pero continúa haciendo cosas que normalmente harías, como estar con amigos, ocuparte de tu mascota, practicar ejercicio o hacer tus tareas escolares.

Seguir adelante y aliviar la aflicción del duelo no significa olvidarse de la persona que has perdido. Volver a disfrutar de la vida no significa dejar de extrañar a esa persona. Y cuánto tiempo pasará hasta que comiences a sentirte mejor no es una medida de cuánto amabas a esa persona. Con el tiempo, gracias al cariñoso apoyo de la familia y los amigos, y a tus propias acciones positivas, descubrirás maneras de enfrentar hasta la peor de las pérdidas.

4.8 La Voluntad De Sentido.

²⁷La búsqueda del sentido de la vida para cada ser humano constituye una fuerza primaria y no una "racionalización secundaria" de sus impulsos instintivos. Este sentido es único y específico para cada ser humano debido a que sólo cada uno, por sí mismo y por sí solo, puede encontrarlo, satisfaciendo su propia voluntad de sentido.

²⁷ Viktor Frankl "el hombre en busca de sentido" Herder, 1946.

También es cierto que existen casos donde los conflictos internos se enmascaran enarbolando principios morales como motores de la conducta, pero esto representa únicamente la excepción a la regla.

El autor enfatiza que el desenmascaramiento que realiza el psiquiatra debe detenerse, en cuanto éste encuentre algún valor auténtico y genuino, como el deseo de una vida repleta de sentido. Si al encontrarse en esta situación el psiquiatra no suspende su trabajo de desenmascaramiento, estaría actuando según sus principios a priori psicoanalíticos, y no en función de las necesidades de su paciente, evidenciando un menosprecio por las aspiraciones genuinas del hombre, aquello que es genuinamente humano.

"Creo que hasta los mismos santos procuran exclusivamente servir a Dios, olvidándose por completo de los actos que conducen a su propia santidad. Si se centraran especialmente en los actos que conducen a la santidad terminarían con una personalidad perfeccionista, pero no santos".

Viktor E. Frankl "el hombre en busca de sentido" Herder, 1994.

4.9 Manejo Del Proceso De Pérdida.

²⁸Se estima que un promedio de 8 millones de americanos pierden a un miembro de su familia inmediata cada año. La muerte de un ser querido puede ser el evento más atemorizante y que mayor preocupación cause en la vida de una persona.

La muerte de un familiar produce una amplia gama de reacciones incluyendo ansiedad, culpa, coraje y preocupaciones financieras. Muchos entienden que la muerte de una persona mayor es menos trágica que la muerte de un niño o de una persona joven. La muerte súbita es un choque emocional mayor que la muerte por enfermedad. Un suicidio puede ser devastador, ya que los miembros de la familia podrían pensar si hubieran podido haber hecho algo para prevenirlo. La causa de la muerte también afecta las reacciones de amigos y conocidos. Hay quienes expresan menor simpatía y apoyo cuando las personas son asesinadas o cuando se quitan la vida.

Un encuentro con la muerte nos hace sentir desamparados y vulnerables. La más común, y una de las experiencias más dolorosas es la muerte de un padre o de una madre. Cuando ambos padres mueren el individuo puede tener la sensación de ser huérfano.

Se lleva el duelo, no solamente por los padres perdidos sino también por la pérdida de "haber sido " el hijo(a) de alguien.

²⁸ Mari Gloria Hamilton, Ph.D. Psicóloga Clínica Belaval 608, 1B, Pda.22, Santurce

La muerte de un niño puede ser todavía más devastadora. El duelo puede continuar por años. Eventualmente los padres pueden ser capaces de resolver el duelo y aceptar la muerte como "La voluntad de Dios " o como "Algo inevitable". El tiempo amortigua el dolor y se siente el deseo de continuar con sus vidas, poniendo el dolor conscientemente en el pasado.

Otros manejan la pérdida manteniéndose ocupados, o sustituyendo el dolor por otros problemas y preocupaciones. Aún así, muchos padres que pierden a un hijo continúan pensando por años y años. A pesar de que el dolor por la pérdida disminuye con el tiempo, se ve como una parte de ellos mismos y lo describen como "un vacío interior", aunque muchos tengan una vida significativa y feliz.

La pérdida de la pareja también tiene un impacto muy profundo, a pesar de que la respuesta ante la pérdida muchas veces depende de la forma en que murió la pareja. Los estudios sugieren que los hombres cuyas mujeres murieron de repente enfrentan un riesgo mucho mayor de morir que aquellos cuyas mujeres han muerto luego de una larga enfermedad. Sin embargo, mujeres cuyos maridos han muerto tras una larga enfermedad presentan un mayor riesgo de morir que las que los maridos han muerto súbitamente.

La razón para esto podría ser que los hombres cuyas mujeres han muerto tras una enfermedad crónica han tenido el tiempo suficiente para aprender cómo manejar la pérdida de sus parejas, mientras que las mujeres que han estado mucho tiempo

cuidando a sus maridos podrían estar en mayor riesgo debido a la combinación de factores asociados al cuidado extendido y a la pérdida de apoyo financiero.

4.10 Los Efectos De La Pena.

Hombres y mujeres que pierden a sus parejas, padres o hijos pasan por una tensión tan inmensa que se consideran en alto riesgo con relación al aumento en las enfermedades físicas graves, a la enfermedad mental, y hasta a la muerte prematura.

Estudios sobre los efectos de la pena sobre la salud sugieren lo siguiente:

- La pena produce cambios en el sistema nervioso, hormonal y respiratorio y puede afectar las funciones del corazón, la sangre y el sistema inmunológico del cuerpo.
- Adultos en duelo pueden experimentar cambios de ánimo que varían desde tristeza, coraje, culpa y ansiedad.
- Podrían sentirse físicamente enfermos, perder el apetito, tener disturbios en el patrón de sueño o sentir miedo de estarse volviendo locos porque creen "ver" a la persona desaparecida en distintos lugares.
- Las amistades y volverse a casar o unirse con una pareja ofrece la mayor protección contra los problemas de la salud.
- Algunos viudos(as) tienen el rango más alto de suicidios y de muerte por cirrosis del hígado.

- Los factores de mayor riesgo son : pobre salud mental y física previa y la falta de apoyo social y recursos .

4.11 Métodos De Duelo.

El duelo se considera como una necesidad psicológica, no como autoindulgencia. Los psicoterapeutas se refieren al duelo como: un trabajo lento, tedioso y doloroso.

Sin embargo, solamente trabajando con la pena, enfrentando los sentimientos de coraje y desesperanza y adaptándose emocional e intelectualmente a la pérdida puede la persona sobreponerse y retomar el control sobre su vida.

CAPÍTULO 5

TRABAJO SOCIAL.

5.1 Definición De Trabajo Social.

Si bien es cierto no existe una sola definición de trabajo social, sino más de cien, todas ellas coinciden en que es una Profesión de las ciencias sociales que se encarga de promover el bienestar y desarrollo social a través de la participación consciente y organizada de la población para resolver sus propios problemas. Así mismo, sintetiza los conocimientos de las ciencias sociales para interpretar y analizar la realidad a fin de desarrollar acciones tendientes a la solución de problemas sociales a diferentes niveles (prevención, atención y rehabilitación).

5.2 Objeto De Intervención.

La problemática social y en este caso, la situación de necesidad por la que pasan los actores sociales involucrados en el proceso de la muerte

Los programas de acción que tienen que ver con la Promoción para la Salud y la Participa El trabajo social, en su intervención con el equipo de salud, es coadyuvante para el logro del impacto en la salud de la población, y es considerado por la formación social y habilidades para analizar la problemática de salud con un enfoque integral, su interrelación con la población demandante de los servicios y con el equipo de salud así como en el desarrollo de metodología de las ciencias sociales; todo lo cual le permite conocer e interpretar las necesidades relacionadas con la salud, e implementar acciones para promover la participación,

organización y capacitación de la población en la búsqueda de soluciones a esos problemas detectados. Y así mejorar su nivel y condición de vida.

5.3 Sujetos Objetos De Intervención Profesional.

Personas con problemas y/ necesidades

5.4 Objetivo Del Trabajador Social.

Promover el Bienestar Social y Desarrollo Social. A través de modelos de intervención y dar servicio a todas las personas, sin discriminar su condición social, sexo, edad, religión, nacionalidad e impedimento físico. Tener sentido de justicia ante cualquier individuo o grupo, procurando el bien común, con un trato equitativo y profesional, buscando siempre las mejores condiciones de la población. Ante los problemas, necesidades y carencias del ser humano.

Aludiendo al secreto profesional, por lo que habrá de guardar sigilosamente la información y cumplir sus deberes profesionales, sus reglamentos y funciones con honestidad en todos sus actos dentro de su campo profesional considerando todas las circunstancias en que actúa, pensando en la mejor alternativa, reconociendo los pros y contras apelando al ejercicio patente de la recta razón.

5.5 Estrategia De Intervención En El Trabajo Social.

- ❖ Aplicación de la metodología específica de trabajo social (de atención individualizada, grupos y trabajo en comunidad). Y ofreciendo alternativas viables de solución.
- ❖ Elaborar diagnósticos para identificar problemas sociales y utilizar los recursos humanos, materiales e institucionales que faciliten la solución de los mismos.
- ❖ Observar y registrar hechos y fenómenos de la realidad social en forma objetiva.
- ❖ Percepción objetiva de los fenómenos humanos.
- ❖ Diseñar y aplicar técnicas e instrumentos para la recolección de información.
- ❖ Interpretar y presentar datos.
- ❖ Manejar la estadística como una herramienta para el análisis de la información.
- ❖ Cuantificación de variables humanas y sociales.
- ❖ Organizar a la población para el mejoramiento de sus condiciones de vida.
- ❖ Orientar los esfuerzos de la población hacia la solución de problemas.
- ❖ Atender problemáticas individuales y grupales.
- ❖ Orientar a la población y casos atendidos de acuerdo a la legislación que marque el derecho constitucional.

5.6 Funciones Del Trabajo Social.

- ❖ Colaborar en los procesos de investigación, aplicando técnicas e instrumentos que le permitan conocer los factores sociales, económicos, políticos y culturales que influyen en el desarrollo de los individuos, grupos y comunidad.
- ❖ Participar en el desarrollo de programas y proyectos sociales en sus diferentes niveles de intervención.
- ❖ Colaborar en la gestión de servicios interinstitucionales para el beneficio de la población.
- ❖ Colaborar en acciones para transferir a los individuos a instancias pertinentes
- ❖ Colaborar en la aplicación de modelos de atención e intervención profesional.
- ❖ Impulsar y promover campañas de organización comunitaria en beneficio del desarrollo de la población.
- ❖ Contribuir en la elaboración de materiales de apoyo para brindar capacitación a los diferentes sectores sociales.
- ❖ Analizar los problemas y necesidades sociales de la población en sus niveles de intervención individual, grupal y comunitario, participando en los protocolos de investigación en sus diferentes grados de profundidad : diagnósticos sociales, estudios exploratorios, descriptivos y explicativos, a fin de establecer propuestas de intervención.
- ❖ Construcción y análisis de modelos de atención e intervención profesional, tomando en cuenta la problemática detectada y los lineamientos institucionales.

- ❖ Intervenir en la planeación, organización, ejecución de los programas y proyectos sociales, encaminados a satisfacer las necesidades y requerimientos de la población local, estatal, regional y nacional.
- ❖ Participar en los procesos de orientación y aplicación de las políticas sociales.
- ❖ Diseñar estrategias de organización y participación social para mejorar las condiciones de vida de la población.
- ❖ Elaborar programas de capacitación, asesoría y orientación a los individuos en los diversos sectores sociales.

5.7 Perfil Del Trabajador Social En El Ámbito De La Tanatología.

- ❖ Ética profesional.
- ❖ De liderazgo profesional para impulsar procesos de desarrollo social.
- ❖ Autocontrol en situaciones de crisis.
- ❖ Autoestima saludable
- ❖ Disposición a escuchar.
- ❖ Respeto irrestricto de los derechos humanos, a culturas, valores y a las instituciones.
- ❖ Seguridad y sensatez profesional en la aplicación de sus conocimientos en los diversos campos profesionales.
- ❖ Concertación y negociación en conflictos individuales, grupales y comunitarios.
- ❖ Disposición para trabajar en los niveles de atención caso, grupo y comunidad coadyuvando al desarrollo del ser humano.

- ❖ Iniciativa para innovar modelos de intervención profesional de manera dinámica, positiva y creativa.
- ❖ Interés en la solución de los problemas que aquejen a la sociedad, con sensibilidad al trato humano.
- ❖ Imparcialidad para analizar con precisión su objeto de estudio, olvidándose de los prejuicios y valores subjetivos.

5.8.- Áreas De Intervención Social Del Trabajador Social.

Trabajo Social es un departamento de asesoría social y de servicio, que forma parte del equipo multidisciplinario de salud de los servicios médicos. Entre sus servicios están:

- ❖ La educación
- ❖ Atención de casos
- ❖ Orientación y canalización del paciente a otros servicios de atención.
- ❖ Apoyo a Clínicas de Control de Enfermedades Crónicas (Clínica de Hipertensión y Clínica de Diabetes),
- ❖ Apoyo a Clínica del Adolescente
- ❖ Grupo de Adultos Mayores
- ❖ Afiliación a los Servicios Médicos de los padres del trabajador e hijos con alguna discapacidad
- ❖ Así como detectar las demandas de servicios no satisfechas en el área de hospitalización.
- ❖ Promoción y educación social.

- ❖ Teorías del bienestar y desarrollo social.
- ❖ Áreas del bienestar social en instituciones de seguridad y asistencia social.
- ❖ Modelos de la seguridad y asistencia social en América Latina.
- ❖ Problemas y factores económicos, políticos y sociales que inciden en el bienestar social.
- ❖ Problemas de la pobreza y la marginalidad.
- ❖ Principales corrientes de la antropología social y cultural (sus formas de vida, sus estructuras, costumbres y tradiciones).
- ❖ Teorías psicológicas y de la personalidad que explican las motivaciones y emociones.

CAPITULO 6

LA TANATOLOGÍA COMO UNA FORMA DE AYUDA.

6.1 Antecedentes De La Tanatología.

Es importante situarnos en la historia para comprender el origen de la Tanatología. Desde la época medieval, las órdenes religiosas eran las que proporcionaban consuelo y atención a los enfermos graves en sus monasterios. Posteriormente se formaron los primeros Hospicios donde se aceptaban y cuidaban a los enfermos graves y es hasta el siglo XIX que se formaron los primeros albergues en Francia para enfermos de cáncer.

El término Tanatología, "La ciencia de la muerte", fue acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, quién en el año de 1908 recibiera el Premio Nóbel de Medicina por sus trabajos que culminaron en la teoría de la fagocitosis. En ese momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista medico-legal.

En 1930, como resultado de grandes avances en la medicina, empezó un período que confinaba la muerte en los hospitales, y en la década de 1950 esto se generalizó cada vez más. Así el cuidado de los enfermos en fase terminal fue trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, de modo que la sociedad de la época "escondió" la muerte en un afán de hacerla menos visible, para no recordar los horrores de la Segunda Guerra Mundial.

En las décadas de 1950 y 1960 diferentes sociólogos iniciaron el estudio de la psicología de la muerte y potenciaron la aparición de programas de asesoramiento y terapias para tratar los profundos problemas emocionales asociados a la muerte que existen en la sociedad moderna. El libro sobre este tema que mayor impacto causó en la opinión pública fue Sobre la muerte y la agonía (1969) de Elizabeth Kübler-Ross, psiquiatra estadounidense de origen suizo.

Después en la década de 1960, se realizaron estudios serios (sobre todo en Inglaterra) que muestran que la presencia de los familiares durante la muerte de un ser querido se vio disminuido a sólo el 25%. Durante esa época se hizo creer a todos que la muerte era algo sin importancia, ya que al ocultarla se le despojaba de su sentido trágico y llegaba a ser un hecho ordinario, tecnificado y programado, de tal manera que fue relegada y se le consideró insignificante.

- En 1974 Se forma el Primer Hospice en Estados Unidos.

A continuación veremos que la Tanatología surgió mucho antes que el padre de la Psicología S. Freud.

Es importante observar que el desarrollo de la Psicología fue evolucionando con sus cuatro grandes escuelas (Psicoanálisis, Conductual, Existencial-Humanista y Transpersonal) y de forma paralela la Tanatología ha ido incorporando muchos de estos conocimientos hasta llegar a la propuesta que se describe en toda esta investigación, la conjunción de Tanatología y Logoterapia. (Víctor Frankl).

Regresando a la historia, existen desde la segunda mitad del siglo pasado un reducido número de instituciones que ofrecían asistencia a enfermos terminales, que carecían de familiares que los cuidaran, y que fueron fundadas debido al gran número de personas necesitadas que morían solas y con frecuencia en las calles. A medida que las familias se hicieron más pequeñas y más dispersas, hubo menos personas que cuidaran enfermos y moribundos. Al mismo tiempo el acceso al cuidado hospitalario se hizo más fácil y aceptable.

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

Con el desarrollo de la tan exitosa alta tecnología médica de este siglo, se incrementó la dificultad de conciliar el énfasis entre el diagnóstico y la curación. Curar era el objetivo más importante de la medicina, por tanto, la muerte, era considerada como un fracaso. Entonces se dificultó el cuidado de los enfermos terminales en un hospital dedicado a curar y sanar.

Las expectativas en cuanto a la salud se modificaron, y con este cambio disminuyó el número de muertes y de experiencias en torno a ella. A cambio, la muerte pasó a ser un suceso cada vez menos aceptado.

Este panorama es compartido por el paciente y su familia y a menudo reforzado por médicos y enfermeras, por lo tanto, puede ser común que el paciente terminal y su familia sean evitados dentro del ambiente hospitalario.

Por otra parte las necesidades emocionales del paciente y de quienes los cuidaban eran con frecuencia ignoradas e insatisfechas, y dada la naturaleza y, lo severo de la enfermedad, era natural ocultarle la gravedad de su situación al paciente dejándolo solo desde el punto de vista emocional.

La negativa ante la enfermedad se debía a la creencia de que si el enfermo lo sabía perdería la esperanza y aceleraría su muerte. En general las necesidades físicas del enfermo eran descuidadas, así como también lo eran sus necesidades sociales, emocionales y psicológicas. Sólo a veces se consideraban los aspectos espirituales, ya que con frecuencia se hacían de manera inapropiada.

Ante tantas necesidades, y para compensar las fallas percibidas en el cuidado de estos enfermos, surgió el movimiento de los "Hospicios modernos". Y durante el curso de éste desarrollo han ocurrido muchos cambios. Por eso hoy en día proponemos más atención física, emocional y espiritual para estos pacientes terminales.

Sin embargo, a mediados del siglo pasado los médicos psiquiatras Eissler (en su obra El Psiquiatra y el paciente moribundo), y Elizabeth Kübler-Ross (en su libro

Sobre la muerte y los moribundos) dieron a la Tanatología otro enfoque que ha prevalecido en la actualidad.

6.2 ¿Qué Es La Tanatología?

Es la ciencia que estudia la muerte y agonía y los fenómenos asociados a ellas". A pesar de que todas las sociedades han especulado sobre la muerte, su estudio sistemático es reciente. Hasta hace poco en la cultura occidental existía un tabú contra el estudio de algo tan temido y personal como la muerte. Mucha gente todavía piensa que el estudio de la muerte es un tema delicado, pero los tanatólogos consideran que su trabajo puede beneficiar a todos, ya que la comprensión del proceso de la muerte puede hacer que esta experiencia sea menos alienante y temida.

El vocablo tanatos deriva del griego Thanatos, nombre que en la mitología griega se le daba a la diosa de la muerte, hija de la noche, denominada Eufrone o Eubolia, que quiere decir "madre del buen consejo". La noche tuvo a su hija (la muerte o Thanatos) sin la participación de un varón, por lo cual muchos la consideran diosa; no obstante, algunas veces, también la diosa de la muerte es representada como un genio alado.

La muerte es hermana del sueño, al cual se daba el nombre de Hipnos o Somnus , que también era hijo de la noche (Eufrone), pero él si tenía padre y este era Erebo o el infierno quién, además de esposo, era hermano de la noche y tanto él como

ella eran hijos del Caos de ahí que la Muerte o Thanatos sea sobrina de Erebo o el infierno y nieta del Caos.

Thanatos (la muerte) es representada con una guadaña, una ánfora y una mariposa.

La guadaña indica que los hombres son cegados en masa como las flores y las yerbas efímeras, el ánfora sirve para guardar las cenizas, y la mariposa que vuela es emblema de esperanza en otra vida.

A la muerte se le ubicaba geográficamente en una región comprendida entre dos territorios de la antigua Hélade, a la derecha el territorio de la noche (su madre) y a la izquierda el territorio del sueño (su hermano).

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

LOGOS deriva del griego logos, tiene varios significados: palabra, razón, estudio, tratado, discurso, sentido, etcétera. La gran mayoría de los filósofos griegos le daban la acepción de sentido, pero el que haya prevalecido como estudio, tratado u otro, se debe a errores interpretativos con el transcurso del tiempo.

Para efectos de esta investigación, retomaremos para el vocablo logos el significado de sentido.

De ahí que la Tanatología pueda definirse etimológicamente como " la ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte " (dar razón a la esencia del fenómeno).

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

6.3 El Surgimiento De La Nueva Tanatología.

La nueva Tanatología tiene como objetivo fomentar y desarrollar holísticamente las potencialidades del ser humano, en particular de los jóvenes, para enfrentar con éxito la difícil pero gratificante tarea de contrarrestar los efectos destructivos de la "cultura de la muerte", mediante una existencia cargada de sentido, optimismo y creatividad, en la que el trabajo sea un placer y el humanismo una realidad.

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

Hay dos profesionales que son claves en este surgimiento: Cicely Saunders y la Doctora Elizabeth Kübler-Ross.

Se entiende por “hospice” el movimiento desarrollado en 1967 por la Dra. Cicely Saunders, enfermera, en Inglaterra. Esta modalidad de trabajo sostiene que la persona que va a morir puede y debe ser asistida para aliviar el dolor y otros síntomas físicos y psíquicos provocados por la enfermedad y sus vicisitudes.

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

1.- El control del dolor y de otros síntomas que se presenten.

2.- La persona con enfermedad terminal es una persona, no una cosa que puede manipularse, por lo tanto es el paciente el que participa activamente, junto con el equipo interdisciplinario de Tanatología que lo acompaña, en las decisiones fundamentales, como la continuación o no de un determinado tratamiento o el lugar donde recibirlo.

3.- El paciente tiene el derecho de saber el estado de su enfermedad y los tratamientos paliativos que le suministran. Esto no quiere decir que se lo abrume con información no solicitada, sino que un equipo sensible establece una buena comunicación con el paciente y su familia contestando lo que el paciente pregunta, y dicho de una forma veraz, pero

teniendo en cuenta hasta donde esa persona puede tolerar esa información. Y en forma acumulativa.

4.- El apoyo a la familia, que es fundamental para poder ayudar a la persona con enfermedad terminal.

Cada uno de los miembros de la familia reacciona con pautas individuales de acuerdo a su estructura

psicológica, a la historia personal y a los vínculos con el enfermo. Algunos tratarán de sobreprotegerlo y así lo aíslan o agobian con atenciones no solicitadas; otros desaparecen con distintas justificaciones. Se hacen a veces más evidentes los sentimientos negativos (rivalidad, rencores, etc.)

5.- El equipo actúa ayudando en los procesos de aflicción y duelo, detectando los casos de duelos patológicos, y sugiere la terapia adecuada.

6.4 Aspectos Multidisciplinarios De La Tanatología.

La intervención con los enfermos terminales es multidisciplinaria, puesto que son varias las áreas que necesitan apoyo:

° Médica.- cuya función es dar al enfermo aquellos paliativos que le permitan estar con el mínimo dolor y sufrimiento. (Cuidados Paliativos)

° Tanatológica.- ayudando al enfermo en el aspecto emocional. También dando apoyo a sus familiares y allegados.

- ° Legal.- Para que el enfermo pueda dejar resueltos este tipo de asuntos.

- ° Espiritual.- Que puede incluir no solamente el aspecto religioso, sino también el aspecto espiritual del sentido de la vida, del sufrimiento o de la muerte.

6.5 La Tanatología De Elizabeth Kubler Ross.

La Dra. Elizabeth Kübler-Ross comenzó su trabajo en Tanatología haciendo una investigación respecto de la muerte con un equipo de trabajo inicialmente comprendido por cuatro seminaristas. Quiso acercarse a los pacientes terminales, sin leer nada sobre la materia; más bien quería observar y aprender de ellos directamente. Ella platicaba con el paciente y los seminaristas se ubicaban alrededor de su cama observándola y tomando notas.

Su investigación se basó principalmente en:

- ° No tener ideas preconcebidas.
- ° Estar en una actitud de mente abierta.
- ° Llegar a un darse cuenta personal.
- ° Sensibilizarse a las necesidades de los enfermos terminales y sus familiares o personas que los rodearan.
- ° Realzar la percepción para aprender.

Este trabajo con los seminaristas se convirtió con el tiempo en seminarios interdisciplinarios sobre la muerte y los moribundos, en los que trabajaba con el

personal de un hospital en Chicago: capellanes, enfermeras, voluntarios, médicos, etc., mismos que tenía trato con los enfermos.

Cuando los grupos se hicieron más numerosos, adaptaron un cuarto especial para llevar a cabo las entrevistas, de manera que el grupo de estudiantes pudieran observar desde la habitación contigua.

Esto, desde luego con el consentimiento del enfermo. Posteriormente a la entrevista se llevaba a cabo una discusión.

Su experiencia práctica la llevó a descubrir que las observaciones y las posteriores discusiones daban los siguientes resultados:

- ° Los estudiantes se hacían conscientes de la necesidad de considerar la muerte como una posibilidad real, no sólo para otros, sino también para ellos mismo.
- ° Fue la manera como pudieron desensibilizarse, lo cual sucedía lenta y dolorosamente.

Sucedió que algún estudiante que se presentaba a observar una entrevista por vez primera, se saliera antes de que concluyera.

También sucedió que se dieran explosiones de rabia o coraje contra otros participantes o contra quien llevaba a cabo la entrevista.

° Pudieron manejar conflictos durante la discusión, tales como el identificarse con el enfermo por cuestiones de edad, por ejemplo.

° Conforme los integrantes del grupo se conocían más y veían que ningún tema era tabú, las discusiones se convirtieron en una especie de terapia de grupo, en las que se lograba hacer conciencia, confrontar y apoyar.

Dos años después, el seminario se convirtió en un curso acreditado por la escuela de medicina y el seminario de teología, al que eventualmente asistían profesionales de la salud de otros lugares. Como podemos observar el trabajo en la Tanatología se realiza en equipo.

Ante tantas necesidades, y para compensar las fallas percibidas en el cuidado de estos enfermos, surgió el movimiento de los “Hospicios modernos”. Y durante el curso de éste desarrollo han ocurrido muchos cambios. Por eso hoy en día proponemos más atención física, emocional y espiritual para estos pacientes terminales.

La Tanatología puede brindar su mayor potencial de ayuda cuando se recurre a ella en períodos precoces a la detección de la enfermedad terminal. Si se inicia la consulta con el paciente en las últimas fases del proceso se suele restringir mucho la posibilidad de ayuda.

6.6 ¿Qué Es Un Tanatólogo?

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

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

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

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

²⁹“Todas las teorías y toda la ciencia del mundo no pueden ayudar a nadie tanto como un ser humano que no teme abrir su corazón a otro”.

Elizabeth

Kübler-Ross.

²⁹ Kübler-Ross, Elizabeth. La rueda de la vida. Bilbao: Grafo Ediciones, 1998.

CAPÍTULO 7

MANEJO DE LA PÉRDIDA

7.1 ¿Qué Hacer Ante Una Pérdida Por Muerte?

- Acepte sus sentimientos como algo normal. No trate de negar las emociones como el coraje, culpa, desesperanza, vacío, confusión, ansiedad, alivio o miedo.
- Permita que otros le ayuden. Exprese sus sentimientos mediante el llanto, recuerdos y expresando verbalmente, hablando con otros y ventilando sentimientos de manera que vaya aceptando lo sucedido.
- No piense que debe ser fuerte, valiente y silencioso, aunque usted tiene todo el derecho a mantener su dolor en privado.
- Enfrente cada día como llegue. Deseé usted tiempo - más de lo que pueda imaginarse - para que el dolor se amortigüe, las cicatrices sanen y su vida continúe hacia adelante.

7.2 Impacto De La Pérdida En Los Niños.

Hasta la edad de tres años los niños no tiene idea o concepto de la muerte. Para cuando tienen 9 años, muchos ya pueden entender que la muerte es el final de la vida y es algo inevitable.

Cuando la muerte invade el mundo mágico de los niños su efecto puede ser tan traumático que podría perdurar toda la vida. Debido a que no son capaces de verbalizar su dolor, los niños, sobretodo los pequeños, muchas veces "actúan" sus sentimientos. Los padres y maestros deberán entonces observar de cerca y estar atentos a las señales de peligro como: conducta repetitiva que sea agresiva y

hostil hacia otros o hacia sí mismos, un cambio abrupto en el aprovechamiento académico, conductas regresivas o que indiquen inseguridad (mojar la cama, chuparse el dedo, no separarse de un objeto o persona). Esta conducta podría continuar por un tiempo luego del episodio de pérdida.

7.3 Cómo Ayudar A Un Niño A Manejar La Pérdida Por Muerte.

- Hablar con el niño sobre la muerte de una forma sencilla. La idea es que asimile el concepto del principio y fin de los seres vivos (la muerte de un pajarito, de un pececito, de una mascota). Comuníquese con el niño a su propio nivel. Ofrezca información clara y sencilla.
- Ofrézcale al niño toda oportunidad de hacer preguntas sobre la muerte. Algunos niños podrían sentir que han hecho algo malo o que son responsables por la muerte. Necesitan validar frecuentemente lo contrario.
- Lo que sentimos y el tono que usamos (lenguaje no verbal) transmitirá al niño un mensaje. Si no se está en control de los sentimientos, permitir que otra persona asuma llevar el mensaje en el momento. El adulto que intente ayudar debe estar claro y en control de sus sentimientos.
- No esconda su propia tristeza ya que los niños podrían percibir los sentimientos no expresados y podrían sentirse excluidos. Sin embargo, no se debe hacer ver un sentido de ansiedad extrema con respecto al futuro.
- Por dolorosa que sea la pérdida, permítale al niño que haga conciencia que alguien murió.
- Abrácelo y no ignore sus preguntas, son muy valiosas. Bríndele mucho afecto, más que de costumbre, el niño necesita sentir el apoyo y que no está sólo.

Préstele más atención. Pase más tiempo con él en actividades familiares placenteras que reemplacen el miedo.

- Cree situaciones de juego para compartir con amigos o jugar sólo.
- Recorra a los valores espirituales de la familia ya que ayuda a transmitir el sentido de trascendencia.
- Para establecer sensación de estabilidad y seguridad, trate de evitar otros cambios mayores o abruptos en la vida del niño, al menos por un tiempo de seis meses.

7.4 Ayuda A Los Jóvenes Y Adolescentes.

- El duelo es una reacción natural ante la muerte. Ayudar a los jóvenes a aceptar la realidad de que pueden estar tristes y sufrir les permite hacer su propio trabajo con la pena y progresar en el proceso de duelo.
- Cada experiencia de duelo es única. Nadie puede predecir o anticipar cómo una persona va a reaccionar ante una pérdida ni prescribir lo que se debe hacer en el proceso de duelo. La mejor ayuda que se puede brindar es acompañar al joven en un papel de oyente activo y aprendiz y permitiendo que sea el joven el que nos exprese y nos enseñe su proceso.
- No existen formas "buenas" o "malas" para manejar la pena. No hay una forma "correcta" de penar. Sin embargo existen decisiones y comportamientos que ayudan o desayudan en el proceso.

- Conductas constructivas serían: Hablar con los amigos, escribir un diario de lo que se siente, crear (dibujar, hacer cosas con las manos), expresar la emoción en lugar de reprimirla.
- Conductas que pueden ser destructivas serían: Utilizar alcohol o sustancias, involucrarse en conducta sexual irresponsable, comportamiento antisocial y aislarse de actividades sociales.
- Cada muerte es única y es experimentada de forma diferente. La forma en que los jóvenes procesan el duelo difiere de acuerdo a su personalidad y a la relación particular que hayan tenido con el fallecido. Para muchos, las relaciones con los pares es lo más importante. La muerte o pérdida de un amigo(a)/ novio(a) puede afectar a un adolescente hasta más que la muerte de un familiar.
- En la familia cada miembro puede sentir y expresar la pérdida de una manera diferente y esto puede causar tensión y malos entendidos dentro de la familia. Cada respuesta personal ante la muerte deberá ser validada y respetada como la forma en que cada cuál maneja su proceso de pérdida.
- El proceso de luto es influido por muchos aspectos:
 - Sistemas de apoyo disponibles.
 - Circunstancias que rodean la muerte (cómo, dónde y cuándo ocurrió)
 - Si en joven encontró el cuerpo de a persona o no
 - La naturaleza de la relación con la persona que murió

- El nivel de inmersión en el proceso de muerte
- La etapa emocional y mental del joven
- La experiencia previa del joven con la muerte

7.5 Ayuda A Los Sobrevivientes.

³⁰Mientras penamos por los fallecidos los vivos son los más que necesitan de nuestra ayuda.

El proceso de luto es un estado tan intenso que los sobrevivientes podrían estar demasiado ensimismados en su dolor como para pedir ayuda. La familia y los amigos deben tomar la iniciativa y pasar tiempo con ellos, aunque sea sentarse en silencio acompañándolos. Se debe ofrecer empatía y apoyo y dejar saber con expresiones verbales y no verbales que nos preocupa su bienestar y deseamos ser de ayuda. A veces el mero hecho de estar presentes es suficiente para que sientan el apoyo. Se debe continuar el apoyo emocional durante un tiempo prolongado sobretodo en época difícil como Navidad y días especiales.

Muchas personas que están en duelo no necesitan de ayuda profesional, sin embargo si el proceso se prolonga un tiempo más de lo estimado normal (si se exhiben indicaciones de demasiado estrés un año después de la pérdida como si fuera los primeros meses) o si se percibe que la persona se está deprimiendo demasiado y aislando de recursos de apoyo es necesario orientarlo para que busque ayuda profesional . Los miembros de una familia que han experimentado

³⁰ María Gloria Hamilton, ph. D. Psicóloga Clínica.

pérdida por causa de suicidio se entiende que podrían ser los que más se beneficien de ayuda profesional para poder expresar sus sentimientos de fracaso, coraje y pena.

El proceso de luto es uno continuó. La pena no acaba, sino que cambia y se modifica en carácter e intensidad. Algunas personas comparan su proceso de pérdida con las mareas del océano:

" Hay momentos de calma, de pronto la marea sube y se agita , a veces baja , a veces es un oleaje fuerte que sacude y parece como si hubiera ocurrido ayer... de pronto llega la calma otra vez, es como si dependiera de la época del año en que se vive..."

Mari Gloria Hamilton.

7.6 El Suicidio De Un Ser Querido.

La muerte por suicidio deja tras de sí muchas preguntas: ¿por qué lo hizo? ¿Podíamos haberlo evitado? ... Por más que lo intentas, no consigues entender las razones que le llevaron a quitarse la vida. Procura no atormentarte demasiado buscando el porqué, y con el tiempo algunas respuestas irán saliendo a la luz.

Es frecuente también un sentimiento de vergüenza, que lleva a no querer hablar de las circunstancias de la muerte. Algunas personas necesitan mucho tiempo solamente para pronunciar la palabra suicidio.

Seguramente te invade también un sentimiento de culpabilidad. Te puedes sentir mal por algo que dijiste o hiciste. La sensación de culpa es algo perfectamente normal después de una muerte de estas características. Uno se reprocha el no haberse dado cuenta de lo mal que estaba... y suele quedar una fuerte sensación de no haber sabido cuidarle. Piensa que con el tiempo, pasarás simplemente a lamentar algunas cosas del pasado, y que llegará el día, en que sólo quede un sentimiento de impotencia ante la muerte.

Después del suicidio de un ser querido, puede ser natural sentir mucha rabia y enfado hacia la persona que te abandonó (¡Cómo has podido hacerme esto!), hacia Dios que no hizo nada por impedirlo, y hacia todos los que han podido contribuir directa o indirectamente en la realización de esta acción desesperada. La rabia es un sentimiento pasajero, y como tal, irá disminuyendo. Mientras tanto, busca formas positivas de canalizar tu cólera, sin auto castigarte y sin herir inútilmente a otras personas.

Si tu ser querido era una persona depresiva o había realizado varios intentos de suicidio es muy natural que se den a un mismo tiempo sentimientos aparentemente contradictorios: por un lado una gran tristeza por su pérdida, pero también un gran alivio porque todo ha terminado; ya no habrá que preocuparse más porque lo peor, lo más temido ya ha pasado.

Convivir durante años con una persona que sufre así es muy doloroso para todos. Recuerda que no pudiste elegir por él o por ella, y que la decisión del suicidio fue enteramente suya. Acepta también que a pesar de lo que hayas podido decirle, tus palabras no han tenido nada que ver con su decisión.

A medida que la tormenta de emociones vaya calmándose, surgirá poco a poco la aceptación. Date tiempo para llegar allí, un duelo por suicidio necesita más tiempo para sanar. Se paciente contigo mismo y verás el día que aceptes su elección.

Si sientes deseos de quitarte la vida, no esperes, y antes de que puedas hacer algo irreversible, acude a un profesional que te ayude a buscar alternativas y a utilizar todos tus recursos personales para salir adelante.

El sufrimiento puede enseñar a dar un nuevo sentido a la vida, a cambiar tus valores y tus prioridades. Quizás ahora te parezca imposible, pero irás encontrándote mejor, serás capaz de perdonar, y llegara un día en que podrás decir que la vida continua y que te sientes feliz por estar vivo.

Carta a un ser querido después de un suicidio.

"Te escribimos para decirte cuánto te echamos en falta y cómo ha cambiado la vida desde que nos has dejado. Aún no nos hemos repuesto de lo sucedido, y nos duele que no nos dijeras adiós.

A veces nos sentimos resentidos contigo por el inmenso dolor que nos has causado. A veces nos sentimos enojados con nosotros mismos por no haber sabido prevenir la tragedia.

Lamentablemente no hemos podido escoger en tu lugar, porque, si esto hubiera sido posible, tú estarías aún entre nosotros.

Pensamos siempre en ti, aun cuando los recuerdos nos entristecen.

Sin embargo no hemos renunciado a vivir y a tener esperanza, a pesar de la amargura.

Tal vez nos habrás visto un poco más sonrientes: nuestro deseo es que tú hayas encontrado la paz que buscabas.

En nuestra plegaria pedimos poder abrazarte de nuevo al final de nuestros días.

Con todo nuestro cariño:

“Tu familia”.

7.7 La Muerte De Un Hijo Y El Impacto En La Pareja.

La muerte de un hijo o una hija es una de las experiencias más duras, difíciles y dolorosas que puede sufrir un ser humano.

Los padres se sienten responsables de la protección de sus hijos y, su pérdida, suele ser vivida como un fracaso y con una gran culpabilidad.

Es frecuente que la muerte de un hijo produzca tensiones y conflictos en la vida de pareja:

Dificultades para aceptar que la pareja viva la pérdida a su manera. Un miembro de la pareja puede sentir, por ejemplo, que al otro no le importa la muerte lo suficiente (quizás porque no llora o porque no quiere hablar del fallecido). A veces, la necesidad de parecer fuerte, puede interpretarse por el otro como falta de interés.

Culpar a la pareja. Es frecuente que uno de los miembros de la pareja piense que el otro es de alguna manera responsable de la muerte. Esto se puede traducir en reproches continuos o en sentimientos de impaciencia e irritabilidad hacia el otro.

Falta de sincronidad. Puede ocurrir que la pareja no viva al mismo tiempo los momentos de mayor dolor o las recaídas. Esto puede crear la sensación de que uno siempre está inmerso en el dolor, y puede contribuir a que se eviten el uno al otro en los momentos difíciles, para no recaer en el sufrimiento.

Las relaciones sexuales. En las relaciones sexuales, puede ocurrir que las necesidades de uno incluso aumenten, mientras que las del otro disminuyan o desaparezcan. Esto puede ser fuente importante de conflictos. El hombre, en general, tiene una sexualidad más genital, y es capaz de separar el deseo sexual de su situación emotiva. La mujer puede sentirse incapaz de desear si está triste o enfadada.

Es perfectamente natural querer disfrutar de vez en cuando del sexo y otros placeres, los momentos de dolor ya vendrán por si solos.

Algunas sugerencias: Convéncete que te resultará muy difícil sobrellevar esta situación solo. No pretendas tampoco que tu pareja se convierta en tu principal soporte afectivo, bastante tendrá muchas veces con lo suyo... Busca pues una, dos o más personas de confianza con quien compartir tu dolor. Procura mantenerte lo más unido posible a tu pareja, apoyaros mutuamente, respetar el ritmo y la manera de llevar el duelo del otro.

Puede ser que estés pasando, por ejemplo, por una etapa en la que prefieres estar solo o con los más cercanos, y que evites a la gente para no tener que hablar de tu hijo, y en cambio, a tu pareja, le esté ayudando exactamente todo lo contrario. ¿Cómo conciliar las necesidades de ambos si la pareja está acostumbrada a hacerlo todo juntos, por ejemplo? Es necesario paciencia, comprensión y creatividad para introducir cambios en nuestra forma de vivir que nos permita seguir adelante sin añadir más dolor al dolor.

Los otros hermanos. La pareja puede estar tan afectada por su propio dolor, que descuide a los otros hermanos. Ellos también sufren intensamente la pérdida, se sienten culpables y pueden tener necesidad de desahogarse. Hablar del fallecido y compartir, cada uno a su estilo, el dolor por la pérdida, puede ser la mejor manera de ayudarse unos a otros y afrontar sanamente la experiencia de duelo. Dolor de hermano.

7.8 La Muerte De Los Padres.

Los adultos en edades jóvenes y medias realmente se encuentran en el medio entre sus padres y sus hijos, y con diversos grados de dependencia de ambos. Generalmente, en algún momento de la edad media. Muere alguno o ambos padres y los hijos adultos se convierten en los mayores de la familia.

Los factores clave que determina la forma en que el fallecimiento de un padre afectará a un hijo adulto son. La naturaleza de la relación con ese padre, la edad del hijo cuando ocurre la muerte, la madurez emocional del hijo sobreviviente, el periodo de advertencia previo a la muerte y el tiempo que el padre y el hijo han dedicado a discutir los aspectos tanto prácticos como emocionales que comprenden el deceso del padre.

La elaboración del duelo por el fallecimiento será mas fácil cuanto mas edad y madurez tenga el hijo y la hija, cuanto mas largo haya sido el tiempo de advertencia, y cuanto mas franca haya sido la relación entre padre e hijo. Cuando un hijo joven pierde a un padre o el deceso es repentino, o la relación era tensa, el duelo puede permanecer sin resolverse durante años.

Las etapas de recuperación y la elaboración de duelo después del fallecimiento de un padre, por lo general no son tan inhabilitantes o intensas como cuando se pierde a un cónyuge, amante o hijo y, por consiguiente, hasta un cierto grado todos estamos preparados para el fallecimiento de nuestros padres.

Nunca resulta fácil aceptar la pérdida de una relación emocional que nos es importante, pero la mayoría de nosotros tenemos una noción previa de que es normal y justo que llegue la muerte ya se es mayor y se ha tenido la oportunidad de vivir lo suficiente para llevar al cabo algunas o todas las tareas del ciclo de la vida. Es mucho más fácil resignarse a este tipo de pérdida sin el sentimiento de rabia que surge cuando fallece un niño o un adulto joven.

7.9 El Vacío Existencial.

"Este vacío se presenta bajo máscaras y disfraces. A veces, la frustración de la voluntad de sentido se compensa mediante la voluntad de poder, hasta su expresión más tosca: la voluntad de tener dinero. En otras ocasiones, el vacío de la voluntad de sentido se rellena con la voluntad de placer. Y eso explica que la frustración existencial suele provocar un desenfreno libidinoso, e incluso que las pulsiones de la libido se mezclen con las agresivas."

CAPÍTULO 8

AJUSTE AL CAMBIO.

8.1 El Sentido De La Vida.

No debería perseguirse un sentido abstracto de la vida, pues a cada uno le está reservada una misión muy precisa, un cometido a cumplir. Por ello, no es posible pensar que ese ser humano pueda ser reemplazado en su función, ni que su vida pueda repetirse: "su vida es única como única es la oportunidad de consumarla".

En última instancia, Viktor Frankl sostiene que el hombre no debería cuestionarse sobre el sentido de la vida sino al contrario, comprender que es la vida la que lo interroga a él. Dicho de otra manera, la vida pregunta por el hombre, lo cuestiona, y éste contesta de la única manera que puede hacerlo: responde de su propia vida y con su propia vida. Es sólo desde la responsabilidad personal que puede contestarse a la vida. De tal manera es que la Logoterapia considera que "la esencia de la existencia estriba en la capacidad del ser humano para responder responsablemente a las demandas que la vida le plantea en cada situación particular".

8.2 La Esencia De La Existencia.

La Logoterapia intenta que el paciente tome conciencia plena de sus responsabilidades personales, y por ello le fuerza a elegir por qué, de qué o ante quién se siente responsable. Es por esto que el logoterapeuta, entre los distintos psicoterapeutas, es el menos propenso a imponer juicios de valor a sus pacientes,

pues nunca aceptará que una persona transfiera al terapeuta la responsabilidad de juzgar su propia existencia. "La Logoterapia no necesita imponer al paciente ningún juicio de valor, ya que la verdad se impone por sí misma."

³¹ "Al declarar al hombre un ser responsable y capaz de descubrir el sentido concreto de su existencia, quiero acentuar que el sentido concreto de su existencia ha de buscarse en el mundo y no dentro del ser humano o dentro de su propia psique, como si se tratara de un sistema cerrado."

En este sentido, la existencia humana no depende de la llamada autorrealización, pues no debe considerarse al mundo como una simple extensión de uno mismo o como un mero instrumento para alcanzar aquella. "En ambos casos la visión del mundo o *Weltanschauung*, se convierte en *Weltentwertung*, es decir, menosprecio del mundo."

Por ello ser hombre para Viktor Frankl implica dirigirse hacia alguien o algo distinto de uno mismo, sea para realizar un valor, alcanzar un sentido o encontrar a otro ser humano.

"Cuanto más se afana el hombre por conseguir la autorrealización más se le escapa de las manos, pues la verdadera autorrealización sólo es el efecto profundo del cumplimiento acabado del sentido de la vida. En otras palabras, la autorrealización no se logra a la manera de un fin, más bien como el fruto legítimo de la propia trascendencia."

³¹ Frankl, Viktor "El hombre en busca de sentido" Herder, 1946.

Siguiendo la logoterapia, se puede descubrir o realizar el sentido de la vida a partir de tres modos diferentes:

- ❖ Realizando una acción
- ❖ Acogiendo las donaciones de la existencia
- ❖ Por el sufrimiento

Para el autor resulta claro el primer punto en lo referente a los recursos para alcanzarlo, así que a continuación se explican sólo el segundo y el tercero.

8.3 EL SENTIDO DEL AMOR.

Un ejemplo de la aceptación de una donación de la existencia es la conmoción interior provocada por la belleza de una obra de arte o por el esplendor de la naturaleza, o por sentir, por el amor, el calor cercano de otro ser humano.

La logoterapia sostiene que el amor es el único camino para llegar a lo más profundo de la personalidad de un hombre. El amor no es un mero epifenómeno de los impulsos e instintos sexuales, según el mecanismo de defensa freudiano de la sublimación; en vez de ello es considerado como un medio para expresar la experiencia de esa fusión absoluta y definitiva que es el amor.

8.4 El Sentido Del Sufrimiento.

Al enfrentarse con un destino ineludible e irrevocable, como en el caso de una enfermedad incurable, la vida ofrece la oportunidad de realizar un valor supremo de cumplir el sentido más profundo: aceptar el sufrimiento. El valor no reside en el

sufrimiento en sí, sino en la actitud frente al mismo, en la actitud para soportarlo. "El sufrimiento deja de ser sufrimiento, en cierto modo, en cuanto encuentra un sentido, como suele ser el sacrificio".

"Uno de los axiomas básicos de la logoterapia mantiene que la preocupación primordial del hombre no es gozar del placer, o evitar el dolor, sino buscarle un sentido a la vida. Y en esas condiciones el hombre está dispuesto hasta a aceptar el sufrimiento, siempre que ese sufrimiento atesore un sentido".

Si bien la psicoterapia tradicional y la logoterapia tienden a restaurar en la persona la capacidad para el trabajo y para disfrutar de la vida, ésta última da un paso más al pretender que el paciente recupere su capacidad de sufrir, si fuera necesario, y con ello encontrar un sentido a su sufrimiento.

³² Edith Weisskopf-Joelson sostiene que "nuestra actual filosofía de la higiene mental enfatiza la idea de que las personas deberían ser felices, por ello la infelicidad resultaría un síntoma de desajuste. Este sistema de valores puede ser responsable ante la realidad de la infelicidad inevitable, del incremento del sentido de desdicha por el hecho de no ser plenamente feliz.

En otro artículo expresaba la esperanza de que la logoterapia 'logré contribuir a contrarrestar algunas tendencias indeseables en la cultura estadounidense actual, donde al paciente incurable se le conceden pocas oportunidades para sentirse

³² http://vinculando.org/psicoterapia_corporal/Logoterapia_la_terapia_en_busca_de_sentido.html.

orgullosos de su sufrimiento y de considerar que lo ennoblece en vez de degradarlo' de tal modo que 'no sólo se siente infeliz, sino además se avergüenza de serlo'."

8.5 La Transitoriedad De La Vida.

La transitoriedad de la existencia de ninguna manera la vuelve carente de sentido; por el contrario, espolea nuestra responsabilidad si se comprende que las posibilidades son esencialmente transitorias, es decir que de las múltiples posibilidades presentes en cada instante, es el ser humano quien condena a algunas de ellas a no ser y rescata otras para el ser.

CAPÍTULO 9

LA EUTANASIA COMO FORMA ASISTIDA PARA EL BIEN MORIR.

9.1 Algunas Consideraciones En Torno Al Derecho A La Vida Y A

La Eutanasia.

El primordial derecho que puede asistir hoy a todo ser humano es el de la vida, pero cuando se ve afectado por unas condiciones de salud lamentables, que llevan a quien las padece a verse en una situación en la cual se ve recluido en una unidad de cuidados intensivos, de la cual no se sabe si saldrá, donde su existencia está en la cuerda floja, donde puede existir una salida irreversible, donde la existencia dependerá en el futuro de medios extraordinarios, conectado a máquinas como el respirador artificial, cabe preguntarse si se está cuidando la vida o prolongando la agonía que nos puede llevar a la muerte.

Para poder hablar de Derecho a la Vida y la Eutanasia, primero habría que definirse por lo menos las dos nociones: Eutanasia y Derecho a la Vida, por la primera se encuentran definiciones como las que veremos a continuación:

Algunos autores ven que el concepto o la noción de Eutanasia es demasiado ambigua, lo que puede llevarnos a entender cosas muy diferentes y hasta contrarias. Vamos a referirnos a ella:

1. Un uso normatizado: "Muerte sin sufrimiento físico" o "la que se provoca voluntariamente"

2.-Otro uso es el Fáctico "muerte sin dolor" o "muerte en estado de gracia"

Supresión de la vida en un enfermo incurable, sea a petición propia o de su familia, el médico o el estado ; decisión de abstenerse de medios extraordinarios, considerados desproporcionados en la fase terminal y vistos como "encarnizamiento terapéutico". ;

En el mundo grecorromano, era "morir bueno" Derecho a la propia muerte, con el significado de muerte apropiada, que otros llaman muerte digna.

Ante esta disparidad de significados, hay que ver la historia del vocablo, mirando los significados que a lo largo del tiempo ha tenido: En el mundo grecorromano es "morir bueno", morir bien, el que ha muerto bien. Pero estos tres términos han recibido diversos significados a lo largo de la historia, miremos primero el hecho de tener un "morir bueno" (sin dolor):

En el mundo grecorromano, esto significa el morir bien, sin dolor, no tiene en cuenta la ayuda al morir. , Cicerón le da significado a la palabra como "muerte digna, honesta y gloriosa".

En la Historia Griega, Hipócrates (S. V a.C.) en su juramento afirma que no dará medicamento mortal por más que se lo soliciten. Platón, (427-337 a.C.) dice lo contrario en la república: "Se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo".

En los romanos, la práctica es múltiple: Muerte sin dolor por miedo a afrontar conscientemente el sufrimiento y la propia destrucción (Tácito en sus Anales)

Los Estoicos, (Séneca, Epíteto y Marco Aurelio) ven la Eutanasia así: Séneca: "Es preferible quitarse la vida, a una vida sin sentido y con sufrimiento". Epíteto predica la muerte como una afirmación de la libre voluntad.

Para efectos prácticos tomaré como definición de Eutanasia la siguiente: Un derecho del paciente a decidir la forma y el momento de su muerte., esto dentro de una definición corta, pero que busca como único fin el librar a una persona de sus intensos sufrimientos, de una agonía inmisericorde que padece como resultado de una enfermedad grave e incurable (por ejemplo algunos tipos de cáncer o un SIDA).

Dicha enfermedad o estado debe haber sido diagnosticado suficientemente, de manera que su característica de irreversibilidad, sea tal, que se determine la muerte como algo inevitable.

Dentro de la misma definición, el concepto de paciente, como el del ser humano que padece algo, puede ser un sufrimiento físico. Sin referirnos al sufrimiento moral o psicológico exclusivamente, aunque por esto, no se descarta que el sufrimiento físico le pueda provocar un sufrimiento como los enunciados anteriormente.

De esto, pienso que la eutanasia si puede ser un derecho pero bajo ciertas condiciones, aunque como veremos a lo largo de esta trabajo, tiene sus puntos a favor y en contra, además de las implicaciones morales y legales que trataremos de vislumbrar en este ensayo.

Antes de entrar a profundizar en el tema que nos ocupa, miremos las posiciones de diferentes corrientes del pensamiento al respecto : Para el Jusnaturalismo, la obligación por cuestión divina de respetar la vida en toda circunstancia, existe una prohibición estricta sustentada en leyes naturales de disponer por cuenta propia de la vida.

³³ Juan Pablo II, en su encíclica "El Evangelio de la Vida" define la Eutanasia como: "Adueñarse de la muerte, procurándola de modo anticipado y poniendo así fin "dulcemente" a la propia vida o a la de otro". Y se considera esto como una "cultura de la muerte" que se ve en las sociedades del bienestar, caracterizadas por una mentalidad eficientista, que va en contra de los ancianos y los más débiles, caracterizadas como algo gravoso e insoportable, aisladas por la familia y la sociedad, según lo cual una vida inhábil no tiene ya valor alguno. Y vuelve a definir la Eutanasia como una "acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor "situada en la intención y los métodos usados".

En términos de una teoría Utilitarista de los derechos, la Eutanasia se nos muestra como una opción más práctica en el caso de que se nos presente una existencia marcada por el dolor y sin posibilidades de felicidad. Desde esta perspectiva, la eutanasia es buena dados los dolores que se le quitan a quien los está sufriendo,

³³Juan Pablo II : Encíclica : "El evangelio de la vida". Ed Paulinas Pgs. 119 - 157.

se disminuyen los daños a la sociedad y se termina con una "carga" para la familia.

En la Utopía de Tomas Moro, aparece el concepto médico y moral de la Eutanasia : "...Cuando a estos males incurables se añaden sufrimientos atroces, los magistrados y sacerdotes, se presentan al paciente para exhortarle tratan de hacerle ver que está ya privado de los bienes y funciones vitales...y puesto que la vida es un puro tormento, no debe dudar en aceptar la muerte, no debe dudar en liberarse a sí mismo o permitir que otros le liberen... esto es, la muerte no le apartará de las dulzuras de vida sino del suplicio y se realiza una obra ...piadosa y santa...este tipo de muerte se considera algo honorable" Aquí se ve : una atención esmerada a los enfermos, una enfermedad intolerable, que legitima la muerte voluntaria y la eutanasia en utopía , tiene en cuenta los derechos de la persona : responsabilidad moral, libertad, los sacerdotes son intérpretes de la divinidad.

Hume, critica la posición eminentemente moralista del suicidio y de paso la eutanasia así: "nuestro horror a la muerte es tan grande que cuando ésta se presenta bajo cualquier otra forma distinta de la que un hombre se había esforzado en reconciliar con su imaginación, adquiere nuevos aspectos aterradores y resulta abrumadora para sus pocas fuerzas. Y cuando las amenazas de la superstición se añaden a esta natural timidez, no es extraño que consigan privar a los hombres de todo poder sobre sus vidas" y va en contra de un determinismo al decir que " si el disponer de la vida humana fuera algo reservado exclusivamente al todopoderoso, y fuese un infringimiento del derecho divino el

que los hombres dispusieran de sus propias vidas, tan criminal sería el que un hombre actuara para conservar la vida, como el que decidiese destruirla."

Finalmente justifica la eutanasia en términos prácticos al decir que: " una vez que se admite que la edad, la enfermedad o la desgracia pueden convertir la vida en una carga y hacer de ella algo peor que la aniquilación. Creo que ningún hombre ha renunciado a la vida si esta mereciera conservarse." Quien se retira de la vida no le produce daño a la sociedad , a lo sumo deja de producirle un bien.

En términos de Kant, a él no le importa la singularidad, el suicidio es malo, al contrario de Hume, por que viola deberes para conmigo mismo, el respeto por nosotros mismos. Frente a la eutanasia tiene en cuenta es la potencialidad de ese ser humano que se quita la vida, las posibilidades de desarrollo de sus capacidades. La vida no vale por sí misma, sino en función de un proyecto de vida ligado con una libertad y una autonomía, ésta se justifica si permite la base material para una vida digna.

Sin embargo, creo que se debe reconocer algo al ser humano, este derecho a que se le reconozca la posibilidad de disponer de su propia vida en situaciones especiales simplemente por la dignidad que éste puede tener, el reconocerle a un ser humano la posibilidad de definir que hacer con su vida es respetar la humanidad del otro (su humanidad), es el respeto de la libertad y de la vida propia, y esto nos ayuda a definir lo que es una vida digna, se puede argumentar desde este punto de vista, de la dignidad humana, la exigencia de instaurar la eutanasia (bajo ciertas condiciones) como una lucha por el reconocimiento del derecho a la

muerte digna, entendiendo por muerte indigna aquella que prolonga inmisericordemente la vida por medios artificiales, en la que la vida se escapa lentamente y se da un apego puramente al cuerpo físico.

Mirando al paciente cerca de la muerte, se puede ver la dignidad del mismo desde ciertos puntos de vista:

1. El derecho a morir es más una exigencia ética que un derecho en toda la extensión de la palabra, y no se refiere al morir en sí, sino a la forma y razones de y para morir
2. Los derechos del paciente, son reconocidos por la ley Colombiana a través de la resolución 13437 de Noviembre 1 de 1991, y se pueden tomar como criterio moral de la ética del morir. Y el contenido que tiene esta resolución, supone una serie de exigencias que han de ser realizadas por parte de la sociedad : Atención al moribundo para aliviar el dolor y prolongarle la vida; estar verídicamente informado sobre su enfermedad; conocer y recibir explicaciones sobre costos de su tratamiento; derecho a que su voluntad personal sea respetada, todo a través de un comité de Ética Hospitalaria.

El morir dignamente sería entonces el morir libre de dolor, con los analgésicos y tranquilizantes necesarios para el desasosiego y con el suministro de medicamentos que se requieran contra las incomodidades que se puedan presentar, eliminando en lo posible el sufrimiento de toda índole, siendo respetado y tratado como ser humano, cumpliendo con las condiciones planteadas en el

punto anterior. Aunque no solamente reduciendo el dolor, lo que vale es una vida con cierta autonomía y libertad.

El morir dignamente es que se respete la dignidad del moribundo, existen procesos de fallecimiento en que medidas de encarnación médica entran en conflicto con la dignidad de la persona, no se debe, entonces, anteponer el tratamiento médico a la dignidad de la persona, hay casos en que el paciente anhela de alguna manera la muerte, pero por causa de la intromisión médica, escudada en un deber moral, el paciente debe soportar una degradación tan grande que no la iguala lo terrible que podría ser el camino hacia la muerte, destruyéndose la dignidad de la persona, por lo cual éstas medidas ya no conservan un ser humano, sino lo que hemos llamado mejor: una piltrafa humana. Lo que debe preservar el médico es al ser humano integral y no solamente una mera existencia vegetativa.

Tomando el esbozo histórico anterior y mis opiniones personales al margen del mismo, vemos que para los Jusnaturalistas es urgente decir (y lo hacen de forma clara) no a la Eutanasia, desde el "no matarás" de los mandamientos o tablas de la ley de Dios, pero esto es solamente cierto para el momento histórico que se vivía en aquella época, ya que si no fuese así, probablemente estaríamos exterminados, y pasar estos mismos preceptos a ésta época, de manera histórica, donde los horizontes de vida eran mínimos, es de cierta forma ilusorio. En nuestra época actual, con intereses diferentes, con ritmos de vida distintos, con horizontes

de vida mucho mayores, con una sociedad más evolucionada, con mayores avances tecnológicos ya podría pensarse en ir reconociendo la eutanasia.

Si lo miramos en términos Hegelianos, determinar como derecho la eutanasia se podría hacer a través del uso de la autoconciencia que va constituyendo lo humano del hombre dentro del entorno natural, lo que conlleva a que la determinación sobre la muerte sea una cuestión de reconocimiento propio y de autoconciencia ; Además, solo mediante la satisfacción de necesidades como la libertad y la dignidad, que van más allá de las que pueden definirse como básicas, obtiene el reconocimiento de otros individuos con los cuales interactúa socialmente.

Sin embargo, la contradicción se da cuando ese ser humano busca reconocimiento y lo tiene es en vida, si se aplicase la eutanasia, perdería ese reconocimiento.

9.2 Algunos Puntos A Favor Y En Contra De La Eutanasia.

Se encuentran, a través de toda la argumentación presentada ciertos puntos a favor y en contra de la eutanasia, se pueden mencionar entre los puntos en contra de la eutanasia los siguientes:

La vida como un derecho inalienable, al optar por la eutanasia, estoy entregando mi libertad y al mismo tiempo acabando con ella, cuestión aún sin resolver.

Los límites de la Eutanasia: bajo qué circunstancias se debe aplicar? cómo legislarla? aunque aquí se plantean ciertos límites, aún no es claro cómo aprobarla, bajo qué límites.

Existe una dificultad de toma de posición en el caso de los enfermos mentales.

Las expectativas: Cómo sé si aquella persona que hizo su testamento en vida autorizando ésta práctica no se arrepintió en el último momento?

"mientras hay vida hay esperanza" dice un adagio popular, sin embargo, hay que analizar y desentrañar aún más el verdadero significado de esta frase, alguien podría decir, y si al otro día se encuentra la cura contra ésta enfermedad?

Podrían aumentar el número de eliminaciones a débiles y personas subnormales, así mismo, aumentarían las presiones sobre el ejecutante (medico?) del acto por parte de la familia.

Los mismos ejecutantes podrían ser tomados como verdugos, lo que puede implicar en una sociedad como la nuestra, una pérdida de confianza en la persona tratante de mi enfermedad

Podrían aumentar el número de homicidios con máscara de eutanasia, con el sólo fin de cobrar jugosas herencias

Podría aplicarse la eutanasia sólo para surtir el jugoso negocio del tráfico de órganos, lo que muestra que podría haber intereses económicos y políticos tras su aprobación.

Podrían disminuir los recursos destinados a la cura de una enfermedad, ya que podría salir más económico dejar morir a las personas y con ello se disminuye así mismo, el esfuerzo de investigación en la medicina.

Se puede perder la esperanza de vivir, si como viejos las personas son dejadas de lado, aisladas en asilos, como enfermos pueden ser eliminados simplemente.

Deber cívico de permanecer vivo

La decisión que conlleve al acto, es del todo irreversible.

Sin embargo, los puntos a favor de la Eutanasia podrían ser:

Tengo un derecho a disponer de mi propia vida, y puedo reivindicar la autonomía como parte integral de la dignidad humana y expresión de ésta.

Una vida en determinadas condiciones es indigna, la imagen que proyecta ante los seres cercanos o aún en los otros, puede ser considerada como humillante e indigna.

Por qué aceptar una forma de existencia en circunstancias limitadísimas?
sacrificando, en cierta forma, a parientes y amigos ?

Así como se tiene un derecho a vivir con dignidad, por qué no tener un derecho a morir dignamente?

No debe intentarse prolongar la vida cuando ésta no se pueda vivir, haciendo del paciente no un ser humano, sino un caso clínico interesante (como ocurre en los hospitales universitarios actualmente)

Podría institucionalizarse unos derechos no sólo del paciente terminal, sino de la familia en sí.

Es justo morir de un modo tan doloroso?

Como vemos, el mar de preguntas que nos arrastra aún es grande, sin embargo, ya existe una cierta conciencia en nuestro tiempo para que ella sea aceptada de alguna manera, los valores se han ido transformando poco a poco y ya se está llegando, a que algún día, no muy lejano, se apruebe el derecho a una muerte justa, en los términos aquí planteados. Los individuos están tomando más en serio su papel dentro de este momento histórico y se comienzan a preguntar sobre aspectos trascendentales en la existencia del ser. Sin embargo, los riesgos de que éste individuo sea absorbido y manipulado por el sistema capitalista están latentes, ya que éste puede manipularlo para volverlo desechable y hasta productivo en un momento dado.

Aún existen muchos aspectos indeterminados en torno a la Eutanasia, cabe mencionar algunos como la dignidad humana y la autonomía, el no tomar al ser humano desde un punto de vista eminentemente biológico, la calidad de la vida y la libertad de elección Y no hay que olvidar la ambigüedad a la que se puede llegar con su eventual legalización.

CONCLUSIONES:

La Tanatología comprende muchos campos de acción, desde la atención al enfermo moribundo y a su familia, hasta la elaboración del proceso de duelo por una pérdida significativa; Así mismo es el estudio de todo lo relacionado con la muerte, las pérdidas y el duelo, la relación de ayuda y el conseguir los cuidados paliativos y cuidados al final de la vida, etc., así como todos aquellos aspectos que directa o indirectamente se relacionan con el final de la vida, el pensamiento en torno a la muerte, el morir y lo que sucede después de ello.

Con base en lo anterior, se puede inferir que para el trabajador social resulta de invaluable apoyo el conocimiento de la tanatología para trabajar principalmente en el ámbito de la salud y en todo aquel espacio en el que se encuentre una situación de muerte.

Lo anterior debido a que el trabajador social es el profesionalista que se encarga de trabajar de manera directa y cercana con las personas que enfrentan una situación problemática que interfiere en su estado de bienestar y es muy claro que una persona que se encuentran en fase terminal y sus familiares lógicamente pasan por episodios verdaderamente difíciles.

Así mismo, el trabajador social es quien promueve el bienestar de la gente y su desarrollo biopsicosocial, siendo estos actores sociales que participan en el proceso de fase terminal y muerte, sus sujetos, objeto de intervención.

Los sitios en donde puede desarrollar este tipo de servicio aplicando conocimientos de tanatología son: hospitales, delegaciones de policía o

Ministerio Público, aunque no son los únicos, siendo él, quien se encarga de avisar a los familiares y dar la noticia de su fallecimiento, por lo que es común de igual modo, que sea de una manera inapropiada o poco eficaz para aminorar el impacto en los familiares.

Incluso en el trabajo médico social con los propios pacientes que se encuentran en fase terminal y sus familiares se requiere de más tacto para disminuir el dolor y la desesperación que dicha noticia causa.

En consecuencia se convierte en el vínculo natural de enlace entre los recursos que ofrecen las instituciones y los grupos humanos que demandan estos servicios de apoyo.

Al ser el trabajador social del área de la salud el profesional del equipo multidisciplinario que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, que identifica las redes familiares y sociales cuenta con amplios elementos que le permiten trabajar tanatológicamente mejor con este tipo de situación.

Siempre es necesario que estemos preparados para morir, pero para “bien morir” , por lo que no se debe echar en saco roto que el trabajo social es el apoyo con el que cuenta la sociedad para salir adelante y conocer las múltiples opciones que se tienen para solucionar un problema o situación; la Tanatología es la herramienta adecuada para cumplir con nuestra misión de servir a los demás, aún en los últimos momentos de la vida y durante el proceso de dolor que queda en los familiares que padecen la pérdida de un familiar o ser querido, considerando el contexto sociocultural de los involucrados y con absoluto respeto a su usos y costumbres que van a influir para la aceptación de dichas pérdidas.

BIBLIOGRAFÍA

Aries, Phillipe. El hombre ante la muerte. Madrid: Taurus Ediciones, 1984.

Behar, Daniel. Un buen morir. México: Editorial Pax, 2004

CASTANEDA, Carlos: "El conocimiento silencioso" - FCE. - 1998

DALAI LAMA y HOPKINS, Jeffrey: "Acerca de la muerte" Edit. Océano - 2003

Commelin, P. Nueva mitología griega y romana. México: Ed. Divulgación, 1955.

Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Editorial Grijalbo, 1975.

Thomas, Louis-Vincent. Antropología de la muerte. México: Fondo de Cultura Económica, 1983

KAPLEAU, Philip: "El zen de la vida y la muerte" - Ediciones Oniro - 1998

KÜBLER-ROSS, Elizabeth: "La muerte: un amanecer" - Edit. Luciérnaga - 1991

LONGAKER, Christine: "Afrontar la muerte y encontrar esperanza" - Edit. Grijalbo - 1998

SOGYAL Rimpoché: "Destellos de sabiduría" - Ediciones Urano - 1996

SOGYAL Rimpoché: "El libro tibetano de la vida y la muerte" Ediciones Urano - 1994

VARELA, Fco. J. "El sueño, los sueños y la muerte" - José J. De Olañeta, Ed. – 1998

El hombre en busca de sentido (sección "Conceptos básicos de logoterapia"), de Viktor E. Frankl; Editorial Herder; pp. 117 – 134.

Atencio, Jaime. (traductor) : EUTANASIA. Mimeo.

Colomer, Joseph : EL UTILITARISMO. Edit. . Montesinos. Pgs. 30 - 71

Diccionario Hispánico Universal. Tomo I. de W.M. Jackson Editores. México. D.F.

DWORKIN, Ronald: EL DOMINIO DE LA VIDA .. Edit. Ariel Barcelona 1984 Pgs. 293 - 303

Farrel Martín, Diego : UTILITARISMO, ETICA Y POLITICA . Edit. Abeledo-Perrot. Buenos Aires. Argentina. 1985

Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente resumen del foro de los asesores de Morir Dignamente, Colombia. 1992

HUME, David: SOBRE EL SUICIDIO. Ed. Alianza. Pgs. 121 -134.

JUAN PABLO II : Encíclica : "EL EVANGELIO DE LA VIDA". Ed Paulinas Pgs. 119 - 157.

Kübler-Ross, Elisabeth. La rueda de la vida. Bilbao: Grafo Ediciones, 1998

KAPLEAU, Philip: "El zen de la vida y la muerte" - Ediciones Oniro - 1998

KÜBLER-ROSS, Elizabeth: "La muerte: un amanecer" - Edit. Luciérnaga - 1991

Kant, M. : FUNDAMENTACION DE LA METAFISICA DE LAS COSTUMBRES Edit. Espasa Calpe. Madrid. 5 edic. Pgs. 81 - 95

Kant, M. : LA METAFISICA DE LAS COSTUMBRES. Edit. Altaya. Pgs. 165 - 175

Kant, M. :FILOSOFIA DE LA HISTORIA. Edit. Nova. Buenos Aires. Pgs. 157 - 167

Nino, CS. ETICA Y DD.HH. Edit. Astrea. Buenos Aires. 1989.

PAPACCHINI, Angelo: "KANT Y EL DERECHO A LA VIDA" Cali 1993.

PAPACCHINI, Angelo: "DIGNIDAD Y SOLIDARIDAD EN KANT" Pg. 39 - 63. En : Filosofía y DD.HH. , Memorias del seminario 1995. Bucaramanga. Colombia

PAPACCHINI, Angelo: "DIGNIDAD HUMANA Y DIALECTICA DEL RECONOCIMIENTO" Pg. 73 - 94. En : Filosofía y DD.HH. , Memorias del seminario 1995. Bucaramanga. Colombia

PAPACCHINI, Angelo: "FILOSOFIA Y DD.HH" Pg. 5 - 24. En : Filosofía y DD.HH. ,
Memorias del seminario 1995. Bucaramanga. Colombia

PAPACCHINI, Angelo: "LOS DD.HH. EN KANT Y HEGEL " Pg. 31 - 105. En :
Documento, escrito en Cali. Colombia.

PAPACCHINI, Angelo: "FILOSOFIA Y DD.HH" Ediciones Universidad del Valle,
Cali .

PAPACCHINI, Angelo: "DERECHO A LA VIDA Y PENA DE MUERTE"
Conferencias de clase. 18 pgs. 1996

PECES Barba, Martínez . Compilador.: EL FUNDAMENTO DE LOS dd.hh.. Edit.
Debate. Madrid.

STUART, Mill, John : EL UTILITARISMO. edit. Alianza Madrid. Pgs. 44 - 75

STUART, Mill, John : SOBRE LA LIBERTAD . edit. .Aguilar Madrid. Pgs.26 - 81

SUAREZ, Aldana Camilo: LA EUTANASIA DENTRO DEL CODIGO PENAL
COLOMBIANO: Tesis de grado Universidad Autónoma de Colombia. 1991

TAYLOR, Charles : LA ETICA DE LA AUTENTICIDAD. Pgs. 77 - 87 . Edit. Paidós.
UA de Barcelona

VIDAL. Marciano en su texto : BIOETICA Segunda Ed. Tecnos.

Carlos Arteaga Basurto, "Metodología para la elaboración de monografías",
Trabajo social 2004.

Alayón, Norberto"Definición de trabajo social" Edit. Humanitas, 1987.

CIBERGRAFÍA

[www. Monografías.com/trabajos31/psicomotricidad.shtml](http://www.Monografías.com/trabajos31/psicomotricidad.shtml).

[www. Monografías.com/trabajos 15/tanatología.shtml](http://www.Monografías.com/trabajos15/tanatología.shtml).

[www. Monografías.com/trabajos6/meti.shtml](http://www.Monografías.com/trabajos6/meti.shtml).

[www. Monografías.com/trabajo15/calidaddevida.shtml](http://www.Monografías.com/trabajo15/calidaddevida.shtml).

[www. Monografías.com/trabajo13/Sócrates.shtml](http://www.Monografías.com/trabajo13/Sócrates.shtml).

[www. Monografías.com/trabajos/epistemología2.shtml](http://www.Monografías.com/trabajos/epistemología2.shtml).

[www. Grups.smn.com/tanatología.shtml](http://www.Grups.smn.com/tanatología.shtml).

[www. Monografías.com/salud/index.shtml](http://www.Monografías.com/salud/index.shtml).

[www.elprisma.com/apuntes/trabajo_ social/justoatiempo](http://www.elprisma.com/apuntes/trabajo_social/justoatiempo)